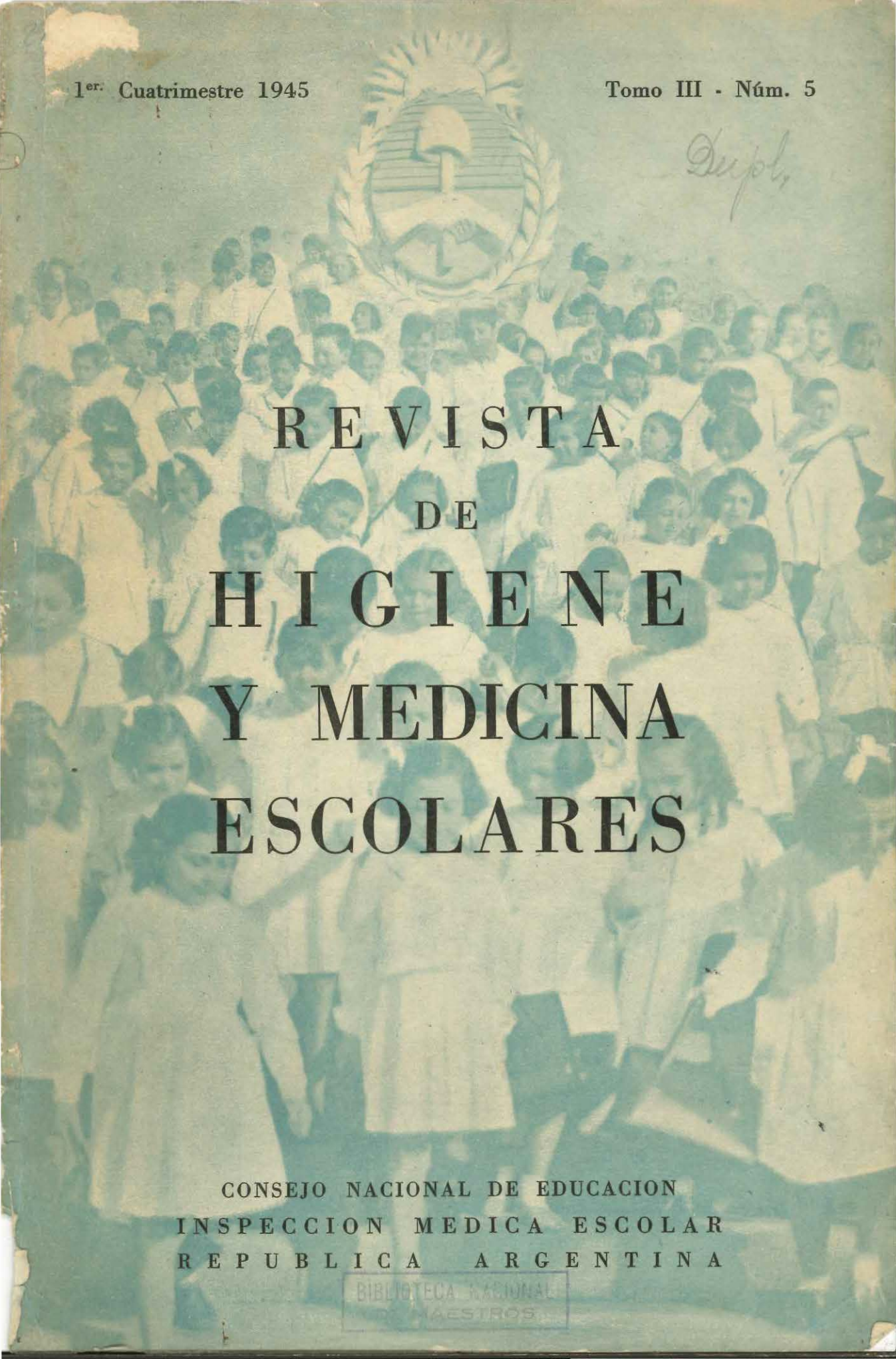


1<sup>er</sup>. Cuatrimestre 1945

Tomo III - Núm. 5

*Dupl.*

The background of the cover is a large, faded photograph of a school assembly. In the center, there is a circular emblem featuring a sunburst at the top, a central figure holding a staff, and a laurel wreath. The emblem is surrounded by a large group of children in school uniforms, some holding books. The overall tone is light and historical.

REVISTA  
DE  
HIGIENE  
Y MEDICINA  
ESCOLARES

CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION  
INSPECCION MEDICA ESCOLAR  
REPUBLICA ARGENTINA

BIBLIOTECA NACIONAL  
DE MAESTROS



# Revista de Higiene y Medicina Escolares

PUBLICACION CUATRIMESTRAL

Año III

ENERO — ABRIL 1945

Núm. 5

SUB-DIRECTOR

Dr. OCTAVIO PICO ESTRADA

DIRECTOR

Dr. ALMANZOR J. de D. MARRERO

Secretario Técnico: Dr. ANGEL ARDAIZ

## COMISION REDACTORA

Dr. ANGEL ARDAIZ

Prof. Dr. GUSTAVO A. CHIAPPORI

Dr. JULIO HANSEN

Dr. JUAN M. MIRAVENT

Dr. A. JORGE SCHICHT

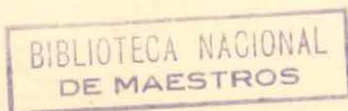
Dr. TEODORO A. TONINA

Dr. TEOFILO TURNO

Dra. PERLINA WINOCUR

INSPECCION MEDICA ESCOLAR

Dirección y Redacción: CALLAO 19. Buenos Aires





BIBLIOTECA NACIONAL  
DE MAESTROS



**Dr. ATALIVA HERRERA**  
Interventor en el Consejo Nacional de Educación

BIBLIOTECA NACIONAL  
DE MAESTROS

## S U M A R I O

	<i>Pág.</i>
Propósitos de la Educación Sanitaria .....	5
<b>INFORMATIVO DE LA INSPECCION MEDICA ESCOLAR.</b>	
Nueva organización de la Inspección Médica Escolar .....	6
Circulares Nos. 16 y 17 de la Dirección .....	8
Horarios de las Secciones de la Casa Central .....	11
Cuadro de las zonas para la atención médica de los escolares de la Capital y horarios respectivos .....	12
Horario de los Consultorios Médicos de la Zona .....	14
Distribución y horarios de los Consultorios Odontológicos .....	15
Consultorios Médicos de las Escuelas al Aire Libre y Jardines de Infantes ...	17
Ubicación de los Comedores Escolares .....	18
Labor de la Inspección Médica Escolar durante el año 1944 .....	19
<b>SECCION MEDICINA ESCOLAR.</b>	
Conceptos modernos sobre profilaxia y previsión de las afecciones oculares en el medio escolar, por <i>R. A. Tártari</i> .....	22
El tratamiento de los portadores diftéricos irreductibles, por <i>Eduardo Casterán</i> ..	27
Peso y talla de los escolares argentinos de 3 a 6 años pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires, por <i>Perlina Winocur</i> .....	32
<b>SECCION DIVULGACION CIENTIFICA.</b>	
Comentarios sobre algunos artículos de la ley de vacunación antidiftérica, por <i>Julio Hansen</i> .....	60
Decreto de asistencia buco-dental obligatoria .....	64
La asistencia buco-dental preescolar y escolar en el cuadro de la profilaxis general, por <i>Gustavo A. Chiappori</i> .....	66
Cuadro de control y características más comunes de las enfermedades infecto- contagiosas .....	70
Enfermedades infecto-contagiosas. Medidas de control general .....	74
Conclusiones del VI Congreso Panamericano de la Tuberculosis .....	79
Vistas Gráficas de las Colonias de Vacaciones de la Inspección Médica Escolar ..	81



REVISTA DE REVISTAS.

El mecanismo del espasmo muscular en la poliomielitis .....	83
Vacuna generalizada en un niño eczematoso .....	84
Transfusión por la médula ósea como procedimiento de rutina en los niños ...	85
El empleo del suero humano desecado en la profilaxis y tratamiento de algunas enfermedades infecciosas .....	85
El choque vitamínico D .....	86

MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION

BIBLIOTECA NACIONAL DE MAESTROS

HEMEROTECA

Pizzurno 935 (1020) Cap. Fed. Rep. Argentina

## Los Propósitos

### de la Educación Sanitaria

Los propósitos de la educación sanitaria, que nos guían en la orientación de esta Revista, pueden enunciarse brevemente en la siguiente forma:

1º Instruir a los niños y a los jóvenes para que puedan conservar y mejorar su propia salud.

2º Contribuir a establecer en ellos los hábitos y principios de vida que a través del período escolar y en los años siguientes les ayudarán a proporcionarles la vitalidad y el vigor que son indispensables para obtener de la vida el máximo de felicidad para sí y para dar su mejor aporte a la sociedad a que pertenecen.

3º Promover en padres y adultos hábitos y actitudes convenientes por medio de la educación directa a los mismos y a través del programa de educación sanitaria del niño, para que la escuela sea un agente efectivo en el progreso y desarrollo de la faz social de la educación sanitaria, en la familia, en la comunidad, tanto como en la misma escuela.

4º Mejorar la vida individual y social del futuro; asegurar una segunda generación mejor y una tercera aun mejor; cimentar una nación y una raza más sana y más apta.



## NUEVA ORGANIZACIÓN DE LA INSPECCIÓN MÉDICA ESCOLAR

---

La Inspección Médica Escolar, sincronizándose con los modernos conceptos de la Medicina, ha estructurado totalmente sus servicios, en atención a que ellos deben estar dirigidos a los escolares en primer lugar y secundariamente al personal adulto, docente y administrativo, en dos secciones.



El Director General de la Inspección Médica Escolar Dr. Almanzor J. de D. Marrero en la labor diaria.

La primera de ellas, dedicada al niño, ejerce sus funciones en las zonas escolares, que en número de 36 están en el área de la ciudad, por intermedio de los Médicos Inspectores Escolares y por el Consultorio de Pediatría, Servicios de Especialidades, Catastro Radiográfico y Laboratorio de Casa Central.

Cada Médico de Zona cuenta con la colaboración de tres Visitadoras de Higiene que ejercen su acción en tres aspectos diferentes: Visitadoras asistenciales, Visitadoras sociales y Visitadoras de profilaxis.

La distribución en zonas obedece a que esta Dirección General, siguiendo el criterio de los países más adelantados en esta materia, ha dispuesto que cada Médico de Zona tenga a su cargo 6.000 escolares, que la vigilancia ejercida por el Odontólogo se extienda sobre el mismo número de niños y que tres Visitadoras de Higiene ejerzan las diferentes funciones sobre el mismo grupo.

La acción médica escolar se inicia en los grados mismos de la escuela primaria, donde el Médico Inspector Escolar traba relación con el maestro, en compañía de las Visitadoras de profilaxis, asistencial y social, despistando los casos de enfermedad, pauperismo y deficiencias psico-pedagógicas para derivarlos —oportunamente— al Consultorio de Pediatría de la Casa Central, para completar la observación clínica y el estudio detenido de cada caso en particular, con la colaboración de los Consultorios de Especialidades, Catastro Radiográfico y Laboratorio, que a su vez, terminado el estudio, orientarán al niño enfermo para su tratamiento hacia los Centros Asistenciales de Asistencia Pública y Salud Pública.

En su contacto íntimo y directo con el niño, el Médico Inspector de Zona y sus Visitadoras de Higiene, practican la selección del material humano que formará los planteles para los Comedores Escolares, Escuelas al Aire Libre, Escuela de Adaptación y Colonias de Vacaciones, y ejerciendo al mismo tiempo una acción social, recabará de la Dirección General de Asistencia Social, la ayuda y amparo para todos los hogares menesterosos.

Esta Dirección Médica General pide a cada Médico de Zona la nómina de los repetidores de grado, los que sometidos a un prolijo y concienzudo examen clínico, son orientados para el tratamiento de la anormalidad somática, psíquica o social que presenten, hacia donde corresponde.

En lo que respecta al segundo objetivo de esta Inspección Médica Escolar, que es el que se refiere a la atención del personal adulto, docente y administrativo, se realiza en la siguiente forma.

Esta Dirección ha modificado en la Casa Central el Consultorio de Clínica Médica, al que le ha dado el carácter de Consultorio de Recepción, es decir, que todo enfermo adulto que llegue a la Inspección debe ser examinado y luego orientado hacia los Consultorios de Especialidades y Laboratorio.

Dicho consultorio atiende también todo lo que se refiere a expedientes de traslados, asignaciones de funciones de maestras secretarias, expedición de certificados de buena salud, de reintegro a la docencia después de la enfermedad a todos los docentes de provincias y territorios de paso por la Capital y envío a Salud Pública de las historias clínicas de los que gestionan su jubilación extraordinaria.

Es en dicho Consultorio donde es propósito de esta Dirección crear el Fichero Clínico General de los adultos (docentes y administrativos del Consejo Nacional de Educación).



Ha sido motivo de preocupación para esta Dirección General, la rapidez en el examen médico del personal docente y administrativo, en caso de enfermedad, en su domicilio y, para llenar ese fin se creó el cuerpo de Médicos de Constataciones y Guardias de Capital Federal y suburbios. Dicho cuerpo lo componen 10 médicos que actúan con servicio de ambulancia en guardias de 2 horas cada uno en Casa Central, dentro del horario escolar, y a su vez realizan las visitas domiciliarias del personal docente y administrativo dentro de las primeras 24 horas de recibido el aviso de enfermedad.

Considerando que para llevar a cabo este amplio plan de acción, el personal con que cuenta sería insuficiente, la Inspección Médica Escolar ha requerido de las autoridades que permita que los maestros médicos, odontólogos o visitadoras de higiene, en la actualidad al frente de grado, pasen a prestar servicios a la Inspección Médica, con asignación de funciones profesionales.

ALMANZOR J. DE D. MARRERO  
DIRECTOR GENERAL

## C I R C U L A R E S

### CIRCULAR N° 16

Buenos Aires, mayo 24 de 1945.

Señor Médico Inspector.

Tengo el agrado de dirigirme al Sr. Médico Inspector, comunicándole que esta Dirección ha dispuesto, que todo escolar cuyas afecciones requieran una asistencia médica inmediata (estados gripales, traqueo-bronquitis, enterocolitis, otitis, piodermatitis, eczemas, etc. etc.), deben ser dirigidos por el Sr. Médico Inspector al Hospital más cercano al domicilio del niño, muniendo de la tarjeta que se adjunta a la presente y firmada por el mismo.

Cuando se trate de afecciones que por su naturaleza, a juicio del Sr. Médico Inspector requieran un examen más particular (Disendocríneas, asma, reumatismo, cardiopatías, nefropatías, afecciones nerviosas, etc.) dichos niños deben ser remitidos al consultorio de Pediatría, que funciona en la Casa Central todos los días de 13 a 17 horas, los que después de ser sometidos al examen correspondiente en este consultorio, serán derivados adonde corresponda.

No escapará al criterio del Sr. Médico Inspector, el alto beneficio que la población escolar recogerá con esta medida de coordinación entre la Inspección Médica Escolar y la parte asistencial impartida por la Asistencia Pública, todo lo cual se traducirá en la buena atención médica, complementada con estudios radiográficos, análisis, medicamentos, etc. con carac-

ter gratuito, otorgada por esa Repartición; y, en los casos de internación, contarán desde luego con la atención médica integral correspondiente.

Se calcula, de acuerdo a la población escolar actual, que diariamente alrededor de 600 niños necesitan asistencia hospitalaria, por las razones anteriormente expuestas, de ahí que la concurrencia de los niños remitidos por los Sres. Médicos Inspectores a los distintos servicios Hospitalarios debe ser nutrida.

Con la finalidad de que los Sres. Médicos Inspectores puedan tener el control de la concurrencia de niños enviados, esta Dirección ha dispuesto, en concordancia con la Dirección de la Asistencia Pública, que las señoritas Visitadoras de Higiene concurren a los respectivos hospitales, a los efectos de controlar la asistencia médica de los mismos, y verificar si siguen tratándose regularmente en el Servicio Hospitalario, hasta haber sido dados de alta.

El Sr. Médico Inspector deberá remitir mensualmente, al Consultorio de Pediatría, la nómina de estos niños, con el propósito de establecer el alcance y resultados de esta medida.

La colaboración que ofrece la Dirección de la Asistencia Pública está corroborada con la disposición de que todos los servicios de Pediatría, garganta, nariz y oídos, y piel, atiendan preferentemente a los niños escolares entre 10 y 11 horas.

Saludo a Ud. muy atte.

ALMANZOR J. DE D. MARRERO  
Director General

NOTA: La Señorita Visitadora de Higiene, entregará, en cada escuela una determinada cantidad de tarjetas que estarán a disposición del señor Médico Inspector.

República Argentina  
CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION  
Inspección Médica Escolar  
CALLAO 19

FACSIMIL DE LAS TARJETAS A QUE  
SE REFIERE LA CIRCULAR N° 16

Buenos Aires, ..... de 194

El alumno D. ....  
de la escuela N° ..... del C. Escolar N° ..... necesita ser examinado  
en el consultorio de ..... el  
día ..... a las ..... horas.

Saludo a usted muy atee.

.....  
MEDICO INSPECTOR

NOTA: Debe concurrirse al consultorio de acuerdo al horario y día indicados al dorso, a fin de ser atendido de inmediato



República Argentina  
 CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION  
 Inspección Médica Escolar  
 CALLAO 19

FACSIMIL DE LAS TARJETAS A QUE  
 SE REFIERE LA CIRCULAR N° 16

Señor Jefe del Servicio de .....  
 del Hospital .....

El escolar ..... necesita ser  
 atendido en el Servicio de su dirección.

A tal efecto se le entrega la presente credencial.

Saluda al señor Jefe con toda consideración.

.....  
 MEDICO INSPECTOR

Buenos Aires, ..... de ..... de 194.....

CIRCULAR N° 17

Buenos Aires, 24 de mayo de 1945.

Señor Secretario del C. E. ....

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., rogándole quiera tener a bien hacer llegar a los señores Directores de las escuelas de ese Distrito, la comunicación que se transcribe y que tiene por objeto marcar las directivas que regirán la coordinación de los Servicios Médicos de esta Inspección con los de los Hospitales dependientes de la Asistencia Pública.

“Sr... Director... de la Escuela N° ....

“Me es grato dirigirme a la Dirección de esa Escuela, adjuntándole copia de la nota remitida por esta Inspección Médica General, a los señores Médicos Inspectores, con el propósito de que esa Dirección se compenetre de las nuevas iniciativas impartidas por el Cuerpo Médico Escolar, en concordancia con la Dirección de la Asistencia Pública.

“En vista de las altas finalidades perseguidas, solicito de esa Dirección, la más decidida cooperación para con el señor Médico Inspector, a fin de lograr estos propósitos para bien de la salud de los escolares.

“Por otra parte, ruego a esa Dirección quiera tener a bien hacer llegar a esta Inspección General, la nómina de los hogares paupérrimos a fin de gestionar ante la Dirección de la Asistencia Social de la Secretaría de Trabajo y Previsión, la ayuda correspondiente”.

Saludo a Ud. muy atte.

ALMANZOR J. DE D. MARRERO  
 Director General

NOTA: Se acompaña copia de la circular remitida en la fecha a los señores Médicos Inspectores de Zona.

**INSPECCION MEDICA ESCOLAR**

**HORARIO DE LAS SECCIONES DE LA CASA CENTRAL**

**CLINICA MEDICA**

Todos los días de 13 a 15. Sábados de 10 a 12.

Dr. OCTAVIO PICO ESTRADA  
Dr. LUIS MUNIST  
Dr. LUIS LAUSI

**CLINICA PEDIATRICA**

Todos los días de 13 a 17., incluso sábados.

Dr. ENRIQUE BERETERVIDE  
Dr. JOSE MARIA MACERA

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

Todos los días de 13 a 15, menos los sábados.

Dr. EDUARDO CASTERAN

**OFTALMOLOGIA**

Todos los días de 13 a 15, menos los sábados.

Dr. RAIMUNDO A. TARTARI  
Dr. FEDERICO CERBONI

**RADIOLOGIA**

Consultorio Central: Todos los días de 8 a 10 y de 13 a 15; sábados de 9 a 11.

Catastro (Escuela Roca): Lunes, miércoles y viernes de 8 a 10; martes, jueves y sábado de 13 a 15.

Dr. A. JORGE SCHICHT

**PROFILAXIS ESPECIFICA**

Todos los días de 9 a 12 y de 13 a 16; sábados de 9 a 12.

Dr. JULIO HANSEN

**EDUCACION SANITARIA**

Lunes, miércoles y viernes de 10 a 12, martes, jueves y sábados de 13 a 15

Dr. TEODORO A. TONINA

**NEUROPSIQUIATRIA**

Lunes y jueves de 14 a 16.

Dra. CAROLINA TOBAR GARCIA

**OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15, martes y jueves de 14 a 16; sábados de 10 a 12

Dr. RAUL M. CHEVALIER

**CLINICA DE NUTRICION**

Lunes, miércoles, jueves y viernes de 13 a 15; martes y sábados de 10 a 12

Dra. PERLINA WINOCUR

**COLONIAS DE VACACIONES**

Todos los días de 13 a 15; sábados de 10 a 12

Dr. T. ANTONIO TURNO

**LABORATORIO**

Martes, jueves y sábados de 8 a 10, miércoles de 10 a 12; lunes y viernes de 14 a 16.

Dr. CIRO T. RIETTI



CUADRO DE LAS ZONAS PARA LA ATENCION

Consejo Escolar	ESCUELAS	ZONAS
I.	15, 16, 17, 18, 20 .....	8
	23 .....	24
	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 22 .....	25
	10, 12, 19, 21, 24, 25, 26 .....	26
II.	3, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17 .....	10
	19, 20, 21 .....	23
	1, 2, 4, 6, 7, 12, 14, 16, 18, 22, 23, 24, 25 .....	24
III.	12, 15, 22, 23, 24, 25 .....	4
	1, 4, 10, 14, 17, 18, 19, 20, 21 .....	7
	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 16 .....	8
IV.	20, 21, 22, 23, 24, 25 .....	5
	3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 .....	6
	1, 2, 6, 8 .....	7
V.	4, 7, 10, 21 .....	2
	14, 16, 17, 19, 22, 23, 24 .....	3
	2, 18, 20, 25, 26, 27, 28 .....	4
	1, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 15 .....	5
VI.	8, 23, 24 .....	4
	1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21 .....	9
	3, 9, 22 .....	10
VII.	15 .....	12
	4, 5, 6, 10, 12, 14, 22, 24, 25 .....	21
	8, 9, 13, 18, 21, 23 .....	22
	1, 2, 3, 7, 11, 16, 17, 19, 20, 26, 27 .....	23
VIII.	10, 19, 20, 24 .....	2
	3, 7, .....	10
	2, 5, 6, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 25 .....	11
	1, 4, 8, 9, 11, 12, 16 .....	12
IX.	6, 7, 9, 12, 13, 24, 28 .....	26
	1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27 .....	27
	2, 14, 23 .....	28
X.	1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 18, 20, 22, 23, 24 .....	28
	2, 6, 14 .....	29
	7, 12, 16, 17, 21, 25, 26 .....	36

MEDICA DE LOS ESCOLARES DE LA CAPITAL

Consejo Escolar	ESCUELAS	ZONAS
<b>XI.</b>	2, 4, 7, 13, 20 ..... 8, 12, 15 ..... 5, 9, 10, 14, 16, 17, 19, 21 .....	<b>11</b> <b>13</b> <b>14</b>
<b>XII.</b>	1, 2, 19 ..... 5, 12, 14, 15, 22 ..... 3, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 25 ..... 23 ..... 10, 13, 20 .....	<b>13</b> <b>14</b> <b>15</b> <b>17</b> <b>19</b>
<b>XIII.</b>	1, 4, 7, 12, 13, 19, 20, 22, 26 ..... 5, 8, 14, 16, 18, 21, 24 ..... 2, 3, 6, 9, 10, 11, 15, 17, 23, 25 .....	<b>20</b> <b>21</b> <b>22</b>
<b>XIV.</b>	19, 21, 23, 24, 26, 27 ..... 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 18, 28 ..... 8, 9 ..... 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 25 .....	<b>20</b> <b>29</b> <b>30</b> <b>31</b>
<b>XV.</b>	24 ..... 15, 18 ..... 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 25, 26 ..... 1, 2, 3, 5, 16, 17, 19, 20 .....	<b>26</b> <b>29</b> <b>35</b> <b>36</b>
<b>XVI.</b>	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 19, 21, 23, 24 ..... 1, 6, 9, 11, 12, 13, 17, 18, 20, 22, 25, 26, 27, 28, 29 .....	<b>34</b> <b>30</b>
<b>XVII.</b>	2, 17, 21, 23, 28, 31 ..... 3, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 16, 26, 27, 29, 30 ..... 1, 4, 7, 10, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24, 25 .....	<b>31</b> <b>32</b> <b>33</b>
<b>XVIII.</b>	1, 3, 9 ..... 7, 8, 23, 30 ..... 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 31, 32 ..... 2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 21, 26, 27, 28 .....	<b>15</b> <b>17</b> <b>18</b> <b>19</b>
<b>XIX.</b>	25, 26 ..... 5, 10, 11, 12, 15, 21 ..... 1, 2, 3, 6, 9, 17, 22 ..... 4 ..... 7 ..... 8, 13, 14, 16, 18, 23, 24 ..... 19, 20 .....	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>11</b> <b>12</b> <b>13</b> <b>14</b>
<b>XX.</b>	6, 11, 13, 15, 17, 19, 23, 26, 28, 30 ..... 2, 3, 4, 5, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24, 27 ..... 1, 7, 8, 9, 20, 21, 25, 29 .....	<b>1</b> <b>16</b> <b>17</b>

BOLETIN DE LA COMISION MEDICA DE EGIA



### HORARIO DE LOS CONSULTORIOS MEDICOS DE ZONA

Zona	MEDICO	CONSULTORIO	MAÑANA	TARDE
1	Dr. Guido Longoni	Oliden 2851	Martes de 8 a 10	Viernes de 13 a 15
2	" Teófilo Moreno Burton	Alagón 300	Martes de 8,30 a 10,30	Viernes de 13 a 15
3	" Alberto Urribarri	Traful 3847	Martes de 10 a 12	Sábado de 14 a 16
4	" José Vidal	P. Echagüe y Catamarca	Martes de 10 a 12	Viernes de 13 a 15
5	" Jorge Lavalle Cobo	Montes de Oca 455	Jueves de 10 a 12	Martes de 13 a 15
6	" Carlos Velarde	Suárez 1145	Lunes de 10 a 12	Viernes de 13 a 15
7	" Ricardo E. Martelli Jáuregui	Estados Unidos 629	Miércoles de 10 a 12	Sábado de 13 a 15
8	" Alfredo Larguía	Estados Unidos 629	Viernes de 8 a 10	Martes de 14 a 16
9	" Enrique Baldasarre	Humberto Iº 3171	Martes de 10 a 12	Jueves de 14 a 16
10	" Domingo Brachetto Brian	Humberto Iº 3171	Jueves de 10 a 12	Martes de 14 a 16
11	" Alfredo Giordano	Formosa 136	Martes de 10 a 12	Sábado de 14 a 16
12	" Angel E. Rufino	Formosa 136	Jueves de 10 a 12	Lunes de 14 a 16
13	" Alcibíades Baldi	Carabobo 253	Lunes de 8 a 10	Jueves de 13 a 15
14	" Alfredo Chelle	Bacacay 2706	Viernes de 10 a 12	Martes de 14 a 16
15	" Ivan J. L. Ayerza	R. L. Falcón 4126	Martes de 10 a 12	Jueves de 13 a 15
16	" Hernán González Risos	Fonrouge 346	Martes de 10 a 12	Sábado de 13 a 15
17	" Alejandro Caamaño	Fonrouge 346	Lunes de 8 a 10	Viernes de 13,30 a 15,30
18	" Jesús Oliva Carreras	Fonrouge 346	Lunes de 10 a 12	Jueves de 13 a 15
19	" Raúl T. Bogarín	Segurola 1104	Martes de 8,30 a 10,30	Viernes de 14 a 16
20	" Carlos L. Lucena	Bolivia 2569	Martes de 10,30 a 12,30	Jueves de 13 a 15
21	" Juan M. Miravent	Figueroa 661	Miércoles de 10 a 12	Sábado de 12,30 a 14,30
22	" Aníbal Fagalde	Figueroa 661	Martes de 10,30 a 12,30	Jueves de 15 a 17
23	" Joaquín Herrán	Pringles 263	Sábados de 9,30 a 11,30	Miércoles de 13 a 15
24	" Héctor J. Mollard	Pueyrredón 630	Martes de 10 a 12	Viernes de 13 a 15
25	" Adolfo Sangiovanni	Talcahuano 678	Martes de 10,30 a 12,30	Viernes de 13 a 15
26	" Alberto Crottoggini	Talcahuano 678	Sábados de 11 a 13	Jueves de 13 a 15
27	" Carlos I. Allende	Güemes 4615	Viernes de 12 a 14	Martes de 13 a 15
28	" Ramón Lorenzo	Santa Fe 5039	Martes de 10 a 12	Viernes de 13 a 15
29	" Alfredo Masciocehi	Carbajal 4019	Martes de 10 a 12	Jueves de 13 a 15
30	" Adolfo M. Cordiviola	Guanacache 4965	Jueves de 8 a 10	Lunes de 14,30 a 16,30
31	" Jorge E. Machado	S. M. del Carril 3650	Sábados de 10 a 12	Martes de 13 a 15
32	" Martín Ragno	Merecedes 4002	Martes de 10 a 12	Jueves de 13,30 a 15,30
33	" Julio de la Vega	Merecedes 4002	Lunes de 10,30 a 12,30	Viernes de 13 a 15
34	" Juan R. Eyheremendy	Guanacache 4965	Viernes de 9 a 11	Martes de 13 a 15
35	" Arturo F. de la Serna	Moldes 1854	Martes de 10 a 12	Jueves de 13 a 15
36	" Fernando Bustos	Moldes 1854	Miércoles de 10,30 a 12,30	Viernes de 13 a 15

## DISTRIBUCION Y HORARIO DE LOS CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS

**CASA CENTRAL:** Callao 19.

**Dr. Gustavo A. Chiappori.** — Lunes a viernes de 12 a 14. Sábados de 9 a 11.

### RADIODONCIA

**CASA CENTRAL:** Callao 19. (Radiodoncia y Cirugía buco-dental).

**Dr. Manuel B. Galea.** — Lunes y viernes de 13,30 a 15,30.

**CONSEJO ESCOLAR 119:** Salas 565.

**Dr. Lidoro Ponce.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 179:** Salvador Ma. del Carril 3650.

**Dr. Simón Cicinelli.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CASA CENTRAL:** Callao 19.

**Dra. Embrioni y Dr. Pellerano.** — Lunes, miércoles y viernes de 9 a 11. Martes, jueves y sábados de 9 a 11.

**CONSEJO ESCOLAR 19:** Talcahuano 680.

**Dr. Jorge M. Cárrega.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 29:** Alsina 2499.

**Dr. José A. Galian.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 39:** Tacuarí 563.

**Dr. Victoriano Amoros.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 49:** Australia 1081.

**Dra. Adela E. G. de García.** — Lunes,

miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 59:** Montes de Oca 455.

**Dr. Rogelio Vallejo.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 69:** Humberto I<sup>o</sup> 3171.

**Dr. Sadi Fausset.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 79:** Camargo 725.

**Dr. Ludovico M. Bertoletti.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 89:** Quintino Bocayuva 620.

**Dr. Juan C. Bozzini.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 99:** Las Heras 3096.

**Dr. Guillermo Ríos Centeno.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 109:** Gorriti 5740.

**Dr. Aaron Zapiache.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 119:** Salas 565.

**Dr. Lidoro Ponce.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.

**CONSEJO ESCOLAR 119:** (Anexo) Carrubo 253.

**Dra. Teresa Rocco.** — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.



- CONSEJO ESCOLAR 12º:** Bacacay 2706.  
Dr. Eduardo Cisneros Terán. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 13º:** Juan A. García 2755.  
Dr. Ramón Garasa. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 14º:** Bolivia 2569.  
Dr. Héctor Rivarola. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 14º:** (Anexo). Carbajal 4019.  
Dra. Inés M. A. Covini. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 15º:** Moldes 1854.  
Dr. Pastor Florit. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 16º:** Guanacache 4965.  
Dr. Manuel Rey Millares. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 17º:** Salvador M. del Carril 3650.  
Dr. Simón Cicinelli. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 18º:** Joaquín V. González 180.  
Dr. Juan M. Moreno. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 10º:** Alagón 300.  
Dr. Julio C. Pichel. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- CONSEJO ESCOLAR 20º:** Manuel Artigas 5951.  
Dra. María G. de Panullo. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- I. BERNASCONI:** Catamarca 2099.  
Dr. Julián Saint Martín. — Lunes, miércoles y viernes de 13 a 15. Martes, jueves y sábados de 8 a 10.
- AIRE LIBRE Nº 1:** Defensa 1770.  
Dr. Domingo Compte. — Martes y viernes de 9 a 11.
- AIRE LIBRE Nº 2:** Laguna 144.  
Dra. Sara G. Embrióni. — Martes, jueves y sábados de 9 a 11.
- AIRE LIBRE Nº 3:** Parque Chacabuco.  
Dr. Domingo Compte. — Miércoles y sábados de 9 a 11.
- AIRE LIBRE Nº 4:** Loyola 1500.  
Dra. Luisa I. Salmán. — Miércoles y sábados de 9 a 11.
- AIRE LIBRE Nº 5:** San Alberto 2379.  
Dr. Luisa I. Salmán. — Lunes y jueves de 9 a 11.
- AIRE LIBRE Nº 6:** Francisco Beiró 4402.  
Dra. Luisa I. Salmán. — Martes y viernes de 9 a 11.
- AIRE LIBRE Nº 7:** Manuela Pedraza 2002.  
Dr. Ricardo Wenk. — Lunes y jueves de 9 a 11.
- AIRE LIBRE Nº 8:** Gaona 2825.  
Dr. Domingo Compte. — Lunes y jueves de 9 a 11.
- AIRE LIBRE Nº 9:** Carlos Calvo 3150.  
Dr. Ricardo Wenk. — Martes y viernes de 9 a 11.
- JARDIN DE INFANTES Nº 2:** Suere y Obligado.  
Dr. Ricardo Wenk. — Miércoles y sábados de 9 a 11.

NOTA: Del 1º de mayo al 30 de setiembre en los Consultorios de Distritos e Instituto Bernasconi, comenzarán y terminarán las tareas media hora más tarde.

## CONSULTORIOS MEDICOS DE LAS ESCUELAS AL AIRE LIBRE Y JARDINES DE INFANTES

---

ESCUELA N° 1: Defensa 1770.

Dr. Alfredo Martín. — Jueves de  
11,30 a 13,30.

ESCUELA N° 2: Ramón Falcón 3986.

Dr. Alfredo Martín. — Martes de  
11,30 a 13,30.

ESCUELA N° 3: Emilio Mitre 1087.

Dr. Alfredo Martín. — Lunes de 11,30  
a 13,30.

ESCUELA N° 4: Loyola 1500.

Dr. César Cibils Aguirre. — Lunes  
de 8,30 a 10,30.

ESCUELA N° 5: San Alberto 2378

Dr. César Cibils Aguirre. — Martes  
de 8,30 a 10,30.

ESCUELA N° 6: Av. Fco. Beiró 4408.

Dr. César Cibils Aguirre. — Miér-  
coles de 8,30 a 10,30.

ESCUELA N° 7: Manuela Pedraza 2002.

Dr. César Cibils Aguirre. — Jueves  
de 8,30 a 10,30.

ESCUELA N° 8: Gaona 2865.

Dr. César Cibils Aguirre. — Viernes  
de 8,30 a 10,30.

ESCUELA N° 9: Carlos Calvo 3150.

Dr. Alfredo Martín. — Viernes de  
11,30 a 13,30.

ESCUELA N° 10: Victoria 4238.

Dr. Alfredo Martín. — Sábado de  
11,30 a 13,30.

JARDIN DE INFANTES N° 1: Cata-  
marca 2099.

Dr. César Cibils Aguirre. — 1er. y  
3er. sábado de 8,30 a 10,30.

JARDIN DE INFANTES N° 2: Sucre  
2282.

Dr. César Cibils Aguirre. — 2do. y  
4to. sábado de 8,30 a 10,30.

JARDIN DE INFANTES N° 3: Victoria  
4238.

Dr. Alfredo Martín. — Sábado de  
11,30 a 13,30.

JARDIN DE INFANTES N° 4: Joaquín  
V. González 307.

Dr. Alfredo Martín. — Miércoles de  
11,30 a 13,30.

JARDIN DE INFANTES N° 5:

Dra. Carolina Tobar García. — Mar-  
tes y viernes de 9 a 11.



### COMEDORES ESCOLARES

---

Nº 1: Chicago 6799.	Nº 17 Bermúdez 1917.
„ 2 Nazca 2986.	„ 18 Centenera 1502.
„ 3 Donado 1412.	„ 19 García del Río 3046.
„ 4 Lynch 3475.	„ 20 Gana 798.
„ 5 Piedrabuena 4788.	„ 23 Piedras 1133.
„ 6 Strangford 5864.	„ 24 Congreso 5700.
„ 7 Cnel Roca 2056.	„ 26 California 1925.
„ 8 Av. Quirno Costa 3424.	„ 27 Navarro 5231.
„ 9 Jonte 1757.	„ 28 Tarija 3421.
„ 10 Cockrane 2749.	„ 29 Miralla 42.
„ 11 Gral. Hornos 1202.	„ 30 Directorio 5400.
„ 12 Lope de Vega 1300.	„ 32 Altolaguirre 3502.
„ 13 Lamadrid 200.	„ 33 Lafuente 1130.
„ 14 Junta 2300.	„ 34 Lafuente 3201.
„ 15 Daniel Cerri 1270.	„ 35 Girardot 1901.
„ 16 Jonte 5202.	„ 36 Tequendama 4225.

---

### COMEDORES ESCOLARES SOSTENIDOS POR EL EJERCITO DE LA NACION

Comedor del Comando 1ª División del Ejército, Santa Fe 4857.

Comedor del Reg. 1º de Infantería "Patricios", Santa Fe 4857.

## LABOR DE LA INSPECCION MEDICA ESCOLAR DURANTE EL AÑO 1944

### *Sección Odontológica.*

Exámenes de primera vez .....	6.739
Total de consultas .....	69.552

### *Sección Profilaxis Específica.*

Vacunación antidiftérica, 1ª dosis .....	70.544
2ª dosis .....	66.075
Revacunados .....	28.406

Total de dosis ..... 165.025

Vacunación antivariólica .....	9.398
Vacunación antitífica, 1ª dosis .....	6.572
2ª dosis .....	6.375

Total de dosis ..... 12.947

### *Sección Radiología.*

Radiografías tomadas y diagnosticadas ..	11.349
Fichas confeccionadas .....	34.047

### *Sección Otorrinolaringología.*

Exámenes a niños .....	3.258
Exámenes a personal .....	624

### *Sección Oftalmología.*

Exámenes a niños .....	7.333
Exámenes a personal .....	276
Anteojos entregados .....	275
Visitas domiciliarias .....	261

### *Clínica de Nutrición.*

Exámenes a niños .....	2.130
Visitas a escuelas .....	38
Visitas a domicilios .....	55
Clases dictadas .....	9



*Sección Endocrinología.*

Exámenes de niños .....	439
Pruebas de metabolismo tomadas .....	53

*Sección Cardiorreumatología.*

Exámenes a niños .....	2.281
------------------------	-------

*Sección Profilaxis de las Afecciones de las Vías Respiratorias*

Exámenes a niños .....	2.398
Reacciones de Mantoux .....	815

*Sección Neuropsiquiatría.*

Exámenes a niños .....	628
Exámenes a personal .....	477

*Sección Educación Sanitaria.*

Cartillas distribuidas .....	203.742
Clases dadas en las escuelas por las Visitadoras de Higiene .....	5.160
Oyentes de las mismas .....	157.124

*Sección Dermatología. (Trabajó solo hasta el mes de mayo).*

Exámenes a niños .....	527
------------------------	-----

*Sección Clínica Médica.*

Personal examinado .....	3.785
--------------------------	-------

*Consultorio de Enfermedades Pulmonares.*

Personal examinado .....	1.096
--------------------------	-------

*Obstetricia.*

Licencias acordadas .....	334
---------------------------	-----

*Ginecología.*

Licencias acordadas .....	243
---------------------------	-----

*Laboratorio.*

Análisis realizados .....	4.277
---------------------------	-------

*Acción en Distritos Escolares.*

Guardias de consultorios médicos .....	3.001
Certificados a alumnos .....	42.220
Certificados a maestros .....	4.902
Visitas a maestros .....	5.773

*En escuelas:**Médicos:*

Niños examinados .....	73.281
Inspecciones a edificios de escuelas .....	7.747
Visitas domiciliarias a niños .....	536

*Visitadoras de Higiene:*

Exámenes oculares .....	29.352
Exámenes de agudeza auditiva .....	28.590
Exámenes buco dentales .....	29.415

*Comedores Escolares.*

Comedores que funcionaron .....	32
Total de inscriptos .....	9.733
Total de asistencias .....	1.389.094
Asistencia media diaria .....	5.534
Exámenes oculares .....	9.502
Exámenes de agudeza auditiva .....	9.501
Exámenes de buco-dentales .....	9.505
Exámenes de cuero cabelludo .....	9.564
Clases a los niños .....	5.873
Clases a los padres .....	186
Visitas domiciliarias .....	6.141

*Colonias de Vacaciones.*

Concurrieron a Colonias (año 1944) .....	8.054
--	-------



CONCEPTOS MODERNOS SOBRE PROFILAXIA Y  
PREVISION DE LAS AFECCIONES OCULARES  
EN EL MEDIO ESCOLAR

*Doctor R. A. TARTARI*

MEDICO INSPECTOR — JEFE DE LA SECCION OF-  
TALMOLOGIA — Médico agregado del servicio de  
ojos del Hospital Alvear.

NIHIL EST IN INTELECTU  
QUOD NON PRIUS FUERIT  
IN SENSU. — (Aristóteles)

Nuestros ojos son sagrados, y merecen ser respetados y tratados como tales. Los conocimientos técnicos de la hora actual, permiten asegurar que más del 50 % de las cegueras pudieron y pueden evitarse. La no aplicación de los resortes técnicos y su desconocimiento en quienes deben velar por la salud pública, son los culpables de este elevado porcentaje de inválidos que gravitan sobre la sociedad y el erario público.

Entrando en materia, diremos que el cerebro del niño puede compararse a una "hoja en blanco" en la que se inscriben poco a poco las impresiones sensoriales, que únicamente más tarde podrán formar la materia de las diversas operaciones intelectuales (Gley).

Sentidos anatómica y fisiológicamente normales se requieren para la

óptima percepción de las sensaciones. Las diversas operaciones intelectuales estarán en directa relación con la mayor o menor capacidad de "captar" sensaciones.

Es condición previa para llegar a obtener una buena inteligencia, estar dotado de sentidos en funcionamiento normal. He aquí cómo se enlazan tan estrechamente la función del médico escolar, del maestro, y del pedagogo.

Nó es posible que ignoremos el estado de salud de los sentidos del niño en su paso por las aulas. Este concepto debe servirnos para ser tomado como piedra angular, en toda organización sanitaria y pedagógica puesta al servicio del niño escolar. Es función de la Inspección Médica Escolar, allanar todas las dificultades e impedimentos que puedan presentarse para la resolución de tan importante problema. Debemos hallarnos en condiciones cueste lo que cueste, de



poder poner al niño que se inicia en la escuela su "etiqueta" por decir así, de apto o no, para aprender, tratando en el último caso, dentro de la mayor premura, y en la medida de nuestra capacidad, corregir el defecto de sus sentidos, evitando que sean clasificados como "retardados", a la vez que en un grado no siguen el progreso paulatino de los normalmente dotados, atrasando el ritmo gradual de la enseñanza. Son en realidad "falsos retardados".

En lo que a nosotros atañe como especialistas de afecciones oculares, esbozaremos el plan de acuerdo a lo que nuestra práctica a través de los años, en contacto con los niños, nos da como conveniente, para nuestro medio escolar, aplicando los más modernos conceptos dentro de esta disciplina de la medicina, en constante evolución progresiva, por los adelantos técnicos cada día mayores de los aparatos e instrumental de examen e investigación oftalmológicas, que permiten estudiar bien a fondo, la enorme repercusión que tienen las afecciones generales sobre el sentido de la vista. Si recordamos que el 87 % de los conocimientos adquiridos han pasado por los ojos, adquirimos la convicción de la necesidad de vigilar constantemente al niño escolar, para luego continuar observándolo en la escuela secundaria o en el taller, hasta que una vez enrolado y ya en instrucción militar pueda ser declarado apto.

Durante nuestro interinato en la jefatura del consultorio oftalmológico hemos ideado una ficha oftalmológica

escolar que se acompaña, que permite seguir al niño desde su ingreso al primer año inferior hasta su egreso del 6º grado. Se halla acondicionada de manera que son permitidas todas las acotaciones que el médico observante crea conveniente hacer. Es imprescindible en todo momento, la cooperación del maestro, el cuerpo médico y el de visitadoras escolares. Estas son imprescindibles. Son el eslabón de enlace entre el médico y la maestra, por su doble preparación como tales y como higienistas. Son la prolongación constante y sistemática de la vigilancia médica. Ya visitadora de higiene escolar tiene que discernir frente al caso de cada niño. Cooperan muy directamente con el médico puesto que su preparación permite avizorarlas para la perquisita sanitaria. Su número debiera multiplicarse ante la tarea abrumadora que impone una buena inspección sanitaria escolar.

En lo que se refiere a las visitadoras que han de actuar en la sección oftalmológica, diremos de su carácter especial, por la índole de la especialidad, y por la terminología técnica con la que deben familiarizarse para los informes y anotaciones. La visitadora en la sección oftalmológica no se improvisa, debe hacerse así como nos hicimos nosotros, aun habiendo ingresado como especialistas. Todos los días hay algo que aprender en contacto con el niño escolar.

El médico inspector frente al niño escolar relee y prevee un sinnúmero de circunstancias, que son completamente ajenas a su práctica diaria hospitalaria o privada. A medida



Nº .....

República Argentina  
 CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION  
 INSPECCION MEDICA ESCOLAR

Nombre y apellido .....

OFTALMOLOGIA

Edad .....

Fecha .....	1er. Examen	Fecha .....	2º	Fecha .....	3º
OD.	{ S/D — V1 = ..... D — E = .....	OD: .....	V2 = .....	OD: .....	V2 = .....
		OI: .....	V2 = .....	OI: .....	V2 = .....
OI.	{ S/D — V1 = ..... D — E = .....	Fecha .....		Fecha .....	
		4º		5º	
OD: .....	V2 = .....	OD: .....	V2 = .....	OD: .....	V2 = .....
OI: .....	V2 = .....	OI: .....	V2 = .....	OI: .....	V2 = .....
Dr. ....		OI: .....	V2 = .....	OI: .....	V2 = .....
Estrabismo:		Fecha .....		Fecha .....	
		6º		7º	
Ambliopía:		OD: .....	V2 = .....	OD: .....	V2 = .....
Sentido cromático:		OI: .....	V2 = .....	OI: .....	V2 = .....
Nistagmus .....					

C.N.de E.-T. G.-10|943-T. 2.500-Fórm. 3091

(Anverso de la ficha)

*(Reverso de la ficha)*

O J O I N T E R N O

O J O E X T E R N O

que los años transcurren, se va pudiendo por el acrecentamiento de su idoneidad, como ocurre con el maestro, aconsejando lo que más conviene en cada caso. La oftalmología al servicio del escolar no se enseña, se aprende en contacto diario con la escuela, y cuán lejos nos hallamos de los conceptos que sustentábamos a nuestro ingreso, de práctica hospitalaria y privada. La densa población escolar, impone el estudio de problemas aun no resueltos, cuya magnitud sólo conocemos quienes estamos al tanto del resorte técnico, debiéndonos

estrellar contra la incomprensión de

quienes no alcanzan a valorar la obra de protección que se impone para el cuidado de nuestros ojos, tan vulnerables.

De los 40.000 niños que se inscriben en los grados inferiores cuando ingresan, el 10 por ciento, se hallan afectados sus ojos por vicios de refracción o enfermedades. No podemos descuidarlos y debemos seguirlos a través de los siete años de estudio. Necesitamos así, un plan de coordinación entre médicos, maestros y visitadoras de higiene. La capacidad actual de trabajo de la sección of-

detalmológica es insuficiente. No cuen-



ta ni con personal, ni con el instrumental moderno adecuado. Desgraciadamente se ha perdido una partida de \$ 25.000 por una sola vez para instrumental, que tratamos de defender infructuosamente, después de un largo expedienteo. Hubiéramos tenido un consultorio oftalmológico escolar modelo, sólo comparable al de los grandes centros mundiales que van a la vanguardia en sanidad escolar. La dilatada extensión de nuestra ciudad debe contemplar la posibilidad de ubicar dos o más consultorios además del central, en los distritos apartados. La población es menesterosa en esas zonas y los traslados erogan gastos a los familiares que se resisten a la asistencia médica que los niños reclaman.

#### DISTRIBUCION DEL PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo debe ajustarse también a la otra misión que incumbe al consultorio oftalmológico: la inspección de maestros y personal administrativo. En esta tarea como se trata de rectificar o ratificar diagnósticos de otros facultativos (privados) que justifican al personal, hay que contar con equipos completos de diagnóstico de los que actualmente se carece. Únicamente esta función se llenará con maestros y empleados.

#### ASISTENCIA DEL NIÑO

Esos niños deben ser examinados y tratados por:

- a) Vicios de refracción, alteración del sentido cromático. Examen de la visión binocular (este-

roscopia) Ambliopías. Equilibrio muscular externo (heteroforias). Estrabismo. Nistagmus. La provisión gratuita de anteojos.

- b) Enfermedades propiamente dichas. Infecto contagiosas, adquiridas, hereditarias y congénitas. Su tratamiento.

#### PROFILAXIA Y PREVISION DE LAS ENFERMEDADES OCULARES

- a) *De acción directa sobre el niño*, sobre el aula, la edificación escolar, el mobiliaje en especial los bancos. Mejor aprovechamiento de la luz natural y artificial. Material y elementos de estudio (libros, mapas, ilustraciones murales. Reproducción de modelados, maquetas, etc., etc. La proyección, la cinematografía, el tecnicolor, etc., etc. Creación de las escuelas de la visión (para niños ambliopes).
- b) *Indirecta*: mediante conferencias, ilustraciones alusivas, clases prácticas y graduales de acuerdo a los grados hasta crear en el niño la conciencia sobre el valor de conservar bien su vista. Educación sobre los juegos infantiles peligrosos, la gomera, simulacros de combates, los fuegos de artificio, etc., etc. Crear juegos alusivos a la protección de los ojos. Cantos y rondas infantiles sobre esos temas, etc., etc.

## EL TRATAMIENTO DE LOS PORTADORES DIFTERICOS IRREDUCTIBLES

---

*Dr. EDUARDO CASTERAN*  
MEDICO INSPECTOR — JEFE DEL CONSULTORIO  
DE GARGANTA - NARIZ Y OIDO — Profesor  
Adjunto de Clínica Otorrinolaringológica de la  
Fac. de C. Méd. de Bs. As. Jefe de Servicio de Clínica  
Otorrinolaringológica del Hosp. Juan A. Fernández.

La profilaxis de la difteria se basa hoy en tres puntos fundamentales: vacunación antidiftérica; aislamiento y tratamiento de los enfermos, y aislamiento y tratamiento de los portadores diftéricos sanos.

Si bien con respecto a las dos primeras medidas no existe casi disparidad de opiniones, no sucede lo mismo en lo que concierne al criterio con que debe encararse a los portadores diftéricos sanos. Mientras unos no le dan mayor valor en la profilaxis de esta afección, otros, en cambio, la consideran un factor de gran importancia.

Las investigaciones sobre la frecuencia con que se encuentran portadores diftéricos sanos ha dado margen a las más variadas opiniones. Gross, sobre 316 chicos sanos examinados, ha encontrado 26 portadores diftéricos, lo que da un porcentaje de casi un 9 %. En cambio Beckler encuentra un porcentaje de un 0,50 %, Weaver y Moss 20 %, Bussing, Park y Beebe, así como Guthrie y

Gellien dan cifras que varían entre un 8 y 15 por ciento.

No es posible, sin embargo, comparar cifras de observaciones sin tener en cuenta las condiciones en que se han hecho.

Los recientes trabajos de Derny han demostrado que entre los sujetos sanos en cuyo ambiente no hubo diftéricos, no se encuentran portadores, y que por el contrario, ellos se hallan siempre y en gran cantidad entre los que han estado en contacto con enfermos.

Nuestras estadísticas nos dan los siguientes promedios: exámenes practicados entre escolares sanos, fuera de epidemia diftérica: 4 a 4,5 %. Exámenes practicados en sujetos que han tenido contacto con enfermos diftéricos, 10 a 15 %. Como vemos, las cifras son totalmente diferentes según las condiciones en que se practiquen los exámenes.

Ahora bien; con respecto al valor patogénico de los portadores diftéricos, las cosas no están aun más



claras. Mientras algunos observadores manifiestan que sólo deben ser tomados en cuenta para la profilaxis diftérica los portadores con gérmenes virulentos para los animales de experimentación no dando importancia en cambio a los avirulentos, creen otros, como Zadelhoff, debe ser considerado como peligroso todo portador de bacilos de Loeffler.

Por otra parte, se ha dicho y escrito que los bacilos diftéricos se encuentran muy a menudo en las más variadas afecciones.

Stoss, Ballin y algunos otros, dicen haber comprobado la existencia de bacilos diftéricos durante las rinitis y faringitis agudas simples; por nuestra parte, no hemos comprobado nunca la existencia de bacilos de Loeffler en estas condiciones, cosa que también habían afirmado Kuster y Wossner.

En lo que se refiere a la presencia de los bacilos diftéricos en las rinitis fibrinosas, estamos plenamente convencidos de que su etiología es francamente diftérica y como tal debe ser tratada.

Podemos afirmar aún, que en el caso de los portadores diftéricos nasales, se trata muy a menudo de sujetos con afecciones crónicas nasales, especialmente rinitis costrosas o mucopurulentas.

¿Cuál es el valor epidemiológico de los portadores diftéricos? Es éste un problema, como dijimos, sobre el que los clínicos no están de acuerdo. Aunque la gran mayoría dan gran valor al aislamiento de los portado-

res, muchos también piensan en la dificultad de su investigación sistemática en los medios muy densos, como ser las grandes poblaciones escolares.

Nuestra reglamentación sanitaria escolar establece que ningún portador diftérico puede reintegrarse a la escuela mientras no pueda presentar dos exámenes negativos del exudado faríngeo hechos con ocho días de diferencia. La investigación se realiza con todo niño sospechoso y con los que han frecuentado niños enfermos de difteria y con los convalecientes.

Esta exigencia de dos cultivos consecutivos negativos tiende a evitar los llamados por Tapia "portadores intermitentes", casi siempre por defectos de técnica en las tomas o en las siembras.

Ahora bien; los portadores diftéricos desde el punto de vista de la epidemiología durante los períodos de gran epidemia, son para nosotros de un valor relativo ya que es difícil su investigación sistemática.

En cambio, creemos que en tiempos normales o de pequeñas epidemias localizadas, la eliminación de los portadores diftéricos casi siempre por haber estado en contacto con enfermos o por ser ellos convalecientes, es un elemento indispensable en la profilaxis de las epidemias.

La cuestión del tratamiento de estos sujetos es un problema por resolver y la mejor prueba de ello la tenemos en la gran cantidad de tratamientos propuestos hasta la fecha.



Por nuestra parte hemos ensayado toda una serie de tratamientos con resultado sumamente variable. Existe gran número de portadores diftéricos valorables en un 70 %, a los cuales es posible esterilizar con los medios comunes, pero el otro 30 % puede incluirse en el grupo de los irreductibles, y es con ellos con los cuales nos hemos particularizado,

La inmunización activa fué también un total fracaso,

La inmunización local con anatoxina o filtrados de cultivo tampoco nos dió ningún resultado. Lo mismo puede decirse del procedimiento indicado por Schiotz y por Weaver, de irritación local con filtrados de cultivo de neumobacilo y de estreptococo.



Laboratorio de la Inspección Médica Escolar

pues a más de constituir un problema profiláctico, la obligación de separar estos niños de la escuela constituye un problema escolar importante, tanto para los padres como para el Estado.

Los tratamientos biológicos fueron los que primero utilizamos. La sueroterapia con suero antidiftérico, antineumocócico y antiestreptocócico no nos dió ningún resultado.

Con respecto a los medios físicos hemos fracasado totalmente con el procedimiento de Render, quien utiliza el aire caliente. En cambio, el uso de los rayos ultravioleta, de acuerdo a lo indicado por Herve y por Fournier, dió algunos resultados interesantes en lo que se refiere a los portadores diftéricos faríngeos, no así para los nasales, en cuyo caso el resultado fué negativo.



El resultado en los portadores faríngeos fué el siguiente:

1 caso esterilizado en 2 sesiones (4 días).

5 casos esterilizados en 3 sesiones (6 días).

2 casos esterilizados en 4 sesiones (8 días).

4 casos sin resultado.

Hemos utilizado una lámpara portátil simple, con localizador, en sesiones de 3 minutos repetidas cada dos días de acuerdo con la técnica indicada por Fournier.

En lo que se refiere al uso de los rayos X para esterilizar los portadores diftéricos, no deseamos abrir juicio, pues sólo hemos irradiado un caso, en el cual no obtuvimos por cierto éxito.

En cuanto al uso de antisépticos, hemos utilizado todas las formas y los más variados medicamentos, con un resultado mediocre, ya que en líneas generales el éxito no nos acompañó sino en una proporción que podemos calcular en un 30 % de los casos.

A pesar de que ya conocemos el escaso valor terapéutico de los gargarismos para todas las afecciones faríngeas, utilizamos en varios enfermos gargarismos alcalinos y ácidos sin ningún resultado.

Las topicaciones con soluciones fenicadas o de nitrato de plata han dado resultado en algún enfermo, sin que pueda dársele un valor terapéutico de primer plano. En cambio, no

podemos decir lo mismo de las topicaciones con líquido de Bonain en los portadores de gérmenes diftéricos de acuerdo con las indicaciones de Lob y Feldstein. Con 21 sujetos tratados por este método, se obtuvo el siguiente resultado.

Portadores en nariz: 4

Esterilizados 2

Sin resultado 2

Portadores en garganta: 17

Esterilizados 12

Sin resultado 5

La topicación en nariz se tolera bien; en cambio en la garganta posiblemente por la leucocitosis que origina es ligeramente molesta para el sujeto.

La insuflación con polvos, según técnico de Deveze y Labarraque, compuestos de 1 gramo de oxiquinoleína y 100 gramos de carbonato de bismuto, además de ser de difícil aplicación, no nos ha dado ningún resultado.

Hemos también utilizado antisépticos volátiles o gaseosos, así como también fumigaciones con las más variadas substancias, especialmente con soluciones de sulfato de zinc, ácido fénico, timol, etc. pero siempre con un resultado muy pobre.

De todos estos procedimientos la irradiación con rayos ultravioleta y la topicación con líquido Bonain, de acuerdo a nuestra experiencia, son los dos elementos terapéuticos que dan mejor resultado. Pero, como decíamos antes, existe un 30 por

ciento de portadores diftéricos que resisten a todo tratamiento.

Siguiendo las ideas de Graham Brown, insinuadas ya por Rendu en 1918 y, confesamos, con un poco de temor nos decidimos a extirpar las amígdalas y vegetaciones adenoideas de estos portadores. De paso deseamos dejar constancia de que casi todos éstos son portadores también de grandes hipertrofias de amígdalas y vegetaciones.

En un principio decidimos vacunar previamente a la intervención a todos nuestros candidatos; la comprobación posterior nos aseguró que casi todos ellos eran Schick-negativos.

Hemos ahora operado 31 portadores diftéricos irreductibles a todo otro tratamiento, sin tomar ninguna otra precaución que las que se toman habitualmente en estos casos. No hemos tenido ningún trastorno durante la intervención ni después de la misma, ya que post-operatorios generales y locales fueron perfectamente normales.

Los resultados fueron excelentes, ya que todos los examinados ocho días

después de la intervención se hallan perfectamente esterilizados, situación que no varió en los exámenes por cultivo, que se hicieron a posteriori.

Como conclusión, conceptuamos la extirpación amigdalina y de las vegetaciones adenoideas como el tratamiento de elección para la esterilización de los portadores diftéricos, aun en el caso de los irreductibles, intervención ésta que se realiza sin ningún inconveniente. Quiero recalcar aún, que casi todos los portadores diftéricos nasales exclusivamente, son también portadores de vegetaciones adenoideas y que en estos casos la extirpación de las mismas no tiene un resultado tan satisfactorio como el que se obtiene con la extirpación de las amígdalas en los portadores faríngeos.

#### SUMARIO

El autor después de utilizar numerosos tratamientos biológicos, físicos y químicos y ante su fracaso se muestra partidario del tratamiento de los portadores diftéricos irreductibles por la extirpación quirúrgica de las amígdalas y vegetaciones con lo cual dice obtener resultados óptimos y sin haber observado nunca ninguna complicación.



## PESO Y TALLA DE LOS ESCOLARES ARGENTINOS DE TRES A SEIS AÑOS, PERTENECIENTES A LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

*Doctora* PERLINA WINOCUR  
MEDICA INSPECTORA A CARGO DE LA CLINICA  
DE NUTRICION.

Con el agregado de la edad pre-escolar a la tabla presentada por nosotros en 1940, extendemos el uso de la misma a los Jardines de Infantes de creación posterior a nuestro trabajo (1) cuyo material fué recogido entre 1937 y 1938. La escala así completada comprende todo el ciclo de la segunda infancia y parte de adolescencia, 3 a 5 años. No incluimos el grupo de 16 años por comprender un número exíguo.

*Plan de trabajo y material reunido.* — El plan seguido consta en la publicación anterior (2). El material ha sido reunido por las visitadoras de la "Clínica de Nutrición", señoritas Dora Marina Moreno, Emma Coria y Georgina Estela Ceballos,

bajo la dirección de la señora María Luisa Lépori de Róvere. También la señorita Elena César, del Instituto Bernasconi, ha prestado su gentil ayuda.

Una vez más debemos agradecer a la señora de Róvere, eficaz colaboradora sobre quien ha pesado además, gran parte de la preparación estadística.

De los 6.684 niños de 3 a 6 años, 1.282 de esta última edad pertenecen a la primera Tabla, donde solo figuraban escolares que habían cumplido los seis años —requisito indispensable para ser inscripto en las escuelas— cuyos pesos y tallas considerábamos altos por que no partían desde los 5 años y 6 meses que agregamos ahora. Refundidos de este modo

(1) Perlina Winocur. — Peso y talla de los escolares argentinos pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires. Rev. de Hig. y Med. Escolares T. 1º, Nº 2, 1942. T. 2º, Nº 1. 1943.

Marcamos con (\*) cada vez que nos referimos a este trabajo. Las tablas y gráficos conservan en ambos la misma numeración.

la talla y el peso son más bajos y la transición a la edad siguiente está más de acuerdo con lo observado en nuestra práctica.

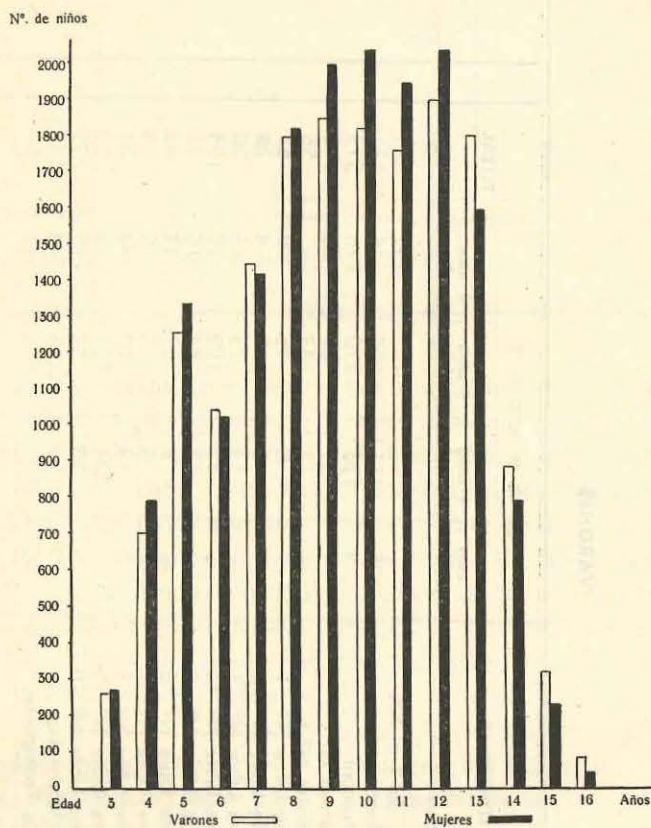
El estudio completo de 3 a 16 años

se basa en las mediciones practicadas sobre 34.172 niños de ambos sexos. Han sido excluidos 1.598 extranjeros con los cuales el número total habría llegado a 35.770.

GRAFICO Nº I

Diagrama comparativo del número de VARONES y de MUJERES de cada edad sobre el total de 28.770 niños elegidos de la Capital

(Corresponde a la Tabla Nº 3)





TABLAS Nº 1 y 2

Estudio de Peso y Talla para la tabla de los Jardines de Infantes  
Distribución de niños por edades e instituciones

VARONES

MUJERES

INSTITUCIONES	E D A D E S				TOTAL	E D A D E S				TOTAL	Total de ambos sexos
	3 años	4 años	5 años	6 años		3 años	4 años	5 años	6 años		
Escuelas C. E. del I al XX . . . . .	—	—	—	587	587	—	—	—	695	695	1.282
Jardín de Infancia Mitre . . . . .	108	451	496	76	1.131	124	365	418	61	968	2.099
Instituto Bernasconi . . . . .	4	123	270	176	573	5	113	257	152	527	1.100
Jardín de Infantes Nº 2 . . . . .	—	31	81	28	140	—	20	80	28	128	268
Jardín de Infantes Nº 5 . . . . .	—	13	43	—	56	—	16	38	7	61	117
Escuela al Aire Libre Nº 1 . . . . .	—	8	45	9	62	—	13	28	37	78	140
Escuela al Aire Libre Nº 2 . . . . .	—	6	18	4	28	—	5	35	10	50	78
Escuela al Aire Libre Nº 3 . . . . .	—	14	33	3	50	—	1	30	6	37	87
Escuela al Aire Libre Nº 4 . . . . .	—	35	109	50	194	—	34	105	27	166	360
Escuela al Aire Libre Nº 5 . . . . .	—	12	44	15	71	—	14	52	28	94	165
Escuela al Aire Libre Nº 6 . . . . .	—	8	22	13	43	—	6	32	12	50	93
Escuela al Aire Libre Nº 7 . . . . .	—	5	15	5	25	—	8	23	10	41	66
Escuela al Aire Libre Nº 8 . . . . .	—	13	67	44	124	—	21	97	35	153	277
Escuela al Aire Libre Nº 9 . . . . .	—	23	21	6	50	—	5	9	4	18	68
Escuela al Aire Libre Nº 10 . . . . .	—	18	52	5	75	—	12	32	21	65	140
Instituto de Maternidad . . . . .	87	29	15	4	135	84	17	12	3	116	251
Corporación de Transportes . . . . .	60	—	—	—	60	33	—	—	—	33	93
<b>TOTALES . . . . .</b>	<b>259</b>	<b>789</b>	<b>1.331</b>	<b>1.925</b>	<b>3.404</b>	<b>246</b>	<b>650</b>	<b>1.248</b>	<b>1.136</b>	<b>3.280</b>	<b>6.684</b>

T A B L A 3

Número de niños estudiados en cada edad y sexo. Porcentaje que representan sobre los 6 684 niños argentinos reunidos en los Jardines de Infantes, Instituto de Maternidad y Corporación de Transportes

Edad más próxima a la fecha de nacimiento	NUMERO Y SEXO		POR CIENTO	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
3 años . . . . .	259	246	8	8
4 " . . . . .	789	650	23	20
5 " . . . . .	1.331	1.248	39	38
6 " . . . . .	1.025	1.136	30	35
Número total de niños	3.404	3.280		

La distribución hecha por sexo (Tabla 3), muestra un equilibrio aproximado, no así en lo que se refiere a su número por edades; pues ha sido difícil obtenerlo particularmente en el grupo de tres años, el más reducida de todos. No hemos querido incluir niños de asilos cuyas condiciones de vida se alejan demasiado de lo habitual. Los Jardines de Infantes son pocos y no pueden compararse con los grandes conjuntos reunidos en las escuelas. Por estas razones figurarán datos de distintas épocas, así en el Jardín de Infantes Mitre de 1939 a 1943, en el Bernasconi de 1940 al 43. Se justifica este procedimiento

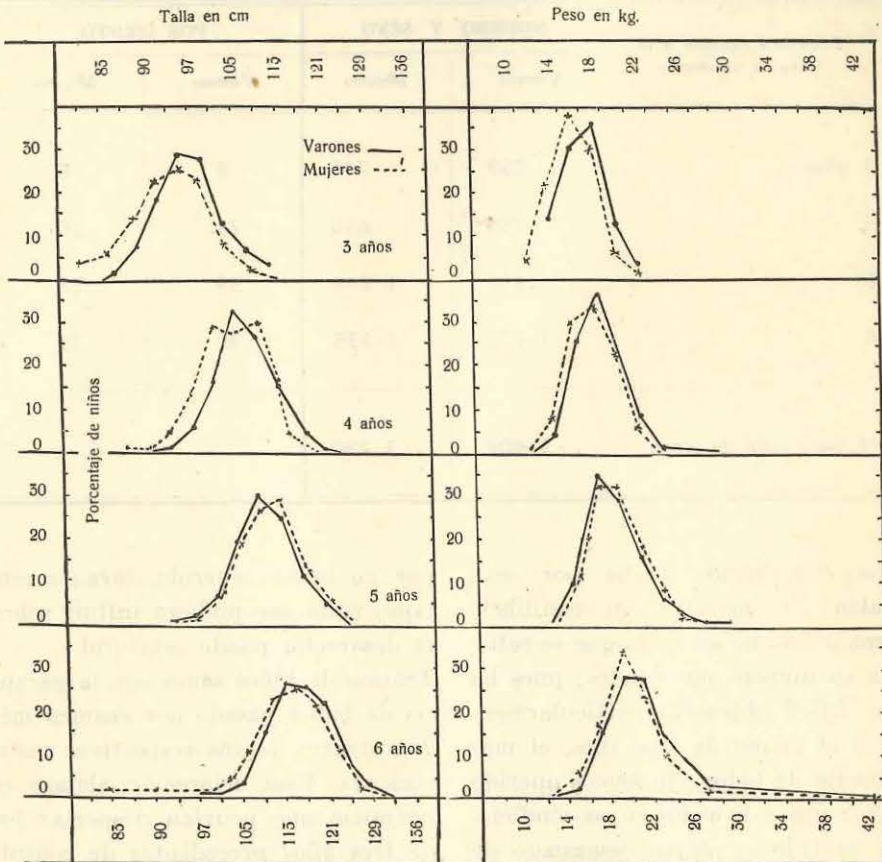
por no haber ocurrido durante este lapso nada que pudiera influir sobre el desarrollo pondo estatural.

Trátase de niños sanos con la garantía de haber pasado por examen médico dentro de sus respectivas instituciones. Esta aclaración alejará el prejuicio que podrían despertar los de tres años procedentes de consultorios externos. Solo se ha incluido aquellos que concurren por afecciones pasajeras sin importancia o para examen periódico en salud, relativamente frecuentes tanto en el instituto de Maternidad como en la Corporación de Transportes.



GRAFICO Nº II

Distribución del porcentaje de niños correspondiente a cada una de las tasas halladas en el estudio hecho sobre 28.770 escolares



*Análisis de los resultados obtenidos.* — Los pesos y las tallas de los niños de tres años presentan características distintas según el lugar donde fueron reunidos. Son más altos y pesan más en Jardines de Infantes, porque debido a estas condiciones pudieron ser admitidos tempranamente. Siguen en orden decreciente los de la Corporación de Transportes, hijos de empleados estables y por último los del Instituto de Maternidad del Profesor Alberto Peralta Ramos, de condición social más diversa.

Esta mezcla se equilibra bien en el término medio, las cifras que figuran en la Tabla 17, son legítimamente representativas de esta edad y las hemos aplicado satisfactoria-

mente. Con esto no excluimos la necesidad de rehacerlas en un estudio de primera infancia, puesto que los tres años están en el límite.

En la Tabla 4 damos la media aritmética ponderada —que llamamos término medio por ser esta denominación más familiar para todos— correspondiente a cada sexo en las distintas edades estudiadas. Ella nos servirá de base para el análisis de los datos que expresamos a continuación en tablas y gráficos.

*De tres a seis años aumentan:*

	Varones	Mujeres
En talla cm. . . .	16	18
En peso Kg. . . .	5	6

Aumentan por cada cm. de Talla los varones 312 gm. y las mujeres, 333 gm.

T A B L A 4

**Término medio de PESO y TALLA correspondiente a las distintas edades y sexos de los 6.684 niños argentinos de la ciudad de Buenos Aires**

Edad más próxima a la fecha de nacimiento	TALLA cm.		PESO Kg.	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
3 años . . . . .	98	96	16	15
4 " . . . . .	105	104	18	17
5 " . . . . .	109	107	19	18
6 " . . . . .	114	114	21	21

T A B L A 5

**Estudio comparativo de los aumentos anuales en TALLA y PESO de ambos sexos tomando como base la TABLA 4**

E D A D Años	AUMENTO ANUAL			
	TALLA cm.		PESO Kg.	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
3 a 4 . . . . .	7	8	2	2
4 a 5 . . . . .	4	3	1	1
5 a 6 . . . . .	5	7	2	3



T A B L A 6

Tabla comparativa mostrando mayor PESO o TALLA en las distintas edades y sexos de los niños estudiados en la TABLA 5

E D A D Años	E X C E S O E N:			
	TALLA cm.		PESO Kg.	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
3 años . . . . .	2	—	1	—
4 " . . . . .	1	—	1	—
5 " . . . . .	2	—	1	—
6 " . . . . .	—	—	—	—

T A B L A 7

Porcentaje de aumento anual de PESO y TALLA en los niños estudiados en la TABLA 5

P E R I O D O S Años	P O R C E N T A J E D E A U M E N T O E N:			
	TALLA		PESO	
	Varones	Mujeres	Varones	Varones
3 a 4 . . . . .	7,34	8,33	12,50	13,33
4 a 5 . . . . .	3,80	2,88	5,55	5,88
5 a 6 . . . . .	4,59	6,54	10,52	11,11
6 a 7 * . . . . .	4,40	3,50	9,52	9,52

\* Agregamos 6 a 7 años por el cambio de la primera de estas edades a la que hicimos referencia en otro lugar.

T A B L A 8

Tabla comparativa mostrando el mayor porcentaje de AUMENTO ANUAL en las distintas edades y sexo. (Basada en las TABLAS 5 y 7)

E D A D Años	E X C E S O E N:			
	TALLA cm. o/o		PESO Kg. o/o	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
3 a 4 . . . . .	—	—	—	0,83
4 a 5 . . . . .	0,92	0,99	0,23	—
5 a 6 . . . . .	—	1,95	—	0,59

De tres a seis años el aumento total en talla y en peso es mayor en las mujeres, más tarde —de 6 a 15 años— los varones crecen más en altura que las mujeres y estas aumentan más en peso en relación a su talla (Tabla 5 \*).

El índice  $\frac{P}{T}$  crece ininterrumpidamente (Tabla 10 y 10 \*), por ser el aumento ponderal mayor que el estatural y se explica por hacerse el primero en las tres dimensiones y en una sola en el segundo.

TABLA 9

Indice de  $\frac{\text{PESO}}{\text{TALLA}}$  para cada edad y sexo de los niños estudiados en la TABLA 4

E D A D	$\frac{\text{PESO EN Kg.}}{\text{TALLA EN cm.}} = \text{Gm.}$	
	Varones	Mujeres
3 años . . . . .	0,163	0,156
4 " . . . . .	0,172	0,163
5 " . . . . .	0,174	0,168
6 " . . . . .	0,184	0,184

TABLA 10

Tabla comparativa de la edad y sexo en que se presenta el mayor indice (Basada en la TABLA 9)

$\frac{\text{Peso en Kg.}}{\text{Talla en cm.}}$

E D A D	Varones	Mujeres
3 años . . . . .	0,007	—
4 " . . . . .	0,017	—
5 " . . . . .	0,006	—
6 " . . . . .	—	—

El índice  $\frac{P}{T}$  es mayor en los varones igualándose en los 6 años siguiendo en las otras edades las alternativas que justifican el gráfico IV.



GRAFICO N° III

Estudio comparativo de los PESOS y de las TALLAS de los niños argentinos de ambos sexos

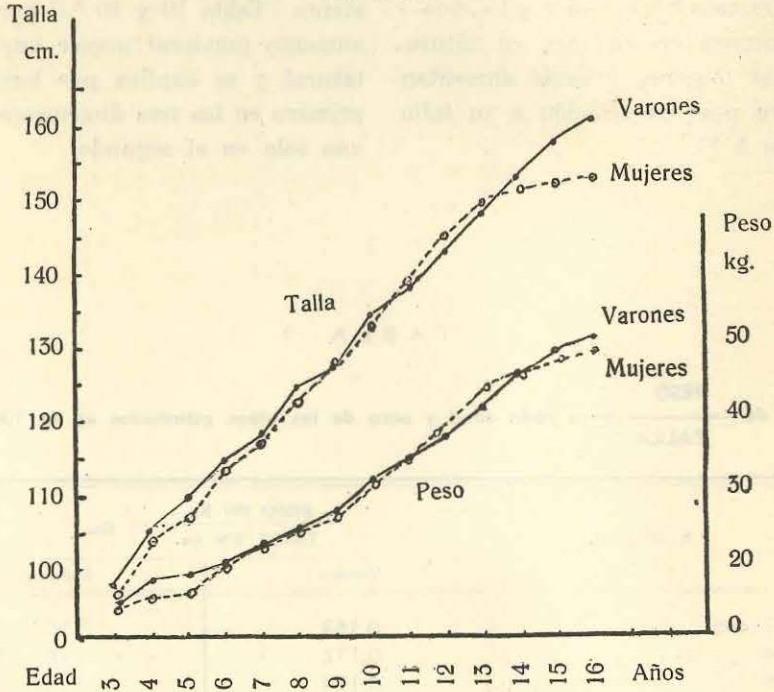
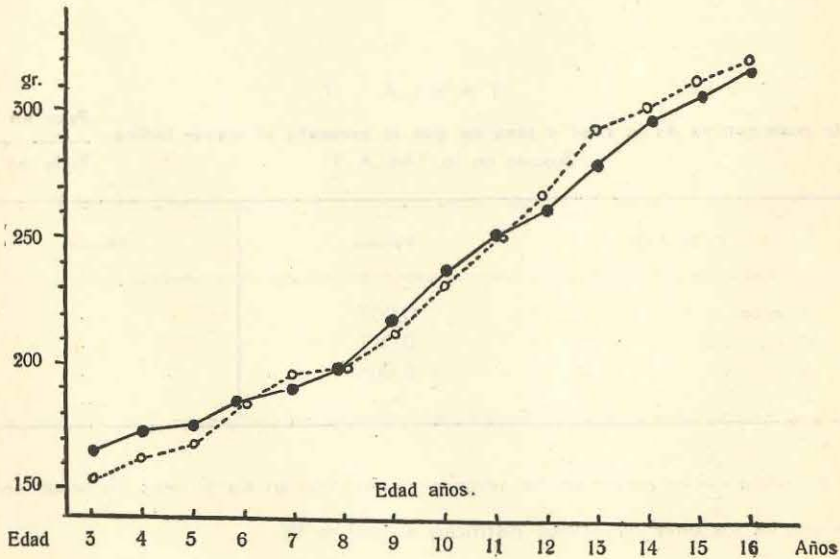


GRAFICO N° IV

$$\text{Indice} = \frac{\text{Talla}}{\text{Peso}} = \text{gm.}$$



El Gráfico III completado con las edades que presentamos aquí, muestra que la talla y el peso siguen una evolución muy parecida en ambos sexos desde los tres hasta los 10 años. En esta edad tiene lugar el primer entrecruzamiento, sobrepasando la altura de las mujeres a la de los varones cuya curva habían seguido muy cerca por debajo. A los trece se produce el segunda entrecruzamiento, debido al ritmo más lento en las mujeres y a la aceleración del mismo en los varones, elevándose la talla de estos últimos para sobrepasar cada vez más y alcanzar definitivamente una estatura mayor que el sexo opuesto.

El peso sigue las mismas alternativas con la diferencia de iniciarse un año más tarde y la de llegar a una separación final menos marcada mostrando así lo comentado más arriba,

vale decir que las pesan más en relación a su talla que los varones.

En conjunto el Gráfico III trasunta el comienzo de la pubertad en las niñas con un repunte del crecimiento, seguido más tarde por el de los varones quienes ya muestran en la última etapa su prevalencia pondo

estatural y su índice  $\frac{P}{T}$  menor.

La variabilidad está expresada por fórmulas estadísticas, por si elocuentes. Las consideraciones que hicimos en las otras edades son válidas para el presente estudio.

Hemos repetido algunas descripciones, tablas y gráficos para establecer el enlace que lógicamente reclaman nuestros dos trabajos, —uno solo en realidad— que concretamos en la *Tabla 17*, para ser usadas en las instituciones escolares y consultorios infantiles.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

1º — El peso y la talla han sido estudiados en 6.684 niños argentinos pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires en edad pre-escolar, completando la tabla publicada en 1940 que abarcaba la edad escolar. Suman en total 34.172 de 3 a 16 años, todo el ciclo de la segunda infancia y parte de la adolescencia.

2º — La variabilidad del peso y de la talla están expresados por la desviación "standard", error probable y coeficiente de variabilidad.

3º — El peso y la talla son algo más elevados en los varones siguiendo una evolución parecida hasta los diez años, época en que se inician las alternativas ya señaladas en el trabajo anterior y que repetimos aquí.



T A B L A 11

Estudio de las variables que presenta la TALLA comparadas con las del PESO según sexo y edad en los 6.684 niños argentinos de la Capital

EDAD Años	T A L L A						P E S O						
	Desviación cuadrática standard		Error probable		Coeficiente de variación		EDAD Años	Desviación cuadrática standard		Error probable		Coeficiente de variación	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
3 . . .	± 6	± 6	4	4	6	6	3 . . .	± 2	± 2	1	1	13	13
4 . . .	± 5	± 5	3	3	5	5	4 . . .	± 2	± 2	1	1	11	12
5 . . .	± 5	± 6	3	4	5	6	5 . . .	± 2	± 2	1	1	11	11
6 . . .	± 6	± 6	4	4	5	5	6 . . .	± 3	± 3	2	2	14	14

Por tratarse de edades de crecimiento más o menos uniforme la variabilidad no presenta los cambios señalados en la TABLA 11 del trabajo anterior (\*). El PESO es 2 a 3 veces más variable que la TALLA.

T A B L A 12

El mismo estudio estableciendo la relación de las variables de TALLA y PESO

E D A D Años	V A R O N E S					M U J E R E S				
	Media aritmética ponderada	Desviación cuadrática standard	Error probable	Coficiente variación	Coficiente variación de T/P	Media aritmética ponderada	Desviación cuadrática standard	Error probable	Coficiente variación	Coficiente variación de T/P
3 . . . . .	Talla 98 cm.	$\pm 6$	4	6	$\frac{1}{2,16}$	Talla 96 cm	$\pm 6$	4	6	$\frac{1}{2,16}$
	Peso 16 Kg.	$\pm 2$	1	13		Peso 15 Kg	$\pm 2$	1	13	
4 . . . . .	Talla 105 cm.	$\pm 5$	3	5	$\frac{1}{2,2}$	Talla 104 cm.	$\pm 5$	3	5	$\frac{1}{2,4}$
	Peso 18 Kg.	$\pm 2$	1	11		Peso 17 Kg.	$\pm 2$	1	12	
5 . . . . .	Talla 109 cm.	$\pm 5$	3	5	$\frac{1}{2,2}$	Talla 107 cm.	$\pm 6$	4	6	$\frac{1}{1,83}$
	Peso 19 Kg.	$\pm 2$	1	11		Peso 18 Kg.	$\pm 2$	1	11	
6 . . . . .	Talla 114 cm.	$\pm 6$	4	5	$\frac{1}{2,8}$	Talla 114 cm	$\pm 6$	4	5	$\frac{1}{2,8}$
	Peso 21 Kg.	$\pm 3$	2	14		Peso 21 Kg	$\pm 3$	2	14	



**CORRELACION DE PESO-TALLA PARA CADA EDAD**  
Cifras abarcadas por la desviación standard

T A B L A 13

E D A D Años	V A R O N E S													
	3 . . . . .	Talla cm. . . . .	92	93	94	95	96	97	<b>98</b>	99	100	101	102	103
	Peso Kg. . . . .	10	11	12	13	14	15	<b>16</b>	17	18	19	20	21	22
4 . . . . .	Talla cm. . . . .		100	101	102	103	104	<b>105</b>	106	107	108	109	110	
	Peso Kg. . . . .		13	14	15	16	17	<b>18</b>	19	20	21	22	23	
5 . . . . .	Talla cm. . . . .		104	105	106	107	108	<b>109</b>	110	111	112	113	114	
	Peso Kg. . . . .		14	15	16	17	18	<b>19</b>	20	21	22	23	24	
6 . . . . .	Talla cm. . . . .	108	109	110	111	112	113	<b>114</b>	115	116	117	118	119	120
	Peso Kg. . . . .	15	16	17	18	19	20	<b>21</b>	22	23	24	25	26	27

T A B L A 14

E D A D Años	M U J E R E S													
	3 . . . . .	Talla cm. . . . .	90	91	92	93	94	95	<b>96</b>	97	98	99	100	101
	Peso Kg. . . . .	9	10	11	12	13	14	<b>15</b>	16	17	18	19	20	21
4 . . . . .	Talla cm. . . . .		99	100	101	102	103	<b>104</b>	105	106	107	108	109	
	Peso Kg. . . . .		12	13	14	15	16	<b>17</b>	18	19	20	21	22	
5 . . . . .	Talla cm. . . . .		102	103	104	105	106	<b>107</b>	108	109	110	111	112	
	Peso Kg. . . . .		13	14	15	16	17	<b>18</b>	19	20	21	22	23	
6 . . . . .	Talla cm. . . . .	108	109	110	111	112	113	<b>114</b>	115	116	117	118	119	120
	Peso Kg. . . . .	15	16	17	18	19	20	<b>21</b>	22	23	24	25	26	27

En las Tablas 13 y 14 recuadramos con línea negra, las cifras adoptadas para la Tabla 17 que servirá de norma para juzgar el Peso y Talla de los niños en las edades que figuran.

TABLA 15

Número de niños que corresponde a las distintas tasas de Peso; porcentaje que representan sobre cada grupo de sexo y edad

**259 Varones de 3 años.**

Peso Kg. . . .	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 19	20 a 21
Nº de niños . .	37	80	97	34	11
% de niños . .	13,8	30	36	13	4,3

**246 Mujeres de 3 años.**

Peso Kg. . . .	10 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 19	20 a 21
Nº de niños . .	10	54	91	72	15	4
% de niños . .	4	22	37	29,2	6,1	1,6

**789 Varones de 4 años.**

Peso Kg. . . .	11 a 12	13 a 14	15 a 16	17 a 18	19 a 20	21 a 22	23 a 24	25 a 26	27 a 28
Nº de niños . .	2	23	201	283	178	68	15	—	9
% de niños . .	0,25	2,9	25,5	36	22,5	8,6	1,9	—	1,1

**650 Mujeres de 4 años.**

Peso Kg. . . .	11 a 12	13 a 14	15 a 16	17 a 18	19 a 20	21 a 22	23 a 24	25 a 26	27 a 28
Nº de niños . .	9	46	192	218	135	39	11	—	—
% de niños . .	1,4	7	30	34	20	6	1,7	—	—



T A B L A 15 (Continuación).

**1.331 Varones de 5 años.**

Peso Kg. . . .	13 a 14	15 a 16	17 a 18	19 a 20	21 a 22	23 a 24	25 a 26	27 a 28	29 a 30
Nº de niños . .	22	173	454	373	208	74	26	2	3
% de niños . .	1,6	13	34	38	16	5,6	1,96	0,15	0,23

**1.248 Mujeres de 5 años.**

Peso Kg. . . .	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 19	20 a 21	22 a 23	24 a 25	26 a 27
Nº de niños . .	12	144	399	371	205	86	25	6
% de niños . .	0,96	11,5	32	30	16,42	7	2	0,48

**1.025 Varones de 6 años.**

Peso Kg. .	13 a 14	15 a 16	17 a 18	19 a 20	21 a 22	23 a 24	25 a 26	27 a 28	29 a 30	31 a 32	33 a 34	35 a 36	37 a 38	39 a 40
Nº de niños	4	38	146	276	274	155	85	29	10	3	1	2	1	1
% de niños	0,39	3,7	14,2	27	27	15	8,3	2,82	0,80	0,29	0,09	0,19	0,09	0,09

**1.136 Mujeres de 6 años.**

Peso Kg. .	13 a 14	15 a 16	17 a 18	19 a 20	21 a 22	23 a 24	25 a 26	27 a 28	29 a 30	31 a 32	33 a 34	35 a 36	37 a 38	39 a 40
Nº de niños	13	66	194	382	282	139	67	29	13	4	5	1	—	1
% de niños	1,14	5,8	17	34	25	12,2	5,9	2,6	1,1	0,35	0,44	0,08	—	0,08

T A B L A 16

Número de niños que corresponde a las distintas tasas de Talla; porcentaje que representan sobre cada grupo de sexo y edad.

**259 Varones de 3 años.**

Talla cm. . . .	82 a 85	86 a 89	90 a 93	94 a 97	98 a 101	102 a 105	106 a 109	110 a 114
Nº de niños . .	3	17	47	70	66	29	17	10
% de niños . .	1,1	6,9	18,1	27	25,1	11	6,9	3,9

**246 Mujeres de 3 años.**

Talla cm. . . .	80 a 83	84 a 87	88 a 91	92 a 95	96 a 99	100 a 103	104 a 107	108 a 111
Nº de niños . .	9	10	33	55	62	52	19	6
% de niños . .	3,6	4	13	22	25	21	7,1	2,5

**789 Varones de 4 años.**

Talla cm. . . .	90 a 93	94 a 97	98 a 101	102 a 105	106 a 109	110 a 113	114 a 117	118 a 121
Nº de niños . .	5	38	126	240	203	125	43	9
% de niños . .	0,63	4,8	16	30,4	26	16	5,4	1,15

**650 Mujeres de 4 años.**

Talla cm. . . .	88 a 91	92 a 95	96 a 99	100 a 103	104 a 107	108 a 111	112 a 115	116 a 119
Nº de niños . .	8	27	84	186	176	118	40	11
% de niños . .	1,23	4,1	13	28,6	27	18,1	6,2	1,69



T A B L A 16 (Continuación).

**1.331 Varones de 5 años.**

Talla cm. . . .	90 a 93	94 a 97	98 a 101	102 a 105	106 a 109	110 a 113	114 a 117	118 a 121	122 a 125
Nº de niños . . .	3	18	86	258	400	327	158	69	12
% de niños . . .	0,23	1,35	6,5	19,3	30	24,5	12	5,2	0,90

**1.248 Mujeres de 5 años.**

Talla cm. . . .	92 a 95	96 a 99	100 a 103	104 a 107	108 a 111	112 a 115	116 a 119	120 a 123	124 a 125
Nº de niños . . .	23	86	215	328	346	167	68	12	3
% de niños . . .	1,84	7	17,3	26	28	13,5	5,5	0,93	0,24

**1.025 Varones de 6 años.**

Talla cm. . . .	98 a 101	102 a 105	106 a 109	110 a 113	114 a 117	118 a 125	122 a 125	126 a 129	130 a 133
Nº de niños . . .	9	45	143	267	253	209	72	21	6
% de niños . . .	0,87	4,3	14,4	26	25,2	20,3	7	2	0,58

**1.136 Mujeres de 6 años.**

Talla cm. . . .	81	95 a 99	100 a 103	104 a 107	108 a 111	112 a 115	116 a 119	120 a 123	124 a 127	128 a 131
Nº de niños . . .	1	7	35	115	263	288	251	128	37	11
% de niños . . .	0,08	0,61	3	10,1	23,2	25,3	22	11,2	3,2	1

En las Tablas 15 y 16, como en su representación gráfica Nº 2, se aprecia fácilmente el número mayor de niños que comprenden las tasas próximas al término medio que figuran en la Tabla 17.

## A P E N D I C E

Contiene las Tablas de *Datos Básicos*.

Correlación de Pesos y de Tallas:

Nº 18 a 21 varones.

Nº 22 a 25 mujeres.

Son tablas de doble entrada que marcan el número de niños que tienen una correlación de peso y de talla conforme están anotados en la primera columna vertical de la izquierda y en la línea superior horizontal respectivamente.

Tomemos como ejemplo la Tabla 21, varones de 6 años: sobre el total de 12.025 niños para una talla de 114 cm., hay 27 niños que pesan 21 Kg.; 6 con 23 Kg. y solo 1 con 26 Kg., etc., para la misma altura. Las cifras 27, 6 y 1 están impresos en números más gruesos y se hallan en la intersección de la línea vertical que baja de la talla con las horizontales que parten de los distintos pesos (véase la Tabla mencionada).

Se ha recuadrado con línea gruesa los valores abarcados por la "desviación standard". Los términos medios de Peso y de Talla están escritos con cifras más gruesas y recuadrados en los lugares correspondientes.



TABLA 17

TABLA DE PESO EN RELACION CON LA EDAD Y CON LA ALTURA

Edad años	VARONES											MUJERES																				
3 . . . . .	Altura cm.					96	97	<b>98</b>	99	100							94	95	<b>96</b>	97	98											
	Peso Kg. .					14	15	<b>16</b>	17	18							13	14	<b>15</b>	16	17											
4 . . . . .	Altura cm.					103	104	<b>105</b>	106	107							102	103	<b>104</b>	105	106											
	Peso Kg. .					16	17	<b>18</b>	19	20							15	16	<b>17</b>	18	19											
5 . . . . .	Altura cm.					107	108	<b>109</b>	110	111							105	106	<b>107</b>	108	109											
	Peso Kg. .					17	18	<b>19</b>	20	21							16	17	<b>18</b>	19	20											
6 . . . . .	Altura cm.					111	112	113	<b>114</b>	115	116	117						111	112	113	<b>114</b>	115	116	117								
	Peso Kg. .					18	19	20	<b>21</b>	22	23	24						18	19	20	<b>21</b>	22	23	24								
7 . . . . .	Altura cm.					116	117	118	<b>119</b>	120	121	122						115	116	117	<b>118</b>	119	120	121								
	Peso Kg. .					20	21	22	<b>23</b>	24	25	26						20	21	22	<b>23</b>	24	25	26								
8 . . . . .	Altura cm.					121	122	123	<b>124</b>	125	126	127						120	121	122	<b>123</b>	124	125	126								
	Peso Kg. .					22	23	24	<b>25</b>	26	27	28						22	23	24	<b>25</b>	26	27	28								
9 . . . . .	Altura cm.					124	125	126	<b>127</b>	128	129	130						123	124	125	126	<b>127</b>	128	129	130	131						
	Peso Kg. .					25	26	27	<b>28</b>	29	30	31						23	24	25	26	<b>27</b>	28	29	30	31						
10 . . . . .	Altura cm.					130	131	132	133	<b>134</b>	135	136	137	138																		
	Peso Kg. .					28	29	30	31	<b>32</b>	33	34	35	36																		
11 . . . . .	Altura cm.					134	135	136	137	<b>138</b>	139	140	141	142																		
	Peso Kg. .					31	32	33	34	<b>35</b>	36	37	38	39																		
12 . . . . .	Altura cm.					138	139	140	141	142	<b>143</b>	144	145	146	147	148																
	Peso Kg. .					33	34	35	36	37	<b>38</b>	39	40	41	42	43																
13 . . . . .	Altura cm.	142	143	144	145	146	147	<b>148</b>	149	150	151	152	153	154																		
	Peso Kg. .	36	37	38	39	40	41	<b>42</b>	43	44	45	46	47	48																		
14 . . . . .	Altura cm.	147	148	149	150	151	152	<b>153</b>	154	155	156	157	158	159																		
	Peso Kg. .	40	41	42	43	44	45	<b>46</b>	47	48	49	50	51	52																		
15 . . . . .	Altura cm.	152	153	154	155	156	157	<b>158</b>	159	160	161	162	163	164																		
	Peso Kg. .	43	44	45	46	47	48	<b>49</b>	50	51	52	53	54	55																		
Las columnas señalan pesos y alturas:		Bajos			Medianos			Altos			Bajos			Medianos			Altos															

PREPARADA POR LA Dra. PERLINA WINOCUR

Sirvieron de base las medidas de 34.172 niños argentinos que concurren a las escuelas de los 20 Distritos y Jardines de Infantes de la Ciudad de Buenos Aires. Fueron pesados con el mínimo de ropa y descalzos. Se consideró la edad más próxima a la fecha de nacimiento.

## MANEJO DE LA TABLA

Determinar la edad. Tomar la talla y buscar en la tabla la cifra que marque esta medida. El número que está debajo es el peso que corresponde al niño en relación con su edad y con su talla. Se llama peso **teórico** o peso **ideal** en oposición al que tiene que es el peso **real**.

Por ejemplo: una niña de 7 años mide 118 cms. Se busca esta última cifra en la parte que corresponde a **mujeres** y en la línea de 7 años; el número que está debajo es 23. A esta niña le corresponde por su edad y por su talla 23 Kgs. Un varón de 6 años que mide 117 cms., por el mismo procedimiento encontramos que debe pesar 24 kilogramos.

La tabla registra pesos normales; pero dentro de esta denominación caben los tres tipos que figuran al final. Los comprendidos entre ambas líneas centrales más gruesas son los que pueden considerarse como **prototipos** y con las dos columnas laterales forman el tipo mediano. Los de la izquierda son bajos, pero dentro de la normalidad. Los de la derecha son los que exceden al tipo medio, es decir, los que pertenecen a niños mejor desarrollados físicamente. Puede mantenerse las denominaciones de bajos, medianos y altos, para clasificar el peso del niño.

En las fichas escolares se puede señalar con los signos + y - % el peso que está por encima o por debajo del normal. Así: a un niño de 6 años, con 113 cms. de talla y 16 Kgs., le faltan 4 Kgs. para el peso teórico (20 Kgs.), vale decir que tiene un peso de - 20 %. Si con la misma talla pesara 26 Kgs., el exceso de 6 Kgs. se expresaría por + 30 %. Se calcula multiplicando el exceso o déficit por 100 y dividiéndolo por el peso teórico. Marcando el resultado + ó - según la diferencia. Así en el primer caso:

$$\frac{4 \times 100}{20} = -20 \%. \text{ En el segundo: } \frac{6 \times 100}{20} = +30 \%$$

## VALOR QUE SE DEBE DAR AL PESO Y A LA TALLA

Salvo indicación especial, los aumentos deben ser estimados cada año o cada 6 meses. Siendo su ritmo variable, no tienen mayor significado períodos cortos, así, a un estacionamiento durante el verano podría seguir un progreso grande del peso durante el otoño, compensando el retraso aparente. Igual puede ocurrir con la talla.

Esta tabla marca el tipo más frecuente de peso y talla hallado entre los niños argentinos estudiados de la Capital. Cada edad presenta variaciones que son normales dentro de ciertos límites. Un peso muy bajo debe llamar la atención y será preferible que un examen médico determine la importancia que ha de dársele. Conviene recordar que algunos casos no entran en esta escala, no por anomalía, sino por otras causas, conformación esquelética por ejemplo.

Como medida general conviene que el niño mantenga una reserva de 6 a 10 % sobre las cifras adoptadas en la presente escala. Un exceso de más de 20 % debe poner en guardia contra la obesidad.

El peso, si bien muy importante, no es el único índice de buena salud, es necesario además **una armonía en todas las funciones del organismo que deben cumplirse sin molestia y mantener un aumento progresivo, sin interrupciones en peso y talla, hasta alcanzar la plena madurez.**









TABLA 20  
CORRELACION DE PESOS Y TALLAS  
Varones de 5 años

Peso Kg.	Talla cm.	90	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	Totales	T. M. de Talla para cada Peso		
		13								1							1			1																				
14		2	1	1	1		2	2	1	5	2	1		1																									19	98
15					2	1	4	2	2	8	7	11	5	1	4	3	3	1																					54	102
16					1		2	2	6	14	11	17	11	15	9	14	5	4	5	1	1																		119	103
17							4		4	3	11	15	30	27	23	30	16	17	12	6	5	1	1				1												206	105
18										1	4		10	17	30	25	32	35	26	30	12	12	6	1			2		1										244	108
19							1				2	1	6	3	8	19	14	26	28	30	17	23	16	3	3	2	4	1	1	1									209	109
20													2		5	7	11	15	19	25	12	23	14	9	9	6	4		2		1							164	111	
21																2	2	13	7	10	12	12	6	12	17	6	16	3	5	1	1						125	113		
22															1		2	4		3	9	3	17	8	13	4	4	7	3	4	1						83	114		
23																1				1	1		5	3	5	3	8	7	4	3	1	3					45	116		
24								1													1	1	3	2	3	2	2	3	3	2	2	1		1	1	1	29	117		
25																				1	1	1	1			2	1	2	1	4	1		2	1	1		19	118		
26																				1				2		1				2							7	117		
27																												1										1	118	
28																							1															1	113	
29																			1				1															2	111	
30																														1								1	119	
Totales . . .		2	1	1	4	1	12	8	14	31	33	49	64	64	81	101	85	115	99	108	71	76	72	40	50	29	39	25	20	17	7	4	2	3	2	1	1.331			
T. M. de Peso para c/Talla		14	14	14	15	15	16	15	17	16	16	16	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	21	21	21	21	21	21	23	22	23	23	23	23	25	25	25	24		

T. M. de Peso: 19 Kg.  
T. M. de Talla: 109 cm.

T A B L A 21

CORRELACION DE PESOS Y TALLAS — Varones de 6 años

Peso Kg.	Talla cm.																				Totales	T. M. de Talla para cada Peso															
		98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116			117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	
13			1							1																										2	103
14		1								1																										2	102
15			1	1	1					3	1	3	2	1					1						1										15	106	
16				1	1	4	3	3	2	5		5	2	2																					23	105	
17					1	1	2	5	1	1	5	5	6	5	3	1	2		1																49	107	
18							1		5	10	13	11	11	19	11	1	4	2	3	1	1	2		2											97	110	
19				1				5	2	4	7	9	3	28	7	12	13	7	6	7		3	1	2											118	111	
20					2	1	2		3	1	6	12	14	21	16	18	20	18	8	3	2	1	5	2	2			1						158	112		
21							1				1	1	10	9	20	15	27	15	14	11	11	7	3												145	114	
22						1					3	2	2	5	2	9	6	12	22	10	21	15	7	4	3	3			1			1		129	116		
23									1			2	1	1	5	3	6	9	9	6	13	9	12	4	6	1			1					89	117		
24										1				1	3	2	2	8	4	10	5	11	4	6	4	3	1	1						66	119		
25														1	1		3	3	9	6	11	5	4	6	1	2	2	2						56	120		
26																1		1		3	2	3	1	5	4	3	1	2	2	1				29	122		
27														1			1	1		1		2		2	1	1				2	1	4		17	123		
28															2							2		2							3			12	123		
29																		1				2		2						1				6	119		
30																						1	1		1	1								4	121		
31																									1			1							2	124	
32																									1										1	123	
33																																				—	—
34																																				1	120
35																																				—	—
36																																				2	130
37																																			1	128	
38																																				—	—
39																																			1	128	
Totales . . .		1	2	2	4	7	8	19	11	39	29	36	39	79	61	59	68	72	68	75	38	76	47	62	23	31	25	8	8	7	6	8	1	6	1,025		
T. M. para c/Talla		14	14	14	16	17	18	18	17	17	18	19	19	19	20	20	20	20	21	22	23	23	24	24	23	24	26	25	26	24	26	30	22	30			

Número de varones que corresponde a cada Peso para cada una de las Tallas anotadas.

T. M. de Peso: 21 Kg.

T. M. de Talla: 114 cm.















COMENTARIOS SOBRE LA LEY DE VACUNACIÓN  
ANTIDIFTÉRICA

*Doctor JULIO HANSEN*

MEDICO INSPECTOR. — JEFE DE LA SECCION PRO-  
FILAXIS ESPECIFICA. — Médico Inspector de la  
Lucha Antituberculosa Municipal.

Habiendo correspondido a esta Inspección Médica un papel preponderante en la sanción de la Ley 12670 de vacunación y revacunación antidiftérica obligatorias y habiéndome correspondido redactar su reglamentación con los Dres. Alfredo Sordeñi y Carlos Huergo, me propongo breves comentarios sobre algunos de sus artículos para explicar a médicos y profanos cuales fueron nuestras directivas.

Art. 1º — Declárase obligatoria y gratuita, en todo el territorio de la Nación la vacunación y revacunación antidiftérica en los niños desde la edad de 9 meses a los 12 años.

La eficacia e inocuidad de la vacunación ha permitido que autoridades médicas nacionales y de esta Inspección propiciaran esta ley que establece la obligatoriedad, pues es indudable que el público es reacio para aceptar medidas de precaución que entrañen molestias con su aplicación.

La gratuidad va condicionada por su entrega gratuita para uso oficial y con su aplicación por organismos oficiales.

La edad de comienzo de la obligación 9 meses, se refiere que a partir de esa edad el niño pierde la inmunidad que pudo haber heredado y a que las ocasiones de contagio aumentan al comenzar a vivir en comunidad con otros niños. La edad máxima, hasta los 12 años inclusive, se refiere que desde entonces la inmunidad natural sumada a la vacunación y a las repetidas revacunaciones legales autoriza a aceptar que tal niño tiene alta inmunidad.

Art. 3º — En todos los establecimientos de enseñanza primaria y especial se exigirá el certificado de vacunación o revacunación de acuerdo con la reglamentación de la presente Ley.

Determina la obligación que tienen los directores de escuela de exigir el certificado de vacunación en el momento de la inscripción y no permi-

tir que asista a clase ningún niño que haya dejado de cumplir la ley, cumplimiento que no siempre significa la inyección de la vacuna ya que existen variantes técnicas y causas de excepción.

Art. 4º — Los padres, tutores, así como las personas que tengan menores a su cuidado o servicio, que impidan el cumplimiento de esta Ley, serán pasibles de las penas establecidas en la misma.

Se refiere a la obligación de los padres, etc., de cumplir la ley y establezca penalidades para los infractores.

Art. 6º — El certificado de vacunación o revacunación deberá ser extendido por autoridad competente y quedará en poder del interesado a efectos de exhibirlo cada vez que sea exigido.

El certificado de vacunación solo es válido en las condiciones del artículo 6º por cuanto es notorio que con harta frecuencia se extienden certificados falsos. Los médicos particulares que deseen vacunar sus clientes deben solicitar formularios a la Dirección Nacional de Salud Pública o en última instancia deben hacer validar sus certificados por dicha Dirección.

El certificado es un documento personal y debe quedar en poder del interesado, limitándose el maestro a consignar en el registro su presentación, que podrá ser requerida nuevamente cuando fuese necesario.

Art. 8º — La vacunación y revacunación serán efectuadas con la anatoxina (toxóide) diftérica activada preparada actualmente por el Instituto Bacteriológico del Depar-

tamento Nacional de Higiene, u otras similares de igual actividad e inocuidad, previamente aprobadas por el Departamento Nacional de Higiene.

Conviene aclarar que la vacunación es válida cuando se realizan las dosis establecidas de toxóide diftérico y que son sin valor los plazos mayores que pretenden lograrse con otras vacunas, cualquiera sea su origen y el volumen inyectado.

Art. 11º — La vacunación se efectuará a todos los niños entre la edad de nueve meses y la de 12 años, quedando obligados los padres, tutores, así como los que tengan menores a su cargo a hacer efectuar la vacunación de los mismos antes de que cumplan los dos años de edad.

La inmunidad será mantenida por revacunaciones que serán aplicadas: la primera al año de efectuada la vacunación y las subsiguientes cada tres años.

Para evitar las reacciones ocasionadas por los estados hiperalérgicos, se deberán tomar todas las precauciones del caso y a tal efecto los médicos que realicen las vacunaciones podrán efectuar previamente las reacciones Schick y Moloney en los casos que lo consideren conveniente y fraccionar las dosis cuando lo consideren necesario.

Es semejante a la última parte del artículo 1º y al artículo 4º, solamente que aclara que la edad de la primovacuna- ción se extiende desde los 9 meses hasta los 2 años de edad. Como la primovacuna- ción solo tiene valor por un año cualquiera sea la edad del niño, enseguida agrega, que la revacunación se hará al año de la



primo vacunación y las subsiguientes revacunaciones cada 3 años, de manera que un niño vacunado antes de los 2 años se revacunarán a los 3, 6, 9 y 12 años. Corresponde la 2ª revacunación a los 6 años, edad de comenzar los estudios primarios que es también la de mayor exposición al contagio, y la de mayor número de enfermos y muertes, como lo demuestran las estadísticas de morbimortalidad.

Este artículo contempla la situación de los niños hiperalérgicos, es decir de aquellos que reaccionan exageradamente ante cualquier estímulo antigénico, unos con crisis urticarianas o asmáticas y otros con fuerte reacción local y general (fiebre). Ante tales circunstancias, la ley autoriza a investigar la inmunidad del niño por la reacción de Schick, la que de resultar negativa autoriza a postergar la vacunación por tiempo determinado o indefinido. A los positivos se les pueden evitar los inconvenientes de su alto índice reaccional, fraccionando la dosis de 1 c. c. en tres de 1/3 c. c. aplicada en tres veces con intervalo de un mes entre una y otra y aún a recurrir a otras vías de administración, como por ejemplo la rinovacunación, que es un excelente procedimiento para revacunar, pero no para primovacunación en un Schick positivo.

La reacción de Moloney es la que determina la hiperergia al toxoide diftérico y se practica con este toxoide diluído. En casos positivos se justifica el fraccionamiento de la dosis de vacuna y la revacunación vía nasal.

### *Excepciones*

Art. 17º — A los niños que padezcan una enfermedad que a juicio del médico haga peligrosa la aplicación de la vacuna, les será otorgado por éste un certificado donde conste la afección, datos personales y domicilio, postergándose la vacunación por el término de tres meses, renovable mientras persista causa suficiente. Un duplicado debidamente firmado será enviado a la Sección correspondiente del Departamento Nacional de Higiene dentro de los tres días de suscripto el original.

Los padres, tutores o encargados de estos niños, están en todo caso obligados a permitir el examen médico de las dependencias encargadas de efectuar la vacunación.

Por este artículo los niños enfermos y los que estén siguiendo un tratamiento médico tienen derecho a la postergación de la vacunación por plazos de tres meses renovables mientras persista la causa, derecho que se ejercita presentando al médico escolar o a la visitadora escolar el certificado del médico que lo atiende y en que se declare la necesidad de no vacunar al niño.

Art. 19º — Podrán eximirse de la revacunación los niños que tengan reacciones de Schick reiteradamente negativas con el reactivo oficial, debiendo los médicos que realicen estas pruebas, solicitar los formularios correspondientes de las autoridades encargadas de efectuar la vacunación, los que, deberán devolver llenados y firmados dentro de los siete días de controlado el resultado de la reacción, a los efectos de la entrega del certificado oficial, que será el único que ten-



drá valor legal. Estos formularios solo serán entregados a los médicos expresamente autorizados por dichas autoridades sanitarias para efectuar estas reacciones con carácter eximente. A los efectos de la exención, las dependencias encargadas de efectuar la vacunación, podrán reiterar estas reacciones por medio de un personal técnico antes de entregar los certificados oficiales, en todos los casos en que lo consideren conveniente.

Faculta a los médicos oficiales y a los médicos particulares que lo soliciten a la Dirección Nacional de Salud Pública a eximir de las revacunaciones dispuestas por la ley a los niños que sean reiteradamente negativos a la reacción de Schick. Para cumplir con este requisito la Inspección Médica aplica la reacción de Schick, a todo niño que lo solicite en su oficina central, Callao 19, todos los días de 9 a 12 y de 13 a 16.

Art. 33º — Los niños de cuatro años o más que aún no hayan sido vacunados recibirán dos dosis de vacuna separadas por un mes de intervalo.

En este artículo se contempla la situación del niño mayor de 4 años que nunca fué vacunado, mereciendo especial atención el niño de 6 años que ingresa a la escuela primaria. Es evidente que estos niños en el 50 % de los casos no tienen inmunidad específica (Schick positivos) siendo insuficiente la primovacuna con una dosis para establecer inmunidad basal de importancia: de ahí que es necesario darles una 2ª dosis al cabo de un mes y revacunarlos al año siguiente.

Se debe tomar en cuenta que la práctica de la vacunación en las grandes masas infantiles ha demostrado que con ella aumenta el número de los portadores sanos del *Corynebacterium difteriae* y por consiguiente aumenta el peligro del contagio y enfermedad para los no inmunizados que actúen en ese ambiente.

Deseo aclarar que todo certificado de primovacuna con una dosis, cualquiera sea la autoridad que lo otorgue, lo recibimos como prueba de 1ª dosis debiendo su poseedor recibir la 2ª dosis después de los 30 días.

Creo conveniente hacer saber al público que la aplicación anterior de sueros y vacunas para cualquier enfermedad, aun la difteria, no interfiere la aplicación de esta vacuna, por cuanto se trata de un producto que prácticamente no tiene albúminas extrañas y no puede producir shock anafiláctico.

Como final de estos comentarios corresponde declarar que en casi 500 mil aplicaciones de vacuna realizadas por ésta Inspección se han producido algunas reacciones de importancia, más frecuentes antes con el uso de Anatoxina Ramón y menos hoy con el toxoide activado. Estas reacciones fueron en su mayoría de poca significación (dolor, fiebre) pero en algunos casos se controlaron reacciones generales importantes, reacciones alérgicas acentuadas (urticaria, asma), reacciones renales inflamatorias, afecciones vesículo-pustulosas de la piel.

En definitiva la vacunación es obligatoria para los niños sanos, es eficaz y es inocua.



## DECRETO DE ASISTENCIA BUCO-DENTAL OBLIGATORIA

Buenos Aires, 25 de agosto de 1944.

Exp. 13385/D/944.

Visto el proyecto elevado por la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, y

### CONSIDERANDO:

Que la profilaxis y atención dental de los niños y adolescentes, de innegable importancia a los fines de su salud ulterior, es un problema de carácter social por su repercusión directa en la potencialidad del capital humano de la Nación;

Que es función de Gobierno afrontar y resolver este problema de carácter social, que afecta asimismo su economía; por ser causal de morbilidad en la infancia, en la adolescencia y edad adulta, cuando no se le ha prestado oportuna y debida atención;

Que tal asistencia no puede ser parcial sino total comprendiendo a los niños en edad pre-escolar, escolar y adolescente, concurren o no a colegios, asilos, institutos, etc., oficiales, incorporados o privados;

Que es inaceptable que por falta de recursos, desconocimiento o negligencia familiar, tan importante asunto quede desatendido;

Que se deben adoptar las providencias necesarias para colocar tal función bajo la fiscalización y a cargo del Estado, cuando se justifique por razones económicas;

**El Presidente de la Nación Argentina, en acuerdo general de ministros**

### DECRETA:

Artículo 1º — Declárase obligatoria la asistencia dental de los niños en edad pre y escolar y los adolescentes que concurren o no a cualquier establecimiento oficial o incorporado de enseñanza primaria, secundaria, normal, especial o superior, en todo el Territorio de la Nación.

Art. 2º — A los efectos del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior, todo establecimiento educacional oficial o privado exigirá, para el ingreso al mismo, de cada alumno, la constancia oficial de su estado dental. Dicha constancia será archivada en el establecimiento para las verificaciones oficiales.

Art. 3º — Cuando la constancia oficial establezca un plazo dado para la atención del alumno, el establecimiento deberá notificar en el momento de la inscripción al padre, tutor o responsable que, cumplido dicho plazo, deberá renovar tal constancia.

Art. 4º — Cuando las inspecciones oficiales periódicas establezcan que un alumno requiere asistencia dental, el establecimiento estará obligado a comunicar al padre,

tutor o responsable lo destacado por el Inspector y el plazo que le ha acordado para su tratamiento.

Art. 5º — Los padres, tutores o responsables, deberán dar cumplimiento a la atención dental del niño o adolescente, dentro de los plazos acordados. Es también obligación de los padres, tutores o responsables hacer prestar asistencia dental a los niños o adolescentes, a fin de que se encuentren cumplidas las previsiones del presente decreto.

Art. 6º — En aquellos casos comprobados en que por carecer de recursos el padre, tutor o responsable, no pudiese dispensarle la atención particular, estará obligado a concurrir a los servicios oficiales.

Art. 7º — Los directores o responsables de los establecimientos educacionales privados que infrinjan lo dispuesto en el artículo 2º del presente decreto, serán pasibles de una multa de CIEN PESOS (\$ 100.—) M/N., por cada niño. Los directores o responsables de los establecimientos oficiales que infrinjan lo dispuesto en el citado artículo 2º, incurrirán en falta grave, siendo pasibles de suspensión por un tiempo no mayor de cinco (5) días la primera vez, pudiendo llegar hasta la cesantía en caso de reiterado incumplimiento.

Art. 8º — Los directores o responsables de los establecimientos educacionales privados que infrinjan los artículos 3º y 4º, serán pasibles de una multa de CINCUENTA PESOS (\$ 50.—) M/N., por cada niño. Los Directores o responsables de los establecimientos oficiales que infrinjan los artículos 3º y 4º serán pasibles de apercibimiento la primera vez y suspensión en caso de reiterado incumplimiento.

Art. 9º — Cuando el padre, tutor o responsable, no diera cumplimiento a lo establecido en el artículo 5º, será pasible de una multa de VEINTE PESOS (\$ 20.—) M/N., la primera vez y de CINCUENTA PESOS (\$ 50.—) M/N., las subsiguientes, aún cuando no se tratase del mismo niño o adolescente.

Art. 10º — La Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, será la encargada de la vigilancia del cumplimiento del presente decreto, cuya vigencia comenzará el día 1º de julio del año en curso.

Art. 11º — Todos los servicios odontológicos oficiales subsidiados o que funcionan en los establecimientos educacionales ya citados, sostenidos por asociados, cooperadoras, etc., deberán, colaborar con la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en la preparación y ejecución de un plan de coordinación asistencial a los efectos que determina el presente decreto.

Art. 12º — Los señores Interventores Federales en Provincias, adoptarán las medidas que correspondan según disposiciones vigentes, para la aplicación de lo dispuesto en el presente decreto, en sus respectivas jurisdicciones.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 13º — A los efectos de la aplicación del presente decreto para el año en curso, la constancia a que hacen mención los artículos 2º y 3º, se exigirá ser presentada antes de los tres meses a contar de la fecha de publicación de este decreto.

Art. 14º — Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y pase a la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social a sus efectos.

FARREL. — Alberto Teisaire. — César Ameghino. — Juan D. Perón. — Orlando Peluffo. — Diego I. Mason. — Juan Pistarini. — Alberto Baldrich.



## LA ASISTENCIA BUCO-DENTAL PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR EN EL CUADRO DE LA PROFILAXIS GENERAL

---

*Doctor GUSTAVO A. CHIAPPORI*

JEFE DE LA SECCION ODONTOLOGICA. — Profesor  
Titular de la Fac. de C. Méd. de Bs. As.

Largos años de incesante prédica han convertido en decreto una de las recomendaciones más fervientes de quienes hemos venido bregando por la sanción del instrumento legal que permitiera incluir entre las profilaxis obligatorias, la de la atención bucodental de los niños y adolescentes. La aparición del citado decreto, comporta no solamente una imposterable y previsoramente medida de gobierno, sino el primer paso hacia un plan de alcances mucho más vastos. En efecto, ya lo subrayan los propios considerandos de la medida, por lo que se refiere al problema en las escuelas, cuando dice: "Que tal asistencia no puede ser parcial sino total, comprendiendo a los niños en edad pre-escolar, escolar y adolescente, concurren o no a colegios, asilos, institutos, etc., oficiales, incorporados o privados".

Pero el problema tiene, desde lue-

go, proyecciones aún más amplias y esta decisión vá hacia la prescripción de medidas totales que permitan contribuir a sanear las cifras de morbilidad infantil, extendiendo hasta otras edades y otras actividades una profilaxis tan necesaria.

Esas dos sanciones complementarias— en las que habrá de tener tan decisiva participación el empeño patriótico que han puesto para la reciente las autoridades superiores de Salud Pública y en particular nuestro activo director del Cuerpo Médico Escolar, doctor Marrero— son la extensión de los servicios odontológicos escolares a provincias y territorios y la obligatoriedad de implantarlos en la enseñanza media y universitaria y en las actividades comerciales e industriales.

En oportunidad de celebrarse la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, obtuvimos el des-

pacho favorable de una iniciativa nuestra que el Vº Congreso Nacional de Medicina ratificaría más tarde, propósitos que, por otra parte sostuvimos en la Comisión Especial de Odontólogos, que el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, designó durante la gestión del doctor de la Torre, para estudiar este problema, al que ahora se dá una solución definitiva por lo que se refiere a los niños en edad escolar. Dijimos entonces:

“Puntualizar las enfermedades generales de origen dentario (focos sépticos), sería recorrer toda la patología médica; bástenos recordar que ya en 1917 el profesor doctor Nicasio Etchepareborda, al inaugurar el curso oficial de la materia, exponía claramente todas las teorías y conceptos hoy en boga; más adelante el profesor doctor Cabanne; trataron este asunto no solamente ya los médicos dentistas, sino los profesores de Clínica Médica de la Facultad de Medicina, entre ellos el profesor doctor Mariano R. Castex, “Infección focal”, acompañando su disertación de una amplia bibliografía de 250 autores, que adjunto al presente informe; conferencias dictadas en la Asociación Odontológica Argentina, el 21 de julio de 1930, y el profesor doctor Escudero en conferencias y artículos sobre “La caries dental” y en general toda la prensa médica y odontológica, así como todo el periodismo de la Capital. Esta Inspección Odontológica vería con agrado, para hacer más eficiente su la-

bor, que las altas autoridades de la Nación, compenetradas de la necesidad imperiosa y de urgencia de hacer un extenso tratamiento de profilaxis bucodental, pusieran todo su empeño, energía y patriotismo en dictar una ley de protección a la edad escolar y en ella se refiriera a la asistencia odontológica obligatoria y gratuita para los niños que asisten a las escuelas del Consejo Nacional de Educación, y las que dependan de ellas; teniendo esta Repartición el material necesario, sólo necesitaríamos se incluyeran en el presupuesto para 1935, los dentistas suprimidos en el año 1932, que hoy figuran como adscriptos, ampliando los servicios, desde el momento que el Departamento Nacional de Higiene, con mucha menos labor que la nuestra, tiene cerca de 30 dentistas de presupuesto con distintos sueldos y funciones. Coordinando, como ya en varias oportunidades hemos insistido, los servicios nacionales y municipales de odontología, podría llegarse a tratar las caries dental y sus complicaciones, no ya en la edad escolar, sino en la pre-escolar”.

Tales eran entonces nuestras sumarias pretensiones, en un ambiente poco propicio para asignar a las enfermedades, buco-dentales la importancia que ellas revisten con relación a la patología general. Y por lo mismo, entreveíamos como suprema aspiración, se sancionara el proyecto de ley que también aprobó a mi propuesta el citado Vº Congreso de Medicina.



Pero es indiscutible, según queda dicho —lograda ahora esta verdadera victoria al servicio de las clases sociales más necesitadas del país y en obsequio del nivel sanitario medio— que el loable esfuerzo aplicado se complementa en la dos orientaciones ya indicadas.

Para el primero —extensión de los servicios odontológicos para niños en edad escolar y para la profilaxis buco-dental— remítome a lo que dijéramos en 1937, preconizando el sistema de odontólogos viajeros y buscando, siempre, los métodos más sencillos y menos onerosos. Con ese criterio agregábamos al finalizar la iniciativa:

“De lo expuesto llegamos a que es posible tan sólo con pocos pesos que cuesta el equipo dental portátil, realizar el tratamiento de profilaxis buco-dental a todos los niños de las escuelas de territorios nacionales y provincias, puesto que el equipo dental portátil será llevado por el mismo odontólogo conjuntamente con sus maletas de viaje. En el supuesto caso que el H. Consejo no crea conveniente efectuar adscripciones sacando de los grados a los odontólogos maestros, podrían designarse odontólogos honorarios en la forma como se explica en la Resolución del 2 de mayo del corriente año, al reglamentar los servicios médicos y odontológicos en las provincias y territorios nacionales. Esta reglamentación ha sido propuesta después de haber consultado y estudiado los servicios de los países más adelantados y más amplios

de esta naturaleza, que para enumerar algunos nos referimos a los existentes en Alemania, Austria e Italia”.

Para resolver el problema emergente del abandono en la continuidad de los tratamientos de los adolescentes que al pasar al ciclo de estudios secundarios o universitarios dejan de estar bajo el contralor y custodia que preceptúa el último decreto, bastaría



Consultorio Odontológico

una determinación en tal sentido del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, coordinada con la generalidad de los servicios de salud pública de todo el país. Quedaría sin embargo el problema del futuro ciudadano que no va al cuartel, ni si-

que estudios secundarios. Excusando la inasistencia en propias citas—desde luego legítimo derecho de quien tiene la satisfacción de colaborar desde antiguo en tales problemas— en 1944 decíamos a propósito de “Las inspecciones bucodentales periódicas al personal de fábricas y talleres”:

“Lo esencial es establecer la necesidad de la instalación de la revisión odontológica industrial periódica, que como dice la Industrial Welfare Society, se justifica por sí misma, ya que el examen periódico de los obreros efectuado cada dos meses dió excelentes resultados. Un servicio odontológico industrial reportaría las siguientes ventajas: a) en el caso de los obreros jóvenes y aprendices, la continuidad de la atención odontológica escolar, porque de otra manera quedaría trunca la labor que en la medida de sus recursos cumple la Inspección Odontológica del Consejo Nacional de Educación, que

me honro en dirigir. b) En el caso de los restantes obreros una vigilancia sobre el sistema buco-dentario que en su faz profiláctica evitará muchos males y en la faz curativa los pondrá en mejores condiciones de trabajo y rendimiento. Estas ventajas serán más evidentes aún en el caso de las obreras futuras madres a las que se pondrá en óptimas condiciones en la parte más importante de su misión que repercutirá sobre su futuro hijo en forma decisiva. La ley exige que en las fábricas se instalen salas-cuna, pero no ha previsto lo que hoy ya no se discute y es que la atención de la boca de la futura madre, y la dosificación cálcica, repercuten en la criatura”.

Con ello, de lograrse, quienes hoy han brindado al país más que el instrumento legal mismo una conciencia odontológica habrán coronado la gran obra que se inicia con la sanción del decreto del 25 de agosto de 1944.



# Control y características más comunes de

**EL MAESTRO SEPARARA DEL GRADO LOS NIÑOS QUE MANIFIESTEN:**

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACION	FORMA DE TRASMISION	SIGNOS PRECOCES	PERIODO DE CONTAGIOSIDAD
<b>Conjuntivitis</b>	De 3 a 5 días	Secreciones de conjuntiva, vehiculizadas por manos, toallas, etc.	Escozor, lagrimeo y fotofobia. Enrojecimiento de los ojos. Los párpados amanecen pegados.	Durante toda la afección.
<b>Coqueluche o Tos convulsa</b>	De 4 a 17 días generalmente 10	Secreciones de nariz y garganta.	Comienza con tos común, haciéndose más persistente y tendiendo a producirse en accesos. Empeora por la noche. Vómitos frecuentes. Las quintas se producen en 1 ó 2 semanas.	Antes que se produzcan las quintas y por lo menos durante tres semanas del período de quintas.
<b>Difteria</b>	De 1 a 7 días generalmente de 2 a 5	Secreciones de nariz y garganta.	Dolor suave de garganta. Fiebre moderada. Pulso rápido. Ganglios del cuello hinchados. Frecuentemente es visible en el fondo y los lados de la garganta una membrana blanca-grisácea.	Mientras los cultivos de garganta y nariz sean positivos. Por lo menos 16 días después del comienzo.
<b>Escarlatina</b>	De 2 a 7 días generalmente de 2 a 4	Secreciones de nariz y garganta.	Comienzo repentino. Nauseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor de garganta, lengua saburral. Seguido por un sarpullido rojo brillante que desaparece cuando se aprieta.	3 semanas desde el principio y mientras persistan las secreciones anormales.
<b>Gripe</b>	De 1 a 3 días	Secreciones de nariz y garganta.	Fiebre. Quebrantamiento. Dolor de espaldas, piernas y garganta. Postración.	Indeterminado. Probablemente durante todo el período febril.
<b>Parotiditis infecciosa o Paperas</b>	De 12 a 26 días generalmente de 18 a 21	Secreciones de nariz y garganta.	Hinchazón de las glándulas del cuello por delante y debajo del pabellón auditivo. Generalmente 1 lado se afecta primero. El otro 1 ó 2 días después.	Antes de la aparición de los primeros síntomas, hasta que haya desaparecido la hinchazón.

# Las Enfermedades Infecto - contagiosas

Rubor, palidez, fiebre, dolores, tos, mareos, náuseas o vómitos, diarrea.

Dolor de garganta, secreción nasal, estornudos repetidos.

Ojos sensibles a la luz, ojos enrojecidos o llorosos.

Erupciones de la piel, sarpullido, descamación.

Desatención o irritabilidad anormales.

DURACION DEL ESTADO AGUDO	COMPLICACIONES COMUNES	INMUNIZACION	MEDIDAS DE CONTROL GENERAL	PERIODO DE EVICCIÓN (Plazos mínimos)
De 1 a 2 semanas.	Ulceras marginales de córnea. Blefaritis.	Ninguna.	Uso individual de útiles de trabajo y aseo.	Hasta la total desaparición de la secreción.
Variable. Generalmente de 4 a 8 semanas de quintas.	Bronquitis. Bronconeumonías.	Vacunación en la infancia.	Cuarentena del paciente y de los sospechosos.	Enfermos: 21 días desde la iniciación de quintas de tos. Contactos: 10 días desde la última exposición.
Breve si la antitoxina se da precozmente. La convalecencia es lenta.	Parálisis de los músculos del corazón y de la garganta. Bronconeumonías.	Toxoide. Vacunar desde los 9 meses; revacunar al año y repetir revacunaciones cada 3 años hasta los 12.	Cuarentena del paciente y de los contactos. Ley 12670 de vacunación obligatoria.	Enfermos: 16 días desde la iniciación de la enfermedad y mientras no se obtengan 2 cultivos negativos con 8 días de intervalo. Contactos: 7 días desde la última exposición.
La temperatura se vuelve normal generalmente en 1 semana. La descamación ocurre después de 1 a 3 semanas.	Lesión cardíaca o renal. Inflamación del oído medio.	Toxina de Dick.	Cuarentena del paciente y sospechosos. Conviene vacunar los niños con Dick positivo. En casos especiales conviene el suero antiescarlatinoso como preventivo.	Enfermos: 30 días desde la iniciación de la enfermedad, siempre que no exista un foco inflamatorio. Contactos: 8 días desde la última exposición.
Generalmente de 1 a 7 días.	Complicaciones pulmonares.	No se ha conseguido inmunización efectiva.	Evitar aglomeraciones durante las epidemias y contacto con toda persona enferma.	Ninguno. Salvo el impuesto por el paciente mismo.
La hinchazón desaparece en 10 días más o menos.	Inflamación de otras glándulas (después de la pubertad).	Ninguna.	Aislamiento del paciente.	Enfermos: 15 días desde la iniciación de la enfermedad. Contactos: Sin evicción escolar.

(Continúa en la página siguiente)



**CONTROL Y CARACTERISTICAS MAS COMUNES DE LAS**

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACION	FORMA DE TRASMISION	SIGNOS PRECOCES	PERIODO DE CONTAGIOSIDAD
<b>Poliomielitis o Parálisis infantil</b>	Variable. En general 10 a 18 días	Secreciones de nariz y garganta. También posibles secreciones intestinales.	Síntomas de embarazo gástrico. Dolor de cabeza. Fiebre. Vómitos seguidos de rigidez de nuca. Obnubilación ó irritabilidad por más ó menos 3 días. Luego parálisis o debilidad muscular.	No conocido. Probablemente durante el período preparalítico, hasta después de las dos primeras semanas de la enfermedad.
<b>Resfrío</b>	Breve: de 12 a 48 horas	Secreciones de nariz y garganta.	Secreción nasal. Ligera fiebre. Ojos llorosos. "Se siente mal".	Primeros tres días.
<b>Rubeola</b>	De 14 a 21 días generalmente 16	Secreciones de nariz y garganta.	Síntomas suaves de resfrío de cabeza por 1 ó 2 días, seguidos de erupción primero en la cara, después en el cuerpo (puede ser confundido con escarlatina o sarampión).	De 4 a 7 días después del comienzo de los síntomas catarrales.
<b>Sarampión</b>	De 10 a 15 días	Secreciones de nariz y garganta.	Fiebre moderada. Ojos hinchados y llorosos. Catarro ("cara sucia"). Mucosas de mejillas y labios con manchas blanco azuladas. (Signo de Koplik) 1 ó 2 días más tarde aparece la erupción, primero en las orejas, luego en la cara, después en el cuerpo.	Durante la etapa pre-eruptiva hasta 5 días después de aparecida la erupción.
<b>Tracoma</b>	Incierto	Secreción conjuntival vehiculizado por manos, toallas, útiles, insectos.	Congestión y sensación de ardor y de "tener arena" en los ojos. Estrechéz de la hendidura palpebral. Lagrimeo. Fotofobia.	Durante toda la afección.
<b>Varicela</b>	De 14 a 21 días generalmente 17	Secreciones de nariz y garganta.	Generalmente ligera fiebre al comienzo de la erupción que se presenta en forma de ampollas de agua que se extienden en las partes cubiertas y expuestas del organismo. Aparecen brotes.	Período pre-eruptivo hasta unos 6 días después de la aparición de la erupción.
<b>Viruela</b>	De 9 a 15 días generalmente 12	Secreciones nasales y faringéas	Fiebre de aparición rápida y síntomas de gripe. De 1 á 4 días después aparece la erupción primero en las partes expuestas, después en el tronco.	Desde los primeros signos hasta la desaparición de todas las escaras y costras.

Evicción: Separación de la escuela. Los términos mencionados se refieren a plazos mínimos. Las pruebas de Aislamiento: Se refiere sólo al paciente.

Cuarentena: Se refiere al paciente y a sus familiares.

Contactos o sospechosos: Personas que han estado en contacto con el enfermo.

**ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS (Continuación)**

DURACION DEL ESTADO AGUDO	COMPLICACIONES COMUNES	INMUNIZACION	MEDIDAS DE CONTROL GENERAL	PERIODO DE EVICCION (Plazos mínimos)
Generalmente largo si aparece parálisis. Convalecencia lenta.	Parálisis de las partes afectadas.	Ninguna.	Clausura del grado por 2 semanas. Evitar el contacto de los niños sanos por los atacados por cualquier enfermedad, especialmente durante el verano y principios del otoño si hay epidemia.	Enfermos: 28 días después de su curación clínica. Contactos: 14 días desde la última exposición.
Generalmente 3 ó 4 días si es atendido, raramente más de 7.	Sinusitis. Otitis. Laringitis. Bronquitis.	Ninguna.	No exponerse al frío. Evitar el contacto con enfermos. Práctica de buenos hábitos higiénicos.	Ninguno. Salvo el impuesto por el paciente mismo.
Solamente pocos días. Estado agudo poco evidente. El niño no se siente enfermo.	Ninguna.	Ninguna.	Aislamiento del paciente.	Enfermos: 7 días. Contactos: Sin evicción escolar.
Breve si no sobrevienen complicaciones.	Inflamación crónica de los ojos, oídos y de las vías respiratorias.	Suero de convaleciente o extracto placentario.	Aislamiento de los sospechosos que no hayan tenido la enfermedad. Evitar el contacto en la primera infancia. Los lactantes y niños pequeños pueden ser protegidos por suero.	Enfermos: 12 días desde la iniciación de la enfermedad. Contactos: 12 días desde la última exposición.
Incierto. Es una afección crónica de comienzo insidioso.	Ceguera. Lesiones de córnea. Deformación de párpados.	Ninguno.	Profilaxis por el tratamiento en el período preescolar y escolar. Prohibición de entrar al país de todo tracomatoso.	Hasta la total desaparición de la secreción.
Generalmente breve. 3 a 4 días. Por lo general el niño no se siente enfermo.	Las lesiones de piel pueden infectarse.	Ninguno.	Aislamiento del paciente.	Enfermos: 15 días desde la iniciación de la enfermedad. Contactos: Sin evicción escolar.
Varía con la gravedad de la infección. Las lesiones duran de 14 a 48 días.	Infección de las lesiones de piel.	Vacunación.	Cuarentena del paciente y de los sospechosos. Si no está vacunado desde hace 5 años, vacunación inmediata después del contacto. (Proteje si se dá el 1er. día). Ley 4202 de vacunación obligatoria.	Enfermos: 40 días desde la iniciación de la enfermedad. Contactos: 14 días desde la última exposición.

control no autorizan a disminuir el período de evicción establecida.



## ENFERMEDADES INFECCIO CONTAGIOSAS

### MEDIDAS DE CONTROL GENERAL

---

La protección contra la enfermedad es una fase importante del trabajo sanitario de la escuela.

La escuela puede ser una amenaza seria para la salud del niño o un factor importante en su protección, dependiendo ello de la organización y administración relativas al control de las enfermedades transmisibles.

Las enfermedades transmisibles se evitan con precauciones que implican tres factores principales:

- a) La construcción, equipo y operación del edificio escolar;
- b) El programa escolar en su sentido más amplio, y
- c) El personal de la escuela, incluyendo alumnos y empleados.

#### *Medidas de control general.*

Incluyen ciertas fases de la construcción, equipo y operación del edificio, y algunas medidas relativas a la evicción del niño enfermo, readmisión después de la enfermedad, y separación de los contactos; procedimientos inmunizantes y clausura y apertura de la escuela en presencia de una epidemia.

#### *Construcción, equipo y operación.*

Los alumnos están obligados a concurrir a la escuela, y las autoridades

que los compelen son responsables de proveer en la misma una atmósfera que conduzca al crecimiento, aprendizaje y salud.

Enumeremos algunos puntos importantes que contribuyen a la prevención de las enfermedades transmisibles: 1º suficiente superficie de aula, gimnasio, vestuario y patio como para evitar hacinamiento indebido; 2º baños y lavatorios adecuados; 3º ventilación y calefacción adecuadas; 4º agua pura, grifos de agua corriente; 5º uso de leche pasteurizada; 6º sistema de separación y readmisión que mantenga al niño sospechoso alejado del sano; 7º abandono de los cuadros de asistencia perfecta; 8º un sistema relativo a las inasistencias de las maestras que no dé privilegios por permanecer en la escuela cuando pueden estar diseminando una enfermedad, sobre todo resfríos; 9º inspección de los niños por los padres antes de mandarlos a la escuela para asegurarse de que no existe síntoma de enfermedad aguda; 10º preparación de la maestra para poder reconocer síntomas de enfermedad aguda o crónica.

#### *Separación y readmisión.*

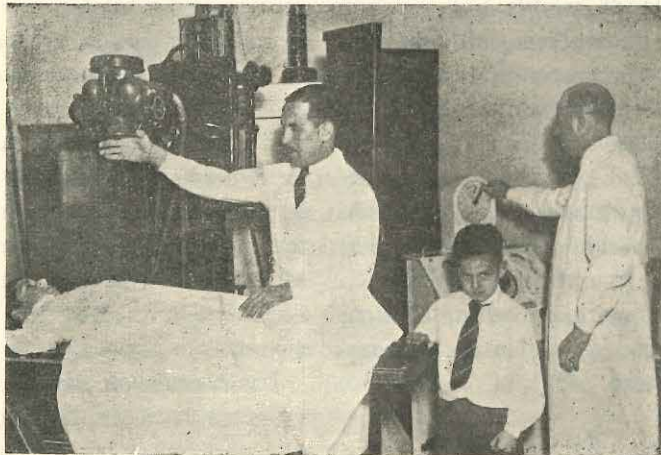
El programa de salud debe desarro-

llar el conocimiento y actitud apropiados hacia la inmunización, y hacer que los alumnos sean inteligentes, razonables y cooperadores en el control de las enfermedades transmisibles.

La escuela misma debe protegerse por un sistema efectivo de vigilancia continua. Esta puede llevarse a cabo sin pérdida de mucho tiempo y sin molestar al personal con deberes administrativos o educacionales.

El principio en que se basa la protección general contra las enferme-

diadades infecciosas es sencillo: excluir todos los niños con signos sospechosos sin esperar a establecer el diagnóstico. El niño sospechoso será enviado a otra habitación hasta que el médico o la visitadora de higiene lo revisen; a veces pasan varios días antes de que pueda identificarse una enfermedad. Este sistema de exclusión parecería ser a primera vista contrario a la buena asistencia, pero la experiencia prueba lo contrario. Es cierto que muchas veces no se desarrolla una enfermedad seria y el niño puede volver a los dos días, pero es posible hacer breves separaciones sin perjudicar la asistencia tanto como lo sería por dos o tres ausencias largas por casos de escarlatina u otra enfermedad seria. Además aunque esas enfermedades no se produzcan, la separación es útil para evitar la propagación del resfrío. Por último un niño no puede rendir en la escuela cuando está resfriado o tiene una enfermedad incipiente. Cuando ha si-



Sección Radiología

do separado de la escuela, su banco y los útiles que ha tocado serán lavados con agua y jabón. Resumiendo, los niños deberán ser separados de la escuela cuando manifiesten algunos de los siguientes síntomas:

rubor  
estornudos repetidos  
secreción nasal  
ojos llorosos o enrojecidos

do separado de la escuela, su banco y los útiles que ha tocado serán lavados con agua y jabón.

Resumiendo, los niños deberán ser separados de la escuela cuando manifiesten algunos de los siguientes síntomas:



ojos sensibles a la luz  
 dolor de garganta  
 desatención  
 irritabilidad anormal  
 palidez  
 fiebre  
 náuseas o vómitos  
 diarrea  
 erupciones de la piel  
 descamación  
 dolores  
 tos  
 mareos  
 sarpullido.

Cuando un niño ha sido separado por sospecha de enfermedad contagiosa o cuando vuelve a la escuela después de una enfermedad debe considerarse si corresponde readmitirlo. La readmisión depende de la organización y de las facilidades sanitarias existentes. Estas se mencionan en orden de importancia: a) certificado de médico escolar o familiar, b) certificado de la enfermera escolar, o del departamento de salud, c) nota de los padres, d) juicio de la maestra o directora.

#### *Procedimiento de inmunidad.*

Muchos de los procedimientos inmunizantes que mencionaremos deben ser hechos antes de que el niño llegue a la escuela. Pero existe un gran número de niños que llega a la escuela sin haber recibido inmunidad alguna.

La inmunización más importante universalmente recomendada, es la vacunación contra la viruela. Debe ser hecha al primer año de vida, al ingresar a la escuela primaria y secundaria, y será repetida cuando el niño esté expuesto a contagio, siem-

pre que no haya una vacunación positiva dentro de los cinco años anteriores. Es importante recordar que un resultado negativo no indica inmunidad a la viruela.

Lo ideal sería que todos los niños ingresaran a la escuela previamente inmunizados contra la difteria y que se usara la reacción de Schick para verificar su inmunidad, pero la situación real no es ésta, y la escuela debe en cooperación con las autoridades sanitarias, procurar la inmunización en jardines de infantes y durante los primeros grados. Después de los 12 años sólo será practicada si el médico lo aconseja.

La inmunización contra la tifoidea es muy efectiva pero no es necesaria como rutina en todos los casos. Solamente se hará en comunidades donde el servicio de agua es pobre, donde la leche no se pausteriza completamente o donde los servicios sanitarios son deficientes. La inmunidad dura tres años; requiere tres inyecciones.

La vacunación contra la tos convulsa se hará en la primera infancia; no es necesaria a la edad en que el niño llega a la escuela.

#### *Clausura de la escuela por epidemia.*

Tradicionalmente la opinión pública estaba acostumbrada a esperar el cierre de la escuela para controlar las epidemias. El desarrollo moderno de procedimientos en salud pública, sugieren otra actitud con respecto al cierre de escuelas. Al cerrarse la escuela se deja libre a los niños, favoreciendo los contactos y dispersión de la infección en teatros, lugares pú-



blicos, tiendas, plazas de juego, en mayor escala que los que se producirían si la escuela estuviera funcionando. Por otra parte, el dejar la escuela abierta crea un riesgo si no se dispone de los medios de administrar en forma efectiva un plan de estrecha supervisión y exclusión rígida, según lo visto anteriormente.

Si se desarrolla una epidemia en período escolar, la clausura dependerá de los medios que se posean para ejercer una buena vigilancia de los escolares.

Si la epidemia comienza antes de empezar las clases, como es frecuente en casos de parálisis infantil, sería deseable posponer la apertura de las clases por algunas semanas. Esto no es lo mismo que cerrar la escuela, porque si ésta ya ha sido abierta el contacto ya se ha efectuado y poco se ganaría con cerrarla. Posponiendo su apertura los contactos en aulas y patios de juego se evitan.

Cuando las autoridades deben enfrentar la opinión pública que pide la clausura de la escuela, la situación puede resolverse accediendo al pedido bajo promesa de los padres de que los niños serán excluidos de lugares públicos y mantenidos dentro de su casa. Esta alternativa, generalmente convence a los padres de que una escuela vigilada en forma adecuada es tan segura como cualquier lugar durante una epidemia, con la posible excepción del hogar.

#### *Limpieza y desinfección.*

El método tradicional de desinfección después de una enfermedad contagiosa es la fumigación acompañada

de la liberación de gas de formaldehído o azufre en las habitaciones, después de clausurar puertas, ventanas y rendijas. Ambos métodos son caros, destructivos, desagradables, inconvenientes, a veces peligrosos y, lo que es más importante, siempre ineficaces. El uso apropiado de la fumigación es para la destrucción de bichos pero no para matar los gérmenes.

En las aulas las fuentes principales de infección son los seres humanos. En presencia de una enfermedad contagiosa no se usarán métodos especiales de limpieza ni desinfectantes químicos; todo lo que se requiere es la aplicación cuidadosa de cuatro ingredientes sencillos, a saber: jabón, agua, luz solar y entusiasmo. Existe muy poco peligro de contagio en muebles, paredes, bancos, etc., y algo más en objetos como manijas de puertas, lápices, portaplumas, libros, salvo que sean tocados inmediatamente después de ser contaminados. Sin embargo los niños, padres, maestros y posiblemente aún los directores, experimentarán mayor seguridad si los bancos usados por los enfermos, los marcos de las ventanas y las manijas son lavadas después de descubierta una epidemia.

#### *Oposición de grupos obstruccionistas.*

Las medidas de control de las enfermedades infecciosas como cualquier otra medida sanitaria, puede ser opuesta por grupo influenciados por varios motivos o creencias. No hay razón en discutir los motivos, sean éstos de carácter religioso, devoción a cultos antimédicos, supersti-



ción, ignorancia o prejuicio. Los resultados serán contrarios a la salud pública y la seguridad de los escolares, siempre que cualquier persona o grupo persista en:

1º Oponerse y no cumplir las medidas preventivas;

2º Exigir la admisión del niño en la escuela, violando las reglas sanitarias;

3º Desacreditar y obstruir el programa de salud por la propagación de falsos principios sobre la inmunización o medidas sanitarias.

Los casos de obstruccionismo deben ser consultados a fin de instruir e informar a la opinión pública.

Es menester separar al grupo obstruccionista del que obra por ignorancia de principios, pues éste último puede educarse.

*Responsabilidad del personal escolar.*

1º El personal administrativo es responsable de la adopción de medidas apropiadas, su supervisión y el tiempo y facilidades necesarias para su cumplimiento.

2º Las maestras por su contacto con los alumnos están en una situación especial para observar rápidamente los signos que exijan la separación del niño y su envío al médico, visitadora de higiene o director, y en ausencia de éstos, lo aislará por sí misma. También la maestra estará encargada de la vigilancia, de la aereación, calefacción, vestimenta exterior de los niños. Ella puede influenciar en la limpieza especialmente de manos.

3º Personal de servicio. Por la vigilancia sobre la limpieza, ventila-

ción, calefacción y funcionamiento y aseo de baños y lavatorios, puede ser un elemento de importancia en el control de las enfermedades infecciosas. No debe desconocerse su valor pero hay que ubicarlo en el lugar que le corresponde dándole los medios y el conocimiento que su función requiere.

4º El médico escolar. Su función debe ser la de un consultante o consejero indispensable para la confección del reglamento sanitario. Debe vigilar la readmisión o readmitir a los alumnos. Debe consultar con otros médicos o con los padres, lo relativo a la separación y especialmente a las inmunizaciones.

5º La Visitadora de Higiene. Después de la maestra es el factor más importante en el programa de prevención de las enfermedades infecto contagiosas. Su función es observar a los niños, hacer inspecciones, consultar con las maestras y directoras lo relativo a la readmisión y explicar a los familiares los motivos de una separación aparentemente injustificada. Enseñará a las maestras novicias como y cuando debe separar un niño sospechoso sin esperar el diagnóstico. Ejercerá su influencia para promover a la vacunación y ayudará al maestro en su contacto con el hogar y los médicos de zona.

6º Los padres. Es indispensable educarlos en el sentido del aislamiento espontáneo de sus hijos, antes de que sean separados por la escuela, ya que en este caso han tenido contacto con los que hubiera encontrado en su camino.

## VI CONGRESO PANAMERICANO DE LA TUBERCULOSIS

---

Habana, 15-21 de enero de 1946.

*Tema primero.* — Conclusiones finales que los delegados de Bolivia, doctor Enrique Vargas Sivila; Cuba, doctor Alberto Sánchez de Fuentes; Perú, Doctor Ovidio García Ronés; Perú, Doctor Avidio García Rosell y Uruguay, doctor Abelardo Sáenz, elevan al Comité Ejecutivo del VI Congreso Panamericano de la Tuberculosis, para su aceptación:

Demostrada universalmente la posibilidad de obtener la inmunidad antituberculosa tanto desde el punto de vista clínico como experimental, y en el hombre, la inocuidad y utilidad de la vacunación antituberculosa de Calmette-Guerin (B. C. G.), la U. L. A. S. T. recomienda:

1) La más amplia difusión de su empleo (con el fin de influir eficazmente el índice endemo-epidemiológico de la misma), en los anérgicos sanos desde el primer día de la vida, por vía digestiva o parenteral. Con el fin de obtener los resultados más favorables, la vacunación debe hacerse en las mejores condiciones en relación con el diagnóstico previo de la existencia de la infección tuberculo-

sa, en la persona a vacunar y evitando en todo lo posible, que contraiga la infección virulenta en el período más próximo a su aplicación.

2) La práctica del tatuaje de todo niño vacunado, según la técnica aconsejada por Gómez y Etcheverry, para la identificación de los vacunados y el estudio más exactos de los resultados inmediatos y lejanos.

3) El examen alérgico y clínico ulterior de los vacunados por Centros de Profilaxis antituberculosa con el fin de proceder a la práctica periódica de la revacunación por vía digestiva o parenteral, cuyos beneficios han sido reconocidos experimental y clínicamente.

4) La creación de los Laboratorios Nacionales de preparación de la vacuna y Centros de Vacunación, siguiendo las directivas puestas en práctica en la Argentina, Brasil, Bolivia, Cuba y Uruguay, así como la preparación de los técnicos de estos laboratorios; las reuniones periódicas entre los directores de los mismos para la unificación de las técnicas de preparación de la vacuna; verificación de su valor antigénico



alérgico y de inocuidad establecido y en fin, de la divulgación de los resultados y de los progresos obtenidos en relación con la misma.

5) La práctica de la vacunación por el B. C. G., no sólo no excluye sino que necesita de todas las otras normas profilácticas del examen de los aparentemente sanos, de la asistencia institucional hospitalaria y sanatorial y por los Dispensarios en proporción a las necesidades reales y las mejorías de las condiciones higiénicas y sociales, para su mayor utilidad y en consecuencia, la U. L. A. S. T., requiere a los Gobiernos y núcleos más representativos de cada país, a ponerlos en práctica en un esfuerzo de colaboración para reducir progresivamente la tuberculosis y vencerla como enfermedad social.

#### *Tema segundo.*

1) El examen sistemático radiográfico en manos de tisiólogos, es el único medio de garantía para la captación de las formas de comienzo.

2) Para el examen radiográfico de colectividades es el método iniciado por Abreu (Roentgenfotografía), el más práctico y económico.

3) En los países en que resulte imposible el examen sistemático en gran escala, recomendamos dirigir la investigación en primera etapa, hacia aquellas edades de máxima frecuencia de formas inaparentes (máxima morbimortalidad).

4) Mediante el procedimiento de diagnóstico indicado se podrá insti-

tuir terapéutica oportuna que permitirá obtener el más alto porcentaje de curaciones, lo que repercutirá profundamente en la profilaxis de la enfermedad.

Dres. Mencia y Romaguera, de Cuba; Orrego Puelma, de Chile; Cosío Villegas, de Méjico y Boettner, de Paraguay.

Publicamos las conclusiones del certamen. Es evidente que el dominio clínico y terapéutico de la tuberculosis, no está todavía afirmado como es la voluntad general. Por eso, las conclusiones tienen apenas un valor pragmático, que obliga a tomar como provisionales sus recomendaciones, a la espera de nuevas experiencias decisivas.

#### *El VII Congreso Panamericano de la Tuberculosis.*

Fecha: Año 1947.

Lugar: Lima (Perú).

Presidente: Dr. Ovidio García Rosell.

Temas recomendados: 1) Investigación de la tuberculosis en el aparentemente sano; técnica, diagnóstico, terapéutica y pronóstico.

2) Traqueo-bronquitis tuberculosa.

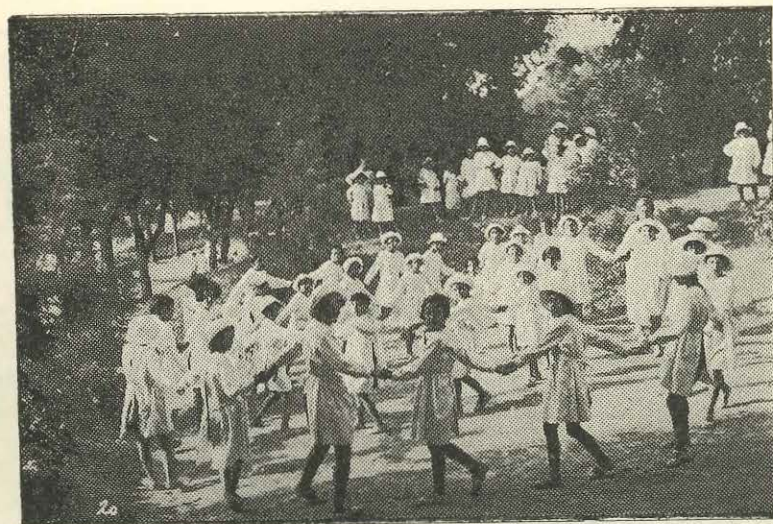
3) Protección económico-social del tuberculoso.



VISTAS GRAFICAS DE LAS COLONIAS DE VACACIONES  
DE LA INSPECCION MEDICA ESCOLAR

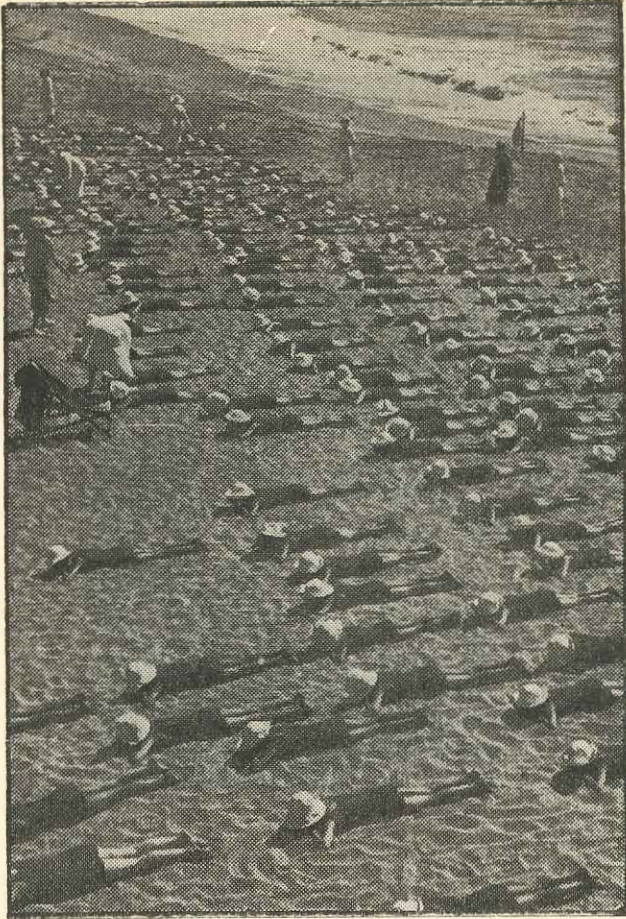


Ejercicios metodizados



Juegos





Helioterapia



Balneoterapia



EL MECANISMO DEL ESPASMO MUSCULAR EN LA POLIOMIELITIS

Por: *Hernan Kabat y M. E. Knapp.*

“Resumen transcripto del American Journal of Diseases of Children”,  
enero de 1945

J. Pediat. 24: 123, febrero 1944.

El espasmo muscular en la poliomieltis es neurogénico. Aparentemente es el resultado de la falta de la inhibición de los reflejos espinales propioceptivos. El espasmo muscular se elimina temporariamente en los estados agudos y subagudos de la enfermedad por anestesia espinal o bloqueo de la unión mioneural; por otra parte en dos pacientes que se habían encontrado en esa condición durante catorce meses, la anestesia espinal tenía poco efecto en el espasmo muscular. El espasmo muscular está asociado a aumento de las potenciales de acción en los músculos afectados (Bouman y Schwartz).

La lesión en la médula espinal que origina el espasmo muscular es distinta e independiente de la lesión en las grandes neuronas motoras del cuerno anterior. Muchos músculos en espasmo muestran una cronaxia normal, mientras otros presentan aumentos más o menos definidos de la cronaxia. (Moldaver).

Del mismo modo muchos músculos en espasmo no se atrofian, mientras que otros exteriorizan diferentes grados de atrofia y parálisis. Estos hechos sugieren que la destrucción de las neuronas motoras del cuerno anterior no son la base del espasmo muscular en la poliomieltis.

Se presentan pruebas para sostener la teoría de que la base patológica del espasmo muscular en la poliomieltis es una lesión de las neuronas de enlace de la sustancia gris de la médula espinal.

1) El espasmo muscular, similar en muchos aspectos al observado en pacientes con poliomieltis ha sido provocado en animales de laboratorio. Correlativamente con

el espasmo muscular la médula espinal presentaba una lesión localizada en las neuronas de enlace mientras que las células del cuerno anterior permanecían normales.

2) En 68 casos de poliomieltis la observación de los casos patológicos en la médula espinal reveló una lesión de la neurona intercalar en casi todos los pacientes. 26 pacientes mostraron lesiones intercalares con células relativamente normales en el cuerno anterior en las secciones examinadas. Durante mucho tiempo se admitió el hecho de que los cambios patológicos en la médula espinal no están limitados a las neuronas motoras del cuerno anterior.

3) Las terminaciones sinápticas de las grandes neuronas motoras en el cuerno anterior están extensamente degeneradas en la poliomieltis. (Minckler). Estas terminaciones sinápticas se presentan en su mayor parte en las neuronas de enlace.

4) La neostigmina, actuando en la médula espinal para inhibir los reflejos propioceptivos, decrece el espasmo muscular.

¿Por qué la lesión de la neurona intercalar eliminaría los mecanismos inhibitorios sin bloquear sin embargo los impulsos de excitación del tono muscular y de los reflejos de tensión?

Una reciente observación de Lloyd nos ayuda a explicarlo. Ha demostrado que el arco del reflejo propioceptivo en el gato se compone de dos neuronas sin interposición de neurona intercalar. Por lo tanto los impulsos nerviosos de excitación del tono y reflejos de tensión serían conducidos a las neuronas motoras a través de la sustancia gris de la médula espinal solamente por fibras nerviosas.



Siendo los cuerpos de las células nerviosas sensibles al virus de la poliomielitis pero no así las fibras nerviosas, que no parecen ser atacadas directamente por el virus, la excitación de los reflejos propioceptivos no se bloquearía por el efecto del virus en la región intercalar. Por otra parte siendo los impulsos de inhibición del tono y reflejos de tensión conducidos a través de las neuronas intercalares, los ataques por el virus en estas neuronas llevarían a una exageración de los reflejos propioceptivos como resultado de la falta de inhibición.

Los cambios funcionales en la poliomielitis pueden ser mejor explicados como el resultado de dos tipos de lesión en la sustancia gris de la médula espinal, variando en distribución e intensidad en los diferentes segmentos. Un tipo incluye lesiones que afectan las grandes neuronas motoras del cuerno anterior, llevando a denervación motora con parálisis y atro-

fía. El otro tipo incluye lesiones que interesan las neuronas intercalares. Debido a la posición estratégica de estas neuronas como elementos de desvío que orienta los reflejos y los impulsos voluntarios hasta las células adyacentes del cuerno anterior, tal lesión puede teóricamente tener las siguientes consecuencias: a) espasmo muscular que resulta por la disminución de la inhibición de los reflejos propioceptivos; b) desorganización de la corriente de impulsos a las células del cuerno anterior y por lo tanto a las unidades motoras, de lo que resulta una mala coordinación de los protagonistas, sinergistas y antagonistas y en crispación fascicular y c) disminución o pérdida del poder voluntario, debido a la imposibilidad de que los impulsos voluntarios sean conducidos a las neuronas motoras funcionales restantes.

Kabat, Boston.

#### VACUNA GENERALIZADA EN UN NIÑO ECZEMATOSO

Demostración del virus y comentario sobre la "erupción variceliforme de Kaposi".

Por: *Falls B. Hershey y William E. Smith*; Boston

"American Journal of Diseases of Children 69: 33", enero de 1945

Vacuna generalizada en un niño eczematoso después del contacto con un familiar vacunado.

Se recogió virus de vacuna de las lesiones cutáneas y se demostró en el suero del paciente la presencia de anticuerpos contra este virus.

Recientemente se han recogido de erupciones similares conocidas como "erupción variceliforme de Kaposi" o "pustulosis varioliforme aguda", agentes muy se-

mejantes al virus del herpes simple. Estas erupciones también se producen en pacientes con eczema y fueron consideradas al principio idénticas al eczema vacunal. En un considerable número de pacientes no se ha podido obtener virus de vacuna ni de herpes a pesar de las pruebas específicas realizadas. Este hecho puede obedecer a la localización de algún otro virus en las áreas de lesiones cutáneas que presentan estos pacientes.

### TRANSFUSION POR LA MEDULA OSEA COMO PROCEDIMIENTO DE RUTINA EN LOS NIÑOS

Por: *Frank Meola.*

Resumen transcripto del "American Journal of Diseases of Children", enero de 1945

J. Pediat. 25: 13, julio de 1944

En 326 infusiones vía médula ósea hechas en 144 lactantes y niños hubo sólo una reacción y una complicación no relacionada con el procedimiento. Este resultado confirma las conclusiones de Tocan-

tius (Filadelfia), y sus colaboradores relativas a la aplicabilidad y facilidad de este método para la administración de fluidos y medicamentos. La técnica y sus dificultades se mencionan brevemente.

Meola, Akron, Ohio.

### EL EMPLEO DEL SUERO HUMANO DESECADO EN LA PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE ALGUNAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Editorial de "Revista Clínica Española", Tomo XIV; Nº 1; Pág. 51, 15 de julio de 1944

Desde hace algunos años se ha iniciado en diferentes países el tratamiento profiláctico y curativo de algunas enfermedades infecciosas corrientes, por medio del suero humano desecado al vacío después de congelado. El perfeccionamiento de las técnicas de preparación de estos sueros ha permitido reducir considerablemente las reacciones febriles que su empleo, sobre todo por vía intravenosa, producían.

Recientemente Mc. Guinness, Stokes y Armstrong, comunican su experiencia con este tratamiento que se remonta ya a 8 años de duración. En la profilaxis del sarampión emplean suero desecado de adultos normales, obtenido de mezclas de un mínimo de 50 dadores y también, comparativamente, suero tomado de individuos en período de convalecencia y desecado al vacío. Inyectan la cantidad que corresponde a 10 c. c. de suero que redissuelven en 4 c. c. de agua destilada. Tratan 1.233 casos y obtienen hasta un 90 o/o de

protección completa o atenuación de la enfermedad (consideran a un caso como atenuado, cuando la fiebre no dura más de 24 ó 48 horas y no tiene complicaciones). La dosis necesaria para una protección completa sería (en c. c. de suero original): 10 c. c. de suero de convaleciente para los niños menores de 6 años; de 15 c. c. para los de 6 a 12; y de 15 a 20 c. c. para los mayores de 12 años. Con el suero de adultos normales las dosis son de 15 a 30 c. c. para las mismas edades.

Para la profilaxis de la escarlatina tratan 1.043 casos con suero de convalecientes desecado, encontrando una incidencia de 22,2 o/o de la enfermedad. En los que enfermaron los síntomas fueron muy discretos y no tuvieron complicaciones. Dado que esta inmunización pasiva, estudiada con la prueba de Dick, solo dura de 10 a 14 días, aconsejan repetir cada 10 días las inyecciones cuando el peligro de contagio sea grande. El suero de convalecientes se mostró más activo



que el de adulto normal y el suero de dadores inmunes (Dick negativos), probado en 152 casos, tuvo casi tanta eficacia como el de convalecientes.

De 169 casos de escarlatina tratados con suero de convalecientes obtienen buenos resultados (desaparición de los síntomas a las 36 ó 48 horas y sin complicaciones), en 129 (76 o/o), resultados moderadamente buenos en 24, y no respuesta en 16. Inyectan de 30 a 60 c. c., generalmente una sola dosis y sólo en algún caso repiten la inyección.

En la profilaxis de la tosferina, utilizan un suero desecado hiperinmune obtenido de adultos que padecieron la enfermedad de niños, a los que, además, se les inyecta repetidamente una vacuna anti-pertussis. El título de aglutinación de estos sueros suele ser de 1/2.560. De 215 casos tratados el 78 o/o no contrajeron la enfermedad; un 10,3 o/o sólo tuvieron tos ligera, sin ir seguida de vómitos; el 5,6 o/o desarrollaron una forma muy le-

ve; y sólo el 6 o/o tuvieron la tos ferina, sin complicaciones. Como curativo los resultados en 315 casos fueron excelentes en el 68 o/o, regulares en el 19 o/o, medianos en el 10 o/o, y fallecieron 5 enfermos (el 1,5 o/o).

Los resultados en la profilaxis de la parotiditis, no fueron tan satisfactorios. y en la varicela, tanto el suero de convalecientes como la mezcla del de adultos normales, se mostraron ineficaces en la prevención de la enfermedad.

De toda esta amplia estadística se puede concluir que el suero desecado al vacío después de haber sido congelado, tiene una eficacia similar al suero normal conservado en estado líquido, pero tendría sobre éste las ventajas de que puede ser conservado durante mucho tiempo sin perder sus propiedades y además que se puede concentrar antes de su empleo, reduciendo así el volumen a inyectar, tanto por vía intramuscular como endovenosa.

## EL CHOQUE VITAMINICO D

Por: *E. Jaso.*

“De la Revista Clínica Española”, T. XII, Nº 2

### Iº HISTORIA

El autor estudia la nueva técnica de administración terapéutica y profiláctica de la Vitamina D, consistente en administrar de una sola vez la totalidad de la que ha de emplearse en una cura de 6 ó 8 semanas, fundada en la capacidad del organismo para almacenar la vitamina antirraquítica en sus depósitos, desde los que va siendo paulatinamente cedida conforme a las necesidades del metabolismo.

La experimentación y los primeros ensayos datan desde antes del año 1927, pero su difusión comenzó en 1936, fecha en que se publicaron los resultados positivos del tratamiento de raquitismo con una sola dosis y “choque vitamínico D (Stos-therapie)”.

Actualmente pasan de un millar los casos de raquitismo curados con el choque vitamínico D (Ch. v. D.).

## IIº TECNICA

a) **Dosis:** La investigación en ratas ha demostrado que los resultados terapéuticos, son directamente proporcionales a las dosis utilizadas hasta un máximo, pasado el cual ya no aumenta la eficacia.

En clínica humana, parece ser que la dosis media recomendada oscila entre 7 1/2 y 15 mg. (300.000 a 600.000 unidades internacionales). Se ha propuesto unificar las dosis del siguiente modo:

1º Dosis terapéutica media de 7 1/2 mg., en el raquitismo florido del lactante, no complicado.

2º Dosis dobles de 15 mg., en casos complicados con espasmofilia o infecciones.

3º Dosis dobles repetidas bajo control a las 4, 6 ú 8 semanas en el raquitismo grave.

4º Dosis profiláctica media de 7 1/2 mg., repetida al agotarse su acción a los tres o cuatro meses si persisten las condiciones que hacen necesaria la profilaxis.

b) **Clase de vitamina a emplear (D<sub>2</sub> ó D<sub>3</sub>).** Empleando la técnica clásica se comprobó que la vitamina D<sub>3</sub> no era inferior en actividad a la D<sub>2</sub> demostrándose igual para el ch. v. D., pero debido a la diferencia de las condiciones experimentales los resultados son discordantes en los diferentes autores. Se notaría sin embargo una ligera superioridad de la D<sub>3</sub> en cuanto a velocidad y la seguridad de acción.

c) **Modo de administración:** Puede administrarse por vía oral y por vía parenteral; siendo la primera la preferida por motivos psicológicos y la otra sólo utilizable cuando se halle contraindicada aquella.

Cuando ha de utilizarse la administración parenteral, se utiliza la inyección intramuscular del mismo concentrado que se emplea por os. En cuanto a la vía intravenosa no presenta ventaja sobre la intramuscular y sí, el inconveniente de su complejidad técnica.

## IIIº INDICACIONES

Terapéuticamente: en todas las formas de raquitismo. En el R. florido. En el R. tardío de los escolares. En la osteomalacia. En la tetania raquitógena.

Profilácticamente en las indicaciones de la prevención del raquitismo.

## IVº VENTAJAS E INCONVENIENTES

No produce daños. En los sujetos raquíticos ha sido comprobado desde todos los ángulos de observación (clínico, hemioquímico, radiológico, anatomopatológico), que las dosis se toleran sin el menor trastorno secundario, lo que es comprensible, desde que sabemos la gran distancia que media entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica con vitamina D<sub>2</sub>. Los daños de hiperdosificación eran debidos, en la ergosterina irradiada, a productos de impurificación (taquisterina, toxisterina, etc), habiendo desaparecido desde que manejamos la vitamina pura. En cuanto al extasis fosfórico, es una peculiaridad hemoquímica de todas las técnicas curativas del raquitismo (lámpara de cuarzo, etc.), sin repercusiones sobre la salud del niño.

Se ha comprobado, en cambio, que mientras en el suero disminuye la fracción del Ph. orgánico con aumento de las fracciones inorgánicas y ácido soluble, en los hematíes aumentan todas las fracciones fosforadas, y en particular la orgánica, cuyas modificaciones tienen lugar veinticuatro días después del ch. v. D. y son particularmente netas en los niños raquíticos, pero se marcan también en los sanos, alcanzándose los valores normales después de 6-8 días.

No se comprobó disminución de la vitamina C en el suero después del ch. v. D., por lo que niega el pretendido antagonismo entre las vitaminas C y D en el niño.

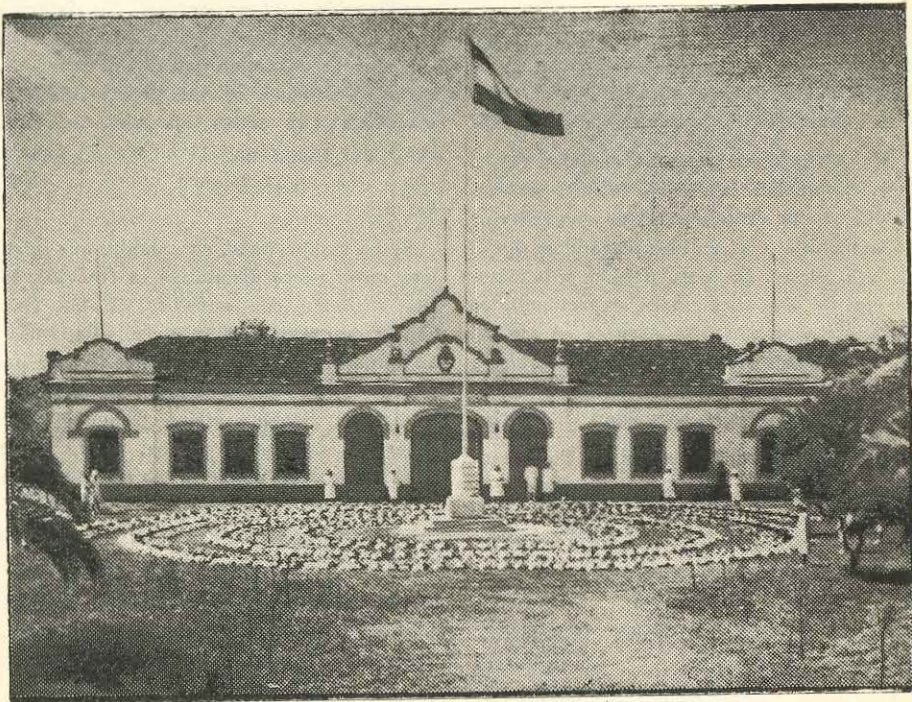
Tampoco en los sujetos sanos se comprobaron trastornos mediante administración de 22,5 mg., en una sola dosis.



**Ventajas:** En primer término pone este tratamiento en manos del médico, liberándolo de las irregularidades que presenta en poder de las madres, cuya ventaja es ponderable, tanto en la profilaxis como en la terapéutica. Otra ventaja radica en su perfecta tolerancia. Por último, el ritmo curativo, es más rápido con este método, lo que tiene gran valor en ciertos casos en que se halla en peligro la vida del niño por la prolongación del estado patológico, como es el caso de la tetania y en las bronconeumonias de los

niños raquíticos. Desde el punto de vista económico, resulta más barato.

**Inconvenientes:** Entre estos debe mencionarse que fiándolo todo a una sola administración medicamentosa, si esta fracasa por vómitos, mala absorción, etc., también es más posible que fracase la curación que cuando la administración ocurre en múltiples veces. Estos defectos podrían obviarse mediante la sistemática aplicación intramuscular, de las que nos manifestamos partidarios empleando la  $D_3$ .



Niños de C. Baradero, tomando baños de sol

## SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

---

### Sección trabajos originales

#### SUBSECCIONES:

1<sup>a</sup> **Trabajos de índole médico-higiénico.**

Índice tuberculínico en alumnos de Escuelas Comunes (Seleccionados para concurrir a Colonias de Vacaciones), por **Joaquín Enrique Herrán**.

Ingeniería Sanitaria, por **Ludovico Ivanissevich**.

Las cardiopatías en nuestro medio escolar (Estudio clínico, electrocardiográfico, fonocardiográfico, telerradiográfico y de orientación profesional en las cardiopatías encontradas en 10.000 escolares). Sus proyecciones sociales, por **José M. Macera** y **Alberto P. Ruchelli**.

La profilaxis de la escarlatina en el medio escolar, en relación con los métodos modernos de inmunización, por **Juan M. Miravent**.

Dosaje de Acido Ascórbico en la sangre de niños escolares, por **Miguel Oliver** y **Carmelo Fazio**.

Dosaje de Calcio, fósforo y proteína en sangre en los escolares de Córdoba, por **Héctor Ordoñez Ferrayra**.

Morbilidad y mortalidad en la edad pre-escolar. Organización de la protección y la Asistencia del niño en edad pre-escolar, por **Teodoro A. Tonina**.

2<sup>a</sup> **Trabajos de naturaleza médico pedagógica y social.**

Organización de los servicios de alimentación para escolares, por **Perlina Winocur**.





H 0006745




*Artículo 1.º*

*La escuela primaria tiene por único objeto favorecer y dirigir simultaneamente el desarrollo moral, intelectual y físico de todo niño de 6 a 14 años de edad.*



*Artículo 2.º*

*La instrucción primaria debe ser obligatoria, gratuita, gradual y dada conforme a los preceptos de la higiene.*



*(De la Ley N.º 1420 de Educación Común.)*

