5
35079

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA - UNIVERSIDAD DE ALICANTE
SIBYD
P.Y.
206 146 9

Reservado

Ni una palabra de Salud Maternal

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION DE PUERICULTURA, MATERNOLOGIA E HIGIENE ESCOLAR

5
35079

JEFATURA DE LOS SERVICIOS PROVINCIALES
DE HIGIENE INFANTIL DE CASTELLON DE LA PLANA

MEMORIA ANUAL DEL SERVICIO: AÑO 1943

POR EL DOCTOR

VICENTE SANCHO PASQUAU
MEDICO PUERICULTOR DEL ESTADO

DEPÓSITO LEGAL

PUBLICACIONES "AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"

NUMERO 74

ABRIL 1944

Graficas GONZALEZ.—Miguel Servet, 15.-Teléf. 70710

JEFATURA DE LOS SERVICIOS PROVINCIALES DE HIGIENE INFANTIL
DE CASTELLON DE LA PLANA

MEMORIA ANUAL DEL SERVICIO: AÑO 1943

POR EL DOCTOR

VICENTE SANCHO PASQUAU
Médico Puericultor del Estado

Iniciamos las primeras líneas de este resumen de la labor efectuada por el Servicio durante el año 1943, con la intención de que las mismas resulten un fiel reflejo del trabajo realizado durante el año por el Servicio Provincial de Higiene Infantil de Castellón, en todo cuanto a la Puericultura regional se refiere.

Por lo cual exponemos, al mismo tiempo que nuestra modesta labor, un informe epidemiológico comentado de las diversas vicisitudes por que ha atravesado la población regional infantil durante el año transcurrido.

Intentamos sintetizar también, en la medida de lo posible, las características actuales que presenta localmente la lucha contra lo mortalidad infantil, y reseñar las modalidades diversas de los problemas de tipo profiláctico y médico, endémico y social, etc., que la Puericultura tiene planteados en la capital y en la provincia de Castellón de la Plana.

Acompañando asimismo lo que consideramos como resultante de nuestra labor, es decir, las sugerencias nacidas del contac-

to directo con el tema, que pueden facilitar, completándola, la obra que realiza la Puericultura Nacional en esta zona de Levante, conclusiones que someteremos en su día a la consideración de la Superioridad.

Para la mejor exposición de asuntos, dividiremos las materias objeto de este resumen en varios Capítulos, que abordaremos sucesivamente, y que numeramos a continuación:

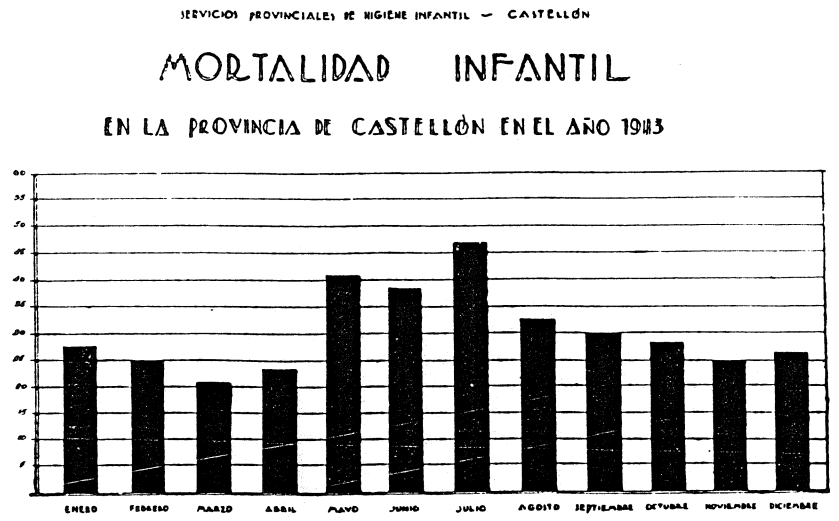
I. La mortalidad infantil en Castellón y provincia durante el año 1943.
II. Consideraciones sobre la epidemiología infantil regional durante el año 1943.
III. La endemia infantil de Lehismaniosis visceral durante el año 1943.
IV. Lucha antirraquítica regional durante el año 1943.
V. Trabajos del Laboratorio Dietético del Servicio durante el año 1943.
VI. Organización y funcionamiento del Servicio Provincial de Puericultura.

Consideraciones sobre la mortalidad infantil en Castellón y provincia durante el año 1943

En la exposición de este capítulo ofrecemos una transcripción comentada de las cifras alcanzadas por la mortalidad infantil en la región durante los doce meses del año transcurrido, analizando brevemente las características que se encuentran a nuestro alcance, por estimar que nuestra labor futura puede beneficiarse en alto grado de dicho estudio, ya que nos puede enseñar las reales proporciones del problema demográfico infantil, con el que el Servicio tiene la misión de enfrentarse.

El tributo regional de mortalidad infantil ha alcanzado la cifra absoluta, entre la capital y la provincia, de 376 niños, me-

nores de un año, fallecidos durante su transcurso. Cifra absoluta que corresponde, en relación con los nacimientos habidos, a una tasa regional de 70,91 por mil nacidos. Esta cifra, que podemos considerar de baja mortalidad infantil, comparativamente con la media anual de España (120 por 1.000 nacidos vivos), sigue la tradición demográfica de años anteriores, que catalo-



gan a la provincia de Castellón como zona de escasa mortalidad dentro del Levante español.

Nosotros, a pesar de lo aceptable de dicha realidad demográfica (deseable para otras zonas), y no obstante que dicha cifra ha disminuído aceptablemente su cuantía en relación con años anteriores, entendemos que es susceptible de ser rebajada sistemáticamente en su porcentaje actual, mediante la perfección y el mejoramiento de nuestros actuales medios de lucha, y también mediante una labor dirigida de Puericultura estatal, enfocada precisamente en el estudio seriado de las características locales del problema.

Examinando el gráfico global (capital y provincia) de mor-

talidad infantil por meses, durante el año (que elaboramos con datos fidedignos, extraídos directamente de la Sección de Estadística de la Jefatura Provincial de Sanidad), se aprecia fácilmente que la mortalidad infantil regional alcanza sus mayores valores durante los meses de la estación calurosa, constituyendo, por tanto, dicha gráfica que presentamos, un ejemplo de las llamadas de vértice estival.

Clasificación por cifras promedios de mortalidad infantil de las diversas zonas rurales de la provincia

Zonas de *exagerada* mortalidad infantil. Arrojan un promedio superior a *veinte defunciones* en niños menores de un año *por cada cien* nacidos vivos:

Todolella	50,0	Cortes	30,0
Serratella	42,8	Palanques	25,0
Montán	30,0	Calig	20,1

Zonas de *alta* mortalidad infantil. Promedio de *quince a veinte* defunciones por cada cien nacidos vivos:

La Llosa	18,1	Yraiguera	16,2
Almazora	17,7	Chodos	15,7
Ares	16,1	Adzaneta	15,6
Bojar	16,6	Teresa	15,3
Chiva	16,6		

Zonas de mortalidad infantil *media*. Promedio de *diez a quince* defunciones por cada cien nacidos vivos:

Tirig	14,3	Eslida	12,5
Campos de Arenoso	14,3	Castillo	11,5
Torre Embesora	14,2	Castell de Cabres	11,2
Soneja	14,2	Algimia de Almonacid	11,1
Gaibiel	14,1	Castillo de Villamalefa	11,1
Cuevas	13,6	Cirat	11,1
Albocácer	12,8	Lucena del Cid	10,1

Zonas de *baja* mortalidad infantil. Promedio de *cinco a diez* defunciones por cada cien nacidos vivos:

Castellón	9,6	Caudiel	6,5
Torás	9,1	Benicasim	6,2
Benicarló	8.9	Burriana	6,1
Vall de Uxó	8,2	Culla	5,8
Barracas	7,6	Sot de Ferrer	5,8
Fanzara	7,3	Forcall	5,5
Sueras	7.2	Segorbe	5,3
Nules	6,6	Alfondeguilla	5,0
Castelnovo	6,6	Begís	5,0

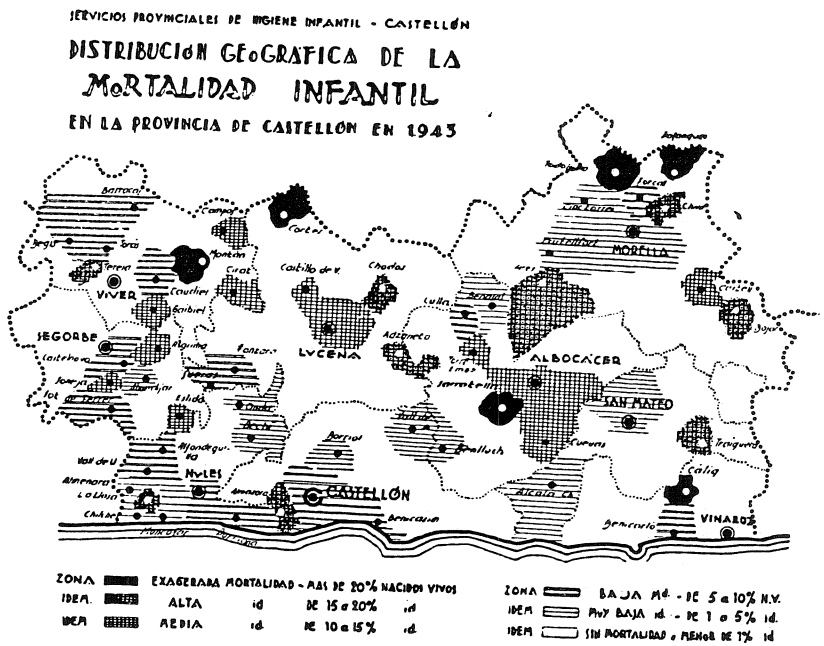
Zonas de *muy baja* mortalidad infantil. Promedio de *una a cinco* defunciones por cada cien nacidos vivos:

Alcalá de Chisvert	4,4	Vall D'Alba	2,2
Benlloch	4,3	Onda	2,1
San Mateo	4.3	Borriol	2,1
Benasal	4,1	Almenara	1,6
Cintorres	3,7	Moncófar	1,6
Chilches	3,3	Almedíjar	1,5
Bechí	3,0	Castellfort	1,5
Morella	2,4		

Este hecho demográfico representa "a priori" la influencia nefasta con su reflejo en la curva de los trastornos nutritivos infantiles, tan frecuentes en dicha época del año (sin que nos pueda desvirtuar este axioma de morbilidad palúdica infantil, también presente en dicha época, pero de escasísima letalidad).

Y es precisamente en la profilaxis y tratamiento de dichos trastornos nutritivos agudos donde la moderna Puericultura tiene alcanzados sus mejores éxitos, representando el campo más propicio a nuestra misión especializada, en el cual es más seguro el resultado útil de nuestra labor, a poco que el sentido higiénico de la especialidad (en propaganda, en tratamiento y en ayuda social) llegue a todos los medios urbanos y rurales, como es y como debe ser nuestro objetivo.

Concideramos, por tanto, por la razón que antecede, con cierto optimismo, el vértice estival de la mortalidad infantil en Castellón y provincia, demostrada por la gráfica mensual del año transcurrido (aunque no se nos oculte que por el clima cálido, predominante en la mayor parte de sus zonas, ha de ser



permanente la labor en dicho sentido) y juzgamos, por lo tanto, reductible, desde luego, ese vértice estival característico de la región.

En consecuencia, transcribimos como primer objetivo de trabajo en esta provincia la labor puericultora de profilaxis de los trastornos nutritivos infantiles, que resultan ser en ella *la causa más evitable* y también *la más cuantiosa* de nuestras cifras locales de mortalidad infantil. En el capítulo correspondiente a la organización del servicio expondremos las líneas generales específicas, orientadoras de nuestra labor a tal fin.

Siguiendo con el análisis de las características de la mortalidad infantil regional, anotamos detalladamente en cuadros sinópticos, aparte los porcentajes alcanzados por la misma en cada uno de los pueblos de la zona rural, haciendo, por el gran número de los mismos y para su mejor comprensión, una clasificación, por categorías de letalidad, de las zonas rurales de mayor a menor mortalidad infantil y que procentuamos así, catalogándolos de esta forma:

Primero. Zona rural de *exagerada* mortalidad infantil durante el año (formada por pueblos cuya tasa de letalidad ha sido de más de veinte defunciones por cien nacidos vivos).

Segundo. Zonas de *alta* mortalidad infantil (de 15 a 20 por 100 nacidos vivos).

Tercero. Zona de *media* mortalidad infantil (de 10 a 15 por 100 nacidos vivos).

Cuarto. Zona de *aceptable* mortalidad infantil (de 5 a 10 por 100 nacidos vivos).

Quinto. Zona de *baja* mortalidad infantil (de 1 a 5 por 100 nacidos vivos).

Sexto. Zona de *muy baja* mortalidad infantil, que comprende la zona sin letalidad infantil o inferior a 1 por 100 nacidos vivos.

Presentamos al mismo tiempo un mapa demográfico infantil de la provincia, con la distribución geográfica de las diversas zonas rurales catalogadas según su cifra de mortalidad infantil durante el pasado año, en el que puede apreciarse objetivamente la demarcación de cada zona y su porcentaje de letalidad sobre el plano regional.

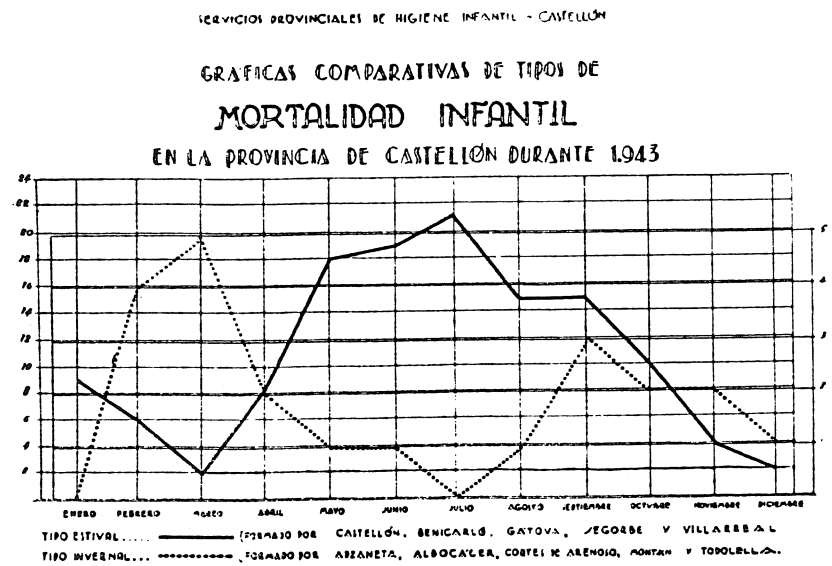
Hemos de hacer una salvedad necesaria, y es que, como es natural, no pueden entresacarse conclusiones exactas de tipo sanitario del simple examen del mapa demográfico y sus índices en el año, pues, como es sabido, la estadística disminuye su valor real en relación directa con la escasez numérica de sus

elementos proporcionales, y así, por ejemplo, en la provincia, son muchas las zonas donde los casos no pasan de uno a dos o no existen algunos de ellos, declarados, casos de letalidad en menores de doce meses durante el año. Inversamente, puede sacarse una conclusión demográfica exorbitante de zonas con un solo niño fallecido, donde únicamente nacieron dos.

Y a pesar de ello, en líneas generales, pueden sacarse útiles deducciones del estudio de las cifras procentuales de mortalidad infantil y su distribución, presentando como prueba de nuestro aserto la deducción clara de que también en la provincia existen zonas rurales donde la curva anual es clásica de tipo invernal (debido a la alta morbilidad y letalidad respiratoria), de lo cual presentamos un ejemplo con la gráfica de un conjunto de cinco pueblos (que agrupamos juntos por la escasa cuantía de su casuística local y para hacer más demostrativa la gráfica) en la que la mortalidad tiene la susodicha característica de predominio invernal, indicando asimismo, por su situación geográfica en el mapa, ser, en su mayoría, zonas de clima montañoso.

Localizando en el mapa las zonas rurales que catalogan una altísima mortalidad infantil, se comprueba que es en las últimas localidades de montaña donde los porcentajes alcanzan su máximo, siguiendo las manchas de máxima mortalidad, bastante aproximadamente, el trazado de las líneas de frontera con la provincia de Teruel, lugares donde a las condiciones climáticas extremas se une el bajo nivel económico, la ignorancia del ambiente y el primitivismo en Puericultura, producidos por el aislamiento ancestral de la zona, creando todo ello condiciones desfavorables actuales a la población infantil, que sobrevive por una verdadera selección natural de la raza (magníficos ejemplares *supervivientes de excepción,* a unas tasas del 50 y del 60 niños muertos por cada cien nacidos vivos.

Por último, para cerrar este informe sobre la mortalidad infantil, nos queda por considerar la tasa en la capital, que ha alcanzado un 9,06 por 100 de nacidos vivos, que hacen situar a la capital por debajo de la media anual española, pero relativamente elevada sobre la media regional, interpretamos dicha cifra por el fenómeno similar de la superpoblación de la postgue-



rra en las capitales de provincia que crea condiciones higiénicas y económicas desfavorables, en perjuicio del ambiente higiénico y social del niño. Además, la cifra resulta falseada por el número de casos que llegan a los centros benéficos de la capital, y en ella inscriben su fallecimiento.

La curva mensual de dicha tasa en la capital acusa también, como la general de la provincia, un vértice estival bien caracterizado, presente asimismo en el núcleo urbano de las ciudades populosas de la zona de predominio obrero e industrial (Villarreal. Vall de Uxó, Burriana, véanse gráficas).

Por cuanto acabamos de exponer, y sobre todo del estudio

de los porcentajes de letalidad infantil actual en Castellón, se desprende claramente el hecho de que el problema de la mortalidad infantil en Castellón, como el totalitario en España, es de índole *netamente rural*, y que son la provincia y sus zonas rurales las que mantienen y regulan principalmente la tasa media que registramos, no sólo por sus grandes manchas de excesiva mortalidad, sino por *emigración aumentada* desde el campo a las grandes zonas urbanas e industriales, que, a su vez, debieran presentar menos letalidad si no fuera por el ambiente de franca antipuericultura que les origina la superpoblación consiguiente.

La realidad demográfica presente en las zonas de altísima mortalidad indica claramente que hay que orientar nuestra labor de lucha con urgencia hacia dichas manchs de la zona rural, modalizándola en tres sentidos principales: *Propaganda* (en todo lo que tiene de higiene, educación, captación médica, profilaxis, etcétera). *Asistencia* (instalación de centros primarios, estratégicamente distrubuídos con labor especificamente puericultora). Complementado con *Ayuda social*, organizada localmente, para todo lo cual es el primer eslabón la actuación de las Divulgadoras Rurales, Secretarías, de las cuales se han instruído durante el año dos cursos completos, con un total de 45, que en cada zona auxiliarán la labor técnica especializada.

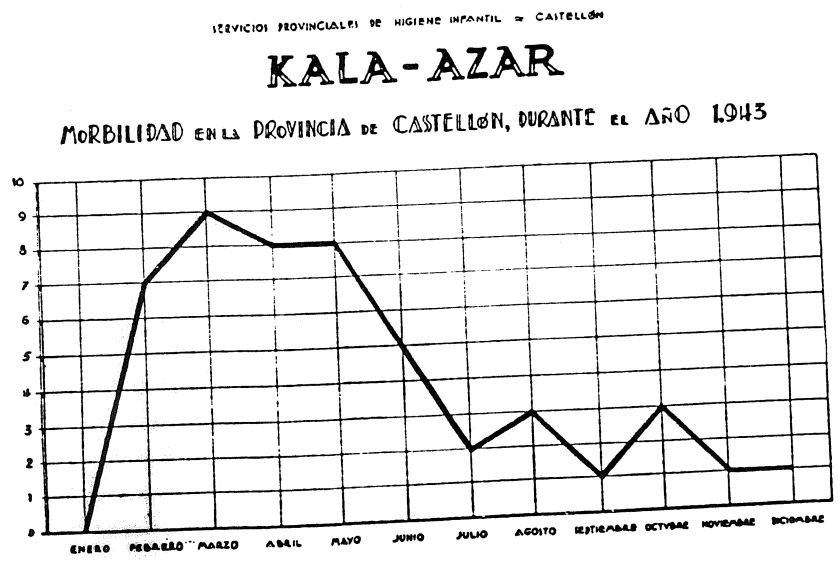
Sobre temas tan amplios, objetivo de nuestro trabajo presente y futuro, explanaremos nuestra labor y sucesivas orientaciones en el capítulo que dedicaremos a organización y funcionamiento del Servicio.

Kala-azar infantil

La endemia de esta afección parasitaria es típica en la provincia de Castellón de la Plana, constituyendo un foco autóctono bien caracterizado del leishmaniosis visceral infantil en

el Levante español, que contribuye, año tras año, con causística variable, a la morbilidad regional infantil.

Los Servicios Provinciales de Higiene Infantil, conscientes de la trascendencia que la referida endemia local presupone, dedican una preferente atención a este problema, anticipando que al existir muchas lagunas de tipo epidemiológico sobre esta



enfermedad y al desconocerse sus factores inmediatos de difusión, resulta interesantísimo su estudio, efectuado precisamente en el centro endémico más importante de España hasta el presente.

La extensión del foco endémico es taxativamente restringida. Se mantiene dicho foco, en la actualidad, con la intensidad semejante a la ya conocida y descrita por nuestros antecesores y compañeros jefes del Servicio en esta provincia, doctores Selfa y Boix Barrios.

Debemos significar, antes de nada, que el valor epidemiológico de la estadística anual de esta enfermedad, en la provin-

cia, hecha a base de la declaración facultativa, es muy relativo, primero: por tratarse de casos de evolución larga; segundo: ser de diagnóstico clínico difícil en buena parte de la misma, y tercero: existir, indudablemente una época muy dilatada de incubación. Hechos todos que hacen referir la casuística a una época muy posterior a la verdadera de actividad del agente infectante (suponiendo el flebotomus como vector) época contra sobre la cual debe radicar, como es lógico, todo el sistema de profilaxis futura.

Por esta consideración que hemos reseñado, las inoculaciones realizadas durante un semestre, terminal de un año, son referidas al año siguiente, por lo cual no se justiprecia la mayor o menor intensidad de la endemia en lugares determinados, sino por lo menos con cinco o seis meses de retraso.

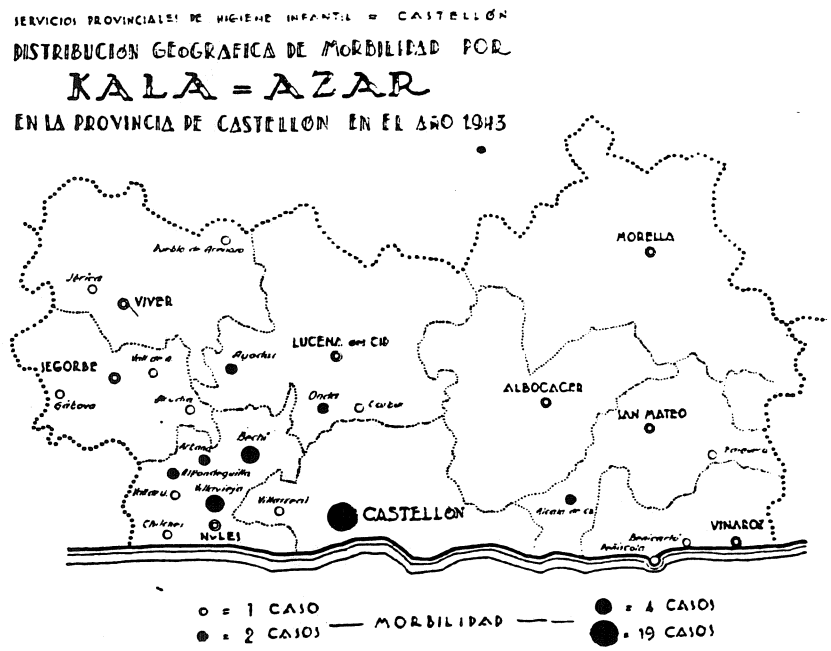
Hecha la digresión que antecede, necesaria desde nuestro punto de vista, para interpretar con visos de realidad la casuística anual y sus modalidades, ofrecemos el mapacroquis de la provincia, con la distribución de los casos habidos de kala-azar infantil durante el año que acaba de terminar, según los datos consignados en el parte semanal estadístico de la Jefatura Provincial de Sanidad.

Del examen de dicho croquis se desprende que persiste netamente caracterizado el foco endémico del mediodía de la provincia, en pueblos ya observados como afectos en años anteriores, respetando la endemia de 1943 a cierto número de pueblos (estadísticamente) que anteriormente proporcionaban casuística.

Persisten, igualmente, los casos esporádicos de la parte noroeste de la provincia, sin difusión al interior (un solo caso en Vallibona) manteniendo su electividad por determinadas poblaciones, de donde no parece irradiar, como en el sur hacia las regiones del oeste montañoso. La irradiación hacia el interior es más sensible, como decimos, en el Mediodía, zona sureste de la provincia, donde la casuística del año acusa presentación

de la endemia en pueblos de alta montaña (Campos de Arenoso, Cortes de Arenoso, etc.).

Totalizada la endemia, con cuarenta y nueve casos con dos defunciones, representando el 4,08 de la morbilidad general, con un 0,98 de letalidad.



Hasta aquí la estadística oficial entresacada de los datos de declaración facultativa como enfermedad obligatoria. Parece lógico, a la vista de esto, y de la casuística que presentamos, considerar la endemia casi estacionaria también, o por lo menos de trascendencia limitada. Oficialmente así lo es, pero tenemos la convicción íntima que nos suministra la experiencia diaria sobre el tema, de que el número de casos de kala-azar ocurridos durante el año, ha sido netamente superior al indicado. A parte de causas extraprofesionales de idiosincrasia, contagio no directo, etcétera, existen últimamente factores en

este problema que obstaculizan el que la estadística sea fiel reflejo de la verdad. Uno de ellos se refiere a la falta de comprobación parasitológica y también paraespecifica de muchos casos; el otro, al valor práctico, enormemente resolutivo de un diagnóstico clínico de presunción muy precoz, en esta enfermedad, que permite el tratamiento urgente con pleno éxito facultativo. Estos hechos, indiscutibles y frecuentes, tenemos la impresión de que escapan con frecuencia a ser declarados en la estadística oficial de leishmaniosis (teniendo asimismo la evidencia de que entra en lo frecuente el empleo de tratamientos específicos antimoniales en muchos síndromes variados de anemia y esplenomegalia infantiles, que no son leishmaniosis).

Es de observación corriente en la provincia el hecho de que un diagnóstico rápido de presunción clínica se establece en las primeras semanas de enfermedad y permite obtener un éxito fulminante con los solos datos de observación.

A este tenor, *elogiamos sinceramente, sin reservas de ninguna clase, la actuación profesional de los compañeros titulares de esta provincia* que diariamente son puestos a prueba por esta proteiforme enfermedad. Y consideramos indiscutible el acierto de nuestro antecesor, el doctor Boix Barrios, al divulgar entre la clase médica regional las características del kala-azar infantil, en sus trabajos sobre epidemiología y tratamiento, ya que el momento actual no tiene a su alcance los factores de una profilaxis eficiente y, por tanto, la labor sanitaria de protección contr aesta causa de morbilidad infantil se cifra en dos lemas principales: *el diagnóstico precoz y el tratamiento rápido.*

Pero entendiendo que los Servicios Provinciales de Higiene Infantil han de enfocar este problema empezando por reducirlo a sus verdaderas dimensiones, consideramos como un objetivo absolutamente necesario el que los dos postulados anteriores de diagnóstico y tratamiento de los casos deban ser completados

sistemáticamente y puestos en acción por una adecuada y específica comprobación parasitológica. Estimamos esa comprobación como elemento indispensable, desde luego, para establecer en firme la indicación de una terapéutica específica antimonial.

Para que esto sea una realidad, es preciso una colaboración intensiva con los compañeros facultativos de las zonas endémicas sobre el problema, y que estos compañeros tengan la ayuda precisa para la labor de comprobación a que nos referimos, y a dicho efecto es por lo que el Servicio de Higiene Infantil llega a ofrecer como una realidad la instalación de una *Sección de lucha antikala-azar infantil* para la confirmación rápida de diagnósticos en todos los casos sospechosos de padecer leishmaniosis visceral; practicándose sistemáticamente la invetigación seriada de leishmanias en productos remitidos (pulpa esplénica, medula ósea, jugo ganglional, etc.) o en los casos mismos consultados, como igualmente las reacciones para específicas diversas al formol, formolestibosan, etc. e investigaciones hematológicas auxiliares, que estabilicen y aseguren un diagnóstico exacto, o simplemente por exclusión.

Nos sentimos plenamente satisfechos al haber logrado por este medio facilitar en bastantes casos, durante el año transcurrido, la labor facultativa de nuestros compañeros titulares, siendo nuestro ideal el perfeccionar constantemente esta colaboración; que debe rendir el fruto de una captación del personal médico en las zonas endémicas y por su intermedio controlar mejor la casuística de leishmaniosis infantil en la provincia y contribuir a aumentar nuestros conocimientos y nuestros éxitos sobre la endemia.

La casuística regional de leishmaniosis se condiciona este año con un aumento claro y definido del número de casos declarados en el casco urbano de Castellón (capital), que se remonta a la cifra de dicinueve casos, acusando una proporcional pre-

ponderancia de la endemia en la capital sobre la de provincia (cifras de siete y de nueve casos los dos años anteriores).

Tenemos la evidencia clínica de que en la mayoría de dichos casos, una encuesta epidemiológica severa no permite eliminar el que se trate en su mayor parte de casos de importación o de llegada, procedentes de contaminaciones accidentales en los medios rurales endémicos, provocadas, quiza, por la estancia ocasional en los mismos de las familias (veraneantes, convalecencia, excursiones, etc.)

No obstante la consideración que antecede, resulta indiscutible la existencia de focos autóctonos en el casco urbano de la capital de los que conocemos algunos (dos de ellos) en que falta toda convivencia con la zona rural, estando plenamente demostrada para nosotros la existencia de una zona focal, por ejemplo, en el arrabal de Rafalafena, del que proceden dichos dos casos, y otra también conocida cerca de los poblados marítimos, con dos casos más, como asimismo es evidente la aparición de casos esporádicos iniciales sin convivencia aparente ni ocasión de contacto con el medio habitual que consideramos propio de esta enfermedad (social, convivencia animales, mosquitos, etc.), habiendo asistido uno de este tipo (sexto piso de casa recién edificada con protección pasiva).

Consideramos como muy importante en esta enfermedad el hecho de que, indudablemente, existen factores de tipo local (aparte del papel de los reservorios del virus) que condicionan en las zonas endémicas la aparición de los casos de leishmaniosis visceral.

Nos hace hablar en este sentido, entre otros detalles, la comprobación de pausas epidemiológicas discontinuas en las zonas afectadas, las cuales resultan mucho más largas que los más intensos períodos de incubación que puedan admitirse para los casos en dicha localidad (zonas endémicas más de un año indemnes). Sin que lo que conocemos de la biología del flebotomus como vector en las zonas pueda explicarnos este extremo de su supuesta intervención ni otros detalles que representan otras tantas incógnitas, como lo es la valoración del terreno orgánico, es decir, la supuesta existencia de inmunidad o predisposición, la multiplicidad de los reservorios de virus locales, su agotamiento periódico a sus mutaciones posibles, datos todos que interesa catalogar, puesto que empíricamente deben condicionar todos ellos en mayor o menor grado, el poder de difusión de la endemia.

Nada autoriza a pensar que la endemia local de leishmaniosis haya de quedar estacionaria, sino muy al contrario, la estadística de los últimos años acusa una lenta progresión de tal endemia, que alcanza los grandes núcleos urbanos con casos indiscutiblemente autóctonos. Y la sola persistencia de la misma, atacando cada año sectores más o menos extensos de la infancia regional, nos obliga a abordar el problema, tratando de conocer su ctual envergadura y reglar nuestra actuación hacia un sentido práctico y utilitario; es decir, realizar cerca de esta endemia regional una labor de sanidad infantil amplia e intensiva, que se encuentra completamente por hacer en este asunto.

Efectivamente, por ejemplo, no está demostrada aún oficialmente la presencia de flebotomus en la provincia de Castellón. Los más modernos estudios entomológicos remarcan esta circunstancia, ya hecha notar varias veces, y dicha constatación de flemotomo nos parece absolutamente precisa (fuera del hecho real de su existencia indudable). Tampoco está dilucidada la trascendencia de los niños infectados como reservorios y, por lo tanto, el posible valor de los casos de importación o de llegada. Igualmente se carece de orientación sobre los reservorios posibles en cada zona al faltar el más somero estudio epidemiológico de ellas. Y aunque las lagunas de tipo patogénico y epidemiológico que existen en esta dolencia sean la causa principal

la ignorancia en que nos encontramos, creemos que hay que acometer su estudio, porque nos urge llegar a conclusiones siquiera aproximadas que nos permitan enfocar y mediatizar el problema con vistas a una profilaxis.

Y como la provincia resulta ser el foco más intensivo de esta enfermedad infantil, recabamos la ayuda necesaria para intensificar nuestra labor en dicho sentido.

La investigación de dichos factores locales (coadyuvantes precisos de contagio infantil en la leishmaniosis de las zonas) entendemos que debe ser emprendida mediante el estudio de las *circunstancias coincidentes que se den en los casos de cada lugar,* o sea por un estudio epidemiológico seriado de cada zona endémica y de sus casos.

A este objeto, nos parece necesaria la confección de una ficha epidemiológica completa, estimando que pudiera representar una ayuda positiva en la labor a realizar sobre los mecanismos de sostenimiento y extensión de la endemia.

Como puede examinarse fácilmente en la ficha de referencia, se concede especial atención a las modalidades del ambiente que rodea al niño enfermo, y, por otra parte, en los datos de investigación familiar y personal, orientamos hacia una encuesta de tipo patológico, en el sentido de predisposición familiar o individual a contraer la enfermedad. Faceta esta del síndrome de la leishmaniosis, que puede condicionar cierta electividad en las inoculaciones registradas.

Por último, dado el carácter regional de la endemia, dado también que sus cifras de morbilidad son indudablemente más altas de lo registrado hasta la fecha y, sobre todo, visto que desconocemos los factores de difusión de la endemia y cabe la posibilidad de una ampliación de la misma, *mucho más peligrosa que su persistencia,* es obligado plantear la lucha contra dicha enfermedad infantil en la provincia, orientándola mediante di-

versas directrices y normas de actuación, que reseñamos a continuación:

Primero. Captación médicosanitaria del elemento profesional de la zona endémica, creando una real y constante colaboración con el Servicio Provincial de Higiene Infantil, muy adelantada ya, merced a la instalación de la sección policlínica especializada para la comprobación y dignóstico.

Segundo. Consecuentemente, estudio epidemiológico mediante la ficha presentada de la casuística local en cada una de las zonas endémicas, bajo la dirección especializada de la Sección de Epidemiología del Instituto Provincial de Sanidad.

Tercero. Labor subsiguiente de investigación local sobre los reservorios (únicos o múltiples) de virus en cada localidad y sobre los mecanismos más verosímiles de transmisión y agente en cada caso. Intensificando la labor en los meses estivales, donde, según la incubación más aceptada, se verifica el máximo de inoculaciones.

Cuarto. Propaganda discreta sobre el tema entre las poblaciones rurales afectas, en las que se abogue por el mejoramiento higiénico del ambiente que rodea al niño, su alejamiento de animales domésticos y su protección activa y pasiva en toda época contra toda clase de insectos hematófagos.

Quinto. Labor sistemática de investigación para el despistaje precoz de los casos iniciales en los medios afectos, con la posible celebración de cursillos anuales sobre el tema, al objeto de que los facultativos rurales de reciente llegada a la provincia conozcan suficientemente el problema y su estado actual.

Sexto. Confirmación rápida de los casos sospechosos mediante la comprobación parasitológica adecuada, las reacciones paraespecíficas y el estudio hematológico seriado, para lo cual, como hemos reseñado, es ya un hecho el funcionamiento de la sección destinada en el Servicio a tal fin.

Séptimo. Control adecuado de los tratamientos subsiguientes, para que puedan ser aplicados con la máxima precocidad y suficiencia, debiendo disponer siempre el Servicio de "stocks" suficientes de productos antimoniales específicos.

Fundando grandes esperanzas, este Servicio Provincial de Higiene Infantil, en que al conocer las verdaderas dimensiones del problema que supone la endemia de kala-azar, y con dotación suficiente de medios de investigación, diagnóstico exacto, y tratamientos específicos, no abrigamos demasiado optimismo al esperar para en breve algún fruto tangible de la labor diaria sobre este asunto, guiándonos más que nada en la orientación sobre este problema, la seguridad de que ha de haber algún hecho que permita basar con garantías de éxito la profilaxis futura.

FICHA EPIDEMIOLOGICA

Año de 194... **Ficha núm. .....**

SERVICIO PROVINCIAL DE HIGIENE INFANTIL
DE CASTELLON

KALA-AZAR

ZONA DE .....

Caso declarado en ..... de ..... de 194....

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Nombre ..... apellidos ..... sexo .....
edad ..... hijo de ..... y de ..... núm. de hermanos
y edad .....
situación económica familiar ..... cultura ...
..... domicilio actual ..... calle .....

núm. ..... (arrabal, alquería, anexo) ..... orientación .....
higiene vivienda ..... agua potable .....
pozos ..... abrevadores ..... fuentes .....
río cercano ..... pantano ..... charcas ...
..... acequias ..... zona (agrícola, industrial, ganadera, etc.) ..... meseta (montaña, litoral)...
..... animales labor ..... establo .....
..... perros ..... conejos ..... cabras u ovejas .....
..... aves de corral ..... otros animales domicilio .....
.....
convivencia y patología próxima y remota de los mismos .....
.....
¿historia de picadura violenta? ..... garrapatas ...
..... otros zooparásitos .....
flebatamas, localidad ..... mosquitoes identificados ..... zona .....
ídem domicilio ..... defensa pasiva ..... o individual ..... epizootias, localidad, actuales .....
.....
..... ídem anteriores .....
.....
..... Patocronia de casos inmediatamente anteriores .....
.....
..... casos contemporáneos .....
convivencia ..... situación topográfica local ...
.....
evolución cronológica .....
.....
..... factores comunes con el caso (en la evolución, patrocronia, etc.) .....
.....
fecha probable de inoculación .....
¿reservorios presumibles de virus? .....
.....
..... agentes posibles de transmisión .....
.....
¿Resulta caso de importación? .....
.....

(Caso afirmativo, refiérase la encuesta a domicilio anterior y desplazamientos durante cuatro meses anteriores.)

Datos familiares

Se reseñará brevemente la posible existencia de afecciones de tipo inaparente o manifiesto, coincidentes con la fecha probable de incubación del caso, como asimismo las afecciones (si las hubiere en la familia, con electividad reticuloendotelio y mesenquima .....
.....

Datos personales

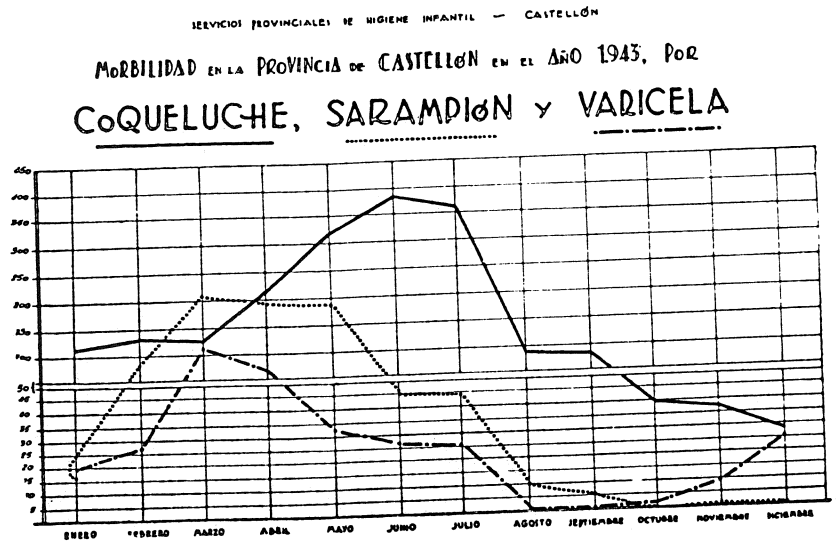
Tipo constitucional ..... diatesis ..... estigmas raquíticos ..... carencias diversas .....
..... botón oriente ..... Parasitismo intestinal ..... patología hepática .....
..... ídem personal inmediatamente anterior a la dolencia .....
.....
estado nutritivo al enfermar .....
.....
síntomas iniciales .....
.....
tiempo evolución probable hasta diagnóstico .....
ídem hasta tratamiento .....
¿Comprobado parasitológicamente? .....
..... ¿En pulpaesplénica? ..... ¿Medula ósea? ...
..... ¿Ganglios? ..... ¿Comprobación paraespecífica? .....
Reacciones utilizadas y resultados .....
.....
Hemograma inicial .....
.....
Tratamientos específicos (productos, dosis totales, parciales y cronología de series) .....
.....
..... ¿Estibiorresistencia? ..... ¿Intolerancia? .....
Medicación coadyuvante .....
.....
Terminación por ..... curación comprobada (clínica, parasitológica) ..... en .....
a ..... de ..... de 194....

Observaciones: ....
.....

El Médico,

La epidemia infantil en Castellón durante el año 1943

Exponemos a continuación unas cuantas cifras estadísticas de la morbilidad que por enfermedades infectocontagiosas se ha registrado en Castellón y su provincia entre la población infantil, con lo que únicamente pretendemos dar noticias de los



porcentajes respectivos de cada enfermedad, especialmente propia de la infancia y algún informe sobre la extensión, difusión y zonas afectadas, que en algunas de las mismas, en particular, pueden enseñar, como comentaremos, el estado receptible por una parte o de inmunidad colectiva, al mismo tiempo que las coincidencias de tipo urbano (aglomeración, defectos higiénicos, etcétera).

Entre las enfermedades infantiles en la provincia durante el año, ocupa el primer lugar, por su casuística y por el índice de letalidad alcanzado, al mismo tiempo que por su aparición en brote epidémico en algunas localidades, la *coqueluche*, que

ha alcanzado a registrar 2.057 casos entre la capital y la provincia, produciendo defunciones infantiles y acusando un 4,90 por 100 de letalidad general. Del estudio de la gráfica mensual del número de casos de tos ferina, ésta ha alcanzado su máximo de difusión, típicamente en la estación calurosa, alcanzando hasta 379 casos en el mes de junio, distribuídos en diversos focos provinciales, que han evolucionado paralelamente.

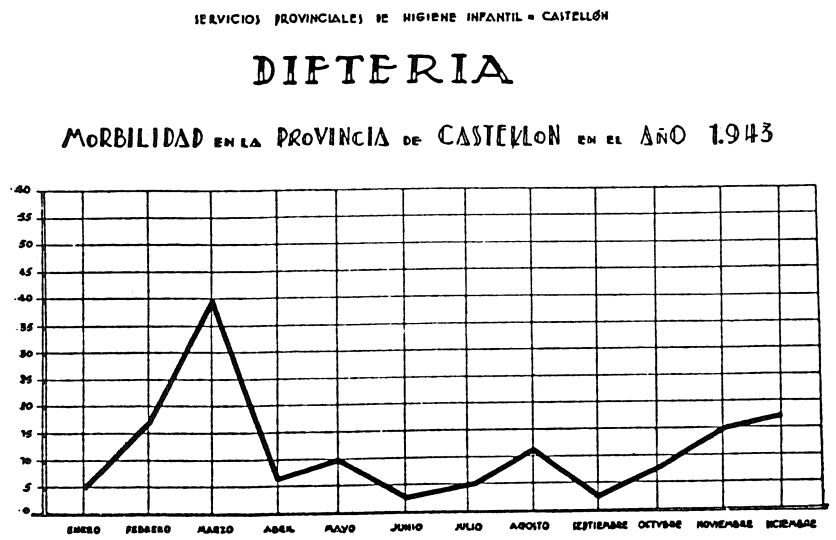
Figura a la cabeza entre las poblaciones afectas, como es lógico, la de mayor núcleo de población, aunque la cifra de 682, alcanzada en el casco urbano de la capital, indica verdadera difusión electiva de la tos ferina durante los meses de verano. Fuera de estos núcleos urbanos, ha habido epidemias bien caracterizadas en pueblos y aldeas, que han totalizado su censo infantil como ferinosos, y así citaremos, por ejemplo:

Altura	65	invasiones	de tos	ferina
Artana	27	"	"	"
Benafer	27	"	"	"
Chiva de Morella	57	"	"	"
Sierra Engarcerán	46	"	"	"
Navajas	42	"	"	"
Etc. ...				

El *sarampión* ha alcanzado cifras porcentuales bastante más bajas que las de tos ferina, totalizando 801 casos entre la capital y la provincia, con siete defunciones infantiles, representando el 3,43 de la mortalidad general; la cifra mensual de invasiones de sarampión ha tenido auge primaveral bien caracterizado (mes de marzo, abril y mayo), con más de doscientos casos, para descender la gráfica de invasiones en caída rápida hasta octubre, en que ya no se registran casos declarados en la provincia. Ha adoptado la enfermedad la clásica forma explosiva epidémica en determinadas poblaciones verosímilmente poco castigadas en años anteriores, y así, los cuarenta y cinco casos que registra el núcleo de la capital en todo el año, se

transforma en una epidemia de 55 en Ortells (zona montañosa), 41 en Olocau del Rey, 196 en Alcalá de Chivert, 168 en Benicarló, constituyendo en dichas poblaciones focos epidémicos primaverales de rápida evolución, sin tendencia difusora declarada.

La *escarlatina* afecta muy escasamente a la provincia du-



rante el año 1943. Hay un brote epidémico pequeño y de muy escasa violencia, con 26 casos, en Castellón, de aparición otoñal, algunos focos pequeños en Altura, con 6 casos; Villarreal, con 6; Almazora, con 2, sin letalidad declarada.

Más serio, en cambio, ha aparecido la incursión anual de la *difteria* en la provincia, con 144 casos, que provocaron 4 defunciones y el 1,6 de letalidad general; de esta enfermedad se acusaron 36 casos en el casco de la capital, casi todos ellos de evolución primaveral, y dos focos epidémicos, el más importante en Vall de Uxó, con 29 casos, y otro en Villarreal, con 18, y figurando Morella, Segorbe, Burriana y Lucena del Cid con 4, 2, 3, y 3, respectivamente.

Respecto a la *varicela* se registra igualmente que el sarampión, una curva primaveral de invasiones, que llega a totalizar en el mes de marzo, con 109 casos, descendiendo rápidamente en el mes de agosto, para iniciarse nuevamente en octubre, con valores bastante aproximados a los anteriores. No se registran defunciones declaradas.

El *paludismo,* típico de las zonas litorales de esta región, ha figurado durante el año 1943, afectando a 1.140 niños, de los cuales, son 776 varones y 364 hembras, representando la cifra de niños paludizados en la provincia, aproximadamente, la cuarta parte de la morbilidad general por paludismo, que ha sido de 4.633 invasiones. Nos interesa remarcar el hecho de que la letalidad infantil por esta enfermedad ha sido escasísima, desconociendo casuística, atribuyéndolo al conocimiento perfecto y entrenamiento por los compañeros titulares de las zonas endemiadas por el paludismo, que permiten efectuar un diagnóstico precoz, no habiendo observado sino muy raramente casos de caquexia palúdica y sí, en cambio, paludismos congénitos con bastante frecuencia, de presentación en los lactantes originarios de las zonas endémicas, anotando, asimismo, el hecho frecuentísimo de las formas distrofiantes atípicas del paludismo infantil, que requieren el empleo sistemático de la gota gruesa en buena parte de nuestros conocimientos seriados dispensariales, si ellos son efectuados durante la época infectante estíootoñal, pues resulta corriente el hallazgo positivo de infección palúdica en lactantes que evolucionan únicamente como pseudodispépticos.

Cerramos este breve capítulo de epidemiología infantil de estricta importancia informativa durante el año (puesto que no ha habido novedad epidemiológica de mayor cuantía durante el año en ninguna de las enfermedades reseñadas), entresacando únicamente, como consideraciones a remarcar, la conveniencia de instaurar una vacunación antitosferinosa obligatoria en las

zonas donde se inicie brote epidémico de coqueluche, cuyos resultados serían alentadores en orden a la casuística y profilaxis, posible, de esta enfermedad.

En cuanto a la difteria, reseñaremos que durante el año se ha efectuado una intensa campaña de vacunación antidiftérica en el medio rural y urbano, dirigida por esta Jefatura de Servicios, en colaboración con la Sección Femenina de Falange Española Tradicionalista y de las J. O. N. S. Se utilizaron emisiones de radio semanales, dedicadas a la divulgación, por la Estación E. A. J. 14. sí coma "entrefilets" radiados en la emisión de sobremesa y en la Prensa local, publicación de los artículos referentes a la difteria, sus peligros y su vacunación, insertos con fecha 4 y 7 de septiembre en el "Diario Mediterráneo" local. En un cine de la localidad se ha proyectado diariamente una diapositiva con instrucciones a las madres sobre difteria.

En la capital, esta Jefatura tendió a multiplicar los Centros de Vacunación, instalando, siempre con el concurso valioso de la Sección Femenina, médicos de A. P. D., titulares de establecimientos benéficos, etc., ocho Centros de vacunación antidiftérica, provistos de anatoxina, formo, aluminio, y que fueron los siguientes:

Centro de Vacunación núm. 1.—Instituto Provincial de Sanidad.

Centro de Vacunación núm. 2.—Dispensario Central de Puericultura.

Centro de Vacunación núm. 3.—Hospital Provincial.

Centro de Vacunación núm. 4.—Casa de Socorro.

Centro de Vacunación núm. 5.—Albergue de Auxilio Social.

Centro de Vacunación núm. 6.—Escuela Nacional Soler.

Centro de Vacunación núm. 7.—Dispensario de la Cruz Roja.

Centro de Vacunación núm. 8.—Servicio Sanitario del Puerto, para la barriada del Grao.

Se totalizaron 2.441 inmunizaciones en niños desde uno a tres años de edad, de las cuales corresponden 2.137 a la provincia y 304 en la capital. Resultado que transcribimos de esta campaña antidiftérica. Aun siendo estimable por el número de niños, no nos parece, ni con mucho, definitivo, entendiendo la necesidad de implantar la obligatoriedad en esta vacunación antidiftérica si se quieren alcanzar resultados más alentadores y amplios en la inmunización de la población infantil.

Lucha antirraquítica regional

Con datos fidedignos, tomados del trabajo diario dispensarial en el reconocimiento seriado de lactantes (y que serán objeto de un trabajo próximo a aparecer sobre dicho tema, estimamos en un 62 por 100 aproximadamente el porcentaje que alcanzan los casos de raquitismo entre lactantes de todos los medios sociales, vistos por primera vez en la consulta dispensarial.

Observamos esta casuística en Castellón en tasas procentuales, que aproximadamente equidistan de pequeños a lactancia natural, mixta y artifical, con un *superávit* sobre estadísticas similares de otras regiones, en lo referente al raquitismo congénito y precoz de los primeros meses (que vemos presentarse con una frecuencia francamente alarmante), acompañado de un síndrome de inmadurez del recién nacido, dando la impresión de una génesis carencial materna generalizada.

Vemos dichos casos asociarse con poca frecuencia espasmofilia, pero en más de la mitad de ellos, a la hipoalimentación global y al síndrome vitamínico del destete.

Como propugnaremos en el referido trabajo, este elevadísimo porcentaje de casos de raquitismo evidente parece expresar que ni la lactancia al pecho materno (tal como es generalmente

conducida), ni la clase social, ni el clima regional, libra a nuestra población infantil de padecer la enfermedad raquítica, que tan graves repercusiones tiene sobre la salud y desarrollo del niño y sobre su porvenir nosológico.

Vemos diariamente los casos de raquitismo en todos los estados que dicha enfermedad recorre en su patocronia, no siendo, precisamente, los más leves los procedentes del medio rural, que suelen presentar formas más irremediablemente deformantes de raquitismo tardío, no asequibles a la terapéutica.

Forzosamente, dada la extensión e importancia de este problema, consideramos debe acometerse la lucha antirraquítica infantil como necesidad urgente e imperiosa, instaurando una profilaxis suficiente de tipo mixto (higiénico, dietético y medicamentoso) maternal e infantil y realizarla por todos los medios, sabiendo por anticipado que, dadas las condiciones especiales de postguerra que se viven en la actualidad, la leche de gran número de madres no llega a proteger tampoco contra el raquitismo en modo alguno a sus hijos (por el efecto lógico de hipoalimentación, la fatiga y la deficiente radiación solar recibida durante el embarazo y la lactancia).

Igualmente tenemos como consigna el hacer saber y comprender que el politeísmo alimenticio de harinas comerciales, sopas de leche, farinetas, frutas, etc., del destete precoz, alimentos todos que parecer ser el *desideratum* de tantas madres de esta provincia, no sólo no contienen elementos preventivos ni curativos en la menor cantidad, sino que constituyen, pese a todos los anuncios y propagandas, factores raquitógenos desencadenantes de la distrofia, que vemos actuar con una frecuencia desconsoladora.

Sube de punto el interés que hay que conceder a la lucha antirraquítica, al considerar que el vértice invernal de las curvas de mortalidad infantil está presente en muchos pueblos de la provincia, dando a entender con ello la morbilidad cuantiosa

en los mismos, de las enfermedades de aparato respiratorio, cuya trascendencia será siempre más grave (ya lo es con mucha frecuencia) al desarrollarse en organismos infantiles, tarados por el raquitismo, que hoy vemos en tan alarmante profusión.

Tenemos en elaboración un proyecto de Cartilla divulgadora para la lucha antirraquítica, el cual someteremos muy en breve a la aprobación de la Jefatura Nacionl del Servicio, la cual consideramos que puede representar una gran medio de propaganda para nuestra labor puericultora en este sentido y una ayuda eficacísima de efecto práctico en la lucha contra el raquitismo local.

En esta cartilla se reseeñan las varias facetas o tipos habituales de presentación en la provincia de la enfermedad, de un modo sencillo y gráfico, con dibujos, valorando las consecuencias próximas y las lejanas de esta enfermedad, exponiendo paralelamente los peligros que acechan a un niño raquítico. Todo ello matizado, según el medio social, el rural y el urbano, adaptando las normas elementales de higiene, general, individual y dietética, para evitar su presentación en cada medio, aspirando a instigar de esta forma una verdadera profilaxis familiar y ambiental de la enfermedad.

Paralelamente al lanzamiento de esta cartilla divulgadora, es necesario la instauración de una profilaxis de tipo colectivo, abogando por la dotación de dosis profilácticas de choque en gran cantidad, para su distribución efectiva y hacer llegar, junto a la propaganda, donde sea preciso, el efecto rápido y decisivo de la profilaxis específica, que haría mucho más firme y real la misión educadora de la primera, extendiendo, sucesivamente, nuestro radio de acción sobre el problema, que es preciso abarcar, dadas sus características actuales, con gran dotación de medios, pues son muchos los sectores hoy día atacados por el raquitismo regional.

Significando también que si es primordial la educación materna y familiar para una realidad práctica de la lucha antirraquítica, es también evidente que los beneficios serán mucho más extensos si logramos inculcar la idea de este peligro (que acecha a los lectantes de la región) en la mente del médico general y la de estudiar atentamente un caso antes de restringir tomas de pecho a un pequeño, constando siempre, como resolución muy trascendental, la de los cambios de alimentación en pequeños alimentados al seno de su madre, concediendo siempre la máxima capacidad terapéutica al pecho de la madre, porque la tiene, y pensar mucho más frecuentemente de lo que se hace en el porvenir de la secreción láctea en los casos de dietas repetidas y regímenes curativos prolongados.

Igualmente, sobre el tema de la alimentación complementaria y su valor antirraquítico *real o paradójico,* es preciso una iniciación y una divulgación de tipo técnico profesional, amoldada precisamente a los medios de alimentación de tipo local (o que permiten las disponibilidades actuales en cada zona) y esta orientación dietética especializada es la que tenemos en curso de trabajo.

Trabajo del laboratorio dietético infantil durante el año 1943

La Cocina Dietética afecta al Servicio ha representado la realidad más útil con que ha contado el Servicio durante el año para su labor específicamente puericultora, rebasando su rendimiento durante el mismo el de los cálculos más optimistas.

Debido en su iniciativa al anterior Jefe del Servicio, doctor Boix Barrios, fué posible la inauguración, el día 27 de marzo de 1943, gracias al apoyo de toda índole que en todo momento recibió para su instalación, por parte del Jefe Nacional del

Servicio de Higiene Infantil, doctor Bosch Marín, y merced también a la ayuda generosa del excelentísimo señor Gobernador civil de la provincia, que permitió completar las instalaciones e iniciar la fabricación seriada de alimentos-medicamentos para los lactantes del Servicio, cuyo funcionamiento se mantiene hasta el día, gracias, también, á la ayuda material del Excelentísimo Ayuntamiento de Castellón, que suministra las cantidades de leche natural precisas para la elaboración, mediante un acuerdo especial con la Federación local de Vaquerías.

Habiéndose iniciado al principio la fabricación de productos dietéticos, exclusivamente para las atenciones de la población infantil afecta a los Servicios Dispensariales, forzosamente, y muy pronto, hubo que extender el radio de acción y de trabajo para asistir asimismo a otros sectores infantiles de la capital, que por medio económico alto u otras razones (beneficencia particular, oficial, etc.) no estaban fichados en nuestros Servicios; y unas veces por carencia en el mercado de productos dietéticos, y otras por precisar de urgencia fórmulas especializadas de alimentación, han debido ser y han sido atendidos a plena satisfacción y con inmejorable resultado por la Cocina Dietética del Servicio.

A este fin, previa la prescripción médica rigurosamente controlada si se trata de medio social acreedor al donativo del producto, se suministra el mismo sin otra formalidad que añadirlo a la estadística. Si, por el contrario, la posición económica es suficiente (no hay carnet de beneficencia, ni de Auxilio Social, etc.) se canjea el producto por una cantidad de leche pura de vaca, equivalente aproximado al coste del alimento-medicamento suministrado; con lo cual siempre queda un margen de primera materia que redunda en beneficio de la clase infantil menos pudiente y acreedora de tratamientos.

Se realizó oportunamente una divulgación mediante circular técnica entre los médicos de la capital sobre el objeto del Laboratorio, la enumeración de sus productos y las posibilidades dietéticas que ofrecen, consiguiéndose con ello la captación de un número de asistencias que publicamos adjunto, y que son un exponente fiel de la labor intensiva verificada, que ha ampliado y, sobre todo, *prestigiado* de forma verdaderamente apreciable, nuestra labor puericultora.

Teniendo, sobre todo, la evidencia de que, especialmente durante la estación estival, ha representado un importantísimo medio de ayuda en la lucha contra los factores nutritivos, cuya lucha, como es sabido, se encontraba y se encuentra hoy día, en cierto modo, muy obstaculizada por la penuria de productos dietéticos de casas comerciales, pues ante la intensiva demanda estival, se llega a agotar la pequeña existencia de leches preparadas.

Consideramos superfluo enumerar sucesivamente los detalles de la instalación completa y características (desnatadora-centrifugadora, estufa eléctrica de cultivo, nevera eléctrica, etcétera), pareciéndonos más natural consignar que la elaboración de productos dietéticos se efectúa con riguroso contraste analítico de la calidad de la leche recibida, que se repite en todas las muestras, sea cual fuere la garantía de su procedencia; y que igualmente se comprueba de modo continuo la exactitud de concentraciones y diluciones, neutralizaciones, grados de acidez, dosimetría de principios inmediatos (grasa, lactosa, albúmina, etc.), de modo especial en las fórmulas en que son distintas de las habituales las concentraciones solicitadas (albuminosa concentrada, Duba acidificado, etc.), sin olvidar la pureza del cultivo, con frecuencia contrastada.

Examinando el cuadro de asistencias, que agrupamos por prescripciones mensuales servidas, parece observarse (deduciéndolo fácilmente de la gran cantidad de las mismas) que ha sido grande la cantidad de leche a diario manejada para la confec-

LABORATORIO DIETETICO

Cuadro resumen mensual de prescripciones diarias en 1943

MESES	FORMA DE ATENCION	Primera infancia: Recién nacidos	Primera infancia: Lactantes	Primera infancia: Uno a dos años	Preescolares	Medio rural	Totales: Dispensariales	Totales: Extradispensariales	TOTAL GENERAL
Marzo	Dispensarial	25	79	39	25		168		163
	Extradispensarial								
Abril	Dispensarial	51	201	28	221	19	320		420
	Extradispensarial								
Mayo	Dispensarial	60	220	900	71	40	481		481
	Extradispensarial	23	70	10				193	103
Junio	Dispensarial	72	230	102	65	22	491		491
	Extradispensarial	21	62	69	8			160	160
Julio	Dispensarial	63	195	119	63	25	465		465
	Extradispensarial	18	60	95	6			179	179
Agosto	Dispensarial	62	218	91	64	43	483		483
	Extradispensarial	18	50	15	4			87	87
Septiembre	Dispensarial	60	195	99	59	46	459		459
	Extradispensarial		61	32				93	93
Octubre	Dispensarial	61	194	120	62	25	462		462
	Extradispensarial	17	49	41	6			113	113
Noviembre	Dispensarial		236	148	49	33	466		466
	Extradispensarial	8	28	6				42	42
Diciembre	Dispensarial	65	215	91	70	38	479		479
	Extradispensarial								
TOTALES		624	2.363	1.195	578	291	4.274	777	5.051

Total prescripciones elaboradas para la población infantil afecta al Servicio de la *capital*	3.983
Total prescripciones elaboradas para la población infantil afecta al Servicio de tipo *rural*	291
Total prescripciones elaboradas para la población infantil *extradispensarial*	777
Resumen total de prescripciones dietéticas elaboradas	5.051

ción de tal número mensual de prescripciones. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que intencionadamente se sigue el criterio de suministrar el menor número de días posibles el alimento-medicamento al mismo niño (sólo lo estrictamente indispensable para mejorar el cuadro clínico presentado en cada caso), haciendo de esta forma que el funcionamiento del Servicio se parezca lo menos posible al de las antiguas gotas de leche, en lo que éstas tenían de inclinar a la lactancia artificial (pues excepcionalmente se suministra a los lactantes que cuentan con el pecho de su madre), no teniendo, hasta el día, más que motivos de satisfacción por esta manera de proceder, que no permite la existencia de niños abandonados a la ración de leche, y que, por otra parte, aumenta el radio de acción de nuestras disponibilidades.

El medio rural también se ha beneficiado del funcionamiento del Laboratorio, pues siendo una parte de nuestra población dispensarial natural de poblaciones limítrofes, no ha sido escaso el porcentaje de niños procedentes de la zona rural que han sido tratados con alimentos-medicamentos del Centro. Unos, utilizando medios de transporte y envases de aceptable seguridad; otros, los más, con medios menos deseables, por todo lo cual se ha dejado sentir en gran escala el no disponer de vasijas-termo de regular cabida para el envase de productos que aseguren su traslado y consumición en buen estado. Era frecuente el hecho de los ordinarios, recaderos de los pueblos, esperando los productos, a los que no se les autorizaba a transportarlos por las indeseables condiciones de las vasijas.

Sobre este hecho concreto consideramos indicado para la zona rural el producto dietético comercial en polvo, pues ninguna de las soluciones de transporte y envases nos merece confianza, habiendo adoptado como norma dejar las consignaciones de productos dietéticos comerciales exclusivamente para el suministro de la población rural.

Adjuntamos asimismo un cuadro sinóptico resumen de las cantidades y clases de productos dietéticos elaborados durante el año por el Laboratorio Dietético, en el que puede apreciarse la labor intensiva de la fabricación y lo variado de las fórmulas de elaboración dietética, dejando, precisamente, de consignar, las fórmulas especializadas, por haber sido de tipo de consumición exclusivamente individual.

LABORATORIO DE DIETETICA DE CASTELLON

Productos elaborados desde su inauguración en 20 de marzo de 1943 hasta 31 de diciembre de 1943

PRODUCTOS	Distribuídos en nuestros Servicios de Higiene Infantil	Recetados a particulares que aportan leche por Médicos ajenos al Servicio	TOTALES
Babeurre	576,925	258,000	834,925 Litros
Sopa de babeurre	64,200	—	64,200 »
Yoghourt	632,100	211,000	843,100 »
Leche descremada	484,550	31,000	515,550 »
» hipercremada	83.200	—	83,200 »
» descremada, acidificada, láctica	103,100	—	103,200 »
» cítrica	196,900	—	196,900 »
» albuminosa	68,650	57,500	126,150 »
» entera, acidificada, láctica	357,600	—	357 600 »
« clorhídrica	2,500	—	2,500 »
Suero de leche al calcio	64,650		64,650 »
Requesón	14,325	—	14,325 Kilos
Mantequilla	55,425	—	55,425 »
Papillas (Moro), harina de arroz	40,000	—	40,000 »
» Czerney » de trigo	40,000	—	40,000 »
Total productos a Servicios de Higiene Infantil			2.632,375 litros 149,750 kilos
Total productos a particulares			557,500 litros
Totales generales			3.191,875 litros 149.750 kilos

Considerando una satisfactoria realidad el rendimiento de esta sección de nuestro servicio, consignamos, porque es de justicia, el entusiasta celo y capacidad técnica puesta de manifiesto por la Instructora Sanitaria señorita Antonia Balaguer

Gonel, que, como enfermera puericultora diplomada, tiene a su cargo el trabajo especializado de elaboración, auxiliada en su cometido, eficazmente, por la enfermera auxiliar señorita Teresa Segarra Giner.

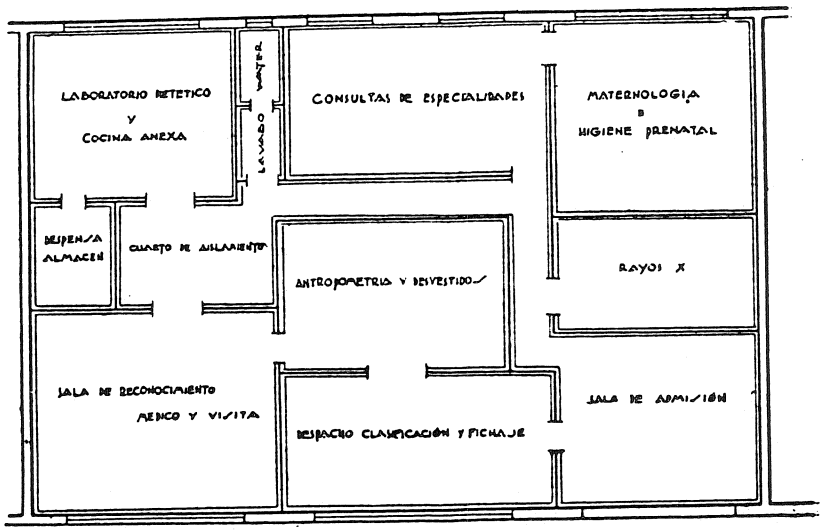
Aspiramos, para el año 1944, a extender aún más el diario de acción beneficioso de la Cocina Dietética Infantil de nuestro Servicio, pues queda para ello un amplio campo en los sectores de población infantil atendidos por la Beneficencia Provincial (Servicio policlínico de Pediatría del Hospital Provincial, Casa Cuna, Albergue Infantil de Auxilio Social, etc.), que actualmente efectúan el suministro de productos dietéticos con los inconvenientes de tipo económico y de abastecimiento irregular que esto supone, por lo cual sugerimos la ampliación de nuestros actuales medios de trabajo en el Laboratorio Dietético, para que, incrementando el rendimeinto del mismo, pueda suministrarse, especialmente durante la época stival, toda la población infantil con alimentos-medicamentos elaborados y que, mediante un concierto económico con la Excelentísima Diputación, Ayuntamiento, etc., subvencionaran dicho suministro constante, que siempre resultaría mucho menos oneroso que en en la actualidad y les permitiría tener asegurado al coste mínimo las existencias de productos dietéticos infantiles en la estación calurosa.

Organización y funcionamiento del Servicio

El Servicio Provincial de Higiene Infantil de Castellón se encuentra instalado en edificio aparte del Instituto Provincial de Sanidad (calle Escultor Viciano, núm. 6), formando una organización dispensarial de tipo policlínico, con el ramo de especialidades del Instituto de Higiene, hecho del cual se han procurado explotar todas las ventajas, atenuando en la medida de lo posible los inconvenientes.

Adjuntamos un esquema, en el que puede apreciarse la distribución de los diferentes departamentos de nuestro Dispensario Central de Puericultura, y en el que puede observarse lo reducidamente justo del espacio para el funcionamiento de todo un engranaje dispensarial, que, como el nuestro, va paulatina-

SERVICIOS PROVINCIALES DE HIGIENE INFANTIL
DE CASTELLÓN



INSTALACIÓN DE SERVICIOS

mente aumentando, dada la captación progresiva de población infantil y, sobre todo, el haber procedido a la instalación en el mismo del Servicio de Rayos X, la del Laboratorio Dietético y la Seción Policlínica de kala-azar infantil.

Como puede examinarse viendo el croquis, los sucesivos departamentos del Servicio son:

I. Sala de admisión y triaje del personal infantil.
II. Despacho de Clasificación y fichaje.
III. Sala de antropometría infantil y desvestidos.

IV. Consultorio de reconocimiento médico y visita.
V. Laboratorio Dietético y cocina anexa.
VI. Despensa y almacén de la Cocina Dietética.
VII. Consulta de especialidades.
VIII. Consulta de Maternología e Higiene prenatal.
IX. Gabinete de Rayos X.
X. Cuarto de aislamiento para sospechosos.

Independientemente de este Dispensario Central de Puericultura, la Jefatura de los Servicios de Higiene Infantil tiene su despacho en local a efecto de la Jefatura Provincial de Sanidad.

Personal.

Durante el transcurso del año 1943, el Servicio Médico especializado de asistencia dispensarial ha corrido a cargo de los Médicos puericultores del Estado, doctor don Vicente Jiménez González-Claramunt y doctor don Vicente Sancho Pascuao, que en absoluta compenetración de criterio han mantenido una íntima colaboración de trabajo, durante el año hasta ser destinado el primero de ellos a los Servicios provinciales de Sanidad Infantil de Valencia.

Como personal auxiliar ha contado el Servicio con dos instructoras sanitarias, enfermeras puericultoras diplomadas, señorita Antonia Balaguer Gonel, que asume el trabajo del Laboratorio Dietético, y María Sanz Soria el servicio de fichaje, antropometría y asistencia, alternando en la labor de enfermera visitadora, ambas tituladas. Además de las anteriores, dado el carácter policlínico del Dispensario, prestan sus servicios en el mismo como enfermeras auxiliares las del Instituto Provincial de Sanidad, señorita Mercedes Almela Delgado y Matilde Nebot Ferrer, que colaboran igualmente en la labor de asistencia Infantil a la población dispensarial, visitas domiciliarias,

SERVICIO DISPENSARIAL

Cuadro resumen de asistencias en 1943.

MESES	EDADES	Nuevos	Antiguos	Análisis	VACUNADOS Antivariólica	VACUNADOS Antidiftérica	Visitas	Alimentos	Medicamentos	Inyecciones
Enero	Primera Infancia	76	871	25	7	30	49	90	98	106
	Preescolares	4	42							
	Escolares	2	11							
Febrero	Primera Infancia	46	994	31	5	15	49	110	116	106
	Preescolares	4	31							
	Escolares	7	15							
Marzo	Primera Infancia	62	920	34	2	3	42	111	152	229
	Preescolares	11	33							
	Escolares	11	34							
Abril	Primera Infancia	36	998	19			49	92	173	183
	Preescolares	5	50							
	Escolares	13	40							
Mayo	Primera Infancia	64	1.074	47	13		46	74	92	196
	Preescolares	5	63							
	Escolares	12	33							
Junio	Primera Infancia	68	1.050	25	5	5	52	121	97	203
	Preescolares	8	42							
	Escolares	9	42							
Julio	Primera Infancia	43	457	22			49	54	50	134
	Preescolares	9	36							
	Escolares	12	42							
Septbre	Primera Infancia	37	345	46			49	94	104	175
	Preescolares	12	67							
	Escolares	16	57							
Octubre	Primera Infancia	45	395	36	27	14	51	5	86	104
	Preescolares	4	61							
	Escolares	8	31							
Novbre	Primera Infancia	40	363	48	6	1	48	23	66	208
	Preescolares	15	50							
	Escolares	16	48							
Dicbre	Primera Infancia	27	284	37	7	4	48	19	28	328
	Preescolares	6	66							
	Escolares	6	39							
TOTALES		808	9.153	406	72	72	581	803	1.203	2.268

Las cifras de este cuadro de asistencia son las extraídas de los partes estadísticos correspondientes a los meses que se indican, cursados por el Dispensario de Puericultura de Castellón.

Representa la labor Dispensarial de gran envergadura y que reseñamos por categorías y edades en el cuadro sinóptico siguiente.

etcétera. Y, por último, y con cargo a la subvención de la Junta Provincial de Protección de Menores, prestan sus servicios como enfermeras auxiliares la señorita Mercedes Castelltort, de Asistencia Dispensarial, y la señorita Teresa Segarra Giner, ayudante del Laboratorio Dietético, existiendo únicamente una encargada de la limpieza y arreglo del local.

Organización

Dadas las características de la labor de Puericultura a realizar, dadas igualmente las modalidades de tipo agrícola e industrial descentralizado, que concurren en la población de Castellón de la Plana, nos encontramos con que, de acuerdo con los anteriores Jefes de Servicio, y como norma esencial para un mejor rendimiento y una más cuantiosa captación de personal infantil, sometido a la tutela del Servicio, es preciso, *obligadamente,* orientar el mismo hacia una labor totalitaria de tipo policlínico, que impone además la casuística elevada procedente de la zona rural y que a diario acude a nuestro Centro.

Constituye, por tanto, un imperativo categórico, efectuar labor tenaz de captación de todos los compañeros médicos de la provincia, para conseguir con ello que den el rendimiento máximo en la lucha contra la mortalidad infantil de sus zonas respectivas.

Y para ello precisamos que sientan nuestra ayuda como necesaria y constante en todos los problemas que la asistencia infantil rural les plantea, lo mismo en el aspecto *puericultor de organizar,* que en el *sanitario de prevenir,* y que en el *pediátrico de recuperar.*

Es por estas razones por las que hay que funcionar, para ellos, como un Instituto de Sanidad Infantil y Maternal.

Esta orientación la hemos compaginado con las directrices

higiénicosanitarias de nuestra Puericultura integral, y así, desde un principio, se ha efectuado separación neta y terminante entre la labor dispensarial pediátrica (de tipo policlínico para la zona rural) y consulta integral de Puericultura neta, instituyendo en días separados y alternos de la semana las respectivas consultas.

Pasamos brevemente a esquematizar las directrices de actuación que exponemos:

Labor puericultora

Faceta principal del Servicio a la que juzgamos principal razón de su existencia, por lo cual, todas las adquisiciones, adaptaciones, etc., han sido principalmente encaminadas a multiplicar la captación de personal infantil, para someterlo a la vigilancia higiénico-dietética dispensarial. Labor que se ha cometido desde varios puntos de vista distintos: 1.° La capta-

SERVICIO DE PUERICULTURA

Cuadro resumen mensual de fichas nuevas dispensariales

MESES	Primera infancia	Preescolares	Escolares
Enero	76	4	2
Febrero	46	24	7
Marzo	62	11	11
Abril	36	15	13
Mayo	64	15	12
Junio	68	18	9
Julio	43	19	12
Agosto	37	16	16
Septiembre	47	12	16
Octubre	45	14	8
Noviembre	40	15	16
Diciembre	27	16	36

Cuadro resumen de asistencias consecutivas prestadas a la población infantil afecta al Servicio de Puericultura

MESES	Primera infancia	Preescolares	Escolares
Enero	871	42	11
Febrero	994	31	15
Marzo	920	33	34
Abril	998	50	40
Mayo	1.074	63	33
Junio	1.050	42	42
Julio	457	36	42
Agosto	345	67	57
Septiembre	345	67	31
Octubre	395	61	58
Noviembre	363	50	39
Diciembrs	284	66	57

Cuadro resumen total por edades de asistencias efectuadas en el Dispensario de Higiene Infantil durante 1943

EDADES	De cero a dos años	De dos a cinco años	De seis a once años
Nuevos	591	289	158
Antiguos	8.096	598	459

Como resultado de las cifras anteriores transcribimos literalmente la labor en los siguientes términos:

Ocho mil seiscientos ochenta y siete reconocimientos en niños comprendidos en Primera infancia.

Ochocientos ochenta y siete en niños de edad preescolar.

Seiscientos diecisiete vistos en la edad escolar.

Que totalizan:

Diez mil ciento noventa y un reconocimientos seriados, durante el transcurso del año 1943, en el Centro de Puericultura del Servicio de Higiene Infantil de Castellón.

ción por enfemeras visitadoras de todos los recién nacidos en las zonas respectivas. 2.° Educación familiar y maternal intensiva, siempre con la mira de modificar el ambiente modalizador de la vida del niño, mediante los cursos de instrucción para

madres. 3.° Las conferencias de Puericultura para embarazadas. 4.° Las charlas de Puericultura a las camaradas de la Sección Femenina de F. E. T. y de las J. O. N. S. de la Escuela Hogar, y 5.° Los cursos de Puericultura integral explicados el 12 de abril hasta el 25 de mayo de 1943, a las enfermeras divulgadoras sanitarias rurales, cuyos temas transcribimos a continuación, con las fechas en que tuvieron lugar:

Conferencia del día 7 de abril de 1943.—"Nociones generales de herencia y eugenesia. Su influencia en la mortalidad infantil".

Conferencia del día 19 *de abril de* 1943.—"Historia de la Puericultura. Sus métodos generales y nociones de higiene infantil. Prejuicios".

Conferencia del día 21 *de abril de* 1943.—"Higiene del recién nacido. Profilaxis genérica. Herida umbilical. Régimen de vida y alimentación".

Conferencia del día 24 *de abril de* 1943.—"Desarrollo del niño. Elementos de antropometría infantil".

Conferencia del día 30 *de abril de* 1943.—"La edad preescolar. Características. Higiene especial. Vacunaciones".

Y durante el segundo curso de enfermeras divulgadoras sanitarias rurales, celebrado en la capital, explicamos las siguientes:

Conferencia del día 23 *de noviembre de* 1943.—"Enfermedades hereditarias infantiles. Constitución y ambiente. Concepto del niño sano".

Conferencia del día 24 *de noviembre de* 1943.—"El niño recién nacido. Cuidados inmediatos. Gemelos, prematuros. El llanto del niño".

Conferencia del día 25 *de noviembre de* 1943.—"Peso, talla, perímetros. Desarrollo psíquico. Habitación, cuna, tejidos, etc."

Conferencia del día 26 *de noviembre de* 1943.—"Vigilancia sanitaria del escolar y del maestro. Escuela. Inspección médicoescolar. Defectos infantiles".

Conferencia del día 27 *de noviembre de* 1943.—"La puericultura tradicional. La puericultura científica. Errores más frecuentes en Puericultura".

El día 4 de septiembre de 1943, conferencia sobre "Vacunación antidiftérica en la provincia". El día 17 de septiembre, "Inmunización antidiftérica actual en la población de Castellón.

Coordinación

Esta labor, de innegable trascendencia, que, recibida como consigna estatal en la Ley de Sanidad Infantil y Maternal de 18 de julio de 1941, va perfeccionando paulatinamente nuestro mecanismo de tutela sanitaria de la infancia, al permitirnos abarcar todos los esfuerzos e instituciones de protección, con un mejor conocimiento de causa hacia el mismo fin.

En este sentido apuntamos el avance manifiesto en los que al complemento hospitalario y de cirugía de urgencia se refiere, y en los que afecta a la casuística dispensarial de nuestro Servicio. Apuntamos igualmente la compenetración absoluta con el Servicio Dispensarial del P. N. A. de la provincia, para el despistaje de los focos tuerculosos familiares, aflorados en el Dispensario y que, sistemáticamente investigados, son objeto de especialísima labor por parte de las enfermeras visitadoras locales. Hacemos constar igualments los prometedores y primeros resultados de las enfermeras divulgadoras sanitarias

rurales, que acrecen el porcentaje de nuestra población infantil rural afecta al Dispensario.

Se concede máxima atención a la consulta de niños de lactancia natural, la cual es estimulada absolutamente por todos los medios técnicos, persuasivos y de propaganda, lo cual ha sido nuestra norma combatiendo la nefasta facilidad de las cartillas de racionamiento de abastos, que señalan cupos elegibles fácilmente tergiversados, en bien de las personas mayores o del lucro familiar. En este asunto del nuevo tipo de racionamiento implantado con el suministro de leche condensada, elegible, absolutamente, por todas las madres, con el visto bueno de los médicos puericultores diplomados, contrasta con el anterior y primitivo, por medio del cual era factible el control absoluto de todos los recién nacidos en el momento inicial de su lactación, por el especialista, hecho el cual procuramos restablecer, llevando el convencimiento de su necesidad al ánimo de nuestras autoridades.

Prescindimos de dar detalles sobre la labor sanitaria de higiene prenatal y asistencia a las embarazadas de la capital y provincia, por ser objeto de trabajo actual de exposición y fecundo campo de labor de nuestro querido compañero doctor Gómez Sanz, de tan reconocida competencia.

Necesidades urgentes del servicio

Primero. La creación y el sostenimiento de un equipo móvil de Puericultura que complete por enseñanza directa en el ambiente rural la propaganda higiénicainfantil. Que sirva de medio de enlace y de conexión con los facultativos rurales en cuantos problemas se refieren a la higiene infantil de sus demarcaciones respectivas. (Bien suministros dietéticos, días de consulta, epidemiología, etc.)

Segundo. Dotación completa del material accesorio que necesita la instalación de Rayos X, para el servicio, cuyo funcionamiento es de absoluta necesidad, especialmente en cuanto a la profilaxis infantil tuberculosa, no iniciada con la debida envergadura por falta del mismo, sobre todo en lo que atañe a la inspección médicoescolar.

Tercero. Creación y sostenimiento en el Servicio Provincial de Higiene Infantil de la sección de Lucha contra la endemia de leishmaniosis infantil, a base de la sección actualmente en funcionamiento, ya que la importancia geográfica de la endemia de kala-azar en la capital y provincia justifica sobradamente una seria investigación de labor y control técnico sobre la misma.

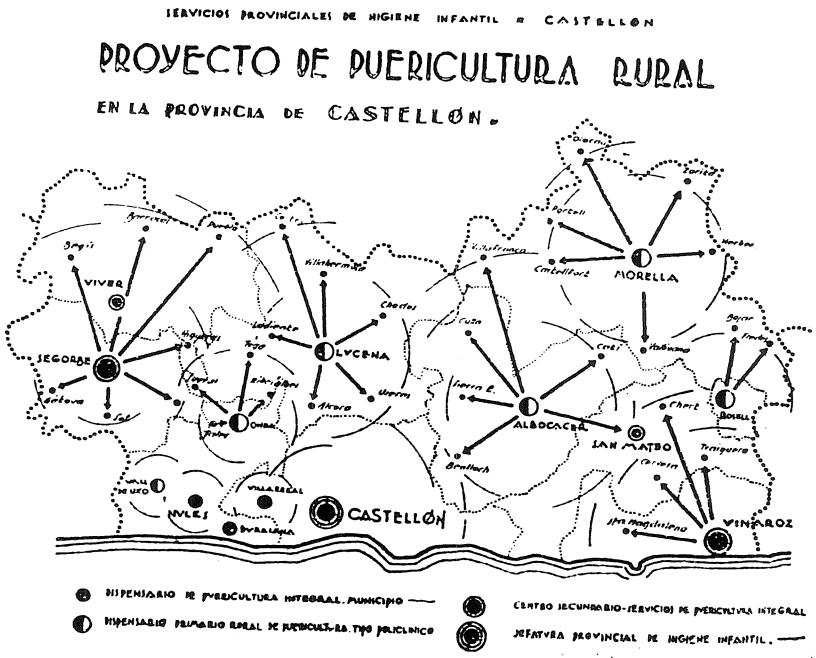
Cuarto. Suministro directo y suficiente de "stock" de preparados masivos y vitamina antirraquítica para la lucha regional de este tipo, cuya necesidad razona en el correspondiente capítulo.

Proyectos que el servicio considera de necesaria realización

Creación de Centros de Puericultura Rural

Del estudio meditado de las características de la mortalidad infantil, distribución geográfica y estratégica de la misma y de las poblaciones de la zona, y habida cuenta ya de que funciona el Dispensario de Puericultra del Centro Secundario de Vinaroz, y son hecho próximo a realizarse los respectivos Dispensarios de inminente inauguración de Vall de Uxó y Centro Secundario de Segorbe, considera esta Jefatura, asimismo, necesaria la instalación de tres Dispensarios estratégicamente situados, para atender zonas de características similares, como son el alejamiento de la capital, la situación central en man-

chas de máxima mortalidad y la importancia estadística de su población, relacionada, caminos vecinales, etc., y que deben ser situadas, respectivamente, en Morella (para atender la zona montañosa del noroeste de la provincia, dispensario de tipo policlínico), Albocacer (en importante y alejado nudo de comu-



nicaciones), Lucena del Cid (próximo a región montañosa en manchas aisladas de máxima mortalidad), Onda, situada aproximadamente en el centro de la zona más atacada por la Lehismaniosis visceral, puede hacerse de tipo policlínico especializado en la confirmación parasitológica de casos sospechosos de kala-azar, y la cuantía de su censo, creemos que puede permitir la instalación de un Dispensario Municipal de dicho tipo para las atenciones de un extenso sector de población obrera e industrial.

Igual sugerencia que la anterior nos merecen las ciudades

de Nules, Villarreal y Burriana, de gran predominio industrial y donde el censo permitiría el Dispensario Municipal con poco esfuerzo económico.

Resumiendo, propugnamos la instalación de siete Centros primarios de Puericultura, de los que cuatro de los mismos pueden ser sostenidos e instalados por los Ayuntamientos respectivos, sin esfuerzo económico alguno y únicamente en los tres Centros que reseñamos para la montaña deberían depender para su instalación y funcionamiento del Servicio Nacional.

Dado el carácter local de estos Dispensarios y su labor específicamente dirigida al mejoramiento de las tasas respectivas de mortalidad infantil, consideramos ineludible la capacitación técnica de los facultativos titulares de A. P. D. o de Beneficencia Municipal, etcétera, mediante *cursos de capacitación puericultores*, los cuales tendrán efecto en la capital a cargo de la Jefatura del Servicio, con una duración mínima de un mes que, para hacerlos más asequibles a la clase médica regional, podrían dividirse en dos tandas de quince días útiles, a base de temas sucesivos de puericultura regional y especializada, con arreglo al programa que en su caso se elaboraría, compaginando las conferencias teóricas con clases prácticas en igual número a efectuar en el Dispensario de Puericultura y orientando el cursillo con arreglo a las características de la demografía infantil en cada zona respectiva.

Creación del ambulatorio infantil de hospitalización de lactantes

Nos referimos con este enunciado a la instalación de un servicio dispensarial de hospitalización que completase los resultados de la labor policlínica de asistencia que actualmente se efectúa, de manera incompleta, principalmente en lactantes afectos

de toxicosis y estados gravísimos de diversas etiologías que, procedentes del medio rural o del casco urbano de la población, no pueden beneficiarse con los tratamientos domiciliarios, por requerir una asistencia constante y especializada. El Servicio de Pediatría del Hospital Provincial no puede complementar la labor dispensarial en este sentido, sino en muy contadas ocasiones. Opinamos que con cuatro camas, cuyo coste de sostenimiento es muy reducido, podrían solucionarse infinidad de problemas actuales que plantea la asistencia dispensarial en beneficio de la recuperación de otros tantos niños enfermos.

Coordinación sanitaria

Precisamos la necesidad que ha de constituir el lema de nuestro trabajo durante el año entrante de 1944, de unificar, haciendo una realidad, los diversos servicios de Asistencia Infantil que actualmente funcionan en la capital de la provincia, a semejanza de lo realizado en otras poblaciones, últimamente en Valencia, Sevilla, etcétera, para todo lo cual elaboramos el oportuno proyecto, que someteremos en breve a la aprobación de la superioridad.

Otras muchas necesidades y sugerencias expondríamos como fruto de la observación diaria de los problemas planteados en la capital y provincia, y preferentes a la protección integral de la madre y el niño castellonense, pero creemos haber expuesto los de actualidad más apremiantes, considerándonos satisfechos si la lectura de los mismos permiten traslucir la fe, el entusiasmo y la buena voluntad con que todos ellos fueron estudiados.

Y como resumen de esta Memoria, tenemos como principal lema de trabajo futuro en nuestra lucha contra la mortalidad infantil, la captación médicosanitaria de los compañeros de la provincia, cuya colaboración representa nuestra actualidad ma-

yor, y ha de ser motivo de orgullo para el médico, medio de conseguir éxitos y ocasión de prestigio para el Servicio de Sanidad Infantil que lo facilite. Restándonos únicamente consignar que la especialísima atención que la Jefatura Provincial de Sanidad de Castellón presta a la Sanidad Infantil y Maternal de nuestra provincia, estimulando y apoyando todas las iniciativas que redundan en beneficio del servicio, nos hace concebir que los frutos de nuestra labor a realizar han de ser superados con creces en un lejano próximo.