



MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION DE PUERICULTURA, MATERNOLOGIA E HIGIENE ESCOLAR

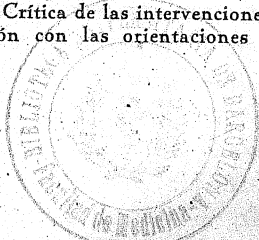
63-64

ESTUDIOS OFICIALES

DE LA

# PRIMERA REUNION ANUAL DE MEDICOS PUERICULTORES DEL ESTADO

- 1.º DR. BOSCH MARÍN: Asistencia hospitalaria infantil. 3-19
- 2.º DR. GUILLERMO ARCE: Estado actual y clasificación de las neumonías infantiles. 21-50
- 3.º DR. RAMOS FERNÁNDEZ Y DR. RICARDO GARELLY: La profilaxis de la tuberculosis en la infancia. 51-70
- 4.º DR. MUÑOYERRO PRETEL Y DR. BLANCO OTERO: Medios para solucionar el problema del abastecimiento infantil. 71-81
- 5.º DR. ENRIQUE DE ITURRIAGA: Plan de propaganda sanitaria, maternal e infantil. 83-98
- 6.º DR. F. CAÑELLAS: Coordinación de las obras de asistencia maternal. 99-108
- 7.º DR. B. BUENO: Crítica de las intervenciones obstétricas en relación con las orientaciones sanitarias actuales. 109-124



M A D R I D

24-29 DE MAYO DE 1943

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0701018459

2083874



---

---

## La asistencia hospitalaria infantil en España

POR EL

**Dr. D. JUAN BOSCH MARÍN**

---

El esfuerzo de los sanitarios de otras épocas iba encaminado especialmente a la lucha contra las enfermedades epidémicas. Por fortuna son pocas las epidemias evitables que no hayan sido ya desterradas entre nosotros. La generación actual de pediatras no conoce sino ligerísimos brotes epidémicos de viruela, de difteria, pues se atajan rápida y eficazmente en cuanto adquieren el carácter de invasión masiva.

Contra otras enfermedades epidémicas como poliomielitis, gripe, etc., poco podemos hacer hoy por hoy.

La extensión cada vez mayor de los Servicios dispensariales, que si no llega a constituir la red total esparcida por toda la nación, hace, al menos, vislumbrar lo que un día no lejano será en España llegando a poblaciones rurales pequeñas, nos indica que algún día llegaremos a desterrar en lo posible las endemias que aqueja nuestra población infantil en las diferentes regiones españolas. Como verdadera endemia hemos de considerar la incultura femenina en materia sanitaria y especialmente en Puericultura. Por ello se intensifica cada día más la lucha contra este mal, la lucha contra la ignorancia para desarraigar entre nosotros los «errores de la sabiduría popular», que tantos niños llevan a la tumba al transmitirse de padres a hijos, de generación en generación.

Vencimos las epidemias, estamos en camino de vencer las endemias, y por ello nuestra mortalidad infantil de 200 por 1.000, de hace cincuenta años se ha convertido en 109, en el año 1935, y un poco más ahora, 120 por 1.000, influenciada nuestra población infantil por las vicisitudes de la postguerra y actualmente por la crisis universal que el mundo sufre, si bien en el aspecto sanitario, parece haber pasado España el momento peor, del año 1941, notándose en el 42 y especialmente en los primeros meses del año actual notabilísima mejoría según noticias del servicio de estadística, en cuanto a natalidad y mortalidad.

Podrán mejorarse los órganos colectivos, los sistemas standard de lucha contra la mortalidad en las diferentes edades infantiles, pero falta en España un órgano importantísimo, aquel que se ocupa de vencer a la enfermedad una vez constituida, de tratar el caso individualmente considerado, falta en una palabra, una organización de Pediatría, de Medicina Infantil, de recuperación de niños enfermos, existiendo servicios esporádicos, eficaces, interesantes algunos de ellos, pero desconectados del resto y quedando, desde luego, grandes zonas de nuestro país sin una asistencia pediátrica completa y adecuada, pero ni siquiera rudimentaria en la mayor parte de las provincias.

Sintiéndolo así el legislador, no dudó de señalar en el artículo 1.º de la ley de Sanidad Infantil y Maternal de 1941 como uno de los objetivos de la Sanidad Infantil y Maternal cuanto concierne a «Asistencia médica del niño enfermo».

\* \* \*

Alguien podrá aducir que no es tema adecuado para una Reunión de Médicos Puericultores del Estado, de miembros de la Sanidad Nacional, tratar de la asistencia hospitalaria, tratar de la asistencia al niño enfermo.

Pasó en nuestro concepto aquella época en la que los sanitarios creían terminada su misión con la función estadística, declaración de epidemias, advertencia de sus peligros y determinación de las medidas higiénicas individuales o colectivas.

Si ésa fuera exclusivamente la misión de los Puericultores, fuera bien menguada por cierto. No harían falta especialistas. La Medicina preventiva y la curativa son cada vez más inseparables, y por ello el concepto de la sanidad se amplía cada vez más, saliendo del campo de la higiene propiamente dicha y alcanzando el de la asistencia médica.

¿Cabe separación en la lucha antivenérea, antituberculosa, antitracomatosa, etc.? Todos admiten que en Dispensarios la Medicina curativa lo es al mismo tiempo preventiva.

Ya en el campo infantil nadie discute, después de haberlo hecho en Asambleas y Congresos; en los Servicios de Puericultura hay que tratar los llamados trastornos digestivos y nutritivos del lactante, pero ¿es que no hacemos medicina preventiva tratando un impétigo o una tiña? ¿No hacemos profilaxis de cardiopatías, coreas, etc., tratando un reumatismo poliarticular agudo febril? ¿No hacemos profilaxis de una deformidad tratando precozmente un pie bot, una luxación congénita de cadera, una poliomielitis, e incluso una coxalgia?

La Puericultura y la Pediatría son conceptos inseparables. Como no se puede ser buen Pediatra si no es un buen Médico general conociendo a fondo lo fundamental de la Medicina y de la Cirugía, así tampoco se puede ser buen Puericultor, sin ser previamente un magnífico Pediatra. No vamos a discutir que tiene más categoría, aunque para nosotros la Puericultura debe ser como un doctorado entre los pediatras; no la iniciación, sino ya la consagración. La diferencia entre una Enfermera Puericultora y un Médico Puericultor es ésa. La Puericultora conoce los detalles de la alimentación del niño pequeño, sabe mejor que muchos médicos teóricamente la determinación de la ración alimenticia del lactante, las técnicas de las vacunaciones, los cuidados del niño, en una palabra, la higiene; mas eso no es la Puericultura, eso no es lo que el Médico Puericultor debe saber. Si no es un buen Pediatra no podrá corregir, ni siquiera prevenir, un trastorno nutritivo, una infección crónica, un defecto físico. Unamos a esa formación técnica indispensable al Médico Puericultor su complemento médico-social y comprenderemos fácilmente que se puede ser Pediatra sin ser Puericultor; pero no a la inversa, como se puede ser médico sin ser

sanitario y completamente imposible que un sanitario lo sea totalmente sin ser un excelente médico.

Y descendiendo al terreno práctico, decidme si vuestros servicios dispensariales se circunscriben a la vigilancia higiénica de los niños, qué asistencia pediátrica tienen en los pueblos y en la mayoría de nuestras capitales, carentes de consultorios pediátricos bien establecidos.

Teórica y prácticamente, la Puericultura y la Pediatría son inseparables.

### *Aspiración totalitaria de la Sanidad Infantil y Maternal.*

La ley de Protección a la infancia de 1904 aspiraba a resolver totalitariamente el problema de la protección infantil en España, abarcando todas las facetas de la vida del niño.

Por razones que no es el momento de analizar, los órganos sanitarios de dicha protección se desarrollaron muy modestamente, mientras que crecían con cierta exuberancia los de protección o tutela jurídica y moral del menor.

No sea ello censura a los juristas. En todo caso, la censura alcanzaría a los representantes de la Sanidad o Medicina infantil encargados de desarrollar una ley que por cierto fué creada, propugnada y defendida por prestigiosos médicos y pediatras, de grata recordación en la historia de la Pediatría española.

Nacieron en el siglo actual muchas instituciones de asistencia maternal e infantil, mas no obedecieron a un plan, sino fruto del esfuerzo esporádico de médicos eminentes; y así Martínez Vargas con sus servicios en Cataluña; Gómez Ferrer, en Valencia impulsa otros; Frías Roig, en Reus; Suñer, en Valladolid; Avelino González, en Gijón; Guigou, en Tenerife; Bravo Frías, Muñoyerro y Sarabia, en Madrid. Gálvez (Santa Cristina), en Madrid también, etc., etc.

Mas falta un plan nacional de asistencia médica e infantil, y a ello se aspira en la ley de Sanidad Infantil y Maternal de 1941, con aspiraciones totalitarias.

Mas antes de pasar adelante quisiéramos definir dicho to-

*totalitarismo*. No es la destrucción de lo existente para construir algo nuevo; no es la *fusión* de lo existente en moldes nuevos, pues la fusión es la muerte de las partes que se funden. Totalizar en este sentido es *sumar*, es coordinar, es impulsar lo existente. Es evitar dispersión de esfuerzos personales o económicos, es evitar colisión de intereses, duplicidad de servicios en unas poblaciones dejando sin atender tantas necesidades en otras zonas del territorio nacional.

Para llegar al plan nacional de obras de asistencia maternal e infantil, se hizo en 1941 una investigación de instituciones existentes en todas las provincias y aquellas que se juzgaban de creación necesaria. La unanimidad fué completa. En todas partes existen servicios dispensariales mejor o peor organizados; en muchas provincias hay instalaciones de recogida de niños para su crianza y educación; en algunas, servicios pediátricos. Mas la unanimidad estriba en que todos vosotros, a través de las comisiones provinciales de Sanidad Infantil y Maternal, hagáis constar la necesidad de maternidades, la necesidad de clínicas lactantes y de niños mayores.

### *La mortinatalidad, difícil de corregir sin servicios hospitalarios maternales adecuados. Su trascendencia en España.*

La conclusión a que llegaban no podía ser otra. Todos conocían las cifras de mortalidad maternal en España, las cifras de mortinatalidad; y sabían que esas 3.500 madres que mueren en España anualmente con motivo de la maternidad y los 20.000 niños que nacen muertos o desaparecen en las primeras veinticuatro horas, podrían salvarse, en gran parte, con maternidades adecuadas o, al menos, servicios eficaces de asistencia a la maternidad.

La cultura obstétrica de los médicos es buena. Tal vez sea la especialidad que mejor conocen y cultivan nuestros médicos rurales; pero la mayor parte de las mujeres españolas son asistidas por comadronas, cuya cultura y preparación es bien escasa por cierto. Los estudios de comadrona son rudimentarios; su cultura previa escasa, su formación universitaria cor-

ta y elemental, su audacia grande y, por ello, los resultados catastróficos para las madres, pero especialmente para los niños.

De ahí que sin llegar, como en otros países, a la declaración obligatoria del embarazo, haya de tenderse a que la mujer se habitúe a requerir los cuidados de higiene prenatal a su médico particular o en dispensario. No habrá un servicio de Puericultura sin el de Maternología.

Tal es la tendencia a este respecto, y no creo sea indiscreto el anunciar que en la reforma del reglamento del Seguro de Maternidad, elaborado por el Instituto Nacional de Previsión, se dice que todo embarazo será vigilado por médico, y que el parto será asistido por el médico que, si bien en casos normales podrá delegar en la matrona, seguirá siendo responsable de lo que ocurra; no como actualmente, que las comadronas asistían normal y comúnmente y sólo en casos de distocia requerían el concurso del médico. Tampoco creo sea imprudente anunciar que a la misma conclusión se llega en el Proyecto de reglamento de Médicos tocólogos municipales que prepara la Dirección General de Sanidad, en el que se establece la creación de estos servicios de Tocología municipales con médicos, dispensarios y maternidades provinciales, según sea la capacidad de las poblaciones, y es el médico, y no la comadrona que será su ayudante, el que ha de dirigir la asistencia tocológica en cada caso.

Los Centros Maternales de Urgencia en el medio rural, las maternidades de Auxilio Social, las existentes o que se creen por el Instituto Nacional de Previsión y Obra 18 de Julio para el Seguro de Enfermedad, a más de las existentes y que se mejoren las dependientes de los Municipios y Provincias, harán se fomente el parto en maternidades, modo el más útil y eficaz en la lucha contra la mortalidad maternal y la mortinatalidad.

*Consulta prenatal (Estudio hecho a base de 100.000 habitantes).*

Según las estadísticas consultadas, hecha la comparación necesaria y conforme con el criterio particular que sobre el asun-

to tenemos, resulta que de cada 100.000 habitantes, son 2.000 los nacimientos anuales; por lo tanto, 2.000 mujeres que durante el año dan a luz.

Para su mejor distribución y cálculo, estos 2.000 partos los repartimos en mensualidades, resultando que cada mes han de atenderse 166 alumbramientos, despreciando decimales que no entorpezcan la mejor comprensión, ya que el resultado final tampoco varía en gran escala.

Resulta, pues, de la anterior manifestación que son 166 mujeres las que mensualmente dan a luz, pero si tenemos en cuenta que dura el embarazo nueve meses y hasta el tercero no suele necesitar la mujer tratamiento alguno, el número de embarazadas que constantemente han de pasar consulta será la mitad de 166, o sean, 83, y por igual promedio tendremos que la constante visita de embarazadas serán 1.000 anualmente.

Pondremos como término medio que cada una de estas embarazadas (y al referirnos en adelante sobre embarazadas tengase en cuenta que son las 1.000 del tercer mes en adelante, que representan a las 2.000 a los efectos de consulta) necesitará dos visitas mensuales.

Tenemos, pues, que por mujer embarazada se tienen  $12 \times 2 = 24$  visitas, al ser anualmente por cada mujer 24 consultas, 1.000 mujeres nos darán:

$$24 \times 1.000 = 24.000 \text{ consultas.}$$

Un médico puede ver, por término medio, 30 enfermas de esta naturaleza en consulta y a 10 consultas por hora, de lo que resulta que un médico necesitará:

1 hora para 10 mujeres, 3 horas para 30 mujeres;

como el término medio de días de trabajo al mes son 24, un médico verá:

$$24 \text{ días por } 30 \text{ consultas diarias} = 720 \text{ consultas al mes.}$$

En un año:

$$720 \times 12 = 8.640 \text{ consultas al año.}$$

Si despreciamos las centenas en atención a los días de vacaciones y otras incidencias, enfermedad, etc., etc., resulta que un médico podrá tener, en terminos redondos, 8.000 consultas a embarazadas durante el año.

Hemos visto que el número de consultas necesarias para 1.000 mujeres en el año es de 24.000, y, al hacer un médico 8.000 anuales, son necesarios tres médicos para atender a estas embarazadas.

**Partos.**

Tenemos que, según lo calculado, anualmente nace un 20 por 100 de los habitantes, y haciendo el cálculo sobre 100.000 es lógico que nos den 2.000 partos anuales.

De cada 2.000 partos anuales hay un 7 por 100 de distocias clínicas, luego el número de estas distocias será el de 140 anuales.

Consideremos a los efectos de ocupación de cama un 20 por 100 de 2.000 las distocias sociales que hemos de tener, luego son 400, resultando el siguiente número de distocias:

Distocias clínicas.....	140
Distocias sociales.....	400
<b>Total distocias.....</b>	<b>540</b>

Resultando, pues, que de 100.000 habitantes, a los efectos de atenciones maternas en clínica, son 540 los que se han de atender por las distocias referidas.

Resultando un promedio de 12 el número de estancias por parto distócico, serán, pues, doce días los que estará ocupada una cama por cada parturienta; luego 360 días del año dividido por 12 nos dará el rendimiento de una cama durante el año, o sea, el número de madres que darán a luz en la misma cama:

$360 : 12 = 30$

como resulta que son 540 mujeres las que tendrán que ser atendidas en clínica, el número de camas necesario será:

$540 : 30 = 18 \text{ camas.}$

**CUADRO GENERAL**

100.000 habitantes.—2.000 partos. 540 distocias. 12 días por estancia. 18 camas necesarias.

**Infancia.**

Sabemos que el cálculo de nacimientos por 100.000 habitantes, anualmente, es el de 2.000, salta a la vista que tendremos que atender 2.000 niños de 0 a 1 años, o sea, como el número total de partos; pero como hay que cuidar y vigilar al niño hasta los catorce años, resulta que se hará una progresión tan importante que hemos de tener muy en cuenta las tablas de mortalidad en la infancia para que el número no se eleve muy considerablemente; resulta, pues, que al nacer 2.000 niños anualmente, tenemos:

	NIÑOS
De 0 a 1 años.....	2.000
Fallecen de 0 a 1 años (según tablas).....	232
<b>Quedan de un año.....</b>	<b>1.768</b>

y procediendo con las tablas de mortalidad y el número de nacimientos anuales, resulta que por cada 100.000 habitantes habrá:

De 0 a 1 años.....	2.000
» 1 » 2 ».....	1.768
» 2 » 3 ».....	1.669
» 3 » 4 ».....	1.621
» 4 » 5 ».....	1.597
» 5 » 9 ».....	1.579
» 5 » 9 ».....	7.815
» 10 » 14 ».....	5.240
	<b>23.289</b>

Resulta, pues, que se ha de contar con 24.000 niños, en terminos redondos, por cada 100.000 habitantes que hay que atender constantemente.



### Hospitalización de lactantes.

Extensión del problema en nuestra nación. ¿Qué se ha hecho? ¿Qué debiera hacerse?

Son escasísimas las clínicas de lactantes en España. En nuestros contados hospitales de niños, apenas hay servicios de niños pequeños.

No es fácil la hospitalización del lactante. Requieren muchos casos la hospitalización de la propia madre y en todo caso personal especializado y gran cantidad del mismo, hasta el punto que se ha dicho que una clínica de lactantes bien atendida requiere una enfermera para cada tres niños.

Sin llegar a esa perfección, debemos primero fomentar el establecimiento de pequeñas clínicas en los hospitales rurales para tratar los casos de urgencia, procurando la dieta hídrica conveniente, el tratamiento dietético oportuno, muy fácil de vigilar en el medio hospitalario, difícil de controlar en los domicilios modestos.

En todo hospital, municipal o provincial, se establecerán servicios de lactantes. Cabría pensar la conveniencia de instalar laboratorio dietético anejo a estos servicios hospitalarios. No es recomendable sino en grandes Centros; el progreso de la industria de dietéticos excluye la conveniencia de establecer laboratorios o cocinas dietéticas complicadas de montar y sostener, a excepción de las destinadas a la enseñanza de Puericultura.

*Servicios hospitalarios de asistencia médica, y asistencia social del niño abandonado. Las inclusas españolas. Buenas y malas inclusas. El Instituto Provincial de Puericultura de Madrid. El Jardín de la Infancia de Santander. La Casa de Maternidad de Barcelona. La inclusa como factor demográfico negativo.*

No precisa esforzarse para demostrar la influencia nefasta de las inclusas en el orden demográfico. De todos son conocidas la elevada mortalidad infantil entre los niños abandonados.

De ahí que se vengán propugnando medidas profilácticas del abandono infantil.

Ya, en 1938, intentamos convencer a quien correspondía la necesidad de dictar disposiciones encaminadas a evitar el abandono, procurando la convivencia de la madre e hijo. Fracasamos en nuestros intentos por las dificultades económicas inherentes a la época de guerra.

Recientemente, el ilustre Director de la Institución Provincial de Puericultura de Madrid ha insistido en la Dirección General de Sanidad sobre dicho asunto, habiéndose elaborado un Proyecto de decreto que dice:

#### PROYECTO DE DECRETO SOBRE PROTECCION DEL RECIEN NACIDO ABANDONADO

Dedicando el Estado español atención preferente a cuanto con la infancia se relaciona, con miras a la grandeza de la futura España, ha de procurar poner en práctica los medios conducentes a que el problema del niño abandonado no sea tal entre nosotros, para que disminuya esta terrible aberración de la humana sociedad.

En todos los países del mundo se da el fenómeno de madres que por diversos motivos (económicos, morales o de otra índole) abandonan a sus hijos en el momento mismo del nacimiento, antes de que los lazos materno-filiales eviten ese hecho monstruoso.

El niño abandonado es un candidato a la muerte o a la anarquía.

Las estadísticas enseñan que, a pesar de los cuidados de la Puericultura en las inclusas y en modernos asilos y hogares o casas cunas, mueren un tanto por ciento elevadísimo de niños que, en épocas de epidemia, ha llegado al 100 por 100 de los acogidos. El que logra salvar la vida constituye para el Estado una seria carga económica hasta que llega a valerse por sí mismo. El abandono, falta de calor y educación familiar, exento de sentimientos filiales, lejos de agradecer a la sociedad cuanto por él hiciera, constituye, salvo honrosas excepciones, campo propicio para que prendan en él ideas y sentimientos antisociales; germen anarquizantes que le convierten en enemigo del Estado mismo que, prohibiéndole, atendió a su educación.

La multiplicidad de las causas del abandono infantil hace difícil la solución de tan importante problema. En diferentes Congresos nacionales o internacionales de Protección a la Infancia, se ha reputado como medida la más eficaz para hacer profilaxis del abandono infantil, procurar por todos los medios que el recién nacido conviva con su madre siquiera sea unas semanas, dando lugar a que prendan en ella la llama del amor materno y, sobreponiéndose a las causas que pudieran inducirlo, al aban-

dono del hijo, que no se separe de él, contribuyendo a su propia regeneración moral, cuando la necesitare, y a que instituida una lactancia materna disminuya extraordinariamente los estragos de la lactancia artificial en los primeros meses de la vida.

Por otra parte, está demostrado que el procedimiento de admisión mediante el llamado «torno» favorece el abandono del recién nacido, porque evita desde los primeros días de su vida la convivencia entre madre e hijo, por lo que procede ser desterrado de los establecimientos en que todavía perdura. La experiencia de las inclusas que han suprimido tan arcaico procedimiento, no puede ser más favorable.

Con el deseo de implantar a este respecto las normas de la moderna Puericultura, a propuesta del Ministro de la Gobernación y previa deliberación del Consejo de Ministros,

DISPONGO:

Artículo 1.º Queda suprimido el funcionamiento de los llamados «ornos» en todas las inclusas y establecimientos infantiles del territorio nacional, sustituyéndose por una oficina de admisión, en que se respetará el secreto de la maternidad.

Art. 2.º Toda mujer soltera, viuda sin hogar o casada indigente sin hogar y sin otros hijos a su cuidado que dé a luz en clínicas o maternidades del Estado, Provincia o Municipio, de Auxilio Social, otras entidades o privadas, está obligada a permanecer en la misma o ser trasladada a Institutos de Puericultura o inclusas anejas, en donde permanecerá como mínimo los tres meses consecutivos al parto si el hijo vive y como máximo un año, pudiendo también permanecer voluntariamente en caso de fallecimiento de éste, si conserva su secreción láctea.

Art. 3.º En dichos establecimientos se instalarán salas adecuadas para que, dada de alta la mujer días después del parto, quede interna durante el periodo señalado en el artículo anterior dedicada a la crianza de su hijo y a las labores propias de su sexo, recibiendo durante su internado alimentación adecuada, enseñanzas elementales de Puericultura e instrucción religiosa y moral.

Cuando las disponibilidades económicas lo permitan, se instalarán pabellones que funcionen como Casas maternales.

Art. 4.º En estos establecimientos se respetará el secreto de maternidad, siendo prohibidas las visitas públicas.

Art. 5.º Los Directores de Maternidades, Casas maternales e Institutos de Puericultura no permitirán la salida de estos establecimientos de ninguna de las madres comprendidas en el art. 2.º de este Decreto, antes de que su hijo cumpla los tres meses de edad. Dichos Directores comunicarán al Jefe provincial de Sanidad la infracción de este artículo.

Art. 6.º Los Directores de las Instituciones comprendidas en el presente Decreto podrán solicitar la ayuda de la Autoridad gubernativa, cuando la consideren necesaria, para impedir la evasión de las acogidas.

Art. 7.º Todas las madres, al abandonar el establecimiento en que dieron a luz, se presentarán con su hijo provistas del certificado de alta al Médico titular del pueblo de su residencia o al Dispensario de Puericultura, si lo hubiere, repitiendo mensualmente estas visitas hasta que el niño cumpla dos años.

Es de obligación del Médico titular o del Director del Dispensario comunicar a la Institución de procedencia el cumplimiento de lo preceptado en el párrafo anterior.

Art. 8.º Los Médicos tocólogos que privadamente asistan a madres solteras, las orientarán convenientemente con el fin de impedir el abandono del hijo.

Art. 9.º En el plazo de tres meses, se someterán a la aprobación de la Dirección General de Sanidad los reglamentos por que se rigen las Instituciones citadas, debidamente modificados en consonancia con lo que queda preceptuado.

Art. 10. Los Gobernadores civiles cuidarán de vigilar el cumplimiento del presente Decreto.

Art. 11. Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan al cumplimiento de este Decreto.

Informado este Proyecto favorablemente por la Dirección General de Administración Local, se estudia el modo de obtener los recursos necesarios.

Evitaríamos así el espectáculo de inclusas de numerosas provincias españolas, en donde la casi totalidad de niños desaparecen en el primer año. Mas, entretanto llega y convencido de que siempre habrá niños abandonados, no podemos los Puericultores del Estado de España mirar con indiferencia la despreocupación de este problema de algunos organismos provinciales españoles.

En la mayoría de provincias no son especialistas, sino médicos generales o tocólogos (cuando no de otra especialidad más alejada) los que teóricamente dirigen a estos niños, porque en la práctica son las religiosas, muchas veces carentes de preparación puericultora, las encargadas del cuidado de estos desgraciados. No exageramos en estas afirmaciones. A excepción de contadas instituciones que como ejemplo señalamos más arriba, el problema es vergonzoso en muchas provincias. Reclamamos en ellos para los médicos Puericultores del Estado la regencia de dichos establecimientos cuando, como en muchos, no tengan ya reglamentariamente designado su personal.



*Hospitales clínicos de enseñanza de Pediatría. Necesidades de las cátedras de Pediatría (art. 21 de la ley de Sanidad Infantil y Maternal). Hospitales provinciales y municipales de Pediatría.*

La más importante labor para una lucha eficaz contra las enfermedades infantiles, será mejorar la enseñanza de Pediatría con competetísimos pediatras; constituyé el profesorado de nuestras Universidades. Mas, ¿decidme, ¿puede enseñarse a centenares de alumnos en decenas, muy pocas, de camas y sin medios auxiliares necesarios? Urge dotar a las cátedras de las instalaciones hospitalarias necesarias como remedio, el más urgente y eficaz.

En algunos hospitales provinciales hay servicios pediátricos. En pocos son suficientes. Con relativa facilidad, pudieran instalarse tales servicios contando con edificios adecuados. Precisa obligar a su establecimiento.

Existen hospitales, como el del Niño Jesús, de Madrid, con excelente edificio, aunque falto de elementos necesarios, que pudieran convertirse en modelo por la competencia de sus médicos y el merecido prestigio científico. Urge mejorar su economía, y a ello se apresta ahora el Ministerio de la Gobernación a través de su Consejo de Administración del Fondo de Protección Benéfico-Social.

Servicios infantiles existen en otros hospitales de Beneficencia particular, como Valdecilla, el de Tenerife, etc. Está en mantillas, no obstante, este aspecto de asistencia infantil.

*El niño tuberculoso. Prevención y curación. Salas de embarazadas en sanatorios anti-tuberculosos. Servicio de aislamiento del recién nacido. Colocación familiar. El niño tuberculoso pulmonar. El tuberculoso extrapulmonar*

Basta el enunciado que antecede para darse cuenta de los extremos del problema de la tuberculosis infantil: ¿diagnóstico? En Dispensario. En todo Dispensario del Patronato Nacio-

nal Antituberculoso debe existir médico-pediatra Puericultor.

Los escasos preventorios actuales deben ampliarse.

No existe sino un Sanatorio en España con Sala para embarazadas. Todos debieran tenerla.

El Patronato Nacional Antituberculoso dedicará el 10 por 100 de sus camas para niños. A nuestro entender, no basta ese número, y, por otra parte, no podemos admitir la promiscuidad con adultos, sino establecimientos de sanatorios infantiles o, al menos, pabellones infantiles.

No entramos en detalles, por ser motivo de otro estudio en esta reunión, acerca de preventorios, sanatorio escuela, sanatorio de monte, sanatorio marítimo, hospital de niños tuberculosos, etc.

Es, tal vez, el de niños en tuberculosis quirúrgica el aspecto de hospitalización infantil más atendido, a través de los sanatorios de Oza, Pedrosa, Malvarrosa, Torremolinos, Galix, etcétera, y los que con ejemplar caridad dirigen los hermanos de San Juan de Dios.

*La recuperación de los niños inválidos y deformes. Su diagnóstico precoz. Su estadística. Papel del Dispensario de Sanidad Infantil. Centros de tratamiento ambulatorio. Centros de hospitalización. Colaboración con otros Centros sanitarios.*

¿Quién oficialmente se ocupa de la recuperación de niños inválidos y deformes? Nadie.

Plausible la iniciativa particular. Meritísima la tarea que especialmente la Orden de San Juan de Dios realiza en magníficas instituciones. ¡Lástima no se le ayudase, especialmente en el orden técnico, mediante especialistas!

Son varios los millares de niños cuyas funciones pudieran recuperarse y convertirlos en útiles para la sociedad, como lo hicieron otros países.

Propugnamos que en nuestros dispensarios se realicen diagnósticos y la estadística. En determinados dispensarios el tratamiento ambulatorio, vigilado sistemáticamente, y se establezca red de Centros hospitalarios con personal especializado que

proporcionen los servicios oficiales, conectando todos los organismos existentes, sanatorios marítimos, etc.

No queremos dejar de señalar cuán indispensable es un plan nacional de hospitalización infantil, ocuparse de niños anormales mentales en colaboración con instituciones de tutela del menor, manicomios, instituciones médico-pedagógicas oficiales y particulares, etc. Hoy no haremos sino apuntar la necesidad.

El art. 21 de la ley de Sanidad Infantil y Maternal dice: «Los hospitales y consultorios de niños quedan sujetos a las prescripciones de la presente Ley.»

A través de sus órganos sanitarios, abordará el Estado el problema mediante instituciones propias, unas veces, o estableciendo el protectorado sanitario, las demás.

Yo invito a todos los Puericultores del Estado a colaborar en esta interesante materia.

Estoy seguro de que entre las grandes mejoras que el Seguro de Enfermedad ha de reportar, estará el establecimiento de maternidades y clínicas pediátricas en número suficiente.

No creo exagerar al pensar en un plan de 20 hospitales de 100 camas y 200 clínicas pediátricas con 10 camas. Esas 4.000 camas para enfermos agudos, sumadas a las 4.000 para tuberculosos más 2.000 para lisiados, constituyen el mínimo que requiere la asistencia hospitalaria infantil.

No se tilde de ambicioso a un plan que, sin grandes dispendios económicos, habría de reportar el grandísimo beneficio de salvar anualmente millares de vidas de niños.

#### *El personal de los hospitales infantiles.*

Los servicios hospitalarios dedicados a asistencia pública o benéfica que se vayan estableciendo o ampliando, pueden contar con personal especializado que el Estado español pone a su disposición, el Cuerpo de Médicos Puericultores del Estado, reclutados en dura oposición entre los más prestigiosos pediatras españoles, podría desempeñar las funciones de asistencia médica de los mismos, así como de servicios de puericul-

tura provincial (inclusas) que no cuentan ya con personal *ad hoc*.

Deberán respetarse todos los derechos adquiridos, pero marcando una parte hay que tender a la máxima coordinación de servicios, como señala la ley de Sanidad Infantil y Maternal, a cuya aplicación todos debemos tender; con nuestra mira puesta al servicio de España y del niño español.

Madrid, mayo 1943.

---

---

## Estado actual y clasificación de las neumonías infantiles

POR EL

**Prof. G. ARCE**

---

Quando me fué concedido el honor de presentar en esta reunión de médicos puericultores un trabajo en relación con la patología infantil, no dudé en la elección de este tema. En primer término, por creer que las inflamaciones agudas del pulmón constituyen en el niño, actualmente, una de las causas que más influyen en las cifras de mortalidad infantil, y, en segundo lugar, porque el asunto de las neumonías de esta edad ha sufrido en estos últimos años profundas modificaciones en los conceptos sostenidos durante largo tiempo. Se han adquirido nuevos conocimientos referentes a la etiología, patogenia y anatomía patológica; se han descrito nuevas formas clínicas y radiológicas; ha variado considerablemente, y de modo favorable, el tratamiento. Consideramos el momento actual tan interesante y de un cambio tan profundo en la interpretación de las hipótesis que giraban alrededor de las inflamaciones pulmonares agudas de la infancia, que comparamos esta situación a la experimentada hace ya más de veinte años en la interpretación de los trastornos nutritivos.

En todo cuanto voy a tratar me refiero a la neumonía en su amplio sentido de *inflamación aguda, no específica del pulmón*; es decir, a la neumonía crupal, lobulillar e intersticial.

Cuantos hechos nuevos se encuentran hoy día descritos en

los más modernos tratados y publicaciones, se deben a los trabajos de Loeschcke y Lauche sobre la anatomía patológica e interpretación patogénica; a los de Engel, en la forma en que se realiza la invasión del pulmón por los gérmenes que intervienen en la enfermedad; a los de Neufeld y Haendel, que estudian la bacteriología y las diferentes variedades de neumococo, y a Seckel, que investiga las formas de reacción del aparato circulatorio. Agradecemos a Fanconi la descripción de nuevos tipos de neumonía por el comportamiento de las modificaciones sanguíneas, y a Wiskott, que clasifica las diferentes formas de neumonía infantil con arreglo a un modo de ser en relación con la edad y capacidad defensiva dependiente de la misma.

#### BACTERIOLOGÍA DE LAS NEUMONÍAS

De modo preferente se han dirigido las investigaciones en el sentido de la bacteriología, por creer que con ello se explicarían las diferencias esenciales que separan a las distintas formas anatómico-clínicas de la enfermedad. Debemos a los trabajos de la escuela americana, principalmente a los de Neufeld y Haendel, la descripción de diferentes tipos de neumococo. Estos autores diferencian tres tipos fijos que llamaron I, II y III, y uno variable que designaron como tipo IV. Posteriores investigaciones de Cooper y Bullock, han dado a conocer que dentro del tipo IV existía otra serie de variedades y llegaron a identificar veintinueve tipos, que calificaron del IV al XXXII. Todos ellos han sido designados con el nombre genérico de grupo X. En oposición a los tipos I al III, se consideraron los incluidos en este último grupo como de propiedades mutables, pudiéndose transformar unos en otros. Posteriormente, se ha llegado a la conclusión de que casi todos ellos corresponden a formas fijas.

Para Neufeld y Gunderl, los tipos fijos I, II y III serían preferentemente los agentes productores de la neumonía crupal, y los incluidos dentro del grupo X los de la neumonía lobulillar o bronconeumonía. Joppich, Grossmann y otros autores, creen que la neumonía crupal puede ser producida por

casi todos los tipos de neumococo, y que el tipo I puede ser el causante unas veces de neumonía crupal y otras de tráqueobronquitis o bronconeumonía.

Por lo que se refiere a las neumonías infantiles, Wiskott llega a las siguientes conclusiones, deducidas del estudio de 1:668 casos. Considerados en su totalidad, encuentra un dominio preponderante del grupo X. En las neumonías crupales predominan los tipos I, XIV, VI, V, VII, IV, III; pero no existe un predominio absoluto tan del tipo I, como en el adulto. Por otra parte, en las neumonías lobares de los niños por debajo de los dos años de edad, se comprueba un predominio de los neumococos del grupo X, mientras que en los de edad superior de dos-tres años existe una preferencia del tipo I. En la neumonía lobulillar se comprobaron, de modo preferente, los neumococos del tipo VI y XIV. Señalemos además que, según Neufeld y Etinger y Gundel, en el niño sano y en el que padece corizas y bronquitis, existe un dominio preferente de los neumococos pertenecientes al grupo X.

De todo esto podemos deducir que en las neumonías crupales del niño mayor domina bacteriológicamente el tipo I del neumococo, al igual que en el adulto; mientras que en las del niño pequeño, al igual que en la neumonía lobulillar del adulto, predominan los del grupo X, y que esto concuerda con los hallazgos de los mismos gérmenes que de un modo saprofítico viven en la rinofaringe infantil.

Realmente, parecen impresionantes los hallazgos bacteriológicos en las neumonías infantiles; ello ha conducido a crear una relación de causa a efecto y aceptar que la neumonía crupal sería producida por la llegada al pulmón del neumococo tipo I y II, y que esta contaminación se verificaría mediante contagios directos de enfermos de neumonías y portadores de gérmenes. En la bronconeumonía no existiría este tipo de infección exógena, sino que sería producido por los neumococos del grupo X, saprofitos habituales de las vías respiratorias infantiles, que adquirirían carácter patógeno mediante propiedades cambiables del individuo o condiciones especiales de los gérmenes. Según Gundel-Keller, la rareza de la neumonía crupal en el lactante se explica por las dificultades del contagio con ti-

po I y II, por las condiciones especiales de vida durante esta edad.

No debe olvidarse que en la génesis de las neumonías infantiles tiene que tenerse en cuenta que, muchas veces, la enfermedad se presenta durante la evolución de otros procesos infecciosos (gripe, sarampión, tos ferina, etc.) y que, por consiguiente, es forzoso admitir la intervención más o menos directa de estas enfermedades primitivas.

Estos hallazgos bacteriológicos de las neumonías del niño no acaban de explicar la patogenia de todas las formas anatómicas y las razones por las cuales el niño pequeño tiene tendencia a padecer las neumonías de focos múltiples y el mayor la cruposa y lobar, ni la diferente evolución de una y otra, la mayor o menor participación de otros órganos, el distinto ciclo de la temperatura y la evolución y pronóstico diferente.

### NEUMONÍAS Y ALERGIA

Por los caracteres evolutivos de la neumonía crupal, su comienzo, el transcurso típico, las modificaciones sanguíneas y su terminación en crisis, se ha supuesto que pertenece al tipo de las llamadas enfermedades alérgicas (Lauche). Son actualmente defensores de esta opinión Engel, Joppich y especialmente Duken, quienes sostienen que la neumonía crupal se desarrolla solamente bajo condiciones determinadas y en individuos en situación especial. Se ha comparado la evolución y características de la neumonía crupal con la enfermedad del suero. En ésta se exteriorizan los fenómenos en forma de exantema y fiebre a los ocho a once días de haber sido administrado el suero y en el momento de mayor reacción antígeno-anticuerpo. Suponen Duken y Joppich que la neumonía crupal puede compararse a la enfermedad suérica, con la diferencia que la reacción antígeno-anticuerpo se realiza en el momento de la crisis. Esta pudiera adelantarse de modo artificial, si se administra suero de convalecientes a un enfermo de neumonía crupal. En la enfermedad del suero comienzan los síntomas de un modo tardío, por ser originada por un proceso de alergia-

ción progresiva, y aunque la formación de anticuerpos se inicia en el momento en que se incorpora el suero, se necesitan varios días para que su formación alcance un nivel determinado. Por el contrario, en la neumonía crupal los neumococos infectarían a un organismo anteriormente sensibilizado. La formación de anticuerpos se activa en el momento de las primeras manifestaciones clínicas, y cuando llega a su máximo desarrollo sucede la reacción antígeno-anticuerpo, que se manifiesta por la crisis (Keller, Duken, Engel).

Acceptando esta teoría alérgica, pueden ser explicadas las características de la enfermedad. La sensibilización previa del individuo da lugar a la formación de anticuerpos que quedan almacenados en el sistema retículo-endotelial. Cuando se produce una infección masiva del neumococo, se origina la reacción de este sistema que conduce a un estado de imbibición sérosa con tumefacción consecutiva de pulmón, hígado, bazo y médula ósea. Este sería el motivo de la liberación de leucocitos neutrófilos, de la ictericia y de la reacción positiva de urobilinógeno. Esta primera fase, que Rössle llama mecanismo de bloqueo, podría explicar también la localización habitual en un lóbulo del pulmón. En la segunda fase, cuando por la formación creciente de anticuerpos llega a su máximo la reacción antígeno-anticuerpo, se produce la crisis, y con ella cesa ese estado de excitación retículo-endotelial con desaparición de los síntomas consecutivos que había originado. Nos llevaría muy lejos el mecanismo de la desaparición total de los neumococos, para lo cual parece necesario la formación de una *bacteriotropina específica*, bajo cuya intervención se desarrollaría la actividad fagocitaria de macrófagos y otras células, fenómenos todos que terminarían en la producción de un estado de inmunidad.

Para demostrar el carácter alérgico de la neumonía crupal se ha comparado esta enfermedad con la escarlatina (Duken). Ambas enfermedades empiezan a presentarse en una misma edad de la vida. Un adulto que sufre la infección por el estreptococo o el neumococo, padece más frecuentemente escarlatina o neumonía, respectivamente; mientras que un lactante que su-

fre el mismo tipo de infección, padece, por ejemplo, erisipela o bronconeumonía. Ambas enfermedades las considera Düken como *expresión hiperérgica* del organismo. La escarlatina sería, según esto, una forma especial de sensibilidad para el estreptococo y la neumonía crupal para el neumococo.

La neumonía crupal, dice Düken, es una enfermedad con individualidad propia, con producción de exudados fibrinosos en los alvéolos, de evolución cíclica especial y con una reacción tumultuosa en pulmón, hígado y sangre. Es preciso tener en cuenta estos hechos para no confundirla con otro tipo de neumonías que, por tener una localización lobar, son interpretadas como neumonías crupales, cuando en realidad se trata de inflamaciones pulmonares en las que no existen las características clínicas y de sensibilización ni las reacciones viscerales antes señaladas en la auténtica neumonía crupal. Esta constituye, según Düken, una verdadera enfermedad alérgica, por sensibilización, y no inmunidad ante el neumococo. Esta aclaración es necesaria para poder interpretar con exactitud, según la teoría alérgica, estas formas de neumonías intermedias o de tránsito, que llama Wiskott, y que nada tienen que ver con la neumonía crupal, para la que propone este nombre y no el de neumonía lobar.

Es hace tiempo conocido que la alergia puede ser provocada por diferentes circunstancias y que pueden presentarse en el mismo individuo diferencias de graduación, lo que permitiría hablar de alergización completa e incompleta y explicarnos los diferentes matices y formas con que reacciona la totalidad del organismo e incluso el pulmón, según las circunstancias de mayor o menor sensibilización en que se encuentra en el momento de ser infectado por el neumococo. Tal vez pueda ser ésta la razón, si se acepta la teoría alérgica, de que en una edad se produzca neumonía lobulillar y en otra la crupal.

Queda por explicar el hecho de observación diaria, de que los procesos pulmonares agudos son más frecuentes en los niños con trastornos nutritivos crónicos, en el raquitismo y a continuación de algunas infecciones: gripe, sarampión, tos ferina, etcétera. Cabría imaginarse que todas estas condiciones originan una disminución general de la resistencia del individuo y,

con ello, la mayor facilidad para la modificación y sensibilización inmunobiológica de la infección primaria o, bien, que con motivo de la menor resistencia se origina la segunda infección con más facilidad.

Barla-Szabó acepta que la neumonía crupal es un proceso pulmonar local de un organismo en situación hiperérgica, mientras que la bronconeumonía representa una forma de reacción correspondiente a un estado de sensibilización relativamente pequeño. Según esto, el motivo de la presentación de una u otra forma de neumonía estaría en relación con la capacidad reaccional del individuo, determinada por el mayor o menor estado de sensibilización dependiente de la edad.

Según Wiskott, la frecuencia de la forma lobulillar en el lactante y de la crupal en el niño mayor, sería explicada por un estado de *constitución y disposición* especial en relación exclusiva con la edad, no dependiente de una de mayor o menor sensibilización alérgica del individuo. Según este autor, en las diferentes edades existe una suma de propiedades *morfológicas y funcionales* que influyen decididamente en la capacidad defensiva contra la infección. Con arreglo a este principio, las inflamaciones pulmonares en los primeros meses de la vida adoptan la forma multifocal por existir una capacidad de defensa deficiente e inmadura de carácter primitivo, lo que da lugar a reacciones en otros sistemas orgánicos, transcurso de la fiebre acíclica y gravedad del estado general. En oposición a estas *formas primitivas* de neumonía, de carácter multifocal, propias del niño pequeño, existen otras inflamaciones pulmonares, unifocales, propias del niño mayor; suponen un estado de madurez, por lo que se refiere a su capacidad defensiva específico-humoral adquirida con la edad. Las denomina neumonías *focales*, con transcurso más cíclico de la fiebre comienzo brusco y tendencia a la terminación en crisis, y en las que existe una menor participación de otros sistemas orgánicos. El prototipo de esta forma de *neumonía de madurez*, sería la neumonía crupal. En una edad intermedia, final del primero y comienzo del segundo año, se encuentran ciertas formas de neumonía que participan de ciertos caracteres de la neumonía crupal, por ser de carácter focal, pero que no transcurre cíclica-

mente como aquéllas, y existe una cierta participación de la totalidad del organismo, que traducen una capacidad defensiva contra la infección no adquirida en toda su integridad. A este grupo de neumonías las califica como formas de tránsito o de madurez incompleta.

Otra particularidad de la teoría de Wiskott, es que las inflamaciones pulmonares de la forma primitiva o de inmadurez y las de tránsito o de madurez incompleta, deben considerarse como enfermedades propias de la infancia, que se desarrollan en el niño a causa de su modo de ser infantil. Es decir, que la neumonía lobulillar del lactante hay que considerarla como una enfermedad propia de esta edad y no debe ser comparada con las bronconeumonías de los adultos. Sus particularidades y caracteres están tan en relación con la edad, al igual que los trastornos nutritivos del lactante, con los cuales tienen de común un factor patogénico decisivo, fundado en su pequeña capacidad de lo calización del proceso. Este diferente comportamiento del niño ante las infecciones pulmonares agudas, debido a su estado de mayor o menor madurez defensiva contra la infección, puede servir de solución a la cuestión, hace mucho tiempo planteada, de por qué se origina unas veces una bronconeumonía y otras una neumonía lobar (Wiskott).

Además de otras objeciones que comentaremos con motivo de la clasificación y reconociendo la geniosidad de esta teoría, fundada en una relativa realidad anatómica y clínica, no puede explicarnos la totalidad de los hechos. Tiene el inconveniente de dar excesiva importancia patogénica al estado defensivo del individuo en relación exclusiva con la edad y tienen poco presentes los factores externos de alimentación, estado nutritivo e infecciones anteriores que pueden coexistir y preceder a la enfermedad pulmonar. La disergia, por ejemplo, es una propiedad adquirida del distrófico y al igual que el raquitismo y otras enfermedades de carácter infectivo, gripales, sarampión, tienen una influencia decidida en la patogenia y evolución de la enfermedad. Por consiguiente, no es todo ni exclusivo la edad en que se encuentra el niño para explicar las formas variadas de neumonía que puede presentar. Por otra parte, vemos con alguna frecuencia niños lac-

tantes eutróficos del segundo y tercer trimestre que padecen formas focales, de evolución bastante rápida y que recuerdan por todos sus síntomas a las formas crupales, mientras que aquéllas son más raras en los niños débiles, distróficos o raquíticos. Por el contrario, niños mayores que anteriormente han padecido enfermedades consuntivas graves, infecciones prolongadas o que por su alimentación o higiene defectuosa se encuentran en un estado de hipotrofia, padecen formas prolongadas de neumonía, muchas veces de carácter lobulillar y de localización preferente en hilio o región paravertebral, al igual que sucede en las llamadas por Wiskott formas primitivas propias del lactante. El ejemplo más patente es la neumonía de Wassermann positivo de Fanconi, que a pesar de presentarse en niños mayores adopta una forma hiliofugal o de tránsito. O bien adoptan una forma focal y localizada que se prolonga durante mucho tiempo o siguen un curso emigratorio; es decir, que evolucionan al igual que las formas de tránsito aceptadas, por este autor, para la edad intermedia y de inmadurez relativa del niño.

#### MODOS DE INFECCIÓN Y ALTERACIONES ANATÓMICAS

En la neumonía crupal se admitió durante mucho tiempo que el neumococo llegaba al pulmón por vía hematógena y que produciría una reacción de los tejidos de tipo congestivo y masivo, afectando la totalidad de un lóbulo. Se debe a los trabajos de Lauche y Loeschcke un cambio en estos conceptos. Probablemente, el neumococo llega al pulmón por vía aérea y se localiza en un punto, la mayoría de las veces próximo al hilio, propagándose excéntricamente hacia las partes periféricas (neumonía unicéntrica de Lauche). A continuación se produce en el pulmón no un estado congestivo, como antes se creía, sino una infiltración edematosa en las proximidades del punto de inoculación primitiva. Este líquido edematoso, muy rico en leucocitos y neumococos, se propagaría de alvéolo en alvéolo por los orificios interalveolares y a través de los finos bronquios por la fuerza de la gravedad y los movimientos respiratorios (mo-

vimientos de flujo y reflujo de Tendeloo), hasta llegar a alcanzar toda o una gran parte de un lóbulo. La infección puede propagarse, también, a través de los vasos linfáticos, interbronquiales e interalveolares. Según aquellos autores, no es constante el período de hepatización roja y si una reacción inflamatoria del alvéolo con exudación de fibrina que, al coagularse, toman las partes afectas el aspecto de hepatización gris que, en realidad, sería el segundo período anatómico de la neumonía. La hepatización roja, de existir, es más tardía. Posteriormente, la disgregación del coágulo de fibrina se verifica por un trabajo efectuado no por los leucocitos, sino en virtud de una proliferación activa del epitelio alveolar, con lo cual se establece el período de resolución de la enfermedad.

Aceptando esta concepción anatómica de la no existencia precoz de congestión y hepatización roja, quedaría por explicar uno de los síntomas más constantes y a veces más precoz de la neumonía del adulto: la presentación del esputo hemoptoico. Respecto a la producción aerógena de la infección, con localización primitiva del neumococo en las zonas más aireadas del hilio y base del pulmón, está en contradicción con la observación clínica reiterada de que, en el niño, la localización más frecuente es el lóbulo superior derecho, región en que la aireación presenta mayores dificultades. Únicamente, teniendo en cuenta la concepción de Engel sobre el modo de propagación de la infiltración y por el número elevado de ganglios en esta región y su situación dentro del mismo pulmón, puede explicarse la localización preferente en el lóbulo superior derecho, a partir del hilio del mismo lado.

Engel y Grosser, basados en la investigación radiológica, han llegado a la siguiente teoría en la interpretación genética-anatómica de la neumonía crupal en la infancia. En el momento en que comienza la enfermedad y que se produce la elevación de la temperatura, no se observan modificaciones esenciales clínicas ni radiológicas en la exploración del pulmón, y únicamente puede percibirse una cierta tumefacción ganglionar. En el segundo o tercer día, se observa un velado pulmonar, y en días sucesivos se constituye la imagen radiológica que se considera como típica de la enfermedad. Rara vez se comprueba

la densidad pulmonar desde el primer día, y en ocasiones deja de percibirse durante toda su evolución, aunque existan los demás síntomas de la neumonía. De estas confirmaciones radiográficas llega Engel a la afirmación de que la infección neumocócica origina una especie de foco primario no apreciable en el pulmón; a continuación, se infectan y tumefactan los ganglios regionales y, por último, se constituye la neumonía propiamente dicha. La infiltración puede partir de los contornos del foco de inoculación o de los ganglios del hilio. Se ha hecho famosa la frase de Loeschcke, citada hoy día por casi todos los autores: «*se nos presenta la neumonía ante nuestra vista algo muy semejante a lo que ocurre con la tuberculosis. Lo que la tuberculosis produce en períodos de tiempo muy extensos, trabajando, por así decirlo, en tiempo de lupa, lo apresura rápidamente la neumonía, que actúa con tiempo de huracán y de devastación*». De este modo podría explicarse, según Engel, la localización lobar de la neumonía, su preferencia por el lóbulo superior derecho por la riqueza y contacto íntimo de los ganglios en esta región y su rara localización en el lóbulo superior izquierdo, porque los ganglios de esta zona, al no estar en contacto con el pulmón, se dificultaría el posible desarrollo de la infiltración a partir de sus proximidades.

En la neumonía lobulillar, por el contrario, se consideraba su origen multifocal (neumonía multicéntrica de Lauche), debido a su carácter patogénico y broncogénico y de ahí la denominación de bronconeumonía que, como dice Duken, debe ser sustituido por el de neumonía bronquial de la enfermedad. La reacción en esta enfermedad fué contraria a la de la neumonía, y se pensó que muchas veces tiene un origen hematogénico o, al menos, no ser consecutiva a bronquitis. Para establecer las relaciones de las bronquitis con los focos neumónicos, sería preciso observar en la autopsia la mayor o menor participación de los bronquios en el proceso. Teniendo en cuenta que muchas veces clínica y anatómicamente se encuentran bronquitis diseminadas, y aun de carácter purulento, sin infiltraciones pulmonares, fué afirmado por Engel que la bronquitis y la neumonía son producidas al mismo tiempo, y llegó a creer que



una bronquitis, por fuerte y extensa que sea, nunca llega a transformarse en una neumonía. Las investigaciones de Heim, basadas en un gran número de casos, llegan a confirmar que la neumonía lobulillar no siempre es de origen broncogénico, y que forzoso es admitir que la infección del pulmón se realiza al mismo tiempo que la infección bronquial, ya por vía aerógena, ya por vía hematogena. La ley de Engel no puede aceptarse íntegramente, y como este autor ha dicho más tarde, puede existir una diseminación de la enfermedad por vía broncogena y llegar, incluso, a producir una forma miliar de neumonía lobulillar.

#### NUEVAS FORMAS DE NEUMONÍAS

En estos últimos años han sido estudiados nuevos tipos clínicos de neumonía infantil, que creemos de interés exponer con la brevedad que el espacio nos exige.

*La neumonía intersticial del niño prematuro y débil.*—Estudiada y descrita clínicamente por Raspe, Ammich, Nischke, y desde el punto de vista anatómico, especialmente por Benecke. Las alteraciones histológicas tienen su asiento exclusivo en el tejido intersticial del pulmón, que se encuentra tumefacto y contiene numerosas células plasmáticas. En la autopsia se encuentra la casi totalidad de ambos pulmones infiltrados y sin aire, los alvéolos y finos bronquios comprimidos y parcialmente llenos de un exudado fuertemente coloreado y pobre en células. No existe verdadera inflamación bronquio-alveolar ni pleuritis acompañante.

La enfermedad comienza de un modo latente en las primeras semanas de la vida por aceleración en la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos, elevación del número de leucocitos y modificación radiográfica del pulmón. Los síntomas manifiestos son más tardíos y se revelan bajo la forma de color pálido cianótico, taquipnea intensa con aleteo nasal, accesos de sofocación y tos irritativa coqueluchoide. Los signos físicos son poco acusados; la percusión cuidadosa permite descubrir pequeñas zonas de submatidez de localización paraver-

tebral y paraesternal, en especial en el lado derecho; el signo más característico es la presencia de finos estertores crepitantes al final de la inspiración, semejantes a los de la atelectasia pulmonar, pero que, al contrario de lo que en ésta sucede, se exageran con motivo de las inspiraciones profundas, que siguen al llanto y a la tos. No se perciben, en los cuadros puros de neumonía intersticial, roces pleurales ni estertores húmedos, por no existir bronquioalveolitis exudativa ni pleuritis concomitantes. Cuando coexiste enfisema intersticial, subpleural o mediastínico, los estertores finos son reemplazados por ruidos de roces gruesos, perceptibles especialmente sobre el esternón y corazón. En la radiografía se observan densidades cordonaes de carácter hiliofugal que se extienden hacia la periferia, confluyendo y dando lugar a sombras más homogéneas de localización en campo superior y medio. Si existe enfisema intersticial, subpleural o mediastínico, se perfilan pequeños espacios claros o de mayores dimensiones de límites, bastante precisos o bajo la forma de fajas claras, a lo largo del mediastino o cubriendo en forma de manto los contornos del corazón.

La evolución, en realidad, es lenta, teniendo en cuenta la total duración y el período de latencia; pero cuando se presentan los síntomas característicos, la terminación mortal de la enfermedad no excede de unos días.

En la etiología, destaca Nischke, la influencia de infecciones catarrales que preceden a la evolución de la enfermedad. Ammich piensa en una reacción especial del débil y prematuro dependiente de una madurez incompleta del organismo. Benecke y Raspe creen tiene gran importancia el exudado de los bronquiolos rico en albúmina, dependiente de un cambio de la estructura coloidal de las albúminas del suero que, según György, sucede a la edad de dos a tres meses.

El tratamiento preferido, según Nischke, es la onda corta. Deben hacerse dos aplicaciones diarias de cinco a seis minutos de duración, con lo que se consigue reducir la mortalidad en un 50 por 100.

*La neumonía eosinófila del lactante.*—Descrita por Fancioni, se caracteriza anatómicamente por ser una neumonía de focos múltiples de forma hiliofugal y de propagación perivaso-



bronquial. Se presenta en el primer trimestre de la vida en los niños débiles y prematuros y en los distróficos de peso muy inferior al normal.

El síndrome clínico está constituido por tres síntomas fundamentales: tos coqueluchoide, accesos de sofocación y eosinofilia sanguínea, cuyas cifras marchan paralelas a la extensión de los infiltrados pulmonares y descienden con la regresión de los mismos, pudiendo llegar hasta un 35 por 100 del número total de leucocitos, como sucedió en uno de nuestros casos. La falta de fiebre y la poca intensidad de los signos logrados por la percusión y auscultación, junto con la falta de complicaciones pleurales y supurativas de pulmón, además de su evolución lenta con tendencia hacia la curación, completan las modalidades de esta neumonía. La radiografía proporciona imágenes hiliofugales con tendencia a confluir en las proximidades de la cisura.

Se considera esta neumonía como una forma de reacción especial de los débiles y niños con peso inferior a lo normal, ante los agentes que habitualmente intervienen en la producción de los procesos catarrales agudos de la infancia. Su tratamiento no difiere del habitual en otras formas de neumonía. Debe destacarse, según nuestra experiencia, la poca influencia de las sulfopiridinas sobre la curación total de la enfermedad.

*La neumonía pseudo-luética.*—Descrita por Fanconi, se presenta en la segunda infancia en niños con estados de nutrición correspondientes a hipotrofia, motivados por causas diferentes, si bien es posible que exista una cierta debilidad constitucional. Según Grumbach, el agente productor es el bacilo haemophilus de Pfeiffer, ya que se piensa que esta forma infantil es igual a la estudiada por Heglin en los adultos.

Su evolución es solapada, con poca fiebre e incluso afebril; los signos subjetivos se reducen a tos ligera con expectoración escasa, y los objetivos a estertores subcrepitantes finos y, rara vez, de matidez con broncofonía y soplo. Radiográficamente, origina una imagen hiliofugal de forma cordonal más o menos confluyente y con participación ganglionar, determinando un conjunto que recuerda al de la tuberculosis.

Lo específico de la enfermedad es la posibilidad de las reac-

ciones Wassermann, Kahn y Citokol en sujetos que anteriormente a la enfermedad tenían reacciones negativas, y que al desaparecer los infiltrados pulmonares y manifestaciones clínicas, las reacciones vuelven a hacerse negativas para no volver a reaparecer. Su duración acostumbra a ser de dos a tres semanas.

*Neumonía reumática.*—Hace tiempo que Schottmuller sostuvo la opinión que los signos físicos percibidos sobre el tórax en el curso del reumatismo articular agudo, podían ser debidos a la existencia de una verdadera neumonía y no siempre a la pleuritis exudativa, más frecuente durante la evolución de esta enfermedad. Fraser y Naish han proporcionado la prueba histológica de la existencia de una neumonía reumática. En el pulmón se encuentran zonas de hepatización en mayor o menor extensión de color rojo púrpura y pequeños focos parduscos más o menos diseminados. Su aspecto recuerda al de una neumonía intersticial. Fraser comprobó nódulos típicos de Aschoff en el tejido intersticial pulmonar y en unión estrecha con pequeños vasos sanguíneos de los tabiques interlobares. Naish encontró una proliferación endotelial de las paredes de los capilares alveolares. Se trata, pues, de una neumonía reumática específica y no debida a infecciones sobreañadidas.

Su localización habitual es el lóbulo inferior izquierdo, pero puede localizarse sobre el lóbulo superior, medio o inferior derecho. Tiene el carácter de su fugacidad, pero a veces produce infiltraciones que persisten durante varios días. El coincidir con pericarditis o miocarditis se ha interpretado falsamente, considerándola como estados compresivos de las bases de pulmón, con un corazón aumentado de volumen. Los signos subjetivos y objetivos de la enfermedad no difieren de los de otras formas de neumonía.

*Neumonía oleosa o lipoidea.*—Ha sido estudiada principalmente por los autores americanos Corper, Freed, Kampbell, Pinkerton. En Europa es menos conocida, y merecen destacarse los nombres de Kauffman y Debré.

Se presenta en niños pequeños, más frecuentemente en lactante con mal estado de nutrición. Se ha culpado a diferentes sustancias grasas; la grasa de la leche en primer lugar; tam-

bien se ha encontrado en los pulmones gotitas de aceite de hígado de bacalao; parece ser que las grasas de procedencia vegetal tienen menor tendencia a su producción. Todavía se duda cual es su verdadero origen, si infeccioso, mecánico o metabólico.

El comienzo acostumbra a ser insidioso, y la evolución apirética. Los signos de percusión y auscultación poco intensos, y la imagen radiológica da lugar a densidades más o menos extensas, sin adenitis satélite. No acostumbra a presentarse trastornos circulatorios, si bien se ha observado cianosis.

Anatómicamente está constituida por nódulos semejantes a tubérculos, rodeados de una cápsula fibrosa y necrosados en el centro, en donde puede reconocerse gotas de grasa. De un modo secundario pueden observarse manifestaciones de bronquiolitis, originados por infecciones asociadas. Microscópicamente, lo característico es la presencia de macrófagos cargados de aceite y de células gigantes, que aclaran el diagnóstico.

#### CLASIFICACIÓN DE LAS NEUMONIAS INFANTILES.

Durante más de cuarenta años ha sido utilizada la clasificación de Aufrecht en neumonía crupal o lobar, neumonía de focos múltiples o bronconeumonía. No obstante, por parte de algunos y patólogos se apreciaba la dificultad de encuadrar algunos de los enfermos en alguna de estas dos formas, dada la semejanza clínica y aun anatómica que pueden presentar. Constituyó un progreso la división posterior, de neumonía crupal, neumonía lobulillar y neumonía intersticial.

Mucho tiempo ha sido útil la división anatómico-clínica, por lo que se refiere a la infancia, de neumonía paravertebral o disteclática, neumonía crupal y neumonía lobulillar. La primera, como propia de los niños, con trastornos nutritivos; la segunda, como forma más frecuente en los niños mayores, y la tercera, como especial de los niños lactantes.

Engel clasifica las neumonías del niño, desde el punto de vista anatómico y por su frecuencia en las diferentes edades, del modo siguiente:

A) *Neumonías del recién nacido.*—Congénita, por transmisión hematogena a partir de la madre y adquirida por aspiración antes o durante el parto.

B) *Neumonías del lactante.*—Distingue una forma aseptica de localización paravertebral y disteclática y otra forma infectiva, que subdivide en lobulillar, septicémica y crupal.

C) *Neumonías de los niños pequeños o neumonía lobulillar diseminada o bronconeumonía.*—Anatómicamente puede adoptar el tipo de focos múltiples diseminados y el confluyente o pseudolobular. Desde el punto de vista clínico diferencia las siguientes formas: pulmonar, cardíaca, atónica, intestinal, meningea, septicémica, asténica y asfictófila.

D) *Neumonía crupal o lobar del niño mayor.*—Clínicamente distingue las formas meningea, encefaloide y tíficas.

Seckel diferencia una neumonía con circulación compensada y otra con descompensación. La primera corresponde a las formas localizadas de neumonía. En el segundo grupo distingue tres formas principales: cardio-pulmonar, cardio-vascular y cardio-atónica. Fundamenta esta división sobre el conjunto de los síntomas objetivos que puede presentar el enfermo y el del resultado de determinaciones de las cantidades de sangre y plasma circulante.

En la forma *cardio-pulmonar*, se destaca el enrojecimiento de sangre o ligera palidez, fiebre elevada y puede estar aumentada la cantidad de sangre circulante. En la forma *cardio-vascular*, el niño presenta una coloración gris azulada o gris pálida con tendencia a frialdad y cianosis, flaccidez y meteorismo del abdomen, tumefacción de hígado, intranquilidad y estado angustioso, tendencia a colapsos y disminución considerable de la cantidad de sangre. En tales casos la sangre está almacenada en las vísceras, que actúan a modo de depósito y el corazón late en vacío. Se trataría de una parálisis capilar, en niños cuyos capilares tienen un tono disminuido. En la forma *cardio-atónica*, existe hipotonía muscular, pulso hipotenso, falta la tumefacción de hígado, se comprueba intranquilidad y agitación y coincide con elevación de la cantidad de plasma y sangre. Todo ello supone una sobrecarga sanguínea del corazón, porque los

órganos de depósito están vacíos y sería originado por un trastorno del tono de los precapilares.

Wiskott divide las neumonías infantiles en tres grupos fundamentales, con subdivisiones en dos de ellos, que vamos a estudiar y comentar por la importancia que se da actualmente a la teoría y clasificación de este autor. Los fundamentos de esta clasificación, ya comentados en párrafos anteriores, son anatómicos, clínicos y radiográficos, en relación con la capacidad defensiva del niño en las diferentes edades.

A) *Neumonías primitivas*

Todas las neumonías que se incluyen en este grupo ofrecen la característica de presentarse bajo la forma de focos múltiples, salvo raras excepciones, y el ser producidas por el neumococo, al que en ocasiones se asocian otros gérmenes que influyen sobre el cuadro clínico. La participación de otros sistemas orgánicos da cierto carácter a la enfermedad, y los factores humorales de defensa contra la infección están en segundo término y representan una capacidad de reacción relativamente disminuída, en relación con este período de edad de inmadurez y de escasa diferenciación. Las particularidades anatómicas del pulmón y las propiedades fisiológicas de la respiración completan el influjo de la edad. Se divide en los siguientes subgrupos:

1. *La neumonía neonatorum.*— Pueden ser producidas por infecciones intrauterinas transmitidas por vía sanguínea cuando la madre padece de neumonía crupal o están en relación con una aspiración de líquido amniótico antes del parto o durante el parto. Las formas congénitas pueden presentar cierta semejanza con la neumonía crupal, por su carácter hemorrágico y su extensión lobar, pero no son esencialmente crupales. La neumonía por aspiración adopta la forma de focos múltiples.

2. *Las neumonías del primer trimestre.*— Se trata de una inflamación de focos múltiples, poco exudativa, y acompañada de atelectasia. Puede tener tendencia a confluir, dando lugar a densidades no muy homogéneas en la radiografía, pero que por su semejanza con la neumonía de tipo focal la califica de

forma *pseudofocal*. Su evolución es tórpida, de ciclo febril atípico y con tendencia a atelectasia y formación de bronquiectasias.

3. *La neumonía intersticial del niño prematuro y débil.*— Ha sido anteriormente descrita.

4. *La neumonía hiliofugal perivasobronquial.*— Es el representante principal de las inflamaciones pulmonares del niño de primera edad. Su mayor frecuencia es la edad de la lactancia; en el segundo año de la vida suma un 30 por 100 de la totalidad de las neumonías, disminuye en el tercer año y casi desaparece por completo en el cuarto año.

Su localización corresponde al hilio, desde donde se extiende en forma de infiltración a lo largo de las bifurcaciones vasculares y bronquiales, dando lugar a densidades de tendencia confluyente que se difuminan hacia la periferia, pero que por su falta de homogeneidad en la radiografía, dejan reconocer el carácter no focal. Clínicamente se reconocen por la existencia de signos de bronquitis y bronquiolitis, con zonas de matidez, broncofonía y estertores consonantes de localización principal en región paravertebral y lóbulos inferiores. Su transcurso es de tipo subagudo y no tiene tendencia especial a la producción de abscesos, empiemas ni bronquiectasias. Su origen es probablemente aerógeno y de tipo broncógeno.

Dentro de esta forma debería incluirse la neumonía eosinofílica, no citada por Wiskott, y descrita en los párrafos anteriores.

5. *La neumonía miliar.*— Recibe este nombre, porque radiográficamente está constituida por una serie de pequeñas densidades que recuerdan la imagen radiológica de la tuberculosis miliar. Anatómicamente está constituida por focos múltiples diseminados con bronquitis y bronquiolitis, lo que hace suponer su origen endobronquial de disposición hacinosa.

Es una forma mucho más rara que la hiliofugal. Los síntomas son los comunes a los de la neumonía lobulillar, la disnea y cianosis son bastante ostensibles y no se perciben signos objetivos de condensación pulmonar. La evolución es aguda y a veces bajo una forma septicémica. Los casos de evolución favorable pueden terminar con formación de bronquiectasias.

Semejantes a esta forma, son las neumonías de aspecto miliar después del sarampión y tos ferina, en las cuales pueden verse en la radiografía aspecto semejante, originados por engrosamientos en forma de nódulos que son producidos por infiltraciones peribronquiales en las cuales quedan incluidos los más finos bronquios. En la luz de los mismos, puede apreciarse un exudado que contiene fibrina.

6. *La neumonía con tendencia a la formación de focos purulentos.*—Presenta como característica el ser producida por estafilococo, neumococos y estafilococos, y más rara vez neumococos y estreptococos. Su tendencia a la formación de pus es el hecho más destacado. Finkelstein y Nassau la describen con el nombre de forma de neumonía septicémica del lactante. Wiskott la denomina de aquella manera para diferenciarla de otras neumonías que de un modo facultativo pueden dar lugar a esta complicación. Es más frecuente durante el primero y segundo trimestre de la vida. Los recién nacidos y distróficos constituyen la mitad de los casos. El comienzo puede ser brusco y el estado general corresponder al de una séptico-puemia. Decisivo para el diagnóstico es la imagen radiológica, en la que precozmente se aprecia una pleuritis de forma marginal y un enturbiamiento total del lado afecto. Rápidamente puede dar lugar a signos clínicos de formación de exudados con fenómenos de compresión que aseguran el diagnóstico.

Anatómicamente se encuentran focos purulentos del tamaño de una cabeza de alfiler hasta el de una cereza; de distribución múltiple y aspecto perforante en forma de panal. Según Finkelstein, pueden existir fusiones purulentas grandes que comprendan hasta la totalidad de un lóbulo. Los abscesos tienen una localización preferente subpleural, lo que podría hacernos pensar en el carácter hematógeno de la infección. La falta de abscesos en otros órganos y la coexistencia con infecciones purulentas de los bronquios, hablan a favor de su origen broncógeno (Kleinschmidt, Wiskott). Se concede alguna importancia etiológica a los factores de hospitalismo y a cierto carácter de algunas epidemias de gripe. En algunos casos se ha comprobado en niños cuyas madres padecían de mastitis, lo que hace pensar en neumonías por aspiración (Wiskott).

### B) *Las neumonías focales*

Bajo esta denominación comprende Wiskott las neumonías con tendencia a producir infiltraciones de origen unicéntrico, y algunas de ellas con reacciones especiales del sistema retículo-endotelial, son, en su mayor parte, producidas por el neumococo. La participación de otros sistemas orgánicos es menos intensa que en las neumonías primitivas. Representan una traducción y un comportamiento de defensa diferenciado y de madurez más o menos intensa del organismo, tanto anatómica como funcionalmente. Su representante más genuino y de mayor madurez es la neumonía crupal y, como menos diferenciado, la llamada por Wiskott forma de tránsito. La diferenciación de una con otra, es determinada mediante el grado de focalidad, que en las formas de tránsito es considerado más pequeño.

1. *Las neumonías de tránsito.*—Constituyen una gran parte de las neumonías focales en los tres primeros años de la vida. Dentro de este grupo deben incluirse lo que otros autores han descrito bajo la forma de bronconeumonía focal y neumonía pseudolobar, lo que llama Grosser neumonías localizadas y Duken neumonías lobares. En realidad, Wiskott comprende dentro de este grupo todas las neumonías que al parecer son crupales, pero que presentan desviaciones anormales en la evolución clínica y también todas las bronconeumonías que tienen tendencia a la localización del proceso anatómico en una parte del lóbulo, pero bien entendido que anatómicamente no se trata de una confluencia de focos primitivamente múltiples.

La evolución clínica puede ser variable, parecerse más a una neumonía y otras veces a bronconeumonía. La forma más genuina se caracteriza por comienzo agudo o gradualmente ascendente en relación con afecciones catarrales que anteriormente existen. La fiebre es remitente, pero sobre todo de tipo intermitente, pueden verse diferencias de temperatura hasta de cuatro grados y tomar un aspecto que Moro ha calificado de neumonías de fiebre en sierra. La duración es de dos a cuatro semanas, y la terminación más frecuente en lisis. Después de la desaparición de la fiebre, puede existir una sorprendente hipotermia y

monotermia que dura hasta una semana, con temperaturas de 36° y oscilaciones diarias de una a dos décimas.

El diagnóstico puede presentar muchas dificultades. Sorprende el relativo bienestar del niño y puede faltar la taquipnea y el aléteo nasal. Los niños están relativamente bien en los momentos afebriles. El ascenso y descenso de la fiebre son diferentemente soportados, y escalofríos y estado de colapso suceden algunas veces.

Radiológicamente se caracteriza por densidades homogéneas que afectan a una gran parte o a todo un lóbulo, con tendencia a carácter emigratorio y cronicidad. Wiskott ha descrito la forma de *tránsito de carácter marginal*, en la que las infiltraciones están alejadas del hilio y tienen tendencia a emigrar y otra *forma emigratoria crónica*, con transcurso de varios meses. Fanconi describe una *forma de evolución subaguda, casi afebril*, con formación de pequeños focos, que se presenta especialmente en los niños que padecen de asma y que pueden presentar dificultades diagnósticas por la tuberculosis.

La forma de tránsito tiene una tendencia mayor a la recidiva de la neumonía crupal. Su pronóstico es relativamente bueno, aunque no tanto como la neumonía crupal. La complicación más frecuente es el empiema, y más rara vez el absceso de pulmón.

Según Wiskott, existe un cuadro anatómico mixto; el exudado alveolar contiene fibrina al igual que en la neumonía crupal, y por la tendencia a la partición en el proceso del árbol, se parece a la bronconeumonía.

2. *Neumonía crupal*.—Representa un comportamiento de defensa de diferenciación y madurez completa.

Es más frecuente a partir del segundo año de la vida, y en el tercero y cuarto representa más de la mitad de las neumonías de la infancia. El proceso neumónico se caracteriza, anatómicamente, por un exudado fibrinoso y por estar localizado a una parte o todo un lóbulo. El transcurso de la curva de temperatura es cíclico y termina en crisis. El pronóstico es favorable, y la complicación más frecuente es el empiema y el absceso de pulmón.

Esta clasificación de Wiskott tiene un fundamento anatómi-

co, como hemos explicado, en cada una de las formas. Las dificultades surgen en el terreno clínico, ya que los síntomas subjetivos y objetivos son muy parecidos en todas ellas. Aun sirviéndose de la exploración radiográfica las semejanzas pueden ser grandes, y en la práctica se encuentran asociadas las más variadas imágenes. La asociación de formas pseudofocales o hiliofugales, las de esta última e infiltraciones más o menos extensas que recuerdan a las formas de tránsito, la disposición miliar asociada a infiltraciones homogéneas y las imágenes hiliofugales con las densidades que caracterizan las formas de tránsito, son de observación corriente en la práctica. Otro tanto tenemos que decir de la imagen radiográfica que señala como importante para el diagnóstico de la forma que tiene tendencia a producir focos purulentos, pues la pleuritis laminar y los velados en campos pulmonares se observan en cualquiera de las formas de neumonía cuando se complican con pleuresias de la gran cavidad.

A pesar de ello, consideramos de un gran mérito esta clasificación y un avance serio en el estudio de las neumonías infantiles, y su doctrina un argumento atendible para la explicación del porqué de la neumonía lobulillar del niño pequeño y de la crupal en el niño mayor.

#### TRATAMIENTO DE LAS NEUMONÍAS INFANTILES

En pocas enfermedades se han hecho mayores esfuerzos para tratar y disminuir la frecuencia, acortar su evolución e influir sobre la mortalidad, como en el caso de las neumonías de la infancia. Desde aquella terapéutica de la revulsión, baños y tónicos cardíacos, hemos llegado a la actual de las sulfopiridinas y sulfotiazoles, aire libre y tónicos cardíacos, que constituyen la triada fundamental de la terapéutica moderna.

Durante mucho tiempo hemos empleado la *sueroterapia* específica y las vacunas polivalentes. Grandes dosis de suero antineumocócico polivalente, y mejor monovalente del tipo uno, nos ha parecido tener una influencia favorable en la evolución de la neumonía y bronconeumonía, acortando la duración de

la enfermedad, favoreciendo el descenso de la fiebre y mejorando los síntomas tóxicos. A pesar de su menor empleo en la actualidad, debido a la mayor eficacia de la quimioterapia, Schmidt cree que puede ser beneficioso el asociarla a estos productos, haciendo un tratamiento combinado especialmente en las formas de evolución tóxico-septicémica.

En las neumonías con tendencia a la formación de abscesos, derrames pleurales y de evolución crónica con o sin bronquiectasias, utilizamos muy frecuentemente la *vacunoterapia polivalente*. La dosis e intervalos entre cada una de ellas son las habituales en el tratamiento por las vacunas. Su empleo nos ha parecido de alguna utilidad y creemos deben aconsejarse en los casos que hemos indicado.

La quimioterapia por las *sulfopiridinas* y *sulfotiazoles*, constituye la terapéutica actual de las neumonías, y aunque todavía no puede decirse la última palabra, creemos que ha proporcionado grandes éxitos y esperamos de ella aún mayores triunfos. Nos unimos a la opinión de Fanconi, que estima como una gran falta el no tratar hoy día las neumonías por medio de esta quimioterapia.

Los productos de que tenemos bastante experiencia son la Eubasina, Eubasimum, Dagénan, Piridazol, y menos del Thiazomide. Han sido discutidas las dosis que deben emplearse en los niños. A juzgar por las acciones tóxicas y consecuencias desagradables que dicen presentan los adultos tratados con estos productos, creemos y somos de la opinión que los niños los soportan mejor, aún empleando dosis relativamente mayores. Fridrichsen aconseja dosis elevadas en los niños pequeños. En un principio fueron utilizadas dosis de 0,40-0,50 gramos por kilo de peso; hoy día se prefieren dosis pequeñas, entre 0,10-0,20 gramos por kilo de peso, por considerarse de igual eficacia y tener la ventaja de su menor toxicidad. Por lo que se refiere a nuestra opinión sobre este asunto, nos decidimos por la cantidad de 0,20 gramos por kilo de peso en los casos graves y durante los primeros días del tratamiento, y por la de 0,10-0,15 gramos en las formas benignas y a partir del tercero o cuarto día de haber establecido el tratamiento. Generalmente establecemos esta terapéutica tan pronto como se hace el diag-

nóstico y en casi todos los casos de proceso pulmonar agudo. Dividimos la cantidad total elegida en dosis parciales que se administran cada tres o cuatro horas, y continuamos el tratamiento durante cinco a siete días. Otras veces empleamos una primera dosis grande de choque, y a continuación dosis parciales y con arreglo a los principios antes establecidos. Generalmente continuamos el tratamiento a pesar de haber desaparecido la fiebre y lo reanudamos si, pasados algunos días, vuelve a elevarse.

La eficacia de esta terapéutica debe juzgarse por el comportamiento de la fiebre, la evolución de los infiltrados, la duración total de la enfermedad, la eficacia profiláctica sobre las complicaciones y su influencia sobre la mortalidad. Generalmente, la fiebre desaparece en los dos primeros días en las formas focales, y un poco más tarde en las diseminadas, si bien en días sucesivos pueden comprobarse pequeñas elevaciones. Con el descenso de la fiebre, mejora el estado general del niño, disminuye la disnea y da la sensación de que se entra en periodo de convalecencia.

Según Fridrichsen, los infiltrados se reabsorben con extraordinaria rapidez. Nosotros creemos, con Frank, que esto sucede en los casos recientes, pero lo habitual es que continúen su evolución durante algunos días y que desaparezcan gradualmente, aunque en general con mayor rapidez que en los casos no tratados con estos productos. Las infiltraciones de los lactantes pequeños pueden continuar comprobándose en la radiografía durante varias semanas. Hemos visto algunas veces el hecho señalado por Fanconi de que pasados algunos días después de suspender el tratamiento, se producen nuevos focos en otros lugares diferentes al primitivo.

La duración de la enfermedad puede decirse que, en general, es acortada, y no compartimos la opinión de algunos autores, según la cual la eficacia profiláctica sobre las complicaciones no es notable o nula. En estos tres últimos años han disminuído considerablemente en nuestros servicios los abscesos de pulmón y pleuresías purulentas, los que atribuimos al tratamiento precoz por las sulfopiridinas de todo proceso sospechoso de neumonía, ya que esta terapéutica se ha vulgarizado y

se utiliza por el médico general tan pronto como sospecha el diagnóstico.

La influencia sobre la mortalidad general por neumonía, en su amplio sentido, es un poco difícil apoyarla sobre números exactos, pero a juzgar por lo que sucedía en épocas anteriores a esta terapéutica, podemos asegurar que asociada a las curas de aire libre y en algunos casos a la transfusión sanguínea, ha hecho descender, según nuestra experiencia, de modo notable la mortalidad por neumonía. Su eficacia es variable, según la forma de neumonía que se considere. Tiene una influencia decidida sobre las formas focales, si bien es cierto que éstas son las que menos contribuyen a la mortalidad total, dado su mayor carácter benigno (Wiskott). En las neumonías lobulilladas del niño pequeño, creemos que hace descender la mortalidad en una cifra aproximada del 50 por 100. Su influencia es mucho menor sobre las formas miliarias y en las que tienen tendencia a formación de abscesos y pleuresías. Las neumonías graves, consecutivas a sarampión, tos ferina y gripe, son a nuestro juicio las menos influenciadas, aunque creemos que aún en estas formas, se ha reducido la mortalidad.

Respecto a los *perjuicios de carácter tóxico* que puede producir el preparado, opinamos que son muy poco frecuentes. Los vómitos y diarreas en el curso del tratamiento, la mayoría de las veces por su poca intensidad y número, no impiden continuar la administración del producto. En los casos de vómitos persistentes, puede recurrirse a la administración por vía parental en inyecciones intramúsculares o intravenosas o en forma de supositorios o en enema diluido en una pequeña cantidad de agua. Anemias ligeras y cianosis poco intensa, son los daños de mayor importancia que hemos tenido ocasión de observar. No hemos visto anemias graves, agranulocitosis, ni neuritis. Fancóni describe un caso de encefalitis hemorrágica que atribuyó a los efectos tóxicos del Dagénan. Domagk cree que si se emplea el producto en un período tardío de la neumonía, puede cambiar el proceso hacia la producción de un absceso, opinión de la que no participamos.

A nuestro juicio existen pocas *contraindicaciones* al tratamiento prudente de las sulfopiridinas y sulfotiazoles. Los vó-

mitos y diarreas muy intensos, las anemias y otras enfermedades sanguíneas graves y la existencia de ictericia que traduce un daño grande del hígado, al igual que las nefritis, pueden hacernos meditar sobre la conveniencia de su empleo. En cada caso, debe calcularse el pro y contra, y dependerá la decisión de la gravedad de la afección pulmonar, en comparación con la de la enfermedad que estimamos constituya una *contraindicación*.

Un gran progreso en la terapia de las neumonías infantiles es el tratamiento por *aire libre permanente*. Una clínica bien organizada debe constar actualmente de un departamento a modo de terraza cubierta, en la que puedan instalarse las camas de los niños día y noche. La cura de aire libre no debe ser impedida por la temperatura fría local, siempre que se caliente la cama del niño por medio de caloríficos o de arcos o colchones eléctricos.

Su influencia favorable se aprecia en todas las formas de neumonía y puede utilizarse aún en los lactante de corta edad. Poco puede decirse de su modo de acción, pero parece ser que el aire fresco e inmovilidad produce una irritación cutánea de la cara con modificación en los capilares de influencia refleja sobre la circulación general y el sistema nervioso vegetativo. Según Duken, la influencia del aire exterior fresco se deja sentir por una mejoría de la circulación pulmonar, probablemente por una acción refleja que actúa sobre los capilares y bronquios, y cuyo punto de partida son las vías aéreas superiores. Que la administración de oxígeno con el aire puro permanente reporta una cierta utilidad, no puede dudarse; pero que este factor no es el único que influye, lo prueba que no se consiguen los mismos efectos con las inhalaciones permanentes de oxígeno puro. Wiskott cree que ciertos perjuicios en relación con el hospitalismo, son menos posibles e intensos con el empleo de la cura de aire libre.

Utilizamos desde hace varios años la cura de aire libre permanente en las neumonías infantiles. Su acción sobre el estado general del niño puede calificarse de maravillosa, y su influencia favorable se percibe por el descenso de la temperatura, mejoría de la disnea y cianosis, elevación de la presión ar-



terial, mayor tranquilidad del niño y sensorio más despejado. Es difícil expresar con cifras su eficacia, pero si comparamos la mortalidad de antes con la de ahora, época de tratamiento de las neumonías con aire libre y sulfopiridinas, tenemos que deducir que ambos procedimientos tienen una decidida participación en el descenso de la mortalidad infantil por afecciones pulmonares agudas.

Jochim recomienda el tratamiento por cambio de aire. El enfermo debe ser colocado durante seis horas al aire fresco y después ser transportado a un cuarto de aire caliente. La fuerte circulación reactiva de la piel de la cara al ser transportado al cuarto caliente, se considera como un factor de importancia. Según Wiskott, estos cambios diarios pueden producir tan fuertes reacciones vasomotoras que originen en el niño incluso un estado de colapso.

Pocas contraindicaciones existen del aire libre permanente. Por algunos autores se afirma que niños con circulación descompensada, reaccionan mal. Rara vez hemos tenido ocasión de comprobar esto, y muchas veces hemos visto mejoras sortantes de niños con aspecto cianótico y trastornos circulatorios después de una estancia de unas horas al aire libre. Pero tanto estos niños como los de aspecto pálido con hipotonía muscular y pulso frecuente, deben constituir una vigilancia más cuidadosa, para decidir si debe suspenderse el tratamiento por las reacciones desfavorables a que puedan dar lugar. No obstante, insistimos en que no constituye una contraindicación absoluta. Tampoco consideramos contraindicado las complicaciones pleurales, supuraciones pulmonares y trastornos dispépticos graves, tal como lo señalan algunos autores. Hemos visto en enfermos de pnoneumotórax espontáneo primitivo y pleuresías purulentas, de pronóstico, como se sabe, grave en el niño pequeño, curarse con curas de aire libre permanente.

La *transfusión sanguínea* constituye otro de los procedimientos de franca eficacia en la terapéutica de la neumonía. Actualmente casi todos los niños que ingresan en nuestra clínica, por ésta y otras infecciones, se determinan los grupos sanguíneos del padre, de la madre y del niño, y si son de un grupo adecuado se recoge la sangre de uno de los padres, por si fuera

preciso su empleo. Consignamos la necesidad absoluta de determinar los grupos sanguíneos y no puede utilizarse, sin exposición a grandes perjuicios, sangre procedente de la madre, sin esta medida previa, en niños de edad inferior a tres meses, como es aconsejado por algunos pediatras. La sangre utilizada se mezcla a partes iguales con un suero artificial de la siguiente composición y se conserva en la cámara frigorífica. Para 500 centímetros cúbicos: Sulfato de magnesio, 0,020 grs.; cloruro potásico, 0,100; citrato sódico n. c., 2,750 grs.; cloruro sódico, 3,250 grs.; agua bidestilada, 500 c. c.

Nuestra experiencia sobre la transfusión sanguínea en los procesos pleuro-pulmonares agudos es bastante dilatada. Su fundamento no es otro que la posibilidad de elevar la capacidad defensiva general del niño y, por consiguiente, la consideramos especialmente indicada en aquellos casos en que dominan los fenómenos tóxico-infectivos, en los que tienen tendencia a producción de focos purulentos en pleura y pulmón y en los que existen trastornos nutritivos importantes y anemias graves. Wiskott extiende las indicaciones a las neumonías secundarias de la gripe, sarampión y tos ferina, en las cuales parece actuar desfavorablemente la anergia producida por la infección primitiva.

Su eficacia favorable se revela por la mejoría del estado general y de cada uno de los síntomas, pero especialmente por la anemia y favoreciendo la elevación de la curva de peso. Consideramos contraindicadas para la transfusión, las neumonías en que existen una circulación muy descompensada.

Respecto al empleo de medidas especiales destinadas a corregir las *consecuencias desfavorables* de la enfermedad sobre el *aparato circulatorio*, es aconsejable seguir las normas dadas por Seckel, en sus líneas generales. En los enfermos con cianosis o color pálido gris cianótico, es aconsejable el uso de la Suprarrenina, Pituitrina, Hipofisina, Estricnina, Cardiazol y Eftonina. Se procurará tener caliente al enfermo mediante caloríferos o baños calientes. Pueden ser útiles las pequeñas sangrias directamente de vena o por medio de sanguijuelas, que Duken aconseja colocar en la parte lateral del hemitórax afecto; cuatro sanguijuelas calcula que extraen aproximadamente

100 c. c. En los casos muy graves puede actuar de modo favorable, y a veces salvando la vida una pequeña cantidad de Suprarrenina en una solución de glucosa al 10 por 100 inyectada intravenosamente en la cantidad de 30 a 100 c. c.

En las neumonías con coloración pálida y atonía, están especialmente indicados el tratamiento por Digital y Estrofantina. Para mejorar la circulación puede ser útil una envoltura de mostaza.

Por lo que se refiere a nuestra experiencia, creemos no puede establecerse de un modo absoluto reglas tan generales. Muchas veces hemos visto enfermos incluíbles en la forma cardiovascular de Seckel, con cianosis e hígado grande, mejorarse extraordinariamente por el tratamiento con Estrofantina seguido de una cura de Digital, lo que es lógico pensar sea debido a una mejoría de la capacidad contráctil y del tono muscular del corazón anteriormente distribuido y dilatado.

Fácilmente se comprende la necesidad de una alimentación y asistencia cuidadosa en todos los enfermos de neumonía y la administración de vitamina D en dosis grande y de choque, vitaminas A, C y B en aquellos casos en que exista raquitismo u otros estados carenciales atribuibles a la falta de cualquiera de estas vitaminas.

---

---

## La profilaxis de la tuberculosis en la infancia

POR EL

**Prof. R. RAMOS y Dr. RICARDO GARELLY**

---

### I

En el problema de la profilaxis de la tuberculosis, en general, es la parte relacionada con la infancia de un alto valor médico-social, hasta el punto de haber sido considerado por muchos autores que la infancia debe ser el centro de la lucha contra la tuberculosis, ya que en ella y en la adolescencia están las de los momentos considerados como más peligrosos.

El concepto de que la «tuberculosis es una enfermedad de la infancia», ha sufrido en estos últimos años algunas modificaciones, así como también el de que «la tuberculosis es una infección cuya primera estrofa remonta a la cuna»; modificaciones debidas a las investigaciones y trabajos epidemiológicos y clínicos.

Se admite que la infección tuberculosa es frecuente en la primera infancia, variando esta frecuencia en los diversos países según una porción de causas que luego analizaremos, dándose un promedio de 5 a 8 por 100 en los cuatro primeros años de la vida, para alcanzar hasta un 40 por 100 en la segunda infancia y llegar posteriormente, en la pubertad, hasta un 50 por 100.

Actualmente, estudios y observaciones de diversos autores

en varios países (España, Suecia, Noruega, Alemania, América, etc.) han demostrado la existencia de gran número de primo-infecciones en adolescentes y jóvenes adultos. El concepto de la gravedad de la tuberculosis en el lactante ha sufrido, también, modificación. Hoy en día no se admite, como hace años, que la tuberculosis del lactante era evolutiva, y fatalmente conducía a la muerte, bajo alguna de sus formas (pulmonar, meningea, etc.), en la gran mayoría de los casos, viéndose actualmente que gran número de lactantes infectados cursan favorablemente, venciendo en la lucha el organismo infantil, como nos demuestra ese gran número de lactantes con prueba tuberculínica positiva, sin que se compruebe en ellos lesión clínica o radiológica, y, por otro lado, el número de lactantes con lesión de tipo infiltrativo y ganglionar que cursan favorablemente.

Esto no resta importancia al problema de preservación de la infancia, que, a nuestro juicio, sigue siendo punto primordial en la lucha contra la tuberculosis, ya que en esta edad el peligro de la infección es de mayor gravedad por razones que después analizaremos.

En España, la curva de mortalidad por tuberculosis, en general, inició un descenso a principios del siglo actual, alcanzando un mínimun hacia 1914; pero a partir de esta fecha vuelve a elevarse para, en 1918, alcanzar su máxima elevación. Posteriormente, se inicia un nuevo descenso, que alcanzó en 1930 la cifra de mínima mortalidad.

Nuestra guerra civil trajo como consecuencia una elevación de las cifras de mortalidad por tuberculosis y, consiguientemente, de la morbilidad; aumento que actualmente se mantiene, variando, como es natural, en el medio urbano y en el rural y en las distintas regiones españolas, datos éstos muy importantes para fundamentar sobre ellos una profilaxis racional.

Los estudios epidemiológicos han conducido a establecer algunos nuevos conceptos y modificar otros, y así vemos que, como antes decíamos, un gran número de primo-infecciones se adquieren en la edad adulta, fundamentando esta afirmación en las investigaciones clínicas (pruebas tuberculínicas, reconocimientos sistemáticos, etc.) y en pruebas anatomopatológicas. Actualmente, se admite la curabilidad total de algunos casos

de primo-infección, quedando el organismo como nuevo ante la infección tuberculosa (existen observaciones clínicas indudables de reinfecciones con un nuevo complejo primario, así como los trabajos experimentados que apoyan esta concepción).

Es un hecho indudable la susceptibilidad del organismo según las edades, y así vemos que las estadísticas de mortalidad acusan una marcada elevación al principio de la vida, seguida de una depresión, más o menos acentuada, en la segunda infancia y edad escolar, para nuevamente sufrir una elevación al comenzar la adolescencia, siendo el período de la pubertad de gran morbilidad y desarrollo en formas graves.

En las características epidemiológicas de la tuberculosis juegan gran papel las reacciones de carácter inmunitario y alérgico del organismo infectado, en relación con las distintas edades y sexos.

La transmisión hereditaria de la tuberculosis (herencia del germen, herencia del terreno) no puede negarse, pero el papel que juega en la morbilidad tuberculosa es secundario.

Actualmente, la tuberculosis congénita (vía transplacentaria) es admitida, pero el número de casos admitidos como tales es reducido.

Los estudios sobre virus filtrable y la posibilidad de su paso a través de la placenta, se admitió por algunos autores como determinantes de ciertas formas de tuberculosis congénita (síndrome caquéctico de los recién nacidos). Actualmente parece pierde terreno el concepto del virus filtrable en la génesis de la tuberculosis, ya que algunos autores, como Dufonst, la defiende (Congreso Internacional de Pediatría, Roma, 1937), otros la niegan y algunos hasta ponen en duda la existencia de dicho virus, no faltando, por el contrario, quien como Jurnier, le da gran importancia.

La cuestión de la heredo inmunidad o de la heredo predisposición, son cuestiones actualmente debatidas y objeto de estudio, esperando que, quizá algún día, se llegue a conclusiones definitivas.

Merecen citarse los estudios de diversos autores sobre casos de tuberculosis en gemelos uni y bivitelinos y la influencia

que en la evolución de la enfermedad pueda ejercer la existencia de un factor genotípico.

Constitución y hábito, en relación con la tuberculosis en el niño, deben ser tenidos en cuenta y valorados en su justo medida, ya que actualmente está sometido a estudio y discusión lo que con esto se relaciona.

La existencia de alteraciones constitucionales o adquiridas (trastornos nutritivos, infecciones, etc.) contribuyen, en favorable o desfavorablemente, en la infección tuberculosa y en su evolución.

La existencia de un terreno constitucional especial (diátesis) y la modificación de la alergia, ejercen su influencia más marcada en la infancia, que en otras edades de la vida, en las manifestaciones de la infección tuberculosa y en la marcha que ésta adopte, teniendo como ejemplo de ello el concepto de la escrófula.

Es el contagio el mecanismo primordial en la génesis de la infección tuberculosa, y hoy podemos admitir el hecho de que el tuberculoso no nace, sino que se hace.

Es el foco interhumano el que juega el principal papel en lo que con el niño se relaciona, sobre todo en los dos primeros años de la vida; es el foco familiar el responsable en el mayor número de casos, y dentro de este foco es la madre, o hermanas, o sirvientas, la que la determinan por su mayor convivencia con el niño, sin que esto quiera decir que el padre u otros familiares no tengan, también, una gran importancia.

En la segunda infancia pueden ser intra y extrafamiliares, y en la edad escolar hay que dar importancia al posible foco escolar: maestros, condiscípulos, etc.

En segundo lugar, hemos de considerar el contagio determinado por el bacilo bovino, cuya vehiculación se hace a través de la leche procedente de vacas tuberculosas, variando su frecuencia de unos países a otros, para muy a tener en cuenta en el problema de la profilaxis. Para la verdadera y útil labor profiláctica, y partiendo de la base del contagio como elemento principal de contaminación de la infancia, hemos de tener muy en cuenta los siguientes factores: 1.º Intimidad y repetición de los contactos infectantes. 2.º Cantidad de gérmenes in-

fectantes. 3.º Virulencia de estos gérmenes. 4.º Vía de penetración. 5.º Estado de salud o enfermedad del niño. 6.º Estado de nutrición y alimentación a que está sometido. 7.º Condiciones higiénicas ambientales (vivienda, situación de ésta, vida que el niño hace, etc., etc.).

En el ambiente familiar, en razón de la intimidad de vida la repetición de los contactos infectantes, lógicamente, será mayor y, por tanto, más probabilidades tendrá el lactante de contagiarse.

Hemos de considerar las tres formas de contagio que distingue Simón y Redeker: el ocasional, el insidioso y reiterado y el por asalto o por sorpresa, y el papel que juegan en la infección del niño formas, evolución y pronóstico.

También Engel habla de las macro y microinfecciones y su importancia en infección infantil.

Unido a la repetición de los contactos infectantes hemos de considerar la cantidad de material infectante, de su gran valor en la intensidad del contagio, ya que dado el poco peso y desarrollo del niño, las dosis infectantes serán más nocivas cuanto más bajo sea el peso.

Las vías de penetración en el organismo humano son varias, considerándose actualmente como la principal la vía aerógena, le sigue la vía intestinal y, por último, la piel y mucosas.

Hechas estas ligeras consideraciones sobre epidemiología, herencias, contagio, etc., veremos cómo debe desarrollarse la acción profiláctica.

En primer lugar, haremos una labor prenatal en el sentido de vigilancia médico-social de la embarazada tuberculosa, principalmente en la que padezca lesiones contagiantes, para que atendida convenientemente sea factible, una vez nacido el niño, la separación de su madre para evitar su contaminación, y si esto no fuera posible (por razones sociales o ambientales o sentimentales), instruir a la madre para evitar el contagio o la reiteración de éste.

Si la separación fuese posible, se hará colocando al niño en alguna de las Instituciones que deben existir anejas a las Maternidades o en colocación familiar.

Las consultas de higiene prenatal de los Centros de Higiene



Infantil llenarán esta misión, así como también en relación con los niños nacidos de madres sanas, para que, sometidos a vigilancia desde su nacimiento, pueda ser descubierta, previa la visita social domiciliaria, la existencia de algún familiar, que no sea la madre, afecto de lesión contagiante.

Por todo ello, siempre que al nacer un niño exista en el medio familiar alguien afecto de lesiones tuberculosas contagiantes o sospechosa de serlo, la primera medida a tomar será la de separación del foco, y si esto no es posible, ha de ponerse en condiciones de aislamiento conveniente, después de múltiples tentativas para obtener una vacuna que pusiera el organismo en condiciones de lucha favorable contra la infección tuberculosa y después del empleo de alguna de ellas en el hombre, puede decirse que es la vacuna de Calmette-Guerin (B. C. G.), la que posee en su haber más hechos experimentados y clínicos, que autorizan su utilización en el niño.

En la conferencia técnica que para el estudio de la vacunación antituberculosa con la B. C. G., tuvo lugar en París en 1928, se llegó a la conclusión que: 1.º, es inofensiva (comisión bacteriológica); 2.º, a) no determina lesiones tuberculosas virulentas, b) provoca un cierto grado de inmunidad (comisión de clínicos).

La aplicación se recomendó fuera hecha por vía digestiva dentro de los diez días después del nacimiento. Se ha empleado también por vía subcutánea e intradérmica. Requiere como condición primordial la separación del niño del foco del contagio por un periodo de tiempo, por lo menos, de tres semanas en ambiente sano. Han de tenerse en cuenta, también, para la vacunación algunos factores, como índice de tuberculosis regional, ambiente tuberculoso o no, probabilidades de separación del foco para valorarlos antes de proceder a la vacunación.

Como eje de la lucha contra la tuberculosis, es el Dispensario Antituberculoso el órgano principal de sus múltiples funciones médico-sociales que realiza, y que no podemos detenernos a describir, haciéndolo sólo de las que con la infancia se relacionen.

Teniendo un papel fundamentalmente preventivo con el des-

cubrimiento de los focos obtenidos por la investigación social y el reconocimiento sistemático (familiar y sanos), podrá realizarse precozmente la separación del niño, el reconocimiento y la vigilancia del mismo, para descubrir las primeras manifestaciones de la infancia o de la enfermedad, atender a su colocación en las Instituciones adecuadas para su tratamiento.

Como colaborador del Dispensario Antituberculoso, el Dispensario de Higiene Infantil (o instituciones similares) cumple una misión de un alto valor profiláctico, pues atendiendo al niño desde los primeros días de su vida y vigilado desde el punto de vista médico-social, puede descubrir la existencia de focos ignorados y preservar al niño del contagio, a la vez que, por su vigilancia periódica, puede descubrir en él las primeras manifestaciones de la infección.

Cuando el niño pase de los dos primeros años de la vida, las causas de contagio aumentan y puede el niño estar ya infectado o enfermo al acudir al Dispensario de Higiene Infantil, y en ese caso la orientación hacia el Dispensario Antituberculoso, o la vigilancia, serán las medidas a tomar.

En la edad escolar, el control realizado por la Inspección médico-escolar y el reconocimiento periódico en el Dispensario Antituberculoso, cumplirán su misión profiláctica.

Por ello, es imprescindible una estrecha colaboración entre ambos organismos con un intercambio de sus funciones (orientación de los niños infectados, sin lesiones, hacia los Centros para su vigilancia; orientación de los niños con enfermedad tuberculosa hacia el Dispensario y las instituciones adecuadas para su tratamiento).

Para la realización de esta labor profiláctica estimamos necesarias las obras sociales y médicas que llenen las necesidades para la preservación de la infancia.

A la cabeza de ellas colocamos los Centros de Higiene Infantil, que con su función sanitaria contribuirán beneficiosamente a este fin, siendo necesario, para mejor ejercer su función, dotarlos de medios de investigación (rayos X, principalmente). Los niños infectados o enfermos acuden preferentemente a las consultas pediátricas, y por ello somos los pediatras los primeros que sorprendemos la enfermedad. Estrecha correlación

con los Dispensarios Antituberculosos; concesión de facultad para la colocación del niño tuberculoso en las distintas instituciones creadas para ese fin, siempre, como es natural, en relación y acuerdo con el organismo central de ello encargado; conveniencia de la existencia de un médico pediatra en los Dispensarios Antituberculosos.

Cumplimiento de todo cuanto con la higiene de la leche hay dispuesto (vigilancia sanitaria del ganado, higiene del ordeño, transporte, venta, etc.), para evitar los casos de infección por el bacilo bovino.

Creación de organismos del tipo de Poupenier anejo a las maternidades para, en ellos, recoger los nacidos de madres tuberculosas contagiantes y atender a su crianza en los primeros tiempos.

Puesta en marcha de las obras de colocación familiar, en familiares sanos.

Todo ello bajo el control de médicos pediatras. En la edad preescolar, en la que el niño está menos sometido al control sanitario, en que las causas de contaminación aumentan, en que sufre enfermedades infectivas que puedan repercutir sobre su estado general desfavorablemente para la infección tuberculosa (sarampión, tos ferina, etc.), la vigilancia y control de estos niños requieren la ampliación de Centros médico-sociales para su asistencia en instituciones del tipo de jardines infantiles, pre-ventorios, etc., para su profilaxis.

En la edad escolar, estimamos como base fundamental una perfecta organización de la Inspección médico-escolar, con el reconocimiento periódico de los escolares en estrecha relación con el Dispensario Antituberculoso, haciéndose en este último actualmente reconocimiento sistemático de los escolares, pues no hemos de olvidar el papel que el niño afecto de lesiones tuberculosas juega en la diseminación y contagio de sus compañeros, en manera mayor de lo que hasta hace poco se creía.

El reconocimiento periódico del personal dedicado a la enseñanza, es de primordial importancia para descubrir los afectos de lesiones contagiantes.

Actualmente, es obligatorio el reconocimiento en un Dispensario

de los que se dedican a la enseñanza, para poder ejercer su cargo.

Las colonias de vacaciones, altura o mar, previa selección de los niños; las escuelas al aire libre, para los débiles o infectados sin lesión; las cantinas escolares, son otras tantas obras que deben ser ampliadas o creadas como elementos de profilaxis.

El problema de la vivienda que reúna las mínimas condiciones higiénicas, es primordial en la profilaxis de esta enfermedad. Las orientaciones y trabajos en este sentido, van plasmándose en realidades debido a la labor y entusiasmo de nuestros dirigentes.

Todas las medidas sociales (salarios, seguros de enfermedad, higiene del trabajo, subsidios, etc.) que actualmente se han implantado o llevan camino de ser una realidad, obrarán, directamente en unos casos e indirectamente en otros, sobre la salud de los niños y, por tanto, sobre la infección tuberculosa.

Como contribución a cuanto antecede, apartamos alguno de los datos recogidos en nuestro Servicio del Dispensario Antituberculoso del distrito del Hospital, que dirige el Dr. Crespo Alvarez; datos que ponen de manifiesto el índice de tuberculización de la infancia con su elevado porcentaje de infectados y enfermos, que es el mejor exponente de la necesidad de una verdadera labor profiláctica infantil.

Hemos revisado las siete mil doscientas historias clínico-sociales de los niños vistos y seguidos por nosotros, distribuidos como sigue:

De 0 a 2 años: 283 varones y 236 hembras; de los cuales eran positivos a la tuberculosis 136 varones y 108 hembras.

De 2 a 6 años: 1.276 varones y 1.259 hembras; con 793 varones positivos y 773 hembras positivas.

De 6 a 12 años: 1.970 varones y 2.078 hembras; con 1.444 varones positivos y 1.502 hembras positivas.

En 118 casos de foco familiar comprobados por rayos X y presencia de bacilos en esputos; en 33 de ellos la madre era la enferma, el padre en 63, algún hermano en 29 y otros familiares (tíos, parientes, etc.) en 22.

En 233 de estos niños, no se comprobó lesión y sí sólo la sensibilidad a la tuberculina.

Entre los 519 niños menores de dos años, en los que la prueba tuberculina era positiva en 244, no se comprobó lesión clínica o radiológica en 59; en los restantes, se apreciaron lesiones diversas (complejos primarios en distintas fases; intumescencias ganglionales, infiltraciones, pleuritis granúlica, evolución tísica, etc.).

En la edad preescolar se acusa una elevada cifra de infectados, predominando las lesiones de tipo infiltrativo y ganglionar, con participación pleural acompañando al proceso o como manifestación aislada; las manifestaciones óseas no son muy abundantes.

En la edad escolar persiste el elevado porcentaje de infectados con formas infiltrativas y reacciones perifocales, apreciándose formas de reactivación; las formas úlcero-caseosas, así como las formas graves, sufren un recrudecimiento en el período de la postguerra.

## II

Esta segunda parte de la ponencia la dividiremos en cuatro apartados.

### D) Bases científicas

Para concebir cómo debe ser la lucha contra la tuberculosis enfocada desde un punto de vista pediátrico, debemos partir de los axiomas siguientes:

1.º La contaminación inevitable, fatal, a un plazo más o menos largo, de un porcentaje elevadísimo de población. En las capitales, entre los treinta y los treinta y cinco años se alcanza el 97 por 100 de tuberculinas positivas. En el medio rural las cifras son inferiores; en estadísticas americanas de adultos que viven en pueblos, es el 40 por 100 de sujetos los que reaccionan positivamente a la tuberculina. En principio, resalta ya un hecho: la mayor tuberculinización de las capitales sobre el medio rural.

2.º La tuberculosis, enfermedad, puede tener dos partes:

a) *La prima infección*, proceso infeccioso generalizado con manifestaciones agudas, que puede evolucionar hacia la diseminación, la caseosis y, sobre todo, lo más frecuente si se coloca en buenas condiciones, hacia la curación. b) *La tuberculosis de reinfección* o tisis terciaria, consecuencia de la anterior, pero no obligada; proceso local consuntivo que podrá mejorarse, pero nunca curar, y que casi siempre conduce a la muerte. La tuberculosis de prima infección si cura y las defensas generales no decaen, crea una inmunidad que previene a dicho organismo de la tisis (premunición tuberculosa o vacunación activa tuberculosa espontánea). Por el contrario, el tuberculoso de reinfección tiene muchísimas probabilidades de ir sembrando bacilos a temporadas y propagando nuevos ciclos epidemiológicos.

3.º La idea de segregar a toda tisis primaria o tuberculosis terciaria de la comunidad internándole en un sanatorio, es totalmente irrealizable. Están muy bien expresadas estas ideas en «Tuberculosis del lactante», T. Valledor:

«En los comienzos de la lucha antituberculosa se trató de preservar al niño enviando al padre tuberculoso, fuente de la infección en el medio familiar, al Sanatorio, pero pronto se vió que los resultados así conseguidos eran muy poco alentadores, entre otros motivos, porque la separación del enfermo, casi siempre padre de familia, llevaba consigo la supresión del aporte económico necesario para el mantenimiento de la misma, siendo la miseria la consecuencia. Por otra parte, no mejoraba las condiciones de vida de la familia, que continuaba residiendo en habitaciones pobres mal ventiladas, con alimentación deficiente. Por el contrario, estas condiciones empeoraban por la falta de aporte del salario paterno.»

Para evitar esto, las leyes alemanas de 1883 y 1893 impusieron el seguro obrero obligatorio contra la enfermedad, la invalidez y la vejez. El resultado fué la quiebra, después de algunos años, de este sistema, por lo caro que resultaba el mantenimiento de los tuberculosos y sus familias.

Los sanatorios populares creados por Pannwitz en 1895, en la propia Alemania, no resolvió el problema, porque si bien el obrero tuberculoso después de su estancia en el sanatorio mejoraba y podía en parte volver a su trabajo, en la mayoría

de los casos seguía expectorando bacilos, y continuaba siendo un peligro constante de contaminación para sus hijos.

Para que fuese efectiva esta manera de proceder, sería necesario alejar al sujeto tuberculoso hasta su curación total, o hasta la muerte del mismo en un sanatorio, lo que equivaldría a mantener la familia sin el apoyo del salario paterno durante todo este tiempo, en condiciones higiénicas de alojamiento, alimentación, etc.

Todo eso, como acabamos de decir, resulta demasiado costoso, irrealizable en la práctica. De aquí que se haya recurrido al alejamiento del niño del medio contaminado, que ofrece múltiples ventajas y es más económico. Esto es lo que se propone la «Fundación Grancher».

Hay que contentarse con ingresar en hospitales pericomarcales a los intensamente bacilíferos, llevar a los menos a sanatorios y tratar a la mayoría ambulatoriamente por los dispensarios y centros colapsoterápicos.

4.º La población española es fundamentalmente infantil (el 30 por 100, aproximadamente, menores de quince años y el 50 por 100 de quince a cincuenta años). A los quince años, en las capitales, el índice de tuberculinización es de un 70, por 100. Por tanto, la curación de esta tuberculosis de primoinfección que crea inmunidad, hay que hacerla en la infancia y en el momento en que los niños tuberculino-negativos se hacen tuberculino-positivos. De lo que se haga en este momento depende el porvenir del tuberculoso.

5.º Es falso que la tuberculosis del lactante es siempre mortal. En esta edad se pueden ver también formas curables, antes desconocidas por no ser descubiertas más que con el auxilio de los rayos X y reacción a la tuberculina. El factor edad es de escaso valor; la gravedad que suelen presentar se debe al tipo de contagio intradomiciliario, masivo y repetido. Un lactante contagiado paucibacilarmente y en contagio accidental, cura igual que un niño mayor. De aquí evitar a toda costa los contagios intradomiciliarios por las obras de preservación de la familia.

6.º Hay factores que agravan la evolución de una tuberculosis o que provocan caídas verticales de la inmunidad y aler-

gia: vida de capital, alimentación, primavera, pubertad, otras enfermedades infecciosas, etc.

En resumen, la lucha contra la tuberculosis debe ser enfocada en los siguientes aspectos:

1.º Separación de los tísicos bacilíferos incapaces para el trabajo en hospitales pericomarcales. Aplicar el mismo criterio a los niños afectos de tisis primaria o tuberculosis terciaria.

2.º Preservación de los niños de los contagios masivos y repetidos, intradomiciliarios. Cuando el tuberculoso bacilífero está dentro de la familia, separar a los niños expuestos, y haciendo una campaña de divulgación para que la gente se entere del peligro enorme que tienen los niños de contagiarse visitando enfermos bacilares.

Para esto actuarán las enfermeras sociales alrededor de las viviendas de los tísicos asistidos en los dispensarios u hospital.

También se reconocerá a los maestros para evitar el contagio, repetido, en la escuela.

3.º Curación de los niños contagiados lo más precozmente posible —lo ideal cuando un niño tuberculino-negativo se transforma en positivo—, colocándoles en los mejores medios de clima, alimentación, reposo y evitando posibilidad de reinfecciones en esta fase —tratamiento sanatorial y preventorial.

4.º Evitando las caídas de inmunidad y protegiendo especialmente los niños en fases biológicas débiles (anémicos, raquíticos, hipotróficos, subalimentados, pubertad y prepubertad) —escuelas-bosques, cantinas escolares, preventorios-escuelas, colonias escolares, vida higiénica general y lucha contra el hacinamiento, problema de la vivienda, etc.

### II) Realización

1.º Los niños afectos de tisis primaria o terciaria son tan bacilíferos como los adultos y, por consiguiente, tan peligrosos. Para ellos deben habilitarse camas en los hospitales pericomarcales o generales, evitando siempre sean perjudiciales para la sociedad. Deben ser tratados por los tisiólogos.

2.º Preservación de los niños expuestos a contagios masivos y repetidos, pues siempre dan origen a formas malignas.





Sabemos que los casos más frecuentes son los de un tuberculoso adulto en cuya casa existen niños. Se logra, según los casos, por:

- a) Aislamiento inmediato del recién nacido cuya madre sea tuberculosa.
  - b) Separación del lactante del foco de contagio, colocándolo en medio rural sano (obra de colocación del lactante ex-puesto).
  - c) Separación del niño de segunda a tercera infancia cuando surge en su caso un bacilífero (obra de colocación familiar del niño mayor en ambiente rural sano y preventivo-escuela).
- Hay que procurar vuelvan pronto estos niños a su hogar en cuanto cese el peligro.

3.ª *Curando al niño recientemente contaminado en sanatorios.* Siguiendo periódicamente la reacción tuberculínica, se descubrirá el momento en que ésta se hace positiva y que corresponde al primer período de invasión. Estos niños se dividen en dos grandes grupos:

- a) Aquellos en que coincide la aparición de la alergia tuberculínica con signos clínicos (fiebre, cefalea, anorexia, etcétera) y sobre todo signos radiológicos y hemáticos. Si se practica un lavado de estómago e inoculación al cobaya, éste casi siempre se tuberculiza, y si se hace un cultivo de su sangre, crece el bacilo de Kock que está circulando por la sangre, y que se localiza en otras estructuras distintas del pulmón, sobre todo articulares y óseas.
- b) Surge la alergia positiva sin que el niño presente alteración ostensible.

El foco pulmonar cura en uno, uno y medio o dos años. Los focos secundarios osteoarticulares pueden permanecer latentes un año o más y despertarse después, tardando en curar unos cuatro años. Por eso en las tuberculosis osteoarticulares hay que diferenciar aquellos en que la lesión pulmonar es ya inactiva de aquellos otros en que aún tiene actividad. Esta lesión primaria pulmonar cura completamente y deja inmunidad si no procede de contagios masivos y repetidos y se la somete en los primeros momentos a condiciones óptimas que favorecen su regresión. Para ello se precisa:

I) Determinar exactamente el tipo y grado de actividad mediante rayos X, bacilo de Kock en contenido gástrico, velocidad de sedimentación, alergia tuberculínica y fórmula leucocitaria. Para esto, crear un departamento de tuberculosis de primoinfección (diagnóstico evolutivo) en los servicios hospitalarios infantiles.

II) Aquellos casos con signos de gran actividad permanecerán en reposo absoluto, aire libre, sin sol, en un primer tipo de sanatorio u hospital que estará en lugar apropiado alrededor de las grandes poblaciones. En cuanto mejoren, seguirán cura de reposo en sanatorio de altura media y, por último, se les trasladará a sanatorios de gran altura. El tiempo mínimo de estancia sanatorial será de un año. Después se pasará a la vida ordinaria, tras un período de reposo relativo y habituación.

III) Si la aparición de la alergia tuberculínica no coincide con signos de actividad, deberá, a pesar de todo, hacer cura de reposo absoluto preventivo durante tres meses y ser vigilado atentamente.

IV) Si se trata de una tuberculosis osteoarticular, escrofulosis, peritonitis, adenitis, etc., si existe foco pulmonar en actividad debe llevarse a un sanatorio de montaña regido por médicos especializados, y si la lesión pulmonar es inactiva, al sanatorio o preventivo heliomarino. La estancia de los enfermos con lesiones osteoarticulares oscila de un año y medio a cinco años.

No debe haber grandes diferencias entre sanatorios y preventorios; la distinción se hace porque en los primeros van los niños de máxima actividad evolutiva, el reposo es absoluto y las condiciones de emplazamiento óptimas, mientras que a los llamados preventorios van formas que evolucionan mejor, menos activas, el reposo puede ser relativo, el emplazamiento menos exigente y la educación e instrucción de los niños es más amplia.

Tenemos muy pocas camas de sanatorios y preventorios infantiles —unas 1.500—, y a pesar de que la mayoría son para tuberculosis extrapulmonar, no son suficientes para atender este tipo de procesos, que no son los más numerosos. Urgentemen-

te, hay que crear sanatorios infantiles, pero no desperdigarlos por provincias, sino construir grandes centros de 250 a 500 camas y situarlos en los lugares precisos. Que sea la salud del enfermo y la economía lo que dirija la elección del lugar, y no los intereses o egoísmos locales.

Con más razón aún hay que exigir esto para los establecimientos heliomarinos. Dos costas podemos utilizar en España: cantábricas y mediterráneas; sus efectos son bien diferentes. El Cantábrico es más tónico y más estimulante, y sus efectos por eso es magnífico en los procesos tórpidos, como tuberculosis quirúrgicas, linfatismo, escrofulismo, hipotiroidismo, etcétera. Hace reaccionar al organismo. En él deben establecerse gran número de sanatorios y preventorios.

El Mediterráneo tiene mayor luminosidad, temperatura más alta y menos oscilante; es menos tónico y más deprimente. Tiene muy pocas indicaciones de tipo sanatorial. Solamente está indicado en aquellos enfermitos extrapulmonares que, tratados en el Cantábrico, han seguido con evolución aguda o estados de agotamiento (hipotróficos, poco resistentes, anémicos pronuncados). En cambio, es a propósito para instalar colonias permanentes de invierno y verano.

Se precisa la instalación de observatorios meteorológicos junto a los sanatorios para estudiar el influjo de las variaciones atmosféricas y, sobre todo, ionométricas (electricidad atmosférica) en la curación de los niños.

\* \* \*

El número de camas que debemos disponer para estas necesidades de la tuberculosis infantil, es de una por cada mil habitantes, o sea, alrededor de unas 20.000. Parecerá muy grande el esfuerzo y muy pesada la búsqueda del momento inicial del proceso con la reacción tuberculínica seriada, pero no se olvide que de la curación completa de esta lesión en estos instantes depende la inmunidad definitiva del sujeto.

4.<sup>a</sup> Evitando las caídas de inmunidad (protección a los tuberculínicos positivos no recientes), cuidando a los anémicos, raquíuticos, hipotróficos y subalimentados y reforzando la época de la prepubertad y pubertad.

Muchas medidas pueden ponerse en marcha para este fin (cantinas escolares, escuelas-bosque, preventorio-escuela, viviendas higiénicas, evitando el éxodo hacia las capitales, mejorando la vida rural, colonias escolares, etc.). Nos ocuparemos solamente de estas últimas.

Una experiencia, ya larga en Bilbao —Ornilla—, demuestra que es económico y muy eficaz el sistema de las colonias escolares. Todos los niños tuberculínicos positivos no recientes y los débiles orgánicos deberían pasar dos meses al año en colonias de mar o montaña, según sus necesidades. La selección de los casos y el lugar a que deban ir deben ser dichos por médicos pediatras-puericultores, previo examen de pantalla, tuberculina y velocidad de sedimentación. No debe aceptarse el criterio de aquellos especialistas que sostienen que es peligroso mezclar los tuberculino-negativos con los positivos en una colonia y que a ésta sólo deben ir los primeros y al preventorio los segundos. Por el contrario, sospechamos que tal criterio es erróneo, y que bien escogidos (pantalla y velocidad de sedimentación) esta mezcla crea algunos contagios mínimos provocadores de inmunidad. Hay que ir a la colonia permanente —o preventorio— y de gran altitud, pues los beneficios de dos meses de invierno al año en plena montaña nevada, no es comparable a nada. Otras muchas estancias se solucionarían a base de tiendas de campaña y barracones del ejército. La organización de las colonias debe encuadrarse en el Frente de Juventudes.

### III) Personal

Al niño deben atenderle los pediatras-puericultores, a los cuales hay que exigir profundos conocimientos de tuberculosis de primoinfección. Ingresarán mediante oposición en el Cuerpo de Lucha Antituberculosa, los encargados de sanatorios y preventorios. Se debe ser muy exigente con los jefes-médicos de las colonias infantiles.

Hay que formar gran número de enfermeras de tuberculosis infantil y sociales, con un período de tres años de estudio y prácticas.

Deben especializarse las Hermanas de la Caridad para esta obra. Se dispondrá de maestros y maestras y no se olvidará al odontólogo para llevar a efecto una gran profilaxis dental.

IV) Vida económica

No puede centrarse económicamente la lucha antituberculosa a un solo organismo. Toda la nación debe contribuir a llevarla a efecto de una manera coordinada. Los sanatorios y preventorios, por el Patronato Nacional Antituberculoso; las colonias, por el Frente de Juventudes; la embarazada tuberculosa y la protección del niño de familia tuberculosa, por el Seguro de Maternidad, etc. En cambio, la organización y proyectos dependerá del Patronato Nacional Antituberculoso, con su Junta central y sus Delegaciones provinciales.

Gran esfuerzo hay que realizar, pero no debemos detenernos ante el al pensar que sólo evitando contagios masivos y repetidos de los niños, curando completamente en cuanto se inicia la tuberculosis de primoinfección y aumentando las defensas generales de la infancia, es como únicamente disminuirémos este gran azote que se llama tuberculosis de reinfección y tisis.

RESUMEN DE LOS MEDIOS PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA INFANTIL

- Seguro de Maternidad
  - Maternidades y embarazadas tuberculosas.
  - Prevencción del lactante.
  - Prevencción del niño de segunda y tercera infancia.
- Por puericultores del Estado y pediatras
  - Revisión de tuberculosos en Dispensario de Puericultura.
  - Servicio de diagnóstico en Clínicas Infantiles.

- Por Patronato Nacional Antituberculoso (20.000 camas)
  - Hospital infantil y pericomarcal.
  - Sanatorios de gran y mediana altitud.
  - Sanatorios heliomarinos.
  - Sanatorios de montaña para tuberculosis osteoarticular, etc., acompañados de lesiones pulmonares en actividad.
- Por Frente de Juventudes
  - Colonias de invierno y verano, de mar y montaña, permanentes y provisionales.
  - Preventorios-escuelas.

CONCLUSIONES

- 1.ª Separación de los tísicos bacilíferos incapaces para el trabajo, en hospitales pericomarcales. Aplicar el mismo criterio a los niños afectos de tisis primaria o tuberculosis terciaria.
- 2.ª Preservar a los niños de los contagios masivos y repetidos intradomiciliarios.
- 3.ª Curación de los niños contagiados lo más precozmente posible.
- 4.ª Evitar las caídas de inmunidad, protegiendo especialmente los niños en fases biológicamente débiles.
- 5.ª Crear urgentemente sanatorios infantiles, construyendo grandes centros de 250 a 500 camas, situándolos en los lugares precisos. Actualmente, se necesitan en España 20.000 camas.
- 6.ª Instalación de observatorios meteorológicos junto a los sanatorios.
- 7.ª Crear la colonia permanente, o preventorio, y de gran altitud.
- 8.ª Al niño tuberculoso deben atenderle los pediatras-puericultores, los cuales ingresarán mediante oposición en el Cuerpo de Lucha Antituberculosa.
- 9.ª Formación de personal auxiliar especializado, enfermeras, Hermanas de la Caridad, maestros y maestras, sin olvidar al odontólogo para llevar a efecto una gran profilaxis dental.

## Medios para solucionar el problema del abastecimiento infantil

POR LOS DOCTORES

**A. MUÑOYERRO PRETEL y M. BLANCO OTERO**

Con el fin de unificar en toda España el racionamiento infantil, evitando irregularidades y deficiencias en las diversas provincias, ajustándose a normas técnicas puericultoras lo más cerca posible del régimen dietético normal del niño, que asegure su crecimiento y desarrollo, se hace preciso mientras duren las actuales circunstancias el establecimiento de un racionamiento fijo que garantice las mínimas necesidades nutritivas de los niños.

Teniendo en cuenta las mayores dificultades en la adquisición y calidad de los productos alimenticios que requieren los niños menores de dos años de edad y la mayor frecuencia de los trastornos nutritivos y secuelas a ellos inherentes, que se traducen en las elevadas cifras de mortalidad infantil de los menores de uno y dos años en nuestra Patria, se precisa prestar mayor atención a los niños comprendidos en esta edad, por lo cual son motivo de preferente estudio en esta Ponencia, sin que por ello se olvide a los niños de superior edad, para los cuales se propone también un plus alimenticio sobre la ración que recibe el adulto, consistente en albúmina y grasa, primordialmente.

Al establecer la cartilla de racionamiento infantil que se propone no aumenta, con ello, la cantidad global de alimento

que ha de suministrarse, sino que se va a efectuar una mejor distribución del mismo, puesto que los alimentos que hasta ahora se facilitaban en las cartillas de abastecimiento familiar se distribuían hasta a los recién nacidos, que aumentaban la ración familiar general (aceite, garbanzos, pan, etc.) que, a todas luces, no eran consumidas por los niños.

Existen en nuestro país, aproximadamente, 1.200.000 niños menores de dos años que, hasta ahora, no recibían la ración a ellos adecuada en cantidad y calidad, y que el Estado quiere proteger para mantenerlos sanos y fuertes para el futuro porvenir de la raza y de la Patria. No basta sólo rebajar la cifra de mortalidad infantil, sino que hay que lograr que estos supervivientes no sean enfermos ni tarados, incapaces de rendir un futuro trabajo útil a la sociedad.

Un régimen dietético adecuado es, por todos conceptos, la mayor obra profiláctica de la infancia; resultando, por lo tanto, más económica que una posterior asistencia benéfico-social y sanitaria.

El plan alimenticio que proponemos en este estudio no ofrece, por lo demás, mayores dificultades de implantación, pues aparte las consideraciones precedentemente expuestas, una crítica del problema permite afirmar la posibilidad productora que tienen nuestras industrias, en general, y las lácteas, en particular, para garantizar el suministro alimenticio que los niños necesitan. El estudio particular de la leche, que es el que mayores dificultades ofrece, puede y debe ser totalmente resuelto. En el año 1940, por ejemplo, la producción de solo diez fábricas de leche condensada alcanzó, entre nosotros, la cifra de 31.200.000 botes, destinándose a la población infantil 30.240.000. Dicha cantidad no rindió todo su fruto por la dificultad de distribución, al faltar un medio riguroso de racionamiento que, si bien existía y existe en algunas capitales, faltaba en otras y en el medio rural.

Por otra parte, dicha cantidad, si se invierte como así se dispondrá íntegramente para uso de los niños en la forma que se distribuye en la cartilla de racionamiento infantil, resulta suficiente, por lo menos, para los menores de seis meses de edad, en que se requiere una mayor garantía de pureza y de

composición en el alimento para los niños inevitablemente sometidos a lactancia artificial y mixta.

En vista de que este suministro de leche constituye una necesidad nacional, se incrementarán las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento de las industrias lácteas, para la transformación en leche condensada, en polvo o alimentos medicamentosos (babeurre, leche albuminosa, etc.), relegando a segundo término la producción de otros derivados lácteos.

Un cálculo aproximado de la cantidad de leche condensada necesaria para aplicar el racionamiento infantil propuesto para toda España, acusa la cifra de cerca de 30.000.000 botes.

Si, aun por dificultades imprevistas, la producción no fuese suficiente, quedaba el recurso de distribuir leche condensada solamente en las regiones o provincias no productoras de leche fresca. Sin embargo, esto no es más que una medida de extrema solución, ya que aspiramos a que el racionamiento se haga uniformemente en todo el país.

Las necesidades de leche anteriormente expuestas son las mínimas. Mas el ideal es poder aumentar la ración al niño, lo que realmente no es una quimera cuando sabemos que, por lo menos, las citadas diez fábricas se encuentran en condiciones de producir anualmente 34.560.000 botes de leche condensada, más 640.000 kilos de leche en polvo y alimentos medicamentosos. Y entre todas las fábricas existentes en España podrían producir la cantidad de 48.000.000 botes y cerca del millón de kilos de leche desecada y alimentos medicamentosos. De estos últimos, llamamos la atención sobre la necesidad de garantizar la normal producción y existencia en el mercado de dichos productos dietéticos, absolutamente imprescindibles para el tratamiento de los trastornos nutritivos del lactante, particularmente en la época estival que, por sí solos, son causantes de la enorme mortalidad infantil, que significan las treinta mil defunciones de niños menores de un año por dicha causa.

\* \* \*

Al objeto de garantizar este normal suministro alimenticio a la población infantil, se establece la Cartilla de Racionamiento

to Infantil (C. R. I.) (1) para todos los niños de edad comprendida entre cero y dos años, en todo el territorio nacional. Para conseguir la vigilancia sanitaria de todos los niños en su edad de máxima mortalidad, las Cartillas de Racionamiento Infantil serán entregadas, previa solicitud a las Jefaturas Provinciales de Sanidad, por los Servicios de Higiene Infantil de dicha Jefatura. En los lugares en los cuales no existan los indicados Servicios, las solicitudes se dirigirán a las Juntas locales de Abastecimiento, y la entrega de las cartillas se efectuará por las mencionadas Juntas, siendo necesario que un médico de Asistencia Pública Domiciliaria señale en la cartilla el tipo de alimentación que corresponde al niño.

La solicitud de la Cartilla de Racionamiento Infantil la harán los padres o tutores por escrito, cubriendo el impreso que se facilita para tal efecto.

No tendrán validez las Cartillas de Racionamiento Infantil que no sean selladas por los Servicios provinciales y por la Delegación de Abastecimientos. En los lugares en que no existan Dispensarios de Puericultura, las Cartillas serán selladas por las Juntas locales de Abastecimientos y por el médico de Asistencia Pública Domiciliaria que vigila el desarrollo del niño.

Al otorgar la Cartilla de Racionamiento Infantil, la Jefatura Provincial de Sanidad (Servicios de Higiene Infantil) señalará, de acuerdo con la solicitud, el Dispensario en que ha de ser vigilado el niño, para lo cual, en las poblaciones en que existan diversos Dispensarios de Puericultura, los Servicios provinciales de Higiene Infantil distribuirán por zonas la población, asignando una zona a cada Dispensario del Estado o asimilados a efectos de racionamiento, como son los del Instituto de Previsión, Juntas de Protección de Menores, Municipales y particulares que se designen por la Jefatura a efectos de la coordinación establecida en la ley de Sanidad infantil y maternal, siempre que sus asistidos no sean de Beneficencia, en cuyo caso se ajustarán a las normas específicas a ellos inherentes.

Las solicitudes de suministro gratuito de alimento (Benefi-

(1) Que se adjunta a esta Ponencia.

cencia municipal, Auxilio Social, etc.) se harán directamente a estas Instituciones siguiendo sus normas actuales, pero con la ineludible obligación de anular la Cartilla de Racionamiento Infantil, de los solicitantes que la posean, con un sello bien visible en cubierta y hojas, al mismo tiempo que diariamente comunicarán por escrito a los Servicios provinciales de Higiene Infantil las altas efectuadas. Si al mejorar su situación económica son dados de baja en Beneficencia, se someterán al régimen general de solicitudes en las Jefaturas Provinciales de Sanidad, previa presentación de la Cartilla de Racionamiento Infantil anulada y del certificado de baja de la Institución en que estuvo asistido.

Cumplida la edad de dos años, se certificará por los Servicios provinciales de Higiene Infantil o por el propio Dispensario la baja por edad en la misma Cartilla de Racionamiento Infantil, para que al niño se le provea en la Delegación de Abastecimiento de la correspondiente cartilla individual de abastecimiento que se proyecta para todos los españoles.

Los ingresos y gastos que se originen se distribuirán, por partes iguales, entre la Delegación de Abastecimiento y los Servicios de Higiene Infantil de la Jefatura Provincial de Sanidad. En la zona rural, correrán los mismos a cargo de las Juntas de Abastos, debiendo éstas gratificar convenientemente al médico de Asistencia Pública Domiciliaria por los servicios que realice.

Las Cartillas de Racionamiento Infantil irán correlativamente numeradas en su impresión. Constarán de una cubierta, en la que figura espacio para el sellado de la Delegación de Abastecimientos y del Servicio de Higiene Infantil de las Jefaturas Provinciales de Sanidad, así como para la filiación del niño. El médico puericultor del Dispensario, o el de Asistencia Pública Domiciliaria en la zona rural, señalará el tipo de alimentación a que se somete el niño en los primeros seis meses (natural, mixta o artificial), con la fecha en que comienza cada una de ellas, para que el corte y sellado de cupones tenga como guía la prescripción médica de la cubierta. De este modo, una

misma Cartilla de Racionamiento Infantil sirve para las tres clases de lactancia. Para ello, en el interior figuran las hojas de cupones distribuidas de la siguiente manera:

**NIÑOS MENORES DE SEIS MESES.**— Cupones de tres clases, según la lactancia, para utilizar en los seis primeros meses de edad. De acuerdo con la prescripción facultativa que figura en la cubierta, se sella el cupón correspondiente a la edad y a la lactancia en el Dispensario, después de pasar a reconocimiento médico. Este cupón, así sellado en el Dispensario o por el médico de Asistencia Pública Domiciliaria, será despachado directamente en los establecimientos fijados por la Delegación de Abastecimientos.

A las madres de los niños sometidos a lactancia natural exclusiva, se les facilitará por la Delegación de Abastecimientos una «Tarjeta de Madre Lactante» a cambio del cupón correspondiente a la edad del niño, que se ha sellado en el Dispensario, o por el médico de Asistencia Pública Domiciliaria, para que, a modo de prima de lactancia, pueda recoger un plus alimenticio mensual a base de pan, aceite, azúcar, harina, jabón y legumbres.

Los cupones correspondientes a las otras dos lactancias del mismo mes, se inutilizan con el sello «Anulado».

Ejemplo: Niño en su cuarto mes de vida sometido a lactancia materna. Se sella el cupón de «Lactancia Materna» correspondiente al cuarto mes (que la madre canjea en la Delegación de Abastecimientos por la tarjeta mensual de «Madre Lactante»). Al mismo tiempo, se inutilizan con el sello «Anulado» los cupones de lactancia mixta y artificial correspondientes al cuarto mes.

El despacho de leche condensada, jabón y harina de los menores de seis meses se hará en un mismo establecimiento, habilitado al efecto, como depósito de dicho alimentos.

Los cupones del primer semestre están confeccionados por semanas para que, cuando el médico estime necesaria la vigilancia semanal, pueda efectuarlos fácilmente por este medio coercitivo. En los demás casos, puede efectuarse el sellado simultáneo de los cuatro cupones en caso de reconocimiento mensual.

**NIÑOS DE SEIS MESES A DOS AÑOS.**— Del séptimo al veinticuatro mes se utilizarán las hojas de cupones mensuales de la Cartilla de Racionamiento Infantil, selladas en el Dispensario o por el médico de Asistencia Pública Domiciliaria para que tengan derecho a recoger el alimento que en ellas se señala; previo corte del cupón o picado de los cupones de pan y leche, en los establecimientos fijados por la Delegación de Abastecimiento.

Para suministros eventuales o extraordinarios, figura al final de la Cartilla de Racionamiento Infantil una hoja con sesenta cupones para productos «varios».

Unas instrucciones y unos consejos médicos acompañan a las Cartillas de Racionamiento Infantil.

**NIÑOS DE DOS A CATORCE AÑOS.**— Al confeccionarse la futura cartilla individual de racionamiento, la Comisaría General de Abastecimientos tendrá en cuenta las mayores necesidades, proporcionales en calorías, de los niños comprendidos entre la edad de dos a catorce años, para que su cartilla esté racionada con mayor abundancia que la del adulto, principalmente en lo que hace referencia a principios tan necesarios como la albúmina y grasa (carne, aceite, manteca, etc.), teniendo en cuenta que el niño debe recibir después de los dos años de edad (Terrien y Rominger) la cantidad de:

2 a 3	gramos por kilo de peso y día,	de albúmina.
2	»	» de grasa (aproximadamente, 40 a 45 gramos al día).
10	»	» de hidratos de carbono.

\* \* \*

Los alimentos-medicamentos serán despachados solamente bajo receta médica, indicando en la misma nombre del niño, edad y domicilio. Estos medicamentos alimenticios se despacharán sólo en las farmacias y, si las necesidades lo exigieran, centralizando el despacho en un solo establecimiento farmacéutico o casa comercial, para evitar merma u ocultación de productos. El suministro de leche fresca se garantizará en su pureza.





# MODELO DE SOLICITUD DE C. R. I.

ILMO. SR. JEFE PROVINCIAL DE SANIDAD DE  
(SERVICIOS DE HIGIENE INFANTIL)

D. ....  
Padre, madre o tutor del niño .....  
natural de ..... (nombre y apellidos) .....  
nacido el día ..... de ..... provincia de .....  
de 19....., con domicilio  
en ..... calle ..... de .....  
plaza .....  
núm. ...., piso .....

SOLICITA se le facilite la cartilla de racionamiento infantil para el niño arriba indicado, manifestando bajo su firma y responsabilidad no tener la referida cartilla ni recibir alimento para el mismo de ningún organismo.

¿Pertenece al Instituto Nacional de Previsión, Obra 18 de Julio o alguna otra Institución? .....  
(en caso afirmativo indíquese a cuál) .....  
..... día ..... del mes de ..... de 19.....  
(Firma)

## INSTRUCCIONES AL DORSO

Las solicitudes, acompañadas de la partida de nacimiento, se dirigirán al Jefe provincial de Sanidad. En la zona rural serán dirigidas al Delegado local de Abastecimientos. Irán firmadas por los padres o tutores del niño.  
Los Servicios de Higiene Infantil de la Jefatura provincial de Sanidad entregarán a los solicitantes la correspondiente Cartilla de Racionamiento infantil. En ella señalarán al beneficiario el Dispensario de Puericultura (en donde existen varios) a que le corresponde acudir al niño para su vigilancia médica y para el sellado de cupones, sin cuyo requisito no será válida la Cartilla, así como si no va sellada en todos los casos por la Delegación de Abastecimientos.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la elevada cifra de mortalidad infantil de nuestro país, en gran parte debida a errores ancestrales en la crianza de los niños y a la escasa vigilancia sanitaria en los primeros años de la vida, y, por otra parte, las dificultades que en orden alimenticio origina la actual contienda internacional,

Proponemos al Poder público:

- 1.º El establecimiento en todo el territorio nacional de la Cartilla de Racionamiento Infantil para todos los niños menores de dos años.
- 2.º Que, para hacer más general el reconocimiento médico periódico de dichos niños y su reglamentación alimenticia, se facilite dicha Cartilla de Racionamiento Infantil a través de los Servicios de Higiene Infantil de las Jefaturas Provinciales de Sanidad.
- 3.º La protección de la producción de las industrias lácteas para garantizar el normal suministro a la población infantil.
- 4.º Que se realice una metódica y permanente inspección sanitaria de la leche fresca destinada a los niños, para asegurar su composición y pureza.
- 5.º Que existan normalmente en el mercado alimentos-medicamentos para asegurar los medios necesarios para el tratamiento de los frecuentes y graves trastornos nutritivos.
- 6.º Que se suministre un racionamiento especial a los niños de dos a catorce años, en la futura cartilla individual de abastecimientos.

---

---

## Plan de propaganda sanitaria maternal e infantil

POR

**ENRIQUE DE YTURRIAGA GONZALEZ-JURADO**

---

### PREAMBULO

Al ser encargado de redactar la ponencia que lleva este título, a más de agradecer íntimamente el inmerecido honor que se me hacía, pensé en el gran número de dificultades que había de vencer para salir airoso en mi cometido, puesto que, descontando mis limitados conocimientos en la materia e incluso el escaso tiempo que se nos ha concedido para la confección de las ponencias, existía una dificultad aún mayor, casi invencible para mí; tal era la escasísima bibliografía existente sobre propaganda sanitaria, casi nula en España, de la que poder echar mano, y de imposible adquisición, en las presentes circunstancias, la extranjera, principalmente la norteamericana, país que tanto se ha destacado en estudios de esta índole. Habréis, pues, de disculparme si adolece esta ponencia de falta de grandes novedades y de un amplio estudio comparativo entre las propagandas de distintos países; de pobreza, en suma; faltas que dudo puedan ser compensadas ni con toda la voluntad y entusiasmo que he puesto en la empresa que se me ha confiado.

\* \* \*

«Propaganda: Trabajo empleado en propagar doctrinas, opiniones, etc.» He aquí la definición que hace el Diccionario de la

Real Academia Española de tal palabra, en cuya concisión apenas se atisba su importancia, el primordial papel que ocupa en la difusión de ideas políticas, propagación de religiones, extensión de artes, ciencias y letras y arcano maravilloso del comercio y de la industria, merced a la cual tantas y tantas empresas mercantiles, al emplearla profusa e inteligentemente, han visto crecer tan rápidamente su capital inicial; sésamo mágico que con gran frecuencia abre las puertas de la opulencia, de la fe, de la evidencia. Desconocer su valor es cerrar los ojos a la verdad, porque es indudable que el proverbio español de que «el buen paño en el arca se vende», ha perdido su razón de ser al finalizar el siglo pasado; en el actual, dinámico por excelencia, se precisa, a más de la bondad del producto, saber pregonarlo con habilidad, con inteligencia y con constancia. ¿Quién ignora que determinados productos comerciales y hasta farmacéuticos nos han sido impuestos, unas veces, por la belleza de los medios que se han utilizado en su propaganda y las más, por la tenacidad de sus propagadores?

Vivimos una época que, sin énfasis alguno, podemos titular de la propaganda; tal es el dominio que ejerce sobre las multitudes, y si a ella se han entregado todas las ramas de la sanidad, ¿cómo no había de hacerlo la Puericultura, ciencia nueva y quizá la que más precise la vulgarización? Ciertamente que en los últimos lustros se ha llevado a cabo en nuestra patria una campaña de propaganda sanitaria bastante intensa, pero, posiblemente por seguir al pie de la letra la pauta de otros países, por desconocer íntegramente la psicología de nuestro pueblo, no hemos obtenido el fruto que se esperaba. Pre-cisase, pues, como primordial condición, una adaptación, una simbiosis entre los procedimientos de propaganda elegidos y nuestras características psicológicas raciales, entre las que la ejemplaridad tiene un puesto de honor. Creemos, también, que debe existir una proporción entre el medio propagandístico empleado y el beneficio que se desea obtener, máxime si no olvidamos que no solemos disponer, económicamente hablando, de grandes reservas que nos permitan tales dispendios.

Aunque sin permitirnos hacer una crítica severa de los procedimientos de propaganda utilizados hasta ahora en Puericul-

tura, nos vemos forzados a recordar que, pese a la conocida división que sanitariamente se hace de nuestro territorio en medio urbano y medio rural, ha sido con harta frecuencia olvidado este último, habitado nada menos que por más de dieciocho millones de habitantes, frente a solo cinco millones de población urbana. Que sea más difícil y más costosa en nuestros campos que en nuestras ciudades, es un hecho de todos conocido; pero esto, lejos de ser una remora, debería ser un acicate, porque muy poco conseguiremos hasta no llegar con nuestra ciencia y con nuestra verdad al último rincón de España. Todos aquellos que hemos dirigido un Servicio de Higiene Infantil conocemos, más que de sobra, el gran número de dificultades, algunas de casi imposible superación, tanto de índole burocrática como económica, con que hemos tropezado, pero, a fuer de sinceros, añadamos que muy pocos hemos agotado nuestras posibilidades, con lo cual, en un gran número de casos, hemos convertido nuestras Servicios Provinciales de Higiene Infantil en unos simples dispensarios locales.

Ni siquiera hemos obtenido de nuestro más firme puntal en la propaganda, la Instructora sanitaria, todo el resultado que cabría esperar de ellas. Unas veces por ser en número insuficiente, otras por carecer de la ayuda precisa e indispensable y las menos por su apatía, es lo cierto que se abandona, se relega al olvido o se reduce al mínimo la visita domiciliar, piedra angular de la acción de nuestras Instructoras, con las que, si se han obtenido ya halagadores resultados, más felices realidades encontraríamos si se multiplicasen en todos nuestros Servicios.

Y si esto decimos de las visitas a los hogares de niños comprendidos en la primera y segunda infancia, únicas que en realidad se efectúan, ¿qué no diríamos de las escasísimas, de las prácticamente nulas, que se realizan a las embarazadas y a los recién nacidos? Una simple ojeada a las estadísticas mensuales de nuestros Servicios comprueba la verdad de este aserto. Pero esta falta ha tenido hasta ahora una lógica explicación, al carecer de los Médicos matronólogos que ocupan ya su puesto en casi todas las provincias españolas. Y me atrevería a afirmar que mientras no se llegue a la declaración obligatoria del ser-

barazo no aumentarán en gran número esas visitas domiciliarias y, por tanto, al no poderse efectuar la indispensable labor de atracción, seguirán siendo las consultas de Maternología las menos concurridas.

Digamos, también, que tendemos a olvidarnos de otra práctica que tomó carta de naturaleza en la España Nacional durante nuestra pasada Guerra de Liberación. Me refiero a las conferencias radiofónicas, posiblemente uno de los procedimientos de divulgación más fáciles para hacer llegar los conocimientos sanitarios al medio rural, y hasta más cómodos en su realización.

Algo parecido pudiéramos decir respecto a la organización de breves cursillos no sólo a madres, sino a maestras, guardadoras, etc., etc. Y, sobre todo, no olvidemos que si bien es cierto que actualmente rebosan de gente nuestros Dispensarios, es debido a que buena parte del racionamiento de la población infantil está en nuestras manos, pero que esa masa es preciso atraerla a la Sanidad, atándola con fuertes vínculos, con razones convincentes, una vez desaparecidas esas trabas muy humanas, pero un tanto egoístas, que las unen a nosotros.

He aquí expuestos algunos de los defectos de nuestra acción propagandística directa. Convengamos, también, en que no es posible efectuar una propaganda completa sin una protección estatal eficiente mediante disposiciones tales como, por ejemplo, la declaración obligatoria del embarazo, que nos permitan someter a nuestro control sanitario a la gran masa de madres españolas.

Expuestas éstas líneas generales, pasamos a continuación a señalar el

#### PLAN DE PROPAGANDA SANITARIA MATERNAL E INFANTIL

Conceptuamos como propaganda:

- 1.º La lucha contra el analfabetismo.
- 2.º Todas aquellas medidas encaminadas a luchar contra la mortalidad infantil.

Serán bases primordiales de la misma:

- 1.º Continuidad en la propaganda.

Toda campaña iniciada debe ser terminada. Se pierde el tiempo y el dinero dando golpes vacilantes y aislados.

#### 2.º Acción sobre el medio rural.

El debe ser nuestra fundamental preocupación, no sólo porque el elevado número de españoles que lo habitan y sus mínimos conocimientos sanitarios así lo exigen, sino porque es seguro que la propaganda sería casi siempre bien acogida.

Si, para la mejor exposición del plan de propaganda, la subdividimos en: 1.º, estatal; 2.º, pedagógica; 3.º, sanitaria; 4.º, benéfica; creemos que en cuanto a la *propaganda estatal* se refiere, sería sumamente conveniente fuera dictada una disposición ordenando la declaración obligatoria del embarazo, con lo cual, y por medio de las Instructoras sanitarias, podríamos organizar una campaña de gran eficacia contra las enfermedades transmisibles de madre a hijo, de prevención contra el aborto, exponiendo los peligros del parto mal atendido y la falta de cuidado en el embarazo, así como una buena divulgación de las consultas de Higiene Prenatal y de la conveniencia de asistencia al parto en Maternidades. Interin es dictada esta disposición, deberían redactarse nuevos consejos a las embarazadas que, por los Servicios de Higiene Infantil, Centros secundarios y Centros primarios de Higiene Rural, se repartirían profusamente. Estos folletos, reunirían las condiciones que más adelante indicaremos como convenientes para los folletos en general.

Creemos, también, que el uso obligatorio del cuaderno sanitario infantil, la ampliación del subsidio familiar y de beneficio a las familias numerosas, así como la de los préstamos a la nupcialidad, serían disposiciones que actuarían como magnífica propaganda estatal en pro de la maternología y puericultura.

#### PROPAGANDA DE TIPO PEDAGÓGICO

En ella incluimos:

- a) Enseñanza de un curso especial de Puericultura en las cátedras de Pediatría.

- b) Organización de cursos breves de Puericultura a los médicos rurales.
- c) Enseñanza de Puericultura en las Escuelas Normales.
- d) Divulgación de la Puericultura en las escuelas nacionales.
- e) Multiplicación de las Escuelas Provinciales de Puericultura, en las que, cuando menos, se organizarían cursos de matronas y guardadoras.
- f) Cursos breves para madres.

a) *Enseñanza de un curso especial de Puericultura dentro de la asignatura de Pediatría.*—Ocupando actualmente la Puericultura un puesto tan destacado dentro de la Higiene Social, es contradictoria la poca beligerancia que hasta ahora se ha concedido a la enseñanza universitaria de la higiene y patología del lactante, causa de que la gran mayoría de los médicos jóvenes, que van a nutrir gran parte de los núcleos rurales, desconozcan, a veces, las más elementales normas de la dietética infantil. Es desproporcionada la gran importancia que se concede a la medicina curativa con la dada a la preventiva.

Países hay en los que hace años se ha creado la cátedra de Puericultura; pero nosotros, comprendiendo la íntima penetración, la continuidad que debe existir entre Pediatría y Puericultura, propugnamos bien la división de la asignatura de Enfermedades de los niños en dos cursos, uno de ellos dedicado íntegramente a la fisiología, patología e higiene social del lactante, dietética y demografía, y otro a patología de la segunda y tercera infancias, o bien a la enseñanza de un curso especial de Puericultura, al que se concedería la merecida importancia, dentro de las cátedras de Pediatría.

b) *Organización de cursos breves de Puericultura a los médicos rurales.*—Con carácter obligatorio, al menos en las provincias que acusasen mayor mortalidad global o en las que la morbilidad o mortalidad infantil referida a una enfermedad evitable fuese más evidente, deberían organizarse en las Jefaturas Provinciales de Sanidad, por los Servicios de Higiene Infantil y Maternal, unos breves cursos a los médicos rurales, al final de los cuales se les entregaría un diploma, considerándose a sus titulares con mérito preferente para ocupar las plazas de médicos de los Centros primarios.

Preciso es vulgarizar entre el pueblo las normas sanitarias en favor de la madre y el niño; pero antes es indudable que tenemos que proporcionar los conocimientos científicos necesarios al médico rural, nuestro mejor propagandista.

c) *Enseñanza de la Puericultura en las Escuelas Normales.*—Si lo que pretendemos es la educación de las masas desde el punto de vista sanitario, ¿no sería magnífico medio el que en todas las Escuelas Normales se proporcionase a las futuras maestras, precisamente por un médico puericultor, normas no muy extensas, pero sí concretas, sobre materias elementales de puericultura?

d) *Divulgación de la Puericultura en las Escuelas Nacionales.*—Obtenidas por las maestras las enseñanzas que se indican en el apartado anterior, divulgarían las mismas entre sus alumnas de una manera continuada, pero sin monotonía, utilizando para ello todos los medios encaminados a la destrucción de falsas ideas sobre materias sanitarias que, de generación en generación, se transmiten en nuestro pueblo y que son causa indudable de un no escaso porcentaje en la mortalidad infantil. Las clases de Geografía e Historia, por lo que se prestan a ensalzar la fortaleza de una raza, el poderío de las naciones, las hazañas de los guerreros, serían materias entre las que fácilmente podrían entremezclarse un canto a la salud y unos consejos para preservarla.

e) *Multiplicación de las Escuelas Provinciales de Puericultura y organización en las mismas de los cursos de matronas y guardadoras.*—Para nadie es un secreto la deficiente preparación sanitaria que tienen las matronas, así como el primordial papel que, con una adecuada instrucción, podrían desempeñar en la lucha contra la mortalidad maternal e infantil. La organización de cursos especiales para esta clase sanitaria, que debería ser con carácter obligatorio, en las Escuelas Provinciales de Puericultura y en los Servicios Provinciales de Higiene Infantil y Maternal, la conceptuamos como una medida de gran trascendencia al llevar a la práctica un plan de propaganda del que recogeríamos a la larga un buen sazonado fruto.

Aunque de menor importancia, debemos consignar las ventajas que podrían proporcionar en la propaganda de



ricultura unas niñeras o guardadoras, cada vez más solicitadas por las clases media y elevada de la sociedad, así como la organización de otros cursos de iniciación de Puericultura para señoras y señoritas.

f) *Cursos breves para madres.*—Aconsejamos la continuación y multiplicación de estos cursos, obligatorios desde hace más de un año en todos nuestros Servicios y que, por lo menos en su iniciación, fueron organizados igualmente por otras instituciones. Su breve pero interesante programa, unido al «Diploma de Madre Ejemplar» que a las asistentes al mismo se entrega en acto que debemos procurar solemne dentro de la sencillez y al que debe acompañar la entrega de un obsequio, bien sean productos alimenticios, dietéticos, ropa, etc., etc., permite esperar, en virtud del interés que en las mujeres han despertado, muy halagüeños resultados.

#### PROPAGANDA DE TIPO SANITARIO

Comprende:

- a) Multiplicación de los Centros secundarios y, especialmente, los Centros primarios de Higiene Rural.
  - b) Equipos móviles.
  - c) Museos de Puericultura.
  - d) Visita domiciliaria.
  - e) Creación de nuevos Centros Maternales de Urgencia.
  - f) Conferencias radiofónicas.
  - g) Uso del cine con películas sonoras, a ser posible.
  - h) Diapositivas.
  - i) Artículos y «entrefilets» en la prensa diaria.
  - j) Carteles murales.
  - k) Sello sanitario.
  - l) Publicación de folletos, postales y alhuyas.
  - m) Organización de concursos de fotografías.
  - n) Propaganda en ferrocarriles, tranvías, metro, etc.
- a) *Multiplicación de los Centros secundarios y primarios de Higiene Rural.*—Completamente convencidos no sólo de que no es posible la absorción absoluta ni siquiera en materia de pro-

paganda, aunque ésta haya de realizarse verticalmente, esto es, con normas que provengan de arriba a abajo, sino también de que tras las promesas que encierra una propaganda es indispensable que exista una realidad, un hecho tangible que demuestre la veracidad, los beneficios que los folletos, carteles, conferencias, etc., señalan, se hace precisa la creación de nuevos Centros secundarios y, especialmente, de Centros primarios, con base casi exclusiva de un Consultorio de Puericultura, cubiertos, claro es, por el médico rural que, habiendo sido pensionado por las Jefaturas Provinciales de Sanidad, haya asistido a los cursos de capacitación que en sus Servicios provinciales de Higiene Infantil y Maternal se celebren. Como todo Dispensario de Puericultura, por modesto que sea, precisa la colaboración de la mujer y la Sanidad no puede prodigar las Instrutoras hasta los más apartados rincones de España, creemos conveniente y sumamente valiosa la ayuda que pueden prestar las Divulgadoras rurales de la Sección Femenina de F. E. T. y de las J. O. N. S., pero bien entendido que tampoco aquí pueden limitar su trabajo al Dispensario propiamente dicho, sino que es indispensable que labore, que «divulgue» sus conocimientos, que extienda la acción del Consultorio entre todos los habitantes de su demarcación.

b) *Equipos móviles.*—De todos son conocidas las dificultades que existen actualmente para la puesta en práctica de tan valiosísimo engranaje de nuestra propaganda, de importancia tal que nos atreveríamos a afirmar que, sin ellos, casi conceptuamos imposible la puesta en práctica de un perfecto plan de divulgación sanitaria. La experiencia que tenemos de los que en España funcionaron hace diez años, permite que nos hagamos las mejores ilusiones sobre los resultados que obtendríamos con su multiplicación; serían verdaderas misiones sanitarias que, dependientes de los Servicios Centrales, acudirían, al ser solicitados por los Jefes provinciales de Sanidad, a aquellas zonas en las que, bien por su morbilidad o mortalidad infantil más elevada, por su alejamiento de los Centros sanitarios o por su demostrada indiferencia a los distintos medios propagandísticos empleados, fuera preciso una labor perseverante y completa, ya que abarcaría desde el folleto a la conferencia, a más de

una acción dispensarial transitoria, que podría proporcionar datos de incalculable valor.

c) *Museos de Puericultura*.—Pueden ser de dos tipos: fijos y ambulantes, siendo los segundos, con mucho, los más importantes por su movilidad y, por consiguiente, por su fácil desplazamiento al medio rural, motivo principal de nuestra atención. El Dr. Bravo, Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección General de Sanidad, es autor de un interesante proyecto de creación de los mismos, que superarían al del Museo de Dresden. Suyas son las siguientes líneas que íntegramente corroboramos: «El método del museo ambulante podrá parecer, a primera vista, que tiene algo de garita de feria o de circo ambulante. En efecto; ¿pero no será esto, precisamente, lo que constituye una de las garantías de su éxito? Nada hay que más interés despierte a chicos y grandes, en cualquier medio, y sobre todo en el rural, que la llegada de la farándula o de todo lo que huele a divertimento vistoso, nuevo y barato. En este aspecto, el museo ambulante tendría siempre el éxito asegurado. Público no ha de faltarle jamás.»

Construido a base de tractor y remolque, lo que le hace fácil su circulación por la mayoría de carreteras y caminos de España, dotados del material pedagógico necesario, fácilmente transformables en amplias tiendas de campaña, con cine, radio o gramola y con el personal técnico y auxiliar preciso, podría abarcar una amplia acción sanitaria que en muchos casos superaría a la del Equipo móvil.

d) *Visitas domiciliarias*.—Fervientes partidarios de la visita domiciliaria, creemos que es práctica que debe ser ampliada no sólo en las poblaciones, sino en los pueblos. En estos últimos, sobre todo, podría llegar a realizarse un interesante estudio, adicionado de las correspondientes fotografías, que completasen los ya iniciados sobre viviendas regionales. Pero aparte de estos datos, que podrían llegar a superar incluso el ámbito sanitario, es sabido que nos proporcionan otros, no por conocidos, menos interesantes. La indudable orientación que mediante ellas hacen las Instructoras hacia nuestros Centros, los valiosos datos de toda índole que nos proporcionan, aumentados, si cabe, por las características psicológicas en que la visita se

desenvuelve (una mujer, la Instructora, en el ambiente menos sobrecogedor del hogar de otra mujer), la facilidad de anular a domicilio fuerzas operantes contrarias, etc., etc., hacen que sea la visita, sin duda alguna, una de nuestras armas más eficaces.

e) *Creación de nuevos Centros Maternales*.—De acierto indudable puede considerarse la creación de los Centros Maternales de Urgencia, cuya trascendencia, con ser mucha, prevemos que aún no se vislumbra. Repetimos que la acción sanitaria sobre las embarazadas es difícil, pero si pensamos, además, que unas veces por la falta de condiciones en las que el parto se desenvuelve y otras por la escasez de Instituciones donde asistir las distocias, hace doblemente interesante la existencia de estas pequeñas Maternidades, en las que son obviadas tales dificultades. Es evidente que es pronto aún para pretender que hayan adquirido pleno desarrollo, dado lo reciente de su creación, pero pensamos también, y así han contestado la mayoría de los Servicios de Higiene Infantil y Maternal en reciente encuesta efectuada, que en gran número de provincias o son muy escasos o ni siquiera han sido solicitados. Lógica sería su existencia casi en cada cabeza de partido judicial, y pensamos que primeramente debería hacerse patente su importancia, la propaganda de los mismos, a los Ayuntamientos respectivos.

f) *Conferencias radiofónicas*.—El enorme poder difusor de la radio, que aumenta de día en día y la baratura de este procedimiento de propaganda, hacen que sea otro de los medios que con más frecuencia debiéramos utilizar. Sólo comparable en cierto aspecto al cine, tiene la ventaja sobre él de llegar a la casa inesperadamente y sin ninguna incomodidad para los oyentes y la de no precisar la menor formación cultural, aunque también sea menor, frente a esas ventajas, su poder de fijación.

Las conferencias radiofónicas deben ser muy claras, prescindiendo en lo posible de palabras que aunque técnicas no sean fácilmente comprensibles, amenas, salpicándolas incluso con alguna que otra anécdota y, sobre todo, muy breves, con duración que nunca sobrepase los ocho o diez minutos. Los conceptos por ellas vertidos deben ser concisos y terminantes, pres-

ciendo, desde luego, de ideas dubitativas capaces de sembrar el menor desconcierto.

g) *El cine.*—He aquí un procedimiento de propaganda sanitaria poco utilizado en España y que es, sin embargo, de un brillantísimo porvenir. La mágica atracción que el cine en sí tiene para las masas, la poderosa influencia que sobre ellas ejerce, el agrado con que suelen verse los documentales de toda índole, el indudable poder de fijación de las ideas que tiene, por la superposición, en lo que al cine sonoro se refiere, de los fenómenos auditivos sobre los visuales, le hace indispensable para la organización de una propaganda en gran escala. Creemos que éste es el momento más propicio para empezar a realizar una serie de películas, de dibujos inclusive que, proyectados en los salones, sería magnífico procedimiento de educación sanitaria y obtendrían un éxito artístico y hasta económico descomulgado. Este procedimiento, como ningún otro, nos hace sumamente asequibles a personas de muy distinta formación cultural; tanto el docto como el analfabeto se verían pronto atraídos por una voz amable y unas bellas imágenes que les harían ver ideas unas veces desconocidas, otras olvidadas, pero todas absolutamente contrastadas por la experiencia, encaminadas siempre hacia una cosa tan amable como es el cuidado que todo niño, por él y por el porvenir de nuestra Patria, se merece.

Temas no habrían de faltar: el crecimiento y desarrollo, los cuidados físicos, la profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas, las vacunaciones, lo que España hace por los niños, la morbilidad y la mortalidad infantil en España y en otros países, etcétera, etc., son cantera inagotable que, producidas bien directamente por la Dirección General de Sanidad o bajo su asesoramiento y control por las casas productoras, permitirían holgadamente renovar las películas sanitarias.

Otras películas más modestas para aparato proyector no solo, pero con letreros escasos, breves, claros y sencillos, del tipo de las que ya tenemos, pero más numerosas y con muchas más copias, deberían producirse para su proyección en colegios, cursos a madres, equipos móviles o museos ambulantes.

h) *Diapositivas.*—De acción menos extensa que la radio y

el cine, tiene sobre éste la ventaja de ser más asequible a nosotros en razón de precisar tan sólo un modesto aparato proyector, muy generalizado, económico y de sencillísimo manejo. Es procedimiento indispensable en cursos y conferencias, precisamente por el hecho de poder ser prolongada la proyección de una misma imagen tanto tiempo como sea preciso. Es apto, también, para ser utilizado por los equipos y museos. Los Servicios centrales de Higiene Infantil, convencidos de su utilidad, pronto repartirán por los Servicios provinciales cerca de un centenar de distintos modelos, referentes a varias facetas de la Puericultura.

i) *Artículos y «entrefilets» en la prensa diaria.*—Siendo la prensa diaria otro de los poderes de nuestro tiempo, comparable sólo a la radio y al cine, lógico es que sea utilizada por nosotros como magnífica tribuna para nuestra propaganda. No creemos que fuera muy difícil la frecuente publicación en lugar destacado y en forma de consignas, como lo son actualmente diversas materias de interés nacional, de artículos breves y claros, sin firma desde luego, de diversos temas de interés sanitario. Se completaría la acción en la prensa con la publicación de llamativos «entrefilets».

j) *Carteles murales.*—Nadie duda de la eficacia de un cartel, pero juzgamos su acción poco duradera y, por lo tanto, ha de ser prolongada por la acción de otros medios propagandísticos directos; la que ejercen los carteles sobre la masa es inmediata y sugestiva: un grito más que otra cosa, pero, como tal, muy pasajero.

Pese a nuestra poca experiencia, consideramos sumamente difícil la realización de un cartel que llene nuestras necesidades. El asunto, la forma de tratarlo, el colorido, la leyenda, etc., son cuestiones, aunque otra cosa parezca, de no fácil armonización. En cuanto al asunto, creemos conveniente buscar la naturalidad presentada bajo una pintura realista y huyendo, por ende, de esas pinturas impresionistas y futuristas, de figuras desproporcionadas, deformes y hasta monstruosas que hieren nuestras fibras artísticas más sensibles. La maternidad, por ejemplo, asunto que se presta a ser tratado sin cansancio de tan diversas maneras, exige bondad, pureza de líneas y hasta romanticismo si se quiere.



re, en pugna evidente con esas osadías pictóricas que, afortunadamente, tienden a caer en el desuso. El colorido depende, claro es, del asunto a tratar y hasta del color ambiente; esto es, de las distintas regiones en las que ha de repartirse el cartel. La leyenda del cartel ha de ser breve, muy breve, destacada del dibujo del mismo y, sobre todo, sumamente clara.

La organización de concursos de carteles y la exposición de los mismos se presta, sobremanera, a un doble procedimiento de propaganda.

k) *Sello sanitario*.—Otro de los procedimientos poco usados en España y que es de un gran poder difusor. Sería el ideal que fuera, como ya lo es para el Patronato Nacional Antituberculoso, de uso obligatorio en algún día o días del año, pero, por lo menos, su adquisición voluntaria permitiría no sólo su continuidad, sino también costear otros procedimientos publicitarios más costosos y de imposible remuneración.

l) *Folleto, postales y aleluyas*.—Es el folleto uno de los medios más eficaces y con más profusión empleados por la Dirección General de Sanidad, pero creemos que debiera reiterarse este procedimiento de propaganda, que, como antes dijimos, es la continuación de un cartel, de una misión sanitaria y hasta de una conferencia de divulgación. Debe también ser breve, eminentemente gráfico, pleno de la mayor amenidad posible y de colorido atrayente. La postal es un cartel en pequeño, ya que hasta los mismos temas de los carteles pudieran en ellas reproducirse; pero es, pese a su nombre, de acción mucho más limitada.

En cuanto a las aleluyas, editadas también sobre alguna materia por la Dirección General de Sanidad, se prestan a actuar sobre la masa escolar, a la que en forma muy sencilla, infantil, suelen ir dirigidas.

m) *Concursos de fotografías*.—Es éste, sin duda, un procedimiento de hacer propaganda sanitaria, aunque ésta sea unilateral, porque es exclusivamente recogida por aquellas personas de determinada formación cultural. Mas esto, lejos de ser un inconveniente, presenta la ventaja de su acción más directa y, por lo tanto, más intensa. De todos es conocida que ésta es una idea utilizada por nuestra Dirección General de Sani-

dad, que muy en breve se pondrá en práctica; ha sido necesario, al señalar las bases del citado concurso, indicar claramente los temas que en él habrán de ser tocados, so pena de caer en un adocenamiento que nos apartaría del verdadera espíritu del mismo.

La exposición al público de tales fotografías préstanse, sobremanera, a completar la propaganda con el reparto de folletos, postales, proyección de alguna película e incluso a dar alguna conferencia sobre temas de Puericultura.

n) *Propaganda en ferrocarriles, tranvías, metro, etc.*—Del mismo modo que actualmente se utilizan estos medios de locomoción para colocar en ellos una buena propaganda del partido, sindical o deportiva, creemos que debieran utilizarse para realizar otra no menos eficaz propaganda sanitaria. Llamativas consignas, gráficos atrayentes o pequeños carteles, bastarían para ello. En las estaciones del Metro, por ejemplo, sitio hay más que suficiente para ampliar tal propaganda, de efectos, por la persistencia de la visión, indudablemente muy eficaces.

#### PROPAGANDA DE TIPO BENÉFICO

Titulamos así a aquel procedimiento de propaganda que, a la vez que la efectuaba, permitiría allegar recursos con los cuales se podrían ampliar determinadas instituciones o sostener otras de nueva creación.

En ella incluimos:

- a) La conmemoración del «Día del niño».
- b) La celebración de un sorteo de la Lotería, parte de cuyos ingresos serían destinados a Higiene Infantil.
- a) «Día del niño».—Se celebra en España, desde hace unos años, el «Día de la madre», y pensamos que debiera también celebrarse el «Día del niño» en cualquier domingo o día festivo muy señalado; tal vez pudiera ser el 25 de diciembre, durante el cual, hecha de antemano por prensa y carteles la correspondiente propaganda, así como sus fines (sostenimiento de salas u hospitales de lactantes, guarderías infantiles, etc., etcétera), se repartirían, a la vez que emblemas alusivos, una

significativa propaganda de mano en forma de folletos, cartas y postales. Los ingresos obtenidos serían íntegramente empleados por los Servicios centrales de Higiene Infantil en la forma señalada.

b) *Lotería*.—No creemos fácil la correspondiente y necesaria autorización para el empleo, total o parcial, de la recaudación de un sorteo en los Servicios de Higiene Infantil; pero a nadie le cabrá la menor duda sobre la eficacia de este medio de propaganda y sobre los saneados beneficios económicos que tal sorteo reportaría, que podrían emplearse en el perfeccionamiento de nuestros Servicios, adquisición de productos dietéticos, premios de lactancia, etc., etc.

### CONCLUSIONES

- 1.<sup>a</sup> Se hace necesario el empleo de una amplia propaganda maternal e infantil.
- 2.<sup>a</sup> Nuestra principal preocupación debe ser el medio rural.
- 3.<sup>a</sup> La propaganda que se inicie debe ser terminada, llevando hasta el máximo nuestras posibilidades.
- 4.<sup>a</sup> Requiere la eficaz ayuda de las jerarquías estatales y la no menos influyente de las autoridades provinciales.
- 5.<sup>a</sup> Puede y debe permitirse una amplia libertad en las Jefaturas Provinciales de Sanidad para la organización autónoma de la propaganda, pudiendo así adaptarse a sus necesidades y hasta a su psicología característica, pero contando de antemano con los Servicios centrales de Higiene Infantil y éstos, a su vez, con la Sección de Propaganda de la Dirección General de Sanidad.

## Coordinación de las obras de asistencia maternal

POR EL

**Dr. D. FRANCISCO CAÑELLAS DOMENECH**

Médico Maternólogo del Estado

La evolución experimentada por la Obstetricia, junto al resto de la medicina, en estos últimos tiempos, extendiendo su campo de conocimientos y aplicación, requiere medios de acción más numerosos y mejor adaptados a tal incesante incremento.

Por otra parte, las condiciones de vida, familiar, colectiva o social, van evolucionando a su vez sin cesar, singularmente en cuanto atañe a la de la mujer, originándose con ello condiciones susceptibles de transformarse fácilmente en fuentes, ya de simples trastornos funcionales, ya de verdaderos cuadros patológicos capaces de repercutir hondamente en las altas misiones fisiobiológicas a desempeñar por la mujer. No era, ni sería, por tanto bastante la acción aislada del tocoginecólogo para remediar las posibles y trascendentales consecuencias de dicha evolución. Era preciso, cuando menos en España, que nuestra actuación como tales especialistas estuviera revestida del carácter sanitario-social que las circunstancias antedichas exigen. Y dentro del ámbito de la Sanidad Nacional, cada día mejor dotada de instrumentos de lucha, advino con impulso imperioso, sostenido por la perseverante labor de quienes la encauzan y dirigen, la rama de la Maternología.

Esta es, sin duda alguna, la piedra basal de toda acción sanitario-social integral. Sanitariamente, con la aplicación de medidas de profilaxis e higiene, ciega fuentes de enfermedad y muerte, tanto maternas como fetales. Socialmente, contribuye de modo primordial a combatir los factores demográficos negativos más nefandos que amenazan a la vida de la sociedad en su raíz, destruyéndolos en sus albores o, mejor aún, haciendo imposible su aparición.

Para llegar al logro total de tan trascendentales fines, no cabe esperar, lógicamente, en la acción aislada, esporádica y parcial de los Dispensarios de Maternología, que son los baluartes de primera línea en esta lucha. Es preciso, y no olvidemos que en España se acaban de poner los cimientos de esta rama de la Sanidad, que las directrices a ello encaminadas y, naturalmente, emanadas de tales Dispensarios, estén secundadas y robustecidas por la ininterrumpida y poderosa asistencia de las demás ramas médico-sanitarias.

Nuestra ley fundamental de Sanidad Maternal e Infantil previene, a través de su articulado, cuanto se refiere a coordinación de medios a los que alcanza la acción de dicha ley, y establece, como condición precisa, la de fijar un plan general de Sanidad Maternal e Infantil, en el cual habrán de determinarse taxativamente las funciones a desarrollar por cada Servicio u Organismo. Como es lógico suponer, no pretendemos dejar sentados con nuestra modesta contribución los jalones de un plan de tanta envergadura, pero sí ansiamos, a pesar de las naturales deficiencias que ofrecemos que, a no dudar, habrán de enmendar y mejorar con su prestigio mis colegas de servicio, que este primer paso o tentativa mueva a la consideración y atención de quienes deban establecerlo, puestas todas las miras en que sea una inmediata y eficaz realidad.

En primer lugar, debemos considerar cuanto concierne a la labor del Dispensario de Maternología. Sanitariamente y en su esencia, además de la consulta verbal que en ellos ha de prestarse, deberían ser puestas en práctica las medidas profilácticas que informan el vasto campo de la Maternología. Estas medidas, que sin duda alguna habrán de mejorar incesantemente en valor, eficacia y número gracias al ininterrumpido progre-

so de la medicina e higiene, no cabe esperar que podamos aplicarlas siempre en su totalidad, sea por la natural limitación derivada de nuestra especialización, sea por la que obliga la índole de los propios Dispensarios. De aquí el primer y debido paso hacia la coordinación.

Como es de todos sabido, la morbi y mortalidad materna viene ordenada en los siguientes cuadros etiológicos:

- a) Estados patológicos que complican la gestación sin estar condicionados por ella.
- b) Estados patológicos condicionados por la propia gestación.
- c) Las complicaciones del parto, ya de origen materno, ya de origen ovular; y
- d) Las infecciones puerperales.

Estrechamente ligada a ellos camina la mortinatalidad, cuya profilaxis es en su realización simultánea de la materna.

Entre los estados que pueden complicar la gestación sin estar condicionados por la misma tenemos que considerar, en primer lugar, las infecciones crónicas que, como las cardiopatías y otras afecciones orgánicas, pueden ser preexistentes a la gestación, y las infecciones agudas. Dichos estados pueden agravarse por el hecho de la gestación y repercutir a su vez, con mayor o menor intensidad, sobre la evolución del embarazo y la vitalidad del feto. Al mismo tiempo, cada uno de ellos requiere una higiene particular y, lo que es más importante, un tratamiento especial, casi siempre imposible de aplicar en la reducida esfera del Dispensario de Maternología y cuyos efectos si bien no son constantemente eficaces, es decir, curativos para la madre, no dejan de serlo en cuanto atañe a los intereses vitales del producto. Y dentro de estos estados destacan singularmente por su alcance higiénico-social, la sífilis y la tuberculosis, aunque tampoco es de desdeñar el representado por las llamadas afecciones venéreas; de ellas, la gonococia en particular.

Pues bien, con estas últimas y la sífilis nos es factible sentar un diagnóstico valiéndonos de la elemental y obligada conexión con los laboratorios (no siempre tan inmediatos y numerosos como fuera menester). Pero, y con ello llegamos a uno

de los puntos principales de nuestra exposición, ¿cómo han de ser tratadas estas enfermas y, en especial, las sifilíticas?

Téngase en cuenta que nos referimos a la actuación de nuestros Dispensarios en los grandes núcleos urbanos y no en los Centros rurales polivalentes, cuyas características no nos hemos de detener en analizar.

Pues, lógicamente, requiriendo el auxilio de los Servicios antivenéreos, donde, a no dudar, el tratamiento ha de prestarse técnica y económicamente en condiciones mejores de como pudiera prestarse en nuestros Dispensarios en su actual organización. Pero, ¿es esto conveniente y eficaz? No, teniendo en cuenta el hecho de orden simplemente subjetivo en su origen pero de alcances insospechados en sus efectos negativos, que es la repugnancia y resistencia de nuestras gestantes a frecuentar tales Servicios.

A nuestro entender, y apoyándonos en la reconocida eficacia que en otros países ha tenido su aplicación, se debería propugnar por la creación de Servicios, anejos a los de Maternología, de lucha contra la sífilis familiar y congénita, a cargo de Dermatólogos oficiales (esto como base, sin olvidar las demás afecciones venéreas susceptibles de tal consideración), donde nuestras gestantes y sus allegados enfermos pudieran recibir el adecuado tratamiento y las complementarias orientaciones o consejos sanitarios, convenientemente mantenidos en vigor por la incesante e infiltradora labor de las Instructoras-Visitadoras. No menos de estimar son los resultados a conseguir en dicho Servicio con aquellas mujeres que, una tras otra, han visto malograrse sus gestaciones a causa de la sífilis y no desean sino obtener su curación y entrar, con ello, en vías de conseguir un hijo vivo y sano.

Por consiguiente, destacamos la imperiosa necesidad de crear esta modalidad de Servicio o, en su defecto, de que dentro de los Antivenéreos oficiales se habiliten los medios precisos (como horario, local, personal, etc.) para organizar Servicios aparte, en los que, en estrecha conexión con los de Maternología, se realice exclusivamente la profilaxis y especial tratamiento de la sífilis familiar y congénita.

En el Dispensario Antivenéreo, tal y como está organizado,

al hacer el tratamiento individual de la sífilis se preserva, como es natural, a la posible descendencia de cada enfermo. Pero hasta tanto no se consiga la ideal eliminación de todas las sífilis individuales, mayormente antes de llegar a la procreación, la sífilis ovular plantea, por las circunstancias clínicas y sociales que la condicionan, el complejo e inaplazable problema de su inmediato tratamiento, que no tendrá, por consiguiente, el carácter de integral que precisa, si no es realizado en las modalidades antes señaladas.

En la asistencia a las gestantes tuberculosas, y nos referimos a las tuberculosis pulmonares exclusivamente, ya que los demás procesos tuberculosos ni influyen ni son influidos por la gestación, toda la atención ha de recaer preferentemente sobre la de la tuberculosis, no porque ésta sea agravada de modo obligado por la coexistencia del embarazo (y no entramos en detallar, por no ser de nuestra incumbencia, las formas ni estados en los que cabría tener en cuenta esta posibilidad), sino porque:

a) El desarrollo corporal y fortaleza orgánica del recién nacido de la tuberculosa está regulado por el estado general que ésta ofrezca en la última fase de la gestación, con independencia del grado o forma de sus lesiones.

b) Porque, prácticamente, el problema de la transmisibilidad del germen no tiene valor apreciable epidemiológica y demográficamente, según nos informan los actuales conocimientos sobre tal problema y, por lo tanto, junto a la anterior consideración, el producto ha de ser estimado en todo su valor positivo; y

c) Porque el estado de gestación no es obtáculo para la práctica de muchos de los tratamientos activos de la tuberculosis, reclamados en cada caso por el grado o forma de ésta, sin perjuicio para la normal marcha del embarazo; tratamientos que a la postre no habrán de redundar más que en provecho de la madre, o sea, mejorando su estado general, factor esencialísimo en cuanto al feto se refiere y que ya hemos ponderado anteriormente.

Estimado así el problema de la coexistencia de tuberculosis pulmonar y gestación, como obligan las doctrinas reinantes, nos

es forzoso acudir para el conveniente tratamiento y observación de estas enfermas al concurso de los fisiólogos; es decir, precisamos establecer una coordinación de actividades que culmine en las maternidades especiales para tuberculosas, donde después, y aun al propio tiempo de poner en práctica las terapéuticas reclamadas por la tuberculosis, son aplicados los procedimientos obstétricos condicionados por el estado de la madre, en cuanto se deriva de la propia tuberculosis o por las circunstancias que tocológicamente presente cada caso, así como también los profilácticos en el recién nacido, base, hoy por hoy, la más sólida de la profilaxis familiar de la tuberculosis.

Por otra parte, el ingreso y permanencia en el Sanatorio-Maternidad de las gestantes tuberculosas suprime de raíz la influencia de ciertos factores sociales, tan decisiva en la evolución de muchas de las formas de la tuberculosis pulmonar, y es de sobra conocida la nefasta influencia que el embarazo ejerce sobre las tuberculosas pobres que viven en malas condiciones higiénicas y no pueden seguir el adecuado tratamiento.

Además, la indicación precisa del ingreso sólo puede determinarla una exacta observación y vigilancia de cada caso en los correspondientes Dispensarios, como también es bajo la dirección especializada de éstos que debe seguirse el tratamiento ambulatorio de esta clase de gestantes, salvando, como es natural, la lógica vigilancia obstétrica, a nuestro cargo.

Por las razones apuntadas, entendemos que la conexión entre ambos Servicios debe establecerse en firme sobre una base de especial preferencia o, quizá, urgencia en la recepción, estudio y tratamiento de las gestantes fímicas en los Dispensarios y Sanatorios Antituberculosos, sin perjuicio de que este carácter se mantenga, en orden a una mejor y más eficaz profilaxis familiar, después que aquéllas hayan dado a luz. Y, asimismo, propugnamos por la creación de Maternidades especiales para tuberculosas como culminación de esta coordinación, tan necesaria entre nuestros Dispensarios y los Servicios Antituberculosos.

Pasemos ahora a considerar los estados patológicos condicionados por la propia gestación, haciendo previamente la salvedad de que la labor de nuestros Dispensarios, lejos de desvir-

tuar en este aspecto la que efectivamente vienen realizando las Maternidades en sus consultas públicas, no ha de hacer sino ampliarla, encauzarla y perfeccionarla.

La pretendida coordinación debe consistir, pues, en estrechar las relaciones que deben existir, naturalmente, entre ambas organizaciones con el loable fin de que la asistencia a las gestantes, en cuanto se refiere al puro campo de la obstetricia, sea cada día más depurada y perfecta. Según expresión de un famoso tocólogo y puericultor, el ideal nuestro debe ser el conducir la gestación a término, libre de toda perturbación, y atender el parto sin peligro para la madre y con el mínimum de traumatismos para el hijo.

Con harta frecuencia ocurre que la gestante necesitada no puede acudir, por razones de toda índole, a las consultas abiertas en las Maternidades. Pues bien, nuestros Dispensarios, al ir prodigándose tanto en la esfera urbana como en la rural, ponen al fácil alcance de aquélla unas veces la simple vigilancia u orientación en su estado, otras el remedio a una posible alteración patológica y, finalmente, la razonada indicación, cuando sea precisa, de que su parto debe ser asistido en la Maternidad. La verdadera y completa profilaxis de los estados patológicos de la gestación condicionados por la misma, así como de las distocias y de la infección puerperal, no adquirirá valor positivo hasta que el examen y revisión de las gestantes no recaiga sobre la totalidad de ellas. No hemos de citar aquí datos estadísticos de sobra conocidos para encarecer el significado de esta afirmación; tan sólo pretendemos destacar el que han de tener los Dispensarios de Maternología, mediante su multiplicación y ampliación, en el logro de tan alto objetivo.

Todo el que ha hecho su formación en una Maternidad, con larga permanencia y ejercicio en la misma, sabe del efectivo valor que representa para la correcta asistencia de toda gestante el que ésta ingrese en la sala de partos debidamente estudiada y diagnosticada, valor realizado por el hecho contrario de que tantas y tantas veces la asistencia al parto debe hacerse recurriendo a una rápida y no siempre segura improvisación terapéutica, por carecer en tal momento de los preciosos datos que sólo puede suministrar una cuidadosa y prolongada obser-

vación de cada caso. Y, por desgracia, no están tan lejanos los tiempos en que han sido más frecuentes los ingresos en Maternidad de mujeres en trabajo de parto sin explorar que los de aquellas debidamente exploradas durante su gestación, lo que ha conducido inevitablemente al mantenimiento de las elevadas cifras de morbi y mortalidad materna, así como de mortinatalidad.

Como primer y modesto paso hacia esta coordinación, se ha establecido en nuestros Dispensarios el uso de las llamadas hojas complementarias de parto, con el objeto de llenar la doble misión de: 1.º Proporcionar al médico tocólogo de la Maternidad, donde en última instancia han de ser aplicadas a la gestante las medidas profilácticas y terapéuticas convenientes a su parto, el conocimiento de cuantos datos haya sido posible recoger durante la gestación, para encaminar a una más exacta y oportuna aplicación de tales medidas; y 2.º Proporcionar, a su vez, al médico maternólogo del Dispensario el obligado conocimiento de cuanto haya acaecido en el transcurso del parto y puerperio de las gestantes antes sometidas a su observación; con ello podrá sentar, en su caso, la precisa indicación o llevar a la práctica, de aquellos tratamientos que restablecerán en su integridad la capacidad generadora de toda mujer que sufrió algún grave accidente intra o postpartum capaz de comprometerla, y cuyos efectos no se hacen ostensibles, como es lógico pensar, inmediatamente, sino al cabo de un cierto tiempo, y es entonces cuando se apreciará en su justo valor la aportación de tan preciosos datos etiológicos, en orden a sentar una terapéutica de recuperación maternológica.

Es de advertir que el uso de tales hojas complementarias no habría de quedar reducido a los casos que son asistidos en Maternidades, sino que sería conveniente extenderlo a aquellos en que, previamente comprobado tal extremo, son atendidos o resueltos en entidades o por particulares de bastante solvencia y cuyas informaciones, aunque exiguas y a veces incompletas, siempre habrán de aportar algún dato provechoso en el sentido apuntado.

En último término, las repetidas hojas no llenarán otro objetivo que el de justificar explícitamente el ingreso de una ges-

tante en una Maternidad, por la sencilla e imperiosa razón de su indigencia, atestiguada por el informe al efecto proporcionado por la Instructora-Visitadora ante el Médico maternólogo, quien, a su vez, atestiguándolo, sentará la indicación profiláctica del ingreso. Y al recomendar tal medida, no por conocida menos tenida en cuenta, nos basamos en el prudente principio de que tanto las minuciosas y penosas actuaciones a realizar como los beneficios a otorgar en el sentido de protección médico-social de la maternidad, no deben ni pueden ser prodigados al azar, sino encauzados concienzuda y pacientemente hacia aquellos sectores de la sociedad de mayor peligro sanitario o social. Y este encauzamiento sólo es posible, insistimos, tomando como punto de partida la acción médico-social de nuestros Dispensarios, inicialmente imposible sin la valiosa y abnegada participación de las Instructoras-Visitadoras.

Y con el concreto objetivo de que los Servicios locales (provinciales y municipales) de Asistencia clínica maternal rindan una labor más fructífera en cuanto a protección de la maternidad se refiere, la Dirección General de Sanidad, a iniciativa de la Jefatura Central de nuestros Servicios, ha sometido al estudio y aprobación de la superioridad un proyecto de disposición en el que, reconociéndose la necesidad de imprimir un espíritu de unidad a todo cuanto atañe a Maternología, mayormente en lo referente a la específica prestación de servicios, se propone que en aquellas capitales de provincia de censo menor de 70.000 habitantes, la dirección de sus Maternidades locales recaiga en el facultativo que dirija los Servicios de Maternología en las respectivas Jefaturas Provinciales de Sanidad, o permitiendo, por el contrario, que los actuales directores de aquellas Maternidades sean adscritos al Cuerpo de Maternólogos del Estado, desempeñando, en consecuencia, el servicio de Maternología de Sanidad en las mismas capitales. Esperemos que tan laudable propósito obtenga un satisfactorio refrendo que se traduzca en la promulgación de una disposición legal que en su aplicación sólo provechosos resultados habría de producir en el complejo engranaje de la coordinación que propugnamos.

Como quiera que este modesto estudio había de limitarse a ponderar la utilidad y coordinación de servicios en el sector

nitario de la Maternología y cualquier otra consideración sobre este problema habría de darle inusitadas proporciones, no hemos querido entrar expresamente en comentario alguno sobre la amplia repercusión que, en vastas zonas de nuestra sociedad y en el campo de la medicina social, habrá de tener la aplicación de la ingente legislación que sobre Seguros sociales se ha dictado en el Nuevo Estado.

Por todo lo expuesto y teniendo como objetivos incontrovertibles de la Maternología: que toda madre cuente en todo momento y circunstancia con la posibilidad de llevar a cabo integralmente y en las mejores condiciones materiales y morales su gestación, parto y lactancia, y que tanto ella como el hijo estén ininterrumpida y eficazmente protegidos durante todo el tiempo que implica la simbiosis fisiológica, que se inicia en la fecundación y termina con el destete, entendemos como intrínsecamente necesarias a la coordinación de servicios maternos estas primeras bases:

1.<sup>a</sup> Revisión y examen de todas las gestantes, poniendo en juego y bajo una única directriz técnica todos los Organismos a ello dedicados.

2.<sup>a</sup> Creación de los Servicios de profilaxis y tratamiento de la sífilis familiar y congénita.

3.<sup>a</sup> Creación de Maternidades especiales para tuberculosas, cuya admisión y tratamiento, tanto en éstas como en los correspondientes Dispensarios, habría de tener carácter de especial preferencia, o aun de urgencia.

24 de abril de 1943.

## Crítica de las intervenciones obstétricas en relación con las orientaciones sanitarias actuales

POR EL

**Dr. BALDOMERO BUENO LÓPEZ**

Con profundo agradecimiento a la autoridades sanitarias, que se han dignado nombrarme para aportar en esta primera reunión de médicos puericultores y maternólogos de la Sanidad Nacional un tema científico de la especialidad tocologica, manifiesto sinceramente mi emoción en este acto. El encargo que me ha sido confiado, representa para mí un gran honor, que, sinceramente, no creo merecer. Lo agradezco en cuanto vale y, en atención a las circunstancias en que actualmente se desenvuelve la vida sanitaria de España, sacrifico mis escasas cualidades de orador, con el ambicioso deseo de cumplir el sagrado deber de ayudar a los hombres que, bajo el amparo de nuestro invicto Caudillo, desarrollan para nuestra Patria la más hermosa labor de índole sanitaria que los tiempos han conocido. En esta magna evolución corresponde a nuestra especialidad de maternólogos misión principal, para resolver todos los problemas que, hasta la época actual —con gran apremio—, ha venido planteándonos la salud pública, en su principal raíz, que, como fuente productora de los seres, representa para el hombre la mujer, en el momento de ser madre.

## CONCEPTO ACTUAL DE LA MATERNOLOGÍA

Ninguna especialidad, por interesante que sea, tiene hoy para el médico tanta importancia como la Obstetricia. El mejor fundamento de su origen, como especialidad, estriba en que el organismo de la mujer, desde que nace, experimenta una serie de transformaciones durante su desarrollo, y sobre todo durante la actividad de su vida sexual, en la cual desempeña el maravilloso trabajo de su fecundación, anidamiento, desarrollo, parturición y nutrición del producto concepcional, es decir, su divina función maternal. Y es lógico que en el transcurso del desarrollo de una mujer, dispuesta para tan noble cometido, se experimenten numerosas y variadas funciones, ya biológicas, las físicas, que la distinguen por completo de todas las demás funciones del organismo humano en general. ¿Cómo podrían estudiarse en un mismo capítulo las infecciones, los traumatismos, las afecciones nerviosas y vasculares, etc., etc., sin diferenciar el estudio de todas ellas en general de aquellas que pueden recaer en el organismo de una mujer preñada? De tal delicadeza, por su especial modificación general en el embarazo, se hace el organismo de la mujer, que no es necesario traer a capítulo la descripción del mismo para demostrar su importancia especial dentro de la Medicina.

### LA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, ESPECIALIDAD FUNDAMENTAL

La Obstetricia constituye, sin excepción de ningún género, la rama de la Medicina más importante. Si actualmente se tiene en estima el organismo del ser humano, desde que ve la luz de la vida hasta la decrepitud de la misma, llevando a cabo la Medicina el estudio sistemático de todos sus órganos y la variable nosología de los mismos, dividiendo y subdividiendo en numerosas ramas de especialidad, desde el comienzo de su ciclo vital extrauterino, fácilmente comprenderemos que, ante todas estas consideraciones del orden científico de la Medicina, para conseguir un perfecto funcionamiento orgánico del ser hu-

mano, hay que penetrar antes, tan amplia como profundamente, en este gran mundo de la vida intrauterina, con todo lo que significa y representa ya en el organismo incipiente que, con carácter genéticamente celular, ha de sufrir en el transcurso de doscientos ochenta días esa magnánima transformación todavía impenetrada en la mente de los hombres de ciencia que pretenden esbozarla y que, aún en la época actual, como todos sabemos, no se ha podido concretar respecto al crecimiento y formación del llamado embrión humano, sino de una manera hipotética, más que de forma real y concreta. Si en este profundísimo estudio del desarrollo intrauterino, desde su comienzo hasta su salida al mundo exterior del ser humano, existen tantos factores de tan gran importancia y de tan grande diferencia con los del ser ya nacido, y con un mecanismo químico, físico, biológico, energético, tan intrincado y difícil, capaz en todos estos factores que lo constituyen de ser perturbado en el equilibrio de los mismos y perturbar al mismo tiempo el organismo que, en íntima conjunción, le presta todos estos elementos acondicionados de una manera regular, para su perfecta formación, nos traduce claramente la enorme importancia y el supremo interés que para nosotros tiene, no ya el ser nacido o en evolución de vida, sino el nonnato y en evolución de desarrollo, en condiciones de la mayor de las profilaxis, para preservarlo de la nosología que *a posteriori* tanto nos interesa y preocupa, para el perfeccionamiento de la raza. Si interesante es la pediatría, con toda su labor de profilaxis en el ser que comienza a vivir; si igualmente interesante lo es la tisiología y la sifiliografía dedicadas a la curación y a la profilaxis de estas plagas nosológicas, ¿cuánto más interesante lo es toda esta labor, ya curativa, ya profiláctica, que en este orden de afecciones indicadas, como en otras tantas de todos conocidas, realiza el especialista en la mujer embarazada, para beneficio de su fruto conyugal!

Si a este importante capítulo de las enfermedades adquiridas por infección en el claustro materno, y, por consiguiente, heredadas del organismo del mismo, en donde pueden intervenir como colaboradores las demás ramas de la medicina —sifiliografía, pediatría, tisiología, etc.—, añadimos las intrínsecas



que, por mero trastorno mecánico de la función de gestación o parturición, pueden sobrevenir al ser en el curso de su desarrollo, o al final del mismo, nos explicaremos, no de forma problemática, sino clara y axiomáticamente, que en concepto de medicina, como en concepto de vida, lo primero para ella, y por lo tanto lo más interesante para la medicina y para la vida misma, será siempre la Obstetricia.

### CONCEPTO POLÍTICOSOCIAL DE LA MATERNOLOGÍA

Esta es la base fundamental, por constituir la primera lucha contra la mortalidad infantil, y, por consiguiente, ser la base para el sostén del edificio nacional. Por lo tanto, la aplicación perfecta de todos sus métodos prácticos resultará para la Sanidad base de toda profilaxis. El maternólogo ha de poner en juego, para su perfecto desenvolvimiento, todos cuantos medios y conocimientos posea a su alcance, para poder exportar, primero al pediatra, y después a la medicina en general, el fruto recién nacido en las mejores condiciones para su desarrollo fisiológico. El maternólogo, por consiguiente, aportará a la resolución del problema demográfico de nuestra nación el papel más importante. Regulada la densidad de población por la mortalidad, fácilmente comprenderéis la trascendental importancia que para la misma tiene la ordenación y perfeccionamiento de los servicios de Maternología. De todo cuanto acabo de exponer en concepto de Maternología, surge lo que a continuación quisiera deducir del enunciado de este trabajo.

Al comenzar este estudio, relacionado con las normas modernas de nuestra Sanidad, en materia de obstetricia, no pretendo enjuiciar el problema de ésta desde el punto de vista de establecer nuevas técnicas, ni de inventar ningún capítulo más, de los que en la actualidad todos conocemos. Exclusivamente me mueve a presentar este trabajo la idea, seguramente por todos los tocólogos actuales ya observada, de los múltiples fracasos que ante la mujer gestante, en el momento del parto, se ven diariamente en las clínicas, fracasos que redundan de una manera clara sobre la madre o el hijo, o sobre ambos a la vez.

Desde hace ya bastantes años se ha tratado en revistas y congresos de tocología del desarrollo evolutivo de las operaciones obstétricas, habiéndose pronunciado en los últimos tiempos, cada vez más, a favor de la más rápida y clara resolución de la mayoría de los problemas de la parturición, y, por lo tanto, a favor de la cirugía tocológica. Es cierto que nuestra técnica operatoria ha experimentado un gran avance estos últimos años, hacia su perfeccionamiento; que evidentemente este adelanto en los métodos tocúrgicos ha hecho cambiar bajo su aspecto demográfico la vida sanitaria de las naciones. Este cambio experimentado ha de transformar los métodos asistenciales, tanto en lo que atañe al personal como a la conducta del mismo. No se puede esperar más de lo necesario, ni ser demasiado impulsivos. Es el lema hasta aquí de todos conocido y respetado en tocología. Este criterio nace en el transcurso del tiempo, para atajar el abuso del intervencionismo. En efecto, cuando la tocología se hace del dominio del hombre y se ponen en práctica las operaciones, se conocen los instrumentos auxiliares para extraer el feto, reducirlo de volumen, etc., se abusa de las indicaciones de los mismos y comienzan a idearse nuevos modelos, hasta llegar a nuestra época, en la que se conocen más de doscientos. Por tal fase de intervencionismo se llega a atravesar, que el tocólogo viene «Boer establece como mejor condición la de «paciencia y esperar». De esta forma se ven parir mujeres que, en casos análogos, habían sido sometidas a intervención, con grave peligro para las mismas, y para los recién nacidos. Pero esta conducta se hace clásica por considerarla la más eficaz para la asistencia a la parturición y, en honor a la verdad, se hace tan peligrosa o más que la anterior, pues se exagera la enseñanza de dicha conducta de tal forma, que el médico se ve aterrado ante la responsabilidad de cualquier otra norma emprendida para solucionar situaciones a veces bien difíciles.

**CAUSAS QUE EXPLICAN LA MULTIPLICIDAD DE INTERVENCIONES REALIZADAS POR VÍA VAGINAL EN LA CLÍNICA, A VECES CON TÉCNICAS ATÍPICAS**

Las múltiples intervenciones llevadas a cabo actualmente en la mujer, durante el parto, con diversidad de técnicas, a veces atípicas, y realizadas por nosotros mismos en la clínica, es evidente que concluyen por arrojar un porcentaje de mortinatalidad y de morbilidad, que en el cien por cien no tiene razón de existir. Este número de intervenciones, que resaltan de las estadísticas de los grandes centros clínicos, puede afirmarse que son debidas a todos aquellos casos no vigilados durante la gestación, y cuyo parto tuvo comienzo en el domicilio de la embarazada y entregado a la vigilancia de una matrona, cuando más, o simplemente a cargo de una aficionada. Ni que decir tiene que todas estas mujeres le deben más a su naturaleza que al arte del tocólogo el feliz resultado de su parturición. Si se compara la estadística de todos aquellos partos vigilados durante el embarazo por un especialista con aquella otra de casos llegados de manos inexpertas y de ambientes asistenciales inadecuados, puede deducirse que casi en el cien por cien de estos últimos es de donde proceden todos los casos de mortinatalidad y morbilidad, tanto para las madres como para los hijos. Esta mortalidad y morbilidad se ve aumentada siempre que el tocólogo ha de realizar las intervenciones por el oscuro campo de la cirugía vaginal.

**LA TOCOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA MEDICINA RURAL**

La cirugía vaginal obstétrica les hasta hoy el único campo abierto al médico en el ambiente rural. La versión, la embriotomía, la basiotripsia y la episiotomía, seguida de la consabida aplicación del fórceps, así como el gran número de extracciones manuales de la placenta, constituyen las entradas que diariamente se observan en las clínicas, bien por haber fracasado en sus repetidos intentos el médico del pueblo, o para

restaurar todos aquellos destrozos que con dichas maniobras fueron inferidos a las mujeres.

Lejos de nuestro ánimo la más ligera idea de zaherir o mortificar a compañeros con quienes nos solidariza el alto concepto de la profesión y el pleno convencimiento de su buena fe. Pero para remediar el mal, es condición precisa descubrirlo. Todos sabemos que, en el ambiente rural, es la aplicación del fórceps la que más se prodiga. Cuando la parturienta no está asistida por un tocólogo experto, cuando su amparo sanitario — como sucede con tanta frecuencia en muchas comarcas — queda reducido a la asistencia del médico rural no especializado, esta aplicación de fórceps, o el intento de ella, es la que espera a la enferma de la beneficencia pueblerina, en su domicilio, falto de las menores exigencias de la sanidad y de la higiene. El médico se encuentra, generalmente, desprovisto de una persona auxiliar capaz de practicar en la parturienta una anestesia que mitigue los horrores de la extracción o del intento de extracción, que tantas veces y en las condiciones que describimos, nos han contado los mismos médicos.

A las repetidas maniobras llevadas a cabo por el médico, sin más arsenal quirúrgico que su macabro fórceps, ni otro personal auxiliar que sus propias manos — intentos varias veces frustrados —, sigue el lapso de unas horas de espera a la llegada de otro médico de la localidad o del próximo distrito rural: el «entendido en partos», única esperanza de la pobre familia.

El nuevo facultativo trata de superar la anterior actuación del compañero, volviendo de nuevo a prender la cabeza del indefenso y maltratado ser, muerto ya o en vías de una muerte rápida, y sacándolo, con tracciones immoderadas y sin gran conocimiento de los movimientos que en una técnica reglada deben imprimirse al fórceps.

En el primer parto de la desgraciada principianta no llegó al clínico el horroso cuadro de la parturición. El éxito de aquellos tocólogos quedó coronado con la evacuación del útero, sin reparar en el nuevo ser que destrozaron, ni en las lesiones a buen seguro producidas en las partes blandas, cuando menos, de aquel canal genital que sólo la sabia naturaleza o

la fortaleza defensiva del organismo pudieron defender de una muerte segura. Pero la curación ficticia de las lesiones inmediatas a tan brutal intervención podíamos hacerlas patentes a nuestra vista a las pocas semanas, o a los pocos meses en que la desgraciada mujer aparecía en nuestra clínica, en súplica angustiosa de su incontinencia urinaria al través de una fistula, de su desgarrro perineal en máximo grado, o de su esterilidad a consecuencia de una grave infección puerperal.

Siguen, como ejemplos desastrosos de las intervenciones llevadas a cabo en el ambiente desamparado de algunos medios rurales, aquellas otras mujeres afectas durante el embarazo o parto, no ya de trastornos mecánicos, sino producidos por pérdidas sanguíneas en mayor o menor abundancia, ya durante los últimos meses del embarazo o en el momento del parto, que obligan, a veces, al médico en el ambiente rural a intervenir con toda urgencia, planteando momentáneamente para la resolución rápida de aquel problema peligroso para la madre y el feto tentativas de intervenciones atípicas y sépticas, que ya por el camino desastroso de una anemia aguda, o por el no menos desagradable de una sepsis grave, acababan diariamente en el medio rural con la vida de algunas madres y niños, que seguramente amparados bajo las normas de una buena asistencia hubieran podido salvarse.

De todas estas y tantas otras maniobras obstétricas incorrectas verificadas en el medio rural, unas por inexpertos y otras por personas de algunos conocimientos tocológicos, pero en ambos casos desprovistos de los medios necesarios para una buena asepsia y sin el personal auxiliar educado para estos menesteres, nacen las horribles tragedias, cuyo cuadro final termina en la clínica de maternidad más próxima. El problema es tan grave —y sobre todo tan cierto— que no podíamos dejar de señalarlo. Con el respeto necesario, pero con la energía precisa.

A esos malos resultados de la práctica de la obstetricia clásica, casi siempre por vía vaginal realizada sin los medios necesarios en el ambiente rural, se oponen en la actualidad nuestras nuevas orientaciones sanitarias, que con el esfuerzo de nuestras autoridades tienden a perfeccionarse rápidamente, con

la implantación de los nuevos Centros provinciales de Maternología, casi como de los centros rurales, de los cuales hemos tenido la gran satisfacción de asistir a la inauguración de algunos de ellos en la provincia de Granada. Es de esperar que en muy breve espacio de tiempo, dotados todos esos centros de personal y clínicas obstétricas en condiciones, se hagan desaparecer esas arraigadas costumbres de la tocológica antigua, incluso llegando a ser del dominio del tocólogo moderno las correctas técnicas de la cirugía tocológica actual y desechar las técnicas de la obstetricia clásica.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA OBSTETRICIA CLÁSICA Y LA MODERNA CIRUGÍA TOCOLÓGICA

Hasta aquí sólo nos hemos ocupado del estado actual de las intervenciones obstétricas en el medio rural y por personal en su mayoría no especializado. Este estudio crítico no sólo alcanza a lo ya expuesto, sino que también hemos de discutir sobre los métodos aún existentes en el propio ambiente clínico. Creemos no muy lejano el día en que la práctica de la asistencia obstétrica se desenvuelva con un carácter más moderno, de menos riesgos inmediatos y tardíos para los dos seres que integran la parturición, y quizá también que proporcione menos terror por parte de los familiares más allegados de la parturienta. Con este concepto queremos significar, siguiendo el criterio de Turenne y el nuestro propio, que la obstetricia en los casos difíciles o infaustos se desarrollará siempre de manera decidida, con las técnicas modernas de la cirugía tocológica, que no renegando del pasado sólo pretende que la Maternidad sea en todos los casos el feliz resultado de una madre sana y un hijo sano.

Augusto Turenne, en su informe al Congreso Médico del Centenario Montevideo, en octubre de 1930, explicó de manera detallada y siguiendo un estudio ordenado de la cirugía obstétrica, las ventajas de dicha cirugía, haciendo resaltar los grandes fracasos de las intervenciones por la vía vaginal, al mismo tiempo que las ventajas de la vía abdominal, sobre todo en la

técnica de la cesárea segmentaria. Prodigia igualmente la práctica de la episiotomía, como más beneficiosa que la tradicional protección del periné; protección que sólo tiene de éxito conseguir al final de la expulsión fetal la integridad cutánea de la horquilla posterior de la vulva. Ello es, en realidad, un grave error, ya que son muchos los prolapsos observados que, conservando íntegra la piel del periné, fueron motivados por la rotura subcutánea de las conexiones musculares de sostenimiento del suelo de la pelvis. Aquel éxito del comadrón que ante la familia dejó íntegros los genitales externos, a fuerza de contrapresiones violentas para la salida rápida de la cabeza, es hoy su mayor fracaso, cuando a los pocos años la enferma necesita a todo trance una gran intervención ginecológica, restauradora de aquella destrucción muscular oculta. Si el tocólogo moderno piensa con buen criterio, claramente se decidirá por la ampliación de aquel introito, mediante una reglada y sencilla episiotomía, que, restaurada en buenas condiciones, si que será cierto, no dejará para el porvenir la menor huella que complice a posteriori la existencia de su asistida. Por parte del feto, habrá igualmente cumplido con más corrección, ya que su larga y oprimida estancia, a la salida de su complicado viaje, a veces con signos manifiestos de sufrimiento, requiere la disminución del tiempo de salida en vez de prolongarlo. ¡Cuántos estados de asfixia del recién nacido fueron multitud de veces debidos a esa clásica y vieja maniobra, mal llamada «protección del periné»!

#### EL ABUSO DE LA APLICACIÓN DE FÓRCEPS

A la etapa primitiva del manejo del fórceps, en que llegara éste a su mayor apogeo de prodigalidad, en la época de Osiander, escuela que interviene en el 40 por 100 de todos los partos, con la aplicación del fórceps, sigue la escuela de Boer, el cual, como dijimos al principio de nuestro estudio, se opone rotundamente al abuso de dicha intervención, en términos francamente extremosos. El criterio de Osiander, de multiplicar los casos de aplicación del fórceps, sólo trajo para aque-

lla época un perfeccionamiento mayor que en las anteriores, para el manejo de dicho instrumento; por el contrario, el criterio de la escuela vienesa de Boer, con su extremada expectación, lo creemos igualmente causante de no pocos errores. En efecto, con este criterio extremadamente expectante, criterio mantenido hasta hace pocos años por numerosas escuelas tocológicas, se llegó a restringir de tal forma el espíritu quirúrgico de los tocólogos, que, sentados pacientemente, tras largas horas de espera, al lado de la desesperada parturienta, consiguieron en unos casos con el esfuerzo sobrenatural de la mujer, y en otros con la ayuda antinatural de los oxitócicos (manejados en ocasiones con desaprensivo exceso), la expulsión espontánea del feto. Más en otras múltiples situaciones de angustiosa espera, en pelvis aún moderadamente estrechas, se vieron defraudadas al cabo de las largas horas de espera y de sufrimientos para la parturienta y del angustiado ambiente familiar, todas aquellas esperanzas del parto por vía natural. Unas veces la inminencia de rotura uterina, otras las grandes atonías por cansancio, consecutivo al excesivo esfuerzo muscular del útero, seguidas bruscamente de un desequilibrio rápido de los sonidos auscultatorios del corazón fetal, hicieron trepidar angustiosamente el nervosismo de la parturienta, de los familiares, y aún del propio tocólogo, que en tan apurado trance y sintiendo la responsabilidad propia por su testaruda y exagerada espera, promueve de manera inusitada y violenta el cuadro alarmante de una rápida intervención; todo ello para poder salvar, si es que llega a tiempo, la vida de aquel feto, a la par que siente el temor de complicar también la existencia de la madre, ya en estado máximo de agotamiento. En este cuadro, de por sí urgente y alarmante, acompañado de la prisa que esta situación exige, el tocólogo se dispone de manera acelerada —y casi falto de tiempo para efectuar su aseo, el de los instrumentos y el de la parturienta— a realizar una intervención que, aunque didácticamente y en el maniquí de Schultze la aprendiera con grandes detalles (tal y como exigen las normas de una correcta maniobra de extracción fetal), varió totalmente de modalidad ante el nervosismo de aquella improvisación tan rápida como urgente.

### CONSECUENCIAS DE LAS INTERVENCIONES DE LOS FÓRCEPS EN LAS PROLONGADAS ESPERAS DEL PERÍODO EXPULSIVO

La experiencia nos ha demostrado justamente con nuestros propios errores que, tras de estas intervenciones, hechas casi siempre de manera rápida y azarosa, no siempre tiene el tocólogo la seguridad incluso de terminar la extracción fetal con el fórceps. Todos habéis comprobado los resultados tras de muchas de esas maniobras de la aplicación del fórceps, en las cuales, todo el que practique una técnica correcta, introducirá una valva vaginal y un separador para controlar si hubo o no lesiones de las partes blandas del canal del parto. Y en qué pocas de estas ocasiones es en las que el tocólogo no se ve sorprendido por uno de esos grandes desgarros, de una o de ambas paredes laterales de la vagina! Desgarros que unas veces con mayor o menor profusión hemorrágica, y extendidos desde el limbo del introito, o desde la propia herida de la episiotomía, previamente realizada, alcanzan hasta los fondos de saco vaginales. A la comprobación de estas grandes lesiones traumáticas de la vagina, ocasionadas por las ramas del fórceps, aun en manos de los más expertos tocólogos, siguen las difícilísimas maniobras de restauración, mediante suturas en aquel campo ensangrentado y oscuro que sólo un cirujano tocólogo, hábil y de técnica rápida, auxiliado por un personal bien capacitado, podrá terminar de restaurar íntegramente, no sin dejar de prever el inminente peligro de una anemia aguda, o el más tardío de una infección de aquella herida, durante el puerperio. ¿Puede considerarse, en este caso, correcta esa clásica pero pesada y peligrosa espera de una de estos casos dudosos, ya desde el comienzo de la parturición? A ello conduce la obstinada idea del tocólogo a no apartarse de la antigua tradición, sin considerar que la variadísima modalidad de todos los partos ha de exigir para el tocólogo moderno una concienzuda orientación en cada caso particular, pero nunca con cariz de dogma general, sino con el mejor criterio personal que él justipreciará, lenta pero precozmente, en cada caso particular.

### EL FÓRCEPS AUMENTA Y NO DISMINUYE LA ANGOSTURA DEL CANAL

Si, como ocurre en la inmensa mayoría de estos casos de períodos expulsivos prolongados por obstáculos, bien de la desproporción fetomaterna, bien de la mayor o menor angostura del canal óseo del parto, se plantea urgentemente la indicación de la clásica aplicación del fórceps, será, como es lógico, la tendencia del tocólogo para la extracción de un feto vivo, con el menor detrimento de las partes óseas y blandas de dicho canal, aminorar y no aumentar la desproporción entre el continente y el contenido. El fórceps, instrumento rígido y duro, a la par que grueso para las exigencias de su cometido, viene a interponerse en el espacio más que angosto entre la cabeza y el canal del parto, aumentando dicha angostura. Y por mucha que sea nuestra habilidad y prudencia al colocarlo y ejecutar correctamente las maniobras clásicas de rotación y tracción, a ninguno de los que me escuchan les pasará desapercibido que en dichas maniobras será inevitable, dada la enorme friabilidad de las partes blandas, imbibidas al máximo por la congestión y gran vascularización de los tejidos de todo el aparato genital durante el embarazo y parturición, que llegarán ineludiblemente a dislacerar dichos tejidos, provocando las grandes lesiones que ya hemos reseñado.

### LA TOCURGIA MODERNA Y SUS VENTAJAS

Sin entrar en detalles descriptivos de las intervenciones obstétricas, realizadas por la vía abdominal, y sobre todo de las modernas técnicas de ejecución correcta y limpia de las histerotomías ístmicas retrovesicales, no dudaremos que comparativamente a las intervenciones tocológicas de la obstetricia clásica por vía vaginal, como las que acabamos de exponer, son para la madre y para el hijo un tanto menos crueles, y de resultados inmediatos y tardíos mucho más nobles y seguros.

La Tocología moderna debe, en todo momento, apartándose de ciertos prejuicios antiguos, enjuiciar siempre su conduc-

ta, con el doble fin de obtener la mayor integridad, tanto para la madre como para el feto, pensando siempre que la salud de la futura raza estriba, sin duda de ningún género, en prestar a la mujer embarazada y durante todo el tiempo de su gestación, y en el momento crítico de su parto, tantas atenciones como sean necesarias, para que no decaiga en ella la ilusión de la maternidad, viendo frustrado, tras del largo camino de un embarazo, el feliz resultado de encontrar en perfectas condiciones el fruto de su gestación, así como de su propio organismo, al final de dicho camino.

No queremos pasar por alto los resultados estadísticos de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el hijo, mucho más favorables con los resultados de la técnica reglada y moderna de una histerotomía abdominal ístmica, a otra cualquiera de las intervenciones realizadas por la vía vaginal. Las fistulas vesicovaginales, los prolapsos genitales por desgarreros hasta de tercer grado, con las horripilantes consecuencias de las incontinencias de recto, las graves infecciones puerperales que acarrear en la mayoría de los casos procesos anexiales y paramétricos crónicos, que infertilizan para siempre a la mujer, son las terribles y frecuentes consecuencias de la oscura cirugía vaginal obstétrica. Igualmente la morbimortalidad fetal es incomparablemente mayor que por la vía abdominal, que puede considerarse absolutamente nula, mientras que en la primera, donde aparte del gran porcentaje de mortalidad fetal, existe un mayor grado de morbilidad, con resultados unas veces inmediatos —fracturas, contusiones o dislaceraciones— y otras tardías —insuficiencias mentales por lesiones del encéfalo y hasta epilepsia por hundimientos craneales, parálisis etcétera—, huellas todas ellas indelebiles de las violencias y traumatismos durante el acto de la parturición.

#### MARCADA TENDENCIA DE LA CIRUCÍA OBSTÉTRICA ACTUAL A LA AMPLIACIÓN DE LAS INDICACIONES DE LA VÍA ABDOMINAL

A todo cuanto venimos exponiendo nos da la razón el amplio y cada día más extenso campo de las indicaciones de la

cesárea abdominal, que en los más recientes tratados de los mejores autores de nuestra especialidad, se hacen de dichas indicaciones, contrastando al mismo tiempo con las más restringidas por parte de las aplicaciones de fórceps, en las cuales —y de ellas la más reciente versión española de la obra de Martius— éstas sólo quedan restringidas a los casos de cabeza llegada al plano inferior de la pelvis, si bien no deja de describir en todos sus detalles las técnicas variadísimas que en las distintas presentaciones cefálicas se han venido empleando en todos los tiempos de la obstetricia clásica. A este propósito, no podemos menos que aclarar que, en realidad, y dada todavía la falta de suficiente cultura, tanto en cantidad como en calidad, de médicos especializados, no se podrán desterrar estos antiguos métodos de la enseñanza de la tocología, hasta tanto que el número suficiente de personal apto para ejecutar la cirugía moderna haga colgar el fórceps y el basiotribo del no especializado.

#### LA SANIDAD NACIONAL Y SUS NUEVAS LEYES, ÚNICA FORMA DE ALCANZAR EL PERFECCIONAMIENTO DE LA OBSTETRICIA

Gracias a la enorme difusión de nuestra Sanidad Nacional en todos los campos de la medicina, y el gran impulso que actualmente se viene dando a la tocología, merced a la nueva ley de sanidad maternal e infantil, de la que acabamos de hacer puericultores y maternólogos, es de esperar que en fecha muy próxima habremos resuelto el problema que para la vida de nuestra nación fué siempre la Maternidad.

Con la nueva instalación de los nuevos centros de Maternología, no sólo en capitales de provincia, sino en los distritos rurales, que dicha ley establece, para ser atendidos por personal previamente especializado y con suficientes pruebas de aptitud para el desempeño de nuestra disciplina, dejarán de ser las maternidades provinciales y todos los demás centros destinados en las capitales de provincia a las funciones de maternidad los puntos de parada de los grandes y desastrosos problemas de la tocología a que nos hemos referido, que por falta

de organización de los centros rurales han sido hasta aquí testigos de una desastrosa demografía para nuestra Patria. Unámonos todos a la gran obra emprendida por nuestro glorioso Caudillo y nuestras autoridades, para ayudarles con nuestro máximo esfuerzo en esta labor de la Sanidad Nacional, que es en el campo de la Maternología el mejor amparo de la madre, única mantenedora del bienestar espiritual y material de la sociedad española.

Granada, abril de 1943.

LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA INSTRUCCIÓN PÚBLICA  
Y LAS BELLAS ARTES  
Y CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SANIDAD PÚBLICA  
Y LA DEFENSA DE LOS RECURSOS NATURALES  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ECONOMÍA Y FINANZAS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA INDUSTRIA Y COMERCIO  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA AGRICULTURA Y FUERZAS MOTRIZAS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA GUBERNACIÓN Y PREVENCIÓN DE INCENDIOS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA POLÍTICA SOCIAL Y OBRAS PÚBLICAS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA DEFENSA NACIONAL  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN PÚBLICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS CULTURALES  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA COMUNICACIÓN  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA INFORMACIÓN  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA DEFENSA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SALUD  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA EDUCACIÓN  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA CULTURA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA CIENCIA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA INDUSTRIA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA AGRICULTURA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA PESCA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA Caza  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA FAUNA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA FLORA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA GEODINAMIA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA GEOMORFOLOGÍA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA GEOLOGÍA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA MINERÍA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA ELÉCTRICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA TÉRMICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA MECÁNICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA QUÍMICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA RENOVABLE  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA ATÓMICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA FUSIÓN  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA SOLAR  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA EÓLICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA HIDROELÉCTRICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA GEOTÉRMICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA OCEÁNICA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA TIERRA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DEL VIENTO  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DEL AGUA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DEL FUEGO  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DEL SOL  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA LUNA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LAS ESTRELLAS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LOS PLANETAS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LOS GALAXIAS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LOS CUASARS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LOS AGUJEROS NEGROS  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA MATERIA OSCURA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA VIDA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA MENTE  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA ALMA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA ESPERANZA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA FE  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA CARIDAD  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA VERDAD  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA JUSTICIA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA PAZ  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA AMOR  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA ESPERANZA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA FE  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA CARIDAD  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA VERDAD  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA JUSTICIA  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA PAZ  
Y LA SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA ENERGÍA DE LA ENERGÍA DE LA AMOR

616-0