

REPUBLICA ARGENTINA



MINISTERIO DE EDUCACION

DIRECCION DE SANIDAD ESCOLAR



Revista de Educación Sanitaria

S U M A R I O:

	Pág.
Sanidad Escolar vigila la salud de los niños desde que comienzan sus estudios	1
La tierra para quien la trabaja	2
Bases y orientaciones para la educación sanitaria	3
El problema de los zurdos	4
Vacunación antivariólica	8
La evolución de la anestesia	11
Enfermedades de los animales domésticos transmisibles al hombre	12
Los deficientes auditivos en la escuela	14
Instantáneas alegres y emotivas en la Colonia de Vacaciones de Mar del Plata	16
Decálogo Odontológico Escolar	18
Educación física del escolar: Los juegos	19
Primeros auxilios: Quemaduras	22
El maestro frente al niño con defectos en la visión ...	24
Control y característica de las enfermedades infecto-contagiosas más comunes	25
¿Es éste su problema?	31
Héroes de la Medicina: Eduardo Jenner	32

LOS UNICOS PRIVILEGIADOS SON LOS NIÑOS. — PERON

Año II MARZO - ABRIL - MAYO - JUNIO 1954 N° 5-6

REVISTA DE EDUCACION SANITARIA

PUBLICACION DE LA DIRECCION DE SANIDAD ESCOLAR

Autorizada por Expte. N° 64.933/52

Registro de la Propiedad Intelectual N° 424.752

MINISTRO DE EDUCACION

Dr. ARMANDO MENDEZ SAN MARTIN

DIRECTOR DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. Armando J. Raffaele

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION SANITARIA

Dr. Alfonsa De Falco

COMITE DE REDACCION

Dr. Alberto E. Cappelletti

Prof. Dr. Carlos A. Marchese

Prof. Dr. Eduardo E. Casterán

Prof. Dr. Manuel B. Galea

Dr. Rámulo M. Garana Carbio

Dr. Jorge E. Machada

Dr. Julio A. Hansen

Dr. Ignacio A. Varela

Dr. Alberto F. Banfi

Dr. Raimundo A. Tártari

REDACCION: Departamento de Educación Sanitaria. Dirección de Sanidad Escolar

SAAYEDRA 15 — T. E. 48-8071

BUENOS AIRES — REPUBLICA ARGENTINA



00157762

Sanidad Escolar Vigila la Salud de los Niños Desde que Comienzan sus Estudios

EL porvenir de nuestro país está confiado a las generaciones que en el futuro labrarán su grandeza. A ellas les está reservada la tarea de continuar la obra gigantesca iniciada en esta etapa de la Nueva Argentina, y a ellas corresponde dedicarles —en la persona de los niños— ese futuro espléndido de sus grandes destinos.

Capacitarlos para cumplir estos ideales, templando sus espíritus, educando sus mentes y cuidando de su salud con todo el celo de que somos capaces, es la misión que nos delega el presente y que de nosotros espera la patria de mañana.

La Dirección de Sanidad Escolar del Ministerio de Educación de la Nación, tiene a su cargo el cumplimiento de una etapa importantísima de esta misión: cuidar la salud de los pre-escolares y de los escolares que concurren a las escuelas nacionales de la República, etapa en la que colabora por la consecución de tan altos ideales, con una actividad siempre creciente y empeñosa, que no sabe de desfallecimientos ni de sacrificios ahorrados.

La multiplicidad de tareas que competen a este organismo del Ministerio, es iniciada con el examen médico pre-escolar, examen destinado a comprobar el estado de salud de los futuros educandos y su aptitud física y mental para desempeñarse en la vida escolar, oportunidad en la que asimismo se les practica las vacunaciones inmunizantes obligadas por las leyes sanitarias.

La doble finalidad perseguida con ello, es la de evitar el ingreso a las aulas de todos aquellos niños que porten enfermedades infecciosas de tipo transmisible, como así la de derivar a estos últimos, para su curación y tratamiento, a los centros sanitarios que proceda.

De igual manera, de este examen surge la conveniencia de destinar a escuelas especializadas, a los futuros escolares que presentan insuficiencias o trastornos susceptibles de ser tratados en los establecimientos médico-pedagógicos de su dependencia.

Cumplida esta tarea, todos los niños que por primera vez ingresan a los establecimientos educacionales del país, son provistos de sus respectivas libretas sanitarias, documento indispensable para seguirlos en la evolución de su salud durante el ciclo completo de la vida escolar, a través de los exámenes médicos que se les practican año tras año.

Padres y maestros deben colaborar incesantemente con las autoridades médicas, posibilitando el mejor cumplimiento de estos fines, fines en los que la Dirección de Sanidad Escolar empeña sus más decididos entusiasmos.

La tierra para quien la trabaja...

LA economía de nuestro país está respaldada por su producción agrícola-ganadera. Desde los tiempos de la colonia y luego constituida ya la nación independiente, el campo se constituyó en la principal fuente de riqueza. Nuestro agro, ubérrimo e inmenso ofrece año tras año el dorado presente de la cosecha y la palpitante ofrenda de sus ganados. Mas, no obstante ello, hasta hace unos pocos años se le relegaba a un olvido injusto. La población rural se esforzaba trabajando en grandes latifundios, sobre surcos que no le pertenecían. . .

Hoy en la Nueva Argentina todo ha cambiado y hasta el campesino llegan también beneficios y mejoras.

El Superior Gobierno de la Nación se ha propuesto repartir tierras en distintos puntos, acabar con los grandes latifundios, que fueron los que terminaron con la grandeza romana según Plinio, parcelarlos y entregarlos a auténticos trabajadores del agro.

“La tierra no debe ser un bien de renta sino un bien de trabajo” dijo el Presidente de los argentinos y tras las palabras los hechos: ya han comenzado a adjudicarse lotes en la provincia de Buenos Aires.

Elevar el nivel de vida social, material y cultural de la población rural, consolidar el hogar campesino, dotarlo de máquinas modernas que han comenzado ya a fabricarse en nuestro país, aumentar el precio de compra de las cosechas, estimular la cordial armonía entre todos los productores del agro son los objetivos fundamentales de la hora.

Ello nos llevará a lograr una máxima y mejor producción que satisfaga el consumo interno y proporcione convenientes saldos exportables, contribuyendo a asegurar la independencia económica de la Nación.

BASES Y ORIENTACIONES PARA LA EDUCACION SANITARIA

por el Doctor ANGEL S. ARDAIZ

LA educación sanitaria es parte vital y fundamental de la educación del niño, ya sea considerándolo individualmente o bien y con más razón, como miembro de la comunidad en que vive.

La educación sanitaria tiene como finalidad el perfeccionamiento de la existencia humana. La salud forma parte vital de la experiencia y el niño debe adquirir la comprensión necesaria para relacionar su conducta con la salud, en todas las fases de su vida escolar. La continuidad de esta experiencia y el aprendizaje simultáneo que se le brinde, hacen que la instrucción sanitaria constituya una gran responsabilidad para el maestro.

La observación de la conducta del niño dará la pauta de la influencia que sobre él ejerce la instrucción sanitaria; en la escuela primaria ella supone ayudar al niño a vivir más sanamente cada día y enseñarle a hacer frente a distintas situaciones en forma, diríamos, saludable.

En realidad, más que una materia, se trata de una contribución a una vida más sana y por eso repetimos, no cabe que se efectúe siguiendo un programa especial. El maestro, con sus hábitos, su conducta y sus costumbres, debe servir de ejemplo para la vida diaria del alumno.

La enseñanza sanitaria en la escuela primaria debe centralizarse en problemas tales como nutrición y crecimiento, descanso, sueño, actividad al sol y al aire libre, problemas individuales como la higiene y cuidado de los dientes, del cuerpo, de la ropa, importancia de la atención médica y dental, control de las infecciones, cuidado de los ojos y de los oídos, actitudes y posturas correctas, etc.

Lógicamente, a medida que el niño crece, los conocimientos impartidos podrán ser proyectados hacia el hogar, hacia la comunidad en que vive; con la edad adquirirá mayor capacidad para comprender las razones de los procedimientos sanitarios, por lo que debe dársele oportunidad para que los analice e interprete.

Evidentemente no es posible fijar principios y conocimientos iguales para cada niño o grupo de niños. Los factores complejos de edad, habitación, medio ambiente, así como los culturales y sociales deberán ser investigados por el maestro. No es lo mismo impartir principios sanitarios a un niño habitante de la ciudad que a aquel que vive en el campo; de la misma manera deberá ser distinta la enseñanza al que proviene de una familia con recursos abundantes respecto del niño de hogar humilde; es el ambiente donde vive el alumno el que nos dará la clave de sus necesidades y actitudes.

También debe el maestro conocer e interpretar la libreta sanitaria del niño; las necesidades, tanto individuales como de grupo salen a la luz estudiando las fichas. No sólo conocerá así las condiciones orgánicas de cada uno de sus alumnos, sino también sus posibilidades mentales y emocionales.

Observará asimismo su conducta; en su vida diaria el niño revela constantemente sus hábitos y sus actitudes sanitarias, el maestro percibirá sus necesidades y con todo tacto tratará de resolver sus problemas.

En los niños mayores puede utilizarse un pequeño cuestionario para conocer sus puntos débiles en materia sanitaria.

(Continúa en la pág. 30)

Interesantes observaciones acerca de la conducta, características y posibilidades de corrección de un niño zurdo

DESDE los tiempos más remotos han existido zurdos y ello se sabe precisamente porque han sido personajes célebres de distintas épocas quienes acusaron este defecto. La historia nos trae noticias de que muchos de los faraones del antiguo Egipto y la mayor parte de los Césares usaban con preferencia la mano izquierda; también se cita a Alejandro Magno, a Miguel An-

EL PROBLEMA DE LOS ZURDOS

gel y a Carlomagno cuando se habla de *zurdería*.

Pero ni ellos, ni otros personajes populares de los tiempos más modernos alcanzaron a dar timbre de alcurnia a este defecto, considerado siempre como algo indeseable. La palabra "siniestra" (del latín *sinister*) con que se denomina la mano izquierda, se ha popularizado con el correr de los tiempos en su acepción desfavorable, la que parece haber corrido a la par con la opinión contraria de que se ha rodeado el uso de la mano izquierda con exclusión de la derecha.

Más que el carácter de la persona en sí, quizás haya contribuido a crear esta impresión desagradable la dificultad y los inconvenientes con que tropieza todo aquel acostumbrado a hacer las co-

sas con la mano derecha, cuando quiere realizar algo con la izquierda. La gran mayoría de las operaciones que realiza el hombre han sido ideadas por diestros para los diestros, dejando al zurdo en difícil situación.

En estos últimos tiempos se ha llegado a usar con preferencia el término "dominación lateral" para reunir en una sola expresión todo el conjunto de características que antes se conocía por *zurdería*. Como lo sugiere el término, un lado del cuerpo es más dominante que el otro en cuanto a fuerza, agilidad, destreza o en la sensación de seguridad que se experimenta al utilizar el miembro dominante. En el uso de las manos se halla la expresión más palpable de la dominación lateral, aunque en estudios recientes se conside-

ran también otros aspectos relacionados con el empleo de los ojos, de los pies y con la actitud general del cuerpo.

Aunque la gran mayoría de las personas utilizan con preferencia la mano derecha, no es difícil hallar zurdos y otros que aparentemente son ambidextros, es decir que utilizan con igual habilidad ambas manos. A primera vista parecería que el asunto no tiene importancia; pero a poco que se profundice en él se verá que ello tiene estrecha relación con fuertes perturbaciones emocionales, con cierto tipo de defectos de la palabra y está asociado con algunas dificultades en la lectura.

Las perturbaciones emocionales se presentan por lo común en niños a quienes se les ha obligado a cambiar esta costumbre o en los que son ambidex-

tros más que en los que son zurdos y se les permite que se manejen de esta manera. Algunos autores afirman que el cambio en el uso de la mano da por resultado movimientos torpes, mala coordinación muscular, irritabilidad, inquietud, confusión en los pensamientos y un sentimiento de inferioridad con inadecuación de la conducta en general. Consideran que al obligar al cambio se producen alteraciones de ciertos grupos nerviosos, dando como resultado una tensión anormal. Turner, estudiando un grupo de adolescentes, halló que en los inestables emocionales no había preferencias por el uso de un ojo, de una mano o de un pie, como ocurre en los estables emocionales. Otras comparaciones entre los niños con tendencia a usar preferentemente una u otra mano, y a quienes se ha permitido el libre uso de las mismas, muestran poca diferencia en los factores emocionales. Una excepción a este respecto lo constituye el informe presentado por Fitt y O'Hapolaran en el cual un grupo de niños clasificados como predominantemente zurdos parecían tener leves alteraciones psicopáticas.

Varios estudios, que firman Pyle y Drouin, muestran una ligera tendencia a un grado inferior de inteligencia en los zurdos, aunque las diferencias no son significativas. Haefner de la Universidad de Columbia, también estudió factores tales como el peso, la altura y otras características físicas llegando a la conclusión de que no hay diferencias significativas entre los dos grupos. Las diferencias de progreso en el aula ocupan igualmente un nivel casi sin importancia.

Cómo saber si un niño es zurdo

No existe un "test" simple que permita determinar la presencia o no de zurdería, y por eso se ha ideado un grupo de "tests" con ese objeto. No

debe presumirse que porque un niño utilice preferentemente su mano derecha o su mano izquierda para la mayoría de las operaciones, que es diestro en tal o cual sentido. Hay zurdos a quienes se les ha enseñado a usar la mano derecha y es común también el caso contrario, de manera que ese solo de-



La caligrafía del zurdo, de trazos desordenados, es el resultado de la posición incorrecta que adopta como consecuencia de su defecto.

talle no puede constituir la base para formarse un criterio exacto al respecto.

En los niños muy pequeños se realizan pruebas haciéndolos usar las tijeras, envolver un piolín alrededor de un lápiz, arrojar y alcanzar objetos y otras tareas muy sencillas. La velocidad y la exactitud en el tamborileo, registrado



Desde los primeros años se advierte la tendencia a usar, preferentemente, la mano derecha.

con un aparato eléctrico, en ensayos alternados para cada mano, pruebas de la fuerza de la presión de la mano con el dinamómetro, según el cual se ve cómo la mano predominante muestra más fuerza.

Hay muchas teorías respecto de las causas de la zurdería. Algunas son difíciles de verificar o de explicar. Por ejemplo, se afirma que el uso preferente de la mano diestra está determinado por el mayor peso que sobre el lado derecho del cuerpo ejerce el hígado y otros órganos. Puede objetarse para contrarrestar este argumento, que en las personas zurdas el hígado no ha cambiado de lugar. Otras teorías adelantan la idea de que el principal motivo determinante es la enseñanza; si

esto fuera así habría muy pocas personas zurdas desde que el uso de la mano izquierda se considera incorrecto y poco recomendable.

En cuanto a causas fisiológicas, se cree que están relacionadas con la palabra y con el centro del lenguaje de Broca. Este centro se halla ubicado en un hemisferio del cerebro. En los animales, en quienes el don de la palabra no está desarrollado, no se ha podido descubrir casos de zurdería a pesar de las cuidadosas pruebas e investigaciones realizadas.

En la evolución de la palabra en el hombre se ha llegado a una especialización gradual de los procesos neurológicos de la palabra en el centro del lenguaje de Broca. Las zonas motoras que gobiernan los movimientos musculares generales se hallaban dispersas en ambos hemisferios del cerebro. Con la especialización del centro del lenguaje, la destreza especializó su centro motor en el hemisferio opuesto, pero en posición correspondiente. En la persona diestra la zona del lenguaje de Broca está localizada en el hemisferio derecho del cerebro. El centro del empleo de los brazos está en el hemisferio izquierdo, ya que el sistema nervioso generalmente controla el lado opuesto del cuerpo. En la persona zurda la situación se invierte en lo que respecta a la localización de las dos zonas. Probablemente no exista una división completa de este tipo, ya que los diversos procesos del cerebro se sabe que están dispersos y son diversos. En el caso de individuos ambidextros y en aquellos en que se ha cambiado obligadamente el uso de una mano, hay frecuentes perturbaciones en el lenguaje, en la lectura, con inversión de letras y palabras.

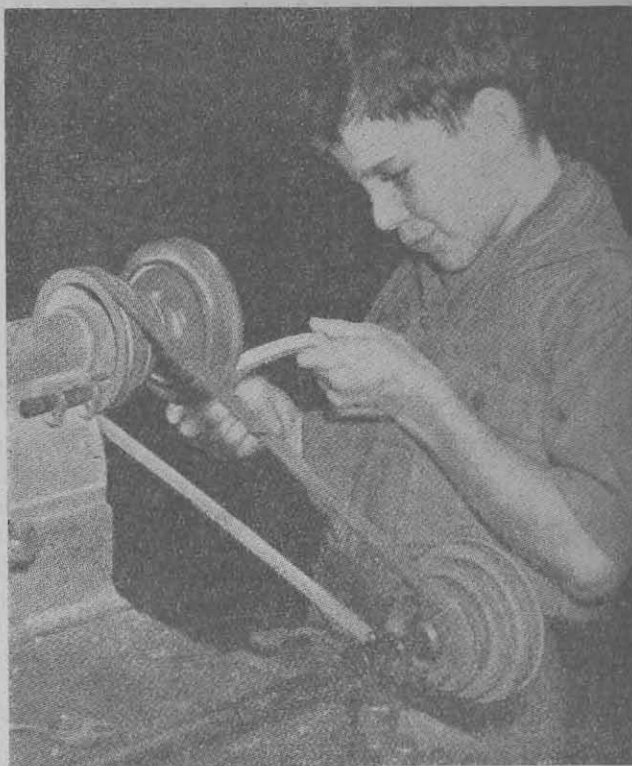
En cuanto a las razones para que la destreza se localice en una u otra mano, muchas autoridades creen que la herencia juega un papel muy significativo.

Se considera que la zurdería es un rasgo mendeliano recesivo mientras que el dominante es el uso de la mano diestra. En algunas familias puede ocurrir en orden inverso, siendo el rasgo dominante la zurdería. De acuerdo con la teoría mendeliana, una cuarta parte de las personas sería zurda y la mitad del total serían portadores de zurdería aunque fuesen diestros.

La corrección y sus efectos

La corrección de la zurdería ha sido un tema muy discutido; las autoridades en la materia siguen en desacuerdo con respecto a su conveniencia. Si se intenta en los primeros años de la vida infantil, antes de que se haya establecido en forma definitiva la palabra, y ello sin provocar conflictos emocionales, entonces se tienen probabilidades de lograr un resultado feliz. En cambio, en los casos en que la costumbre ya se ha establecido con fuerza, ocurren complicaciones porque el hábito persiste. Puede ser que el éxito esté limitado a casos en que el rasgo no sea demasiado dominante. Hay una relación frecuente entre las perturbaciones de la destreza y los defectos de la palabra. Algunos autores creen que ésto se debe solamente al efecto emocional al forzarse el cambio en el uso de las manos. También está la evidencia de que tiene alguna relación con el complejo neurológico. Muchos niños que tienen dificultad para la lectura también evidencian destreza irregular. A algunos se les ha obligado a un cambio y otros son ambidextros.

Ya se ha hecho notar que existe una relación de la zurdería con los defectos en la lectura. También la escritura resulta difícil para muchos zurdos. Naturalmente, preferirían escribir de la derecha hacia la izquierda, lo que daría como resultado lo que se conoce como



Hay quienes manejan con igual habilidad ambas manos, condición que se conoce por ambidextrismo y que puede ser natural o adquirido.

escritura en espejo. Como este tipo de escritura no es prácticamente legible, el zurdo recurre a métodos ineficaces para escribir con su mano izquierda, como colocar el papel y la mano en una posición incorrecta. La escritura resulta una serie de trazos que suben y bajan, sin espacio regular entre las letras y sin ritmo en el movimiento de la mano. La escritura progresa lentamente hacia el cuerpo de quien escribe.

Por eso se aconseja colocar el papel en posición exactamente opuesta a la que se emplea para escribir con la mano derecha, haciendo que la mano y el lápiz queden por debajo de la línea para que pueda ver lo que escribe a medida que lo va haciendo.

VACUNACION ANTIVARIOLICA

Por el Doctor Julio A. Hansen
Jefe de la Sección Profilaxis

ESTE trabajo no tiene otro propósito que el de informar a los lectores que no están familiarizados con los problemas de profilaxis, sobre un tema vulgar, al que no se le acuerda suficiente importancia y que todos aceptan sin discusión y de buen grado.

Quiero referirme a la vacunación antivariólica, de la que omitiré todos sus antecedentes históricos que son muy conocidos y sólo me concretaré a reseñar en forma concisa su preparación, luego su aplicación y finalmente sus resultados.

Preparación. — En nuestro país sólo se usa la vacuna recogida de terneros que han sido inoculados con "cow-pox" y que ya al 5º día presentan erupción pustulosa en las numerosas escarificaciones que se les han practicado en la piel de la panza.

La sustancia recogida se conserva por 21 horas en la heladera, agregándosele previamente glicerina diluída con agua, que actúa como antibiótico para impedir el desarrollo de los gérmenes asociados. Luego se la coloca en cámaras enfriadas por debajo de 0º y entretanto se sacrifica el animal para estudiar sus vísceras en busca de lesiones tuberculosas, hallazgo que justifica desechar la vacuna obtenida.

La vacuna se envasa, en la actualidad, en tubitos de vidrio con capacidad para 100 aplicaciones, pero antes se la homogeneiza haciéndola pasar por molinillos especiales. Al mismo tiempo se realiza su examen bacteriológico y se considera apta la que no tenga más de 10.000 gérmenes por c. c. de lúfa.

La vacuna así preparada se conserva en plena actividad por más de tres meses si se la guarda a temperatura de 4 a 8º C.

Para determinadas circunstancias se prepara vacuna disecada que luego se vuelve a líquar añadiéndole glicerina.

Asimismo se han realizado ensayos con óptimos resultados empleando la vacuna aséptica sembrada en embrión de pollo y que puede inocularse subcutáneamente dando por re-

sultado la inmunización sin la formación de la pústula de todos conocida (Chaman).

Aplicación. — La ley 4202 de vacunación y revacunación antivariólica obligatorias, prescribe en su Art. 1º que la vacunación y revacunación son obligatorias para los habitantes dentro del 1º y 10 años de existencia. En el Art. 11º autoriza la revacunación de todos los adultos en caso de temor de epidemia y en el Art. 12º dice que la aplicación de la vacuna debe hacerse en los meses comprendidos entre marzo y septiembre. No obstante que dicha reglamentación de la ley no ha sido modificada por otra, en la práctica se siguen algunas normas diferentes. Entre otras y de acuerdo con lo resuelto por la Convención Sanitaria Internacional (1944), las revacunaciones en los niños deben hacerse por períodos no mayores de tres años. Por el Art. 10º de nuestra ley se autoriza a los médicos a diferir la aplicación de la vacuna, cuando ella pueda poner en peligro la vida o la salud del obligado.

En la práctica está tácitamente contraindicada la vacunación de las personas afectadas de enfermedades graves consuntivas y muy especialmente la de los escolares portadores de afecciones cutáneas, tales como el eczema, impétigo, sarna, urticaria, etc., que podrían facilitar la múltiple inoculación.

La técnica de la aplicación de la vacuna es muy simple y sólo requiere que se observen fielmente sus detalles, ya que aún los más insignificantes pueden conspirar contra el éxito de su acción.

Ante todo hago notar que el sitio de elección es la región superior del brazo (deltoide), donde la piel es por lo común glabra y delgada.

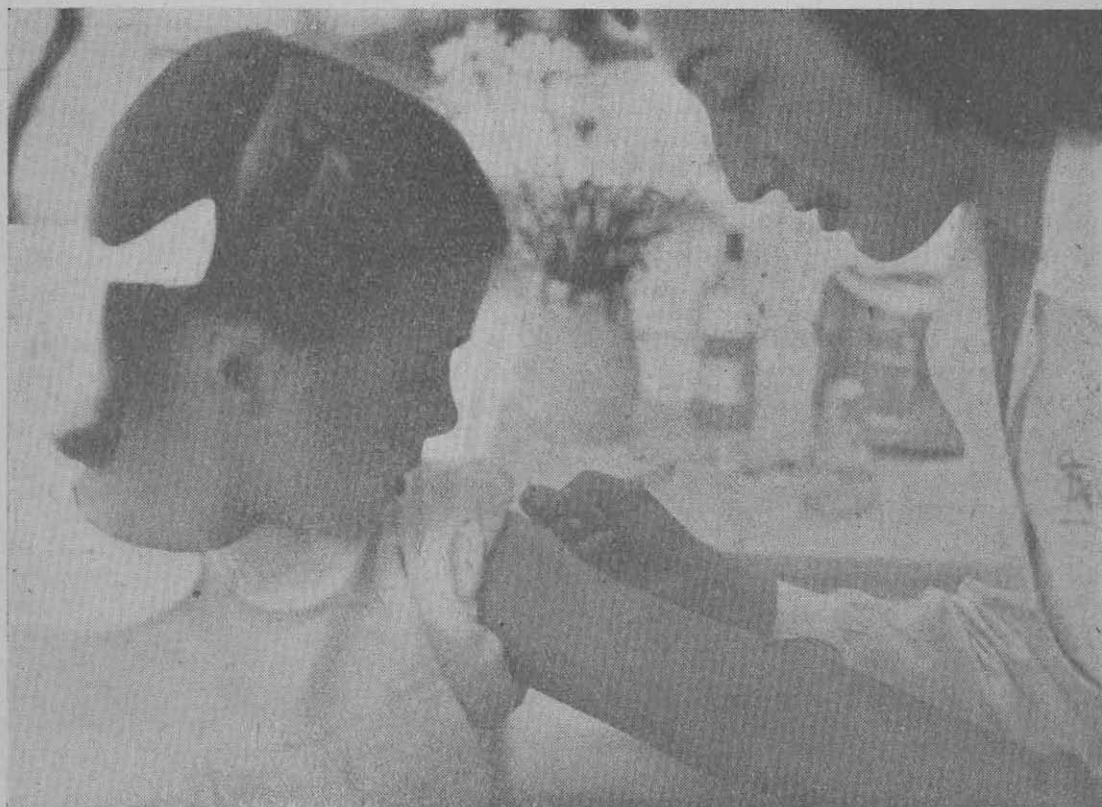
En el sexo femenino se prefiere la aplicación en el muslo, que evita la exteriorización de las feas cicatrices que deja a veces la "vacuna típica primaria" o positiva como se la llamaba antes.

Este reparo no es válido para las revacu-

naciones de los escolares, por cuanto los niños revacunados cada tres años sólo por excepción presentan reacciones de vacuna típica primaria y sí en el 99,9 por ciento reacción de inmunidad, que es sólo una pequeña pápula que desaparece totalmente en pocos días.

Y a estas consideraciones debemos agregar que la vacunación positiva en el muslo puede originar serias complicaciones infecciosas aso-

"de marcar" porque tiene menos punta, o en último caso con una aguja para inyecciones, previo su llameado a la lámpara o mechero, casi paralela a la piel se apoya su punta presionando fuertemente diez o doce veces sobre la piel donde se coloca la linfa, *sin pinchar ni raspar*, sólo presionar, de manera que en ningún caso debe asomar nada de sangre. Se retiene al vacunado 5 ó 10



ciadas que ponen en peligro la vida.

Determinado el sitio de la piel, ésta es aseptizada con alcohol a 95% ó acetona aplicado con una torunda de algodón. A las personas que se presentan algo sucias, se les debe lavar la piel con agua y jabón y luego seguir la técnica precedente.

Dejar secar bien. La linfa contenida en el tubito de vidrio que representa hasta 100 dosis, se la toma con un estilete olivar, previamente pasado por la llama del mechero de gas o alcohol y se deposita sobre la piel sin apoyar el instrumento ni frotar con él.

A continuación y con una aguja de acero para costura, o mejor con la que se llama

minutos para que seque un poco la vacuna y luego se le autoriza a que baje la manga de la ropa. Sería más razonable recubrir la inoculación con un trocito de gasa sostenida por dos banditas de tela adhesiva, al menos por 24 horas.

Todas las personas vacunadas o revacunadas deben ser controladas a las 48 ó 72 horas y los que no presenten reacción alguna nuevamente a los 8 ó 10 días.

La primera citación tiene por propósito controlar las reacciones precoces y las aceleradas y la segunda citación para evidenciar las reacciones de "vacuna típica primaria" y las llamadas negativas.

Se entiende por reacción precoz la que presentan los alérgicos por vacunaciones anteriores y se caracteriza por aparecer pocas horas (6 a 8) después de la implantación del virus infectante sobre la piel y que por lo general se interpreta como reacción alérgica de hipersensibilidad.

La reacción de inmunidad se caracteriza por la aparición a las 48 horas o algo más, de una pápula de color jamón cocido, del tamaño de una lenteja pequeña, que no se rodea de aureola roja y sólo produce ligera o ninguna picazón y corresponde a las personas bien inmunizadas por vacunaciones anteriores.

La denominada reacción acelerada o vacinoide es la resultante de haber inoculado el virus en un organismo que habiendo sido vacunado con anterioridad, ha perdido parcialmente la inmunidad. Se caracteriza, como toda reacción alérgica, en su rápida aparición, inmediata a la introducción del antígeno (vacuna) y que desarrolla casi todo el proceso de la primovacuna, pero en tono menor, es decir, que los distintos elementos: pápula, vesícula, pústula, aureola, etc., son de poca importancia y de rápida transformación una en otra. Por lo común la pústula en vez de romperse por distensión, se seca y luego se borra sin dejar rastros.

La reacción de vacuna típica primaria se caracteriza por un proceso infeccioso de actividad variable de un sujeto a otro y que evoluciona dentro de un ciclo perfectamente establecido que comienza al 4º día con la aparición de una pequeña mancha roja (mácula), que al 5º día se eleva sobre el nivel de la piel en forma de pequeño nódulo rojizo (pápula), que luego se sobremonta con una vesícula cuyo contenido claro se torna opalino y cuyo centro se deprime en forma de pequeño embudo (umbilicación) y que se rodea de una aureola roja indurada. Entre la vesícula cuyo contenido se va enturbiando a medida que pasan las horas (papila de V. Pirquet) y la aureola roja indurada (aureola de V. Pirquet) aparece un anillo blanco nacarado, semejante al del arco senil de la córnea, denominado "zona linfógena de Layet".

Hemos llegado al 7º día. La vesícula ahora es una pústula amarillenta de centro umbilicado, con la aureola roja más enoñada e indurada y la zona linfógena más marcada. Hacia el 9º día los signos clínicos alcanzan

su acmé; se acentúa la fiebre que ya se había instalado al 5º día, el enfermo está inquieto, decaído, con dolor y picazón en la zona y los ganglios de la axila homolateral se infartan, se ponen dolorosos, con frecuencia aparecen signos de reacción meníngea de variada intensidad.

Lo frecuente es que el enfermo (y es evidentemente un enfermo de una enfermedad que se llama vacuna), molesto con el dolor y prurito del brazo, consciente o inconsciente se rasque o frote la vacuna y rompa la pústula que deja en su lugar una ulceración húmeda, de mal aspecto, de la que resume un líquido sero-purulento que corre por el brazo si no se ha tenido la precaución de recubrirlo con una gasa esterilizada sostenida por bandas de tela adhesiva.

Al duodécimo o decimotercer día se constituye una costra muy adherente que al caer, alrededor de los veinte días de aplicada la vacuna, deja una cicatriz indeleble, pigmentada al principio y que más tarde se aclara tomando el color de la piel normal.

En los casos en que la reacción es violenta, es aconsejable aplicar sobre la zona afectada, vaselina boricada y recubrir con gasa y tela adhesiva. En este caso la persona debe guardar reposo y hasta cama, ponerse a régimen atóxico (leche, verduras, frutas), y mantener corriente los intestinos.

De lo expuesto anteriormente se desprende que las lesiones de la vacunación siguen siempre un solo camino, no así las de revacunación que son polimorfas, variando sustancialmente de un sujeto a otro según las características personas y la alergización e inmunidad que hayan dejado las inoculaciones anteriores.

En general las reacciones alérgicas que se observan por lo común caben en el siguiente cuadro:

<i>Modificaciones cronológicas</i>	{	Precoces
	{	Aceleradas
<i>Modificaciones de intensidad</i>	{	Hipersensibilidad
	{	Hiposensibilidad
<i>Modificaciones cualitativas</i>	{	Del modo de reacción del tejido.

Las reacciones alérgicas no se acompañan de fiebres pero sí de prurito y guardan relación en su intensidad con la cantidad de linfa aplicada.

LA EVOLUCION DE LA ANESTESIA

2500 AÑOS ANTES DE CRISTO LOS EGIPCIOS YA SABIAN QUE COMPRIMIENDO UN TRONCO NERVIOSO SE OBTENIA INSENSIBILIDAD, COMO LO PRUEBAN DIBUJOS SOBRE PIEDRAS QUE FUERON HECHOS EN AQUELLA EPOCA



EN EL PRIMER SIGLO DE LA ERA CRISTIANA, SE SABE POSITIVAMENTE QUE ALGUNAS PLANTAS COMO LA BELLADONA, SE EMPLEABAN PARA INSENSIBILIZAR TERMINACIONES NERVIOSAS

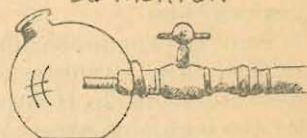


1542-UN FARMACEUTICO AMBULANTE, VALERIO CORDUS PUBLICA EN NUREMBERG UNA FARMACOPEA EN LA QUE PUBLICA LA FORMULA DEL "VITRIOLO DULCE" O SEA EL ETHER.



1842- CRAWFORD LONG EMPLEA EL ETHER COMO ANESTESICO EN CIRUJIA

APARATO DE MORTON



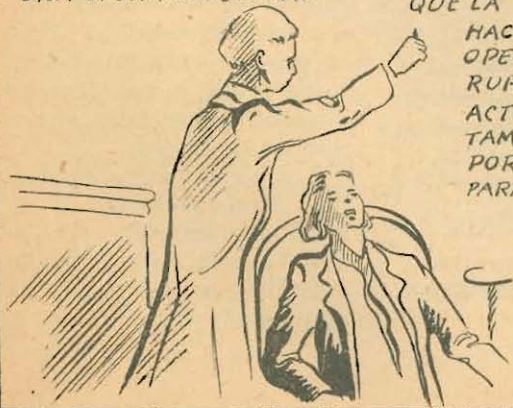
1846-LA PRIMERA DEMOSTRACION PUBLICA DEL EMPLEO DE ETHER COMO ANESTESICO. W.T.MORTON, HACE LA PRIMERA EXTRACCION DE UNA MUELA SIN DOLOR.

1846.- UN MEDICO Y POETA, OLIVER WENDELL HOLMES, CREA EL TERMINO "ANESTESIA".

1847.- JAMES YOUNG SIMPSON INTRODUCE EL CLOROFORMO EN LA PRACTICA OBSTETRICA.

1844-UN DENTISTA AMERICANO, HORACE WELLS, HACE EL PRIMER ENSAYO CON EL GAS HILARANTE, EMPLEANDOLO COMO ANESTESICO EN UNA OPERACION DENTAL

ASI LLEGAMOS A NUESTROS DIAS, EN QUE LA ANESTESIA HACE DE LA OPERACION QUIRURGICA UN ACTO PERFECTAMENTE SOPORTABLE PARA EL PACIENTE.



Enfermedades de los Animales Domésticos Trasmisibles al Hombre

CISTICERCOSIS (Lombriz Solitaria). — Haciendo un poco de historia recordaremos que esta enfermedad en el cerdo se conoce desde épocas muy remotas (400 años antes de Jesucristo) y tal vez el prohibicionismo que los judíos se impusieron al abstenerse de comer carne de este animal, tenga por causa las afecciones que transmitían al hombre, siendo una de ellas la de la *Tenia Solium*.

Aristóteles la describió con acierto; Malpighi expuso su naturaleza verminosa, y Kuchenmeister demostró experimentalmente en ajusticiados el desarrollo de la *Tenia*, dándoles de comer carne con quistes cisticercoides.

Pero las comprobaciones más notables radican en el altruísmo de dos jóvenes estudiantes llamados Hollembach y Humbert, los que ingirieron experimentalmente carne de cerdo con cisticercos; reproduciéndose así en ellos la *Tenia Solium*, como lo había expuesto Kuchenmeister, quedando consagrado desde este momento el principio de contagio en forma definitiva.

El cisticerco del bovino fué desconocido en la antigüedad; sus primeras investigaciones datan desde que el Dr. Weisse, médico de San Petersburgo establece en los niños el régimen alimenticio de carne cruda, como medio de cortar las diarreas durante el destete y como tónico en los caquexicos (débiles).

Este régimen dió por resultado la propagación de la *Tenia Saginata*, la que se constata en gran cantidad de sujetos sometidos a este tratamiento. Descubierta y comprobada la contagiosidad se

iniciaron una serie de experiencias, las que determinaron la evolución y metamorfosis del verme.

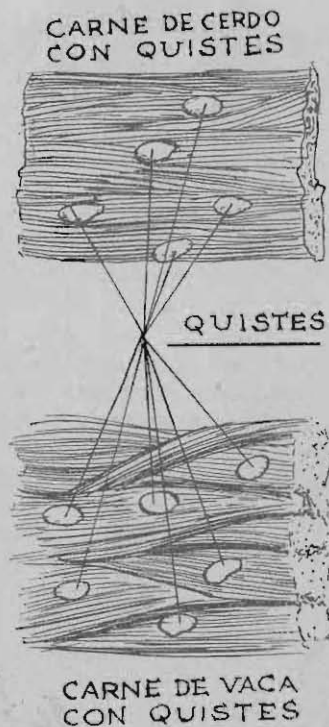
Generalidades. — Como observamos, se trata de una enfermedad parasitaria producida por las formas larvales o huevos de la *Tenia Solium* o *Saginata*, del cerdo y del bovino, respectivamente, y transmisibles al hombre por medio de las carnes enfermas de estos animales.

Las formas larvales de estas *Tenias* se llaman *cisticercos*; la del cerdo se denomina *Cisticerco Celulose* y da origen a la *Tenia Saginata*; ambas son conocidas por el vulgo con el nombre de *Tenia* o *Lombriz Solitaria*.

El perro y el gato son huéspedes propagadores de los huevos de las tenias y medios de contagio para el cerdo y el bovino, y estos, a su vez, para el hombre.

Descripción del parásito. — La *Tenia Solium* mide de 2 a 3 metros de largo por 5 a 6 milímetros de ancho, su cabeza llamada *Escolex* está provista de fuertes ganchos y cuatro ventosas, las que utiliza como medio de contención en el intestino delgado del hombre; está formada por gran cantidad de anillos denominados proglótidas, los que son eliminados al exterior al mismo tiempo que las materias fecales, aunque frecuentemente su salida se produce en forma esponánea. Estas proglótidas se encuentran cargadas en su interior de huevos.

Los huevos son redondeados, conteniendo en su interior un embrión; el que mide por lo general de 20 a 25 micrones (milésimos de milímetro).

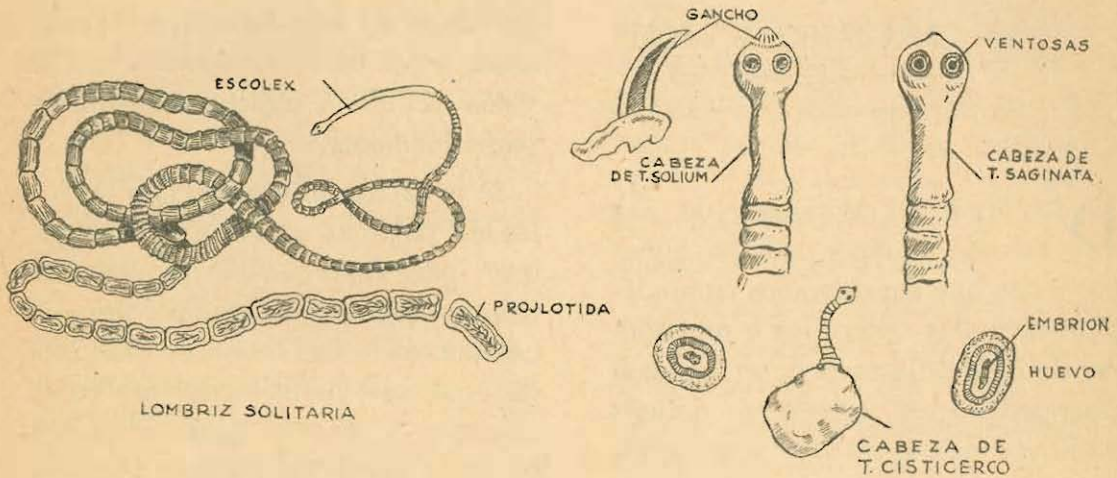


El cisticerco tiene forma de una vejiga (ver figura) con una colita que es el escolex, midiendo de 4 a 5 milímetros.

La forma cisticercoide se desarrolla en el tejido conjuntivo de los músculos de la cabeza, lengua, garganta, etc., del cogote, de la pelvis, intercostales y de los miembros posteriores (en los niños se han hallado

enquistados en las carnes hasta 48 días después de muerto el animal.

Medios de contagio.— El cerdo enferma por la ingestión de huevos y quistes que llevan los alimentos (carne, agua, etcétera). El bovino contagia por ingerir los pastos contaminados con huevos de parásito, los que llegados al estómago ponen



localizaciones cerebrales y oculares); en este estado el cisticerco sufre un proceso hidrópico, enquistándose.

La Tenia Saginata llega a medir hasta 10 metros de largo, conteniendo unos millares de proglótidas, su escolex está provisto de cuatro ventosas las que utiliza como medio de contención en el intestino de los animales y del hombre.

Vitalidad del parásito.— Los quistes cisticercoides son bastante resistentes a las manipulaciones industriales de la manufactura del cerdo. El frío no tiene influencia sobre su destrucción, el calor poco lo destruye; la salazón no da garantía absoluta de su muerte y el ahumado y la condimentación no son medios de anular su vitalidad.

Los huevos tienen gran resistencia a los agentes exteriores, y los cisticercos viven

en libertad al embrión, el que trata de atravesar las paredes del intestino para ir a localizarse en los músculos por medio de la corriente sanguínea, desarrollándose así las formas quísticas, las que luego van a contaminar al hombre al ser ingeridas por éste en la alimentación.

Profilaxis.— En los animales se evitará la contaminación de los pastos y el agua de bebida, con deyecciones de perros o de personas enfermas. No dejar los animales muertos sin enterrar, por lo menos un metro bajo tierra.

El hombre evitará comer carnes o achuras de cerdo o bovino crudas o mal cocidas, especialmente cuando se concurre a una *parrillada a la criolla*.

Evitar los perros enfermos de Tenias, e inspeccionar los animales que viven en la proximidad del hombre. La higiene aplicada aleja la posibilidad de la infección.

LOS DEFICIENTES AUDITIVOS EN LA ESCUELA

por CARLOTA BO de DRUILLE
maestra reeducadora vocal
del Departamento de ORL. y Foniatria

DENTRO del alumnado de una escuela siempre existen aquellos niños que considerados como débiles mentales, distraídos o repetidores de grado, después de un examen psicopedagógico presentan déficits auditivos más o menos importantes.

La sintomatología es clásica según el grado de deficiencia.

El aislamiento a que se imponen, dentro de los grupos escolares, la pérdida de atención a las explicaciones del maestro, la opacidad de la voz, el mutismo progresivo y algunas veces una mala articulación de las letras están indicando una pérdida auditiva que necesita una rápida atención. Los exámenes de agudeza auditiva, en escuelas que no cuentan con consultorios especializados de otorrinolaringología pueden ser efectuados por las maestras utilizando la acumetría fonética.

Esta acumetría se realiza con listas de palabras disílabas de tonalidades agudas, usando aire residual

(el aire que queda en los pulmones después de una espiración profunda).

Se busca un lugar relativamente silencioso y se coloca al niño a 5 ó 6 metros de distancia con un oído orientado hacia el examinador de modo que el niño no pueda leer en los labios de la persona que lo examina, y el otro obturado con la yema del dedo índice, acercándose paulatinamente.

Se comienza el examen con las listas de palabras graves (papa, sopa, uso,) pues éstas son las que generalmente quedan afectadas primero cuando existe una lesión de oído medio, que son las más comunes en la infancia; si el niño tiene dificultad en oírlas puede decirse que hay una mala audición, si ello se repite cuando se dictan las listas de palabras agudas (sisa, misa, cinco, seis, risa) se puede afirmar que la audición es muy deficiente y en ambos casos requiere atención inmediata del médico especialista. En la Capital Federal estos niños así seleccionados se envían a los consultorios de la especialidad donde el otólogo, previa revisión, solicita un audiograma (gráfico de la audición). Este se realiza con aparatos especiales que indican de qué clase y de qué grado es la pérdida y si es posible su recuperación.

Una vez completado el tratamiento médico o quirúrgico, si es necesario, el médico envía al niño a los centros de reeducación auditiva y foné-

tica. En estos centros, personal especializado se encarga de la tarea reeducativa, ya sea en clases colectivas o individuales. Las primeras se realizan por micrófono conectado a teléfonos individuales, y ellas consisten en transmitir al niño desde los sonidos más simples a los más complejos que deberá ir individualizando y reconociendo. Luego progresivamente se continúa con palabras bisílabas y polisílabas finalizando con frases.

Esta ejercitación aumenta el nivel auditivo del alumno.

Cuando el déficit afecta más del 30 o/o de la audición es difícil obtener resultados satisfactorios en la reeducación; se procede entonces a dar clase de lectura labial (leer en los

movimientos musculares de los labios) para que puedan completar la imagen auditiva.

En las clases individuales se reemplaza el uso de los teléfonos por el de tubos acústicos que pueden ser unilaterales o bilaterales. Muchos casos de hipoacusia (audición disminuída) obedecen también a una mala técnica respiratoria, subsanándose entonces por medio de gimnasia respiratoria especial. Esta gimnasia respiratoria es recomendada como terapéutica general en la infancia.

Finalizada la reeducación el niño vuelve nuevamente a los consultorios de otorrinolaringología donde el otólogo determina si está en condiciones de darlo de alta.

En los centros de reeducación auditiva y fonética, personal especializado se ocupa de la tarea reeducativa, en clases colectivas, por medio de micrófono conectado a teléfonos individuales.



INSTANTANEAS ALEGRES

EN LA COLONIA DE MAR DEL PLATA

Del diario de actividades del último contingente de la Colonia de Vacaciones de Mar del Plata, hemos tomado algunos de los hechos más significativos. Todos ellos hablan de momentos de cordialidad, de emoción, de alegría, vividos con ansiedad casi febril por la bulliciosa pléyade de privilegiados de esta Nueva Argentina, grande y dadivosa



FERVOR CRISTIANO

(26 de febrero)

Bernardita, la santa de Lourdes, fué recordada por los niños de la Colonia. Al igual que la niña de la gruta milagrosa, se prosternaron frente a la imagen de la Virgen y como ella le ofrendaron ruegos, flores y oraciones. Con profunda devoción cristiana dijeron sus oraciones y siguieron en emocionado silencio, la ceremonia del descubrimiento de la estatuilla que representa a la niña santa, en fervorosa actitud de adoración a la Virgen de Lourdes, emplazada en la gruta donde se venera su imagen.

¡LLEGO EL CARNAVAL!

(2 de marzo)

¡Carnaval! La fiesta esperada por los niños, la fiesta del bullicio y de la ingenua alegría, también llegó a la Colonia. Cornetas, matracas y silbatos pusieron la nota ruidosa en los patios y el juego con papel picado y serpentinas alcanzó su expresión más feliz. Y para que nada faltara en esta fiesta de color y de alegría, las celadoras se convirtieron en bulliciosas mascaritas para divertir a los pequeños y hasta se formaron "murgas" que animaron este Carnaval íntimo, pero lleno de gracia y simpatía.



FIESTA DE DESPEDIDA

(7 de marzo)

Se acerca el día del regreso. Como todos los años, éste es el día señalado para la gran fiesta de despedida en la que todos o casi todos los niños se convierten en aplaudidos artistas. Todos ponen su aporte para el brillo de la fiesta. La profesora de música ha pre-

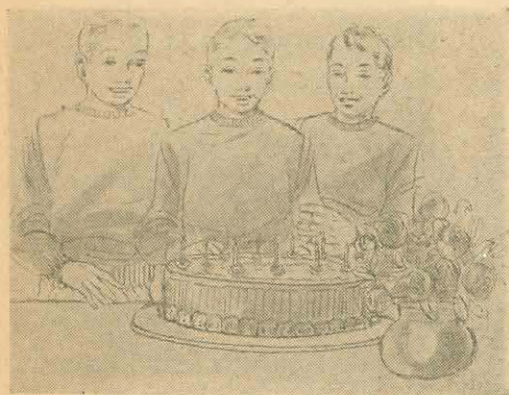
Y EMOTIVAS

¡FELIZ CUMPLEAÑOS!

(4 de marzo)

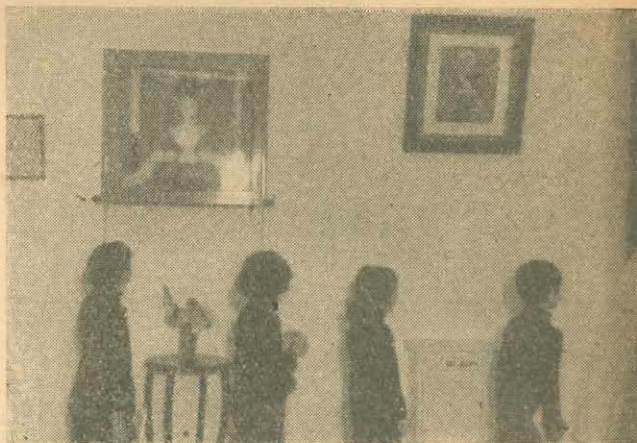
¿Qué ocurre hoy en la Colonia? Los preparativos anuncian un acontecimiento de importancia. Como que se trata de agasajar a más de 50 colonos que cumplen años durante los días que dura el contingente... Cada uno tuvo su clásica torta con velitas y en el comedor, reluciente de adornos, todos los niños corearon al unísono el "Feliz cumpleaños" que brotaba sinceramente de su corazón.

"¡Que los cumplas feliz, amiguito!" dijeron cientos de voces infantiles; y el recuerdo del hogar lejano revivió, en este día, en el afecto que alienta en este otro gran hogar que es la Colonia.



parado, entre otros números, una hermosa pieza musical: "El príncipe triste". Todos se ofrecen a participar en ella: uno hace de joven soberano, otro canta, un niño toca el violín, una niña baila... y la obrita resulta un éxito completo.

Después, en el cadencioso "Carnavalito", los jujeños pusieron con su danza de sabor y ritmo netamente autóctonos, una nota colorida.



EL RECUERDO DE EVITA

(9 de marzo)

¿Faltaba Evita? No; su presencia está siempre latente donde haya un niño feliz, gozando de los privilegios que le ofrece nuestra nueva Argentina, grande y generosa. Pero ahora está allí, corporizada en mármol y ante ella desfilaron los pequeños colonos, con su humilde ofrenda floral, enmudecidos de emoción ante el recuerdo de quien ganó su corazón para siempre, con hechos que ellos conocen y palpan en el diario vivir. Y su homenaje sencillo fué quizás el más expresivo de cuantos puedan rendirse a la memoria de la gran amiga de los niños.



DECALOGO ODONTOLOGICO ESCOLAR

Estas son las diez normas elementales que deben seguir los niños en edad escolar, si quieren preservar su dentadura. El Departamento de Odontología ha preparado este decálogo, para que lo conozca y lo recuerde el maestro y el escolar: el primero, para poder aconsejar a sus alumnos, y el segundo para asegurarse la prevención de las afecciones bucodentales.

1. — Para mantener la salud integral del organismo, los dientes se deben conservar en el más perfecto estado posible.
2. — La dentición temporaria, como la permanente, cumplen su cometido en épocas determinadas de la vida. Por lo tanto se evitará por todos los medios su pérdida prematura, por caries u otra lesión.
3. — Los dientes temporarios son indispensables en el niño desde que aparecen hasta su caída normal. Por dicha razón pueden y deben curarse, dependiendo el éxito del pronto y oportuno tratamiento.
4. — La edad escolar —de 6 a 14 años— coincide con el cambio de dentición, apareciendo en forma paulatina, los dientes permanentes.
5. — Todos los dientes que salen después de los cinco años de edad, son permanentes y no se reemplazan, debiendo procurar conservarlos toda la vida.
6. — Para mantener sana la dentadura y gozar de sus beneficios, es imprescindible el examen bucodental, por lo menos dos veces al año.
7. — La limpieza de los dientes mediante el cepillado, —inmediatamente después de las comidas—, coopera en la prevención de las caries.
8. — No se abusará de los dulces y golosinas pues ellos favorecen la formación y el desarrollo de las caries.
9. — Las topicaciones con la solución de fluoruro de sodio reducen el porcentaje de la caries en un 40 o/o aplicándolos a los 3, 6, 9 y 12 años.
10. — La ley de Asistencia Dental Obligatoria (ley 12.912) vela por la conservación de los dientes de los niños, siendo necesario cumplirla íntegramente.

LOS JUEGOS

Por el Doctor Carlos Marchese
Jefe del Depto. de Educación Física

LOS juegos representan en la infancia un factor de gran eficacia para el crecimiento y desarrollo de la esfera psicofísica y moral. Desde el punto de vista de la Educación Física, los juegos adquieren una gran importancia pues constituyen la forma más natural y placentera con que los niños acrecientan su vigor físico, elevan su espíritu, cultivan la imaginación y consolidan el carácter y la voluntad. Esta manifestación libre y típica de la niñez, el juego, ofrece como ventaja principal a la esfera psíquica, el bienestar espiritual que produce el movimiento y esta satisfacción obra estimulando los cambios fisiológicos traducidos por mayor irrigación, aceleración de los cambios nutritivos, etc., y como lógica consecuencia el mejoramiento de las funciones orgánicas obran favorablemente en la esfera psíquica, efectos biológicos que benefician a toda la economía.

Pero si bien es cierto que el juego constituye la libre expresión de la actividad infantil, base esencial de su educación física, determina además las modalidades características de su futura conducta moral y social, imprimiéndole en esta forma un sello propio de su superación. Actúa como medio frenador eficaz de los impulsos antisociales e inclinaciones desviadas, pues por ser agradables a su espíritu, coopera espontáneamente con el educador en

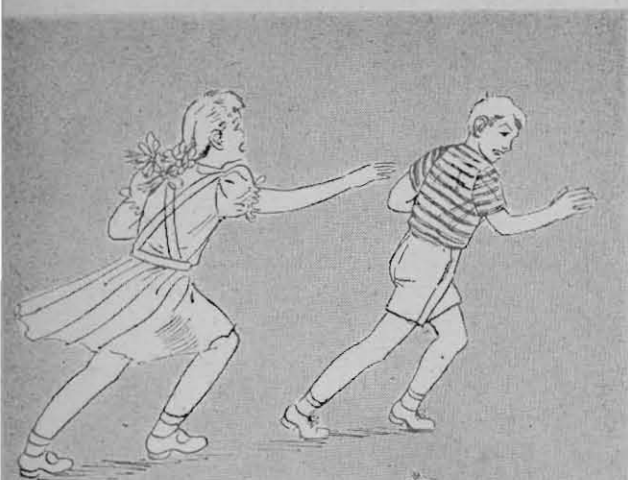
el cumplimiento de normas y reglamentos que han de regir dichos juegos.

También se moldea su carácter al mejorar su conducta, de manera tal que aprende por sí mismo, a poner dique a sus exigencias imperativas, a estrechar vínculos con sus compañeros y a conciliar su voluntad con la del prójimo.

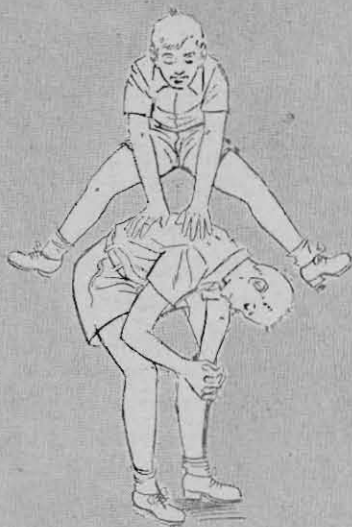
Un hecho demostrativo y objeto de observación diaria, es la frecuencia de niños que sin padecer trastornos orgánicos funcionales exteriorizados en forma notoria a nuestro examen, se muestran indiferentes al juego y revelan apatía o timidez que denotan claramente su estado de abandono y soledad, signos indicadores que el niño vive su infancia al margen de la infancia misma y de los factores que influyen en forma poderosa sobre su personalidad. A este estado se llega solamente por el desconocimiento de padres y educadores que ignoran que la actividad fundamental de la vida del niño es el juego.

En efecto, el medio ambiente, la comunidad biológica hace sentir su influencia sobre el niño proporcionándole desde su iniciación en la vida, elementos variados, que bien dirigidos y orientados, marcarán el sendero futuro; de lo contrario, solo o mal dirigido, su rumbo será incierto.

Es tal la influencia de los factores exógenos que gravitan sobre el niño, desde



MANCHA



RANGO



MARTIN PESCADOR

el comienzo de su vida activa, que imprimiendo características a sus primitivos instintos e impulsos los encauzan adecuadamente y los convierten en elementos de colaboración dentro del concierto social. Toda desviación, ya sea por exceso, carencia o inadecuada intensidad, transforma los valores potenciales en negativos, terminando por aislar al niño o sumirlo en la soledad, haciéndole presa fácil de sentimientos anormales o antisociales, es decir, engendrando un ser inadaptable a la sociedad. Esta apreciación es de tanta magnitud que el juez Lindsey, de reputación internacional en materia de delincuencia infantil, aboga en favor de los parques y plazas de juego como preventivo del delito y dice: "Es la sociedad la única culpable; el estado desconoce su deber hacia el niño si no le proporciona los mejores medios para liberarse de los monstruos morales que lo acechan, el padre que mantiene alejado a su hijo de los niños de su edad le infiere un gravísimo daño y le prepara a ser un tímido, un simulador o un criminal".

Sostiene Schneersohn que la neurosis es el negativo del juego libre y normal; debiendo denominarse a las distintas formas de las mismas neurosis de deficiencia o compensativas, puesto que son originadas por el déficit de juego que es preciso compensar. Cuando desaparece el juego constructivo o fantástico viene el destructivo, neurótico, de los impulsos violentos y en un prolijo estudio de este problema llega a definir a la recreación infantil como vitamina psíquica y a la nerviosidad, escorbuto psíquico.

En la vida psíquica del niño predomina el juego conciencia, cuya primordial característica es la espontaneidad y la libertad natural, necesidad que varía de acuerdo al grado de desarrollo alcanzado

por el niño, es decir, que existe un caudal propio de juego que en condiciones normales hay que satisfacer en ellos. Las causas de déficit de juego pueden deberse a múltiples factores: la debilidad constitucional, la desarmonía del coeficiente mental-juego, el medio ambiente, educación, que originan desequilibrios que se traducen en reacciones antisociales, turbulencias, soledad, estados neuróticos que perturban las fuerzas creadoras emocionales del niño y sus cualidades sociales.

Es notorio el hecho que cuanto más atractivos son los juegos, más poderosas son las descargas impulsivas del niño, razón por la cual se le halla mejor dispuesto para participar en todos los demás actos de su vida diaria en mejores condiciones.

El niño a través de su evolución no se adapta ni se identifica con el mundo exterior hasta el momento de haber alcanzado su madurez psíquica, de allí la necesidad de su comprensión para asimilarlo lentamente con una adecuada educación integral a la comunidad.

Se ha dicho con razón que el niño es biológicamente una substancia que juega y que reina entre ellos la fantasía libre, núcleo central de este problema; en efecto, el niño transforma todos los actos y fenómenos del medio ambiente en una forma distinta a la del adulto, creando un mundo que sólo él vive, si bien conocedor consciente de la verdad reacciona ante toda tentativa que intente modificar su sueño: mediante el juego excluye las influencias perniciosas del mundo circundante, transformando la realidad de la vida, esto no es más que una función biológica de defensa.

Es lógica su reacción ante la imprudencia de intentar la modificación de su propio mundo, pues solo en ese, su clima psíquico, el niño goza en su infancia la realidad de

su universo personal; el medio ambiente que lo rodea se identifica en forma tal con su espíritu que le hace suponer que todo está hecho a su voluntad, por esa concepción mágica de las cosas hace sentir y hablar a los personajes de su creación con vida propia, exteriorizando así su vida interior, todo lo cual ofrece un elemento apreciable para descubrir y encauzar los sentimientos que lo animan. El ciclo de su vida anímica obliga a respetar esos fueros íntimos pero no a descartar la correcta y eficiente dirección orientándolo hacia el conocimiento de la verdad en forma paulatina para no herir su delicada sensibilidad.

La imaginación del niño debe ser respetada, así como consentida la alegría y el interés que demuestra ante los juegos, que no son mero pasatiempo sino que les corresponde un gran valor en el problema educacional. La fantasía creadora y fecunda que despierta vocaciones, sentimientos y emociones, podría ser llamada esfera mágica.

Comprendido el niño en esa época de la vida llamada por Taine "edad mitológica", donde el desarrollo de la imaginación alcanza su punto máximo, serán siempre pocos los cuidados que se tengan para evitar que se desvíe o hipertrofie, perturbación de la imaginación que se exterioriza en lo que Dupré llama "tendencia mítica", con todas sus consecuencias: mentira, simulación, fabulación, modificación inconsciente de la verdad.

La forma como los niños revelan su caudal psicológico depende en gran parte de los juegos en común, en ellos se preparan para la futura vida social.

Es un lema de la infancia "Jugando aprendemos a ser mejores" y al educador corresponde encauzar esas actividades hacia el logro de los mejores fines.

QUEMADURAS - Sus grados - Su tratamiento

Por el Dr. ALFONSO DE FALCO

*Jefe del Departamento de Educación Sanitaria
Profesor de la Cruz Roja Argentina*

DEFINICION: Son lesiones producidas en los tejidos por la acción del calor en sus distintas formas.

Causas: Las sustancias que la determinan pueden ser sólidas, líquidas o gaseosas. Los cuerpos sólidos calientes, como el hierro candente, provocan lesiones poco extensas pero profundas. Los líquidos (agua, aceite, alimentos calientes) originan quemaduras extensas y graves. Los gases actúan por sus vapores, como el cloro o en forma directa mediante las llamas. También por irradiación, como en el caso de las quemaduras por exposición al sol, a la luz de las lámparas de rayos ultravioleta, a la reverberación de un horno o de un incendio.

Las lesiones locales que provocan las quemaduras a nivel de los tejidos se clasifican en tres grados, y de acuerdo con ellos se establece también la gravedad de las mismas.

En el 1er. grado se trata de un simple eritema con ligera hinchazón de la piel y ardor local. La lesión no pasa de las capas superficiales de la epidermis; desaparece en pocos días dejando la piel pigmentada durante cierto tiempo. Dentro de este tipo de

quemaduras debemos considerar el eritema solar.

2º grado: Produce sobre la piel ampollas en número y tamaño variable con abundante líquido cuya tensión puede hacerlas romper espontáneamente dejando al descubierto la última capa de la epidermis (generatriz) que se presenta con el aspecto granuloso rojo vivo. Este tipo de quemadura es dolorosa y evoluciona en 2 ó 3 semanas.

3er. grado: Son quemaduras más profundas que interesan la piel y tejidos que se hallan por debajo de ella, produciéndoles necrosis que originan una costra primero amarillenta y luego negruzca, que tiende a eliminarse después de varios días dejando una superficie roja de tejido de granulación que puede originar cicatrices que ocasionan trastornos serios cuando asientan en la cara, cuello, pliegues de flexión, etc.

Síntomas: Además de los síntomas locales como el ardor y dolor, existen los síntomas generales que son muy evidentes en las quemaduras de gran extensión, siendo el más importante el shock. Este puede ser inmediato a la quemadura, el paciente se halla semi inconsciente, pulso rá-

pido e hipotenso, respiración superficial y temperatura subnormal.

La causa productora de este shock parece ser originada por las sustancias tóxicas que se forman a nivel del foco de quemadura y se incorporan a la sangre. Entre las complicaciones, además de las infecciones, se halla otra más grave, la insuficiencia renal con síntomas de nefritis que pueden llevar al paciente a la muerte.

Pronóstico: Depende del grado y de la extensión de la quemadura; siendo fatales cuando habiendo interesado la dermis abarcan el tercio o más de la superficie cutánea.

PRIMEROS AUXILIOS

Los auxilios que se presten a un quemado, inmediatamente después de producido el accidente, son doblemente importantes en este caso; primero, si se tiene en cuenta que hay que aliviar el intenso dolor que acompaña a las lesiones, aún en el primer grado, y segundo para evitar las infecciones que pueden conducir a un resultado fatal.

El *tratamiento general* es previo al local en todo quemado extenso o para evitar el shock y para ello debemos: a) Calmar el dolor, con este fin se utilizan los analgésicos como Eucodal, Pantopán, etc.

b) Recalentarlo, tratar de abrigar bien las partes no quemadas, si es preciso utilizar bolsas de agua caliente y mantener la temperatura ambiente a 23 °.

c) Tonificarlo con tónicos cardíacos como coramina, cafeína, aceite alcanforado. En los casos de quemaduras

duras extensas en que hay gran pérdida de plasma es necesario aumentar el volumen de la masa sanguínea haciendo transfusiones de plasma sanguíneo e inyectando suero fisiológico o gluconado en gran cantidad.

Tratamiento local: Para las quemaduras de 1er. grado, bastará con cubrir la piel con linimento de oleo calcáreo, diadermina, cembrina, esta última es eficaz analgésico y cicatrizante, en el comercio se expende en forma de panes que hay que derretirlo al calor para luego extenderla en una delgada capa sobre la superficie quemada aplicándole luego encima un apósito y vendaje suave.

Quemaduras de 2º grado: Primeramente limpiar la superficie con suero fisiológico, luego evacuar el líquido de las ampollas pinchándolas con un estilete esterilizado. Las ampollas rotas se dejan tal cual están; la epidermis sirve de protección para posibles infecciones. Después se puede pincelar la superficie quemada con solución de ácido tánico al 5 por ciento en agua destilada, cubrir la quemadura con apósito algodonado.

Quemaduras de 3er. grado: Se procede de igual manera que con las de segundo grado.

Medidas de prevención: Inyectar suero antitetánico en quemaduras que han estado en contacto con tierra.

Manera de apagar las ropas encendidas de una persona: Hay que actuar con decisión y rapidez, evitar que el quemado presa del pánico intente huir, lo más práctico es envolverlo con una manta, frazada o sábana o bien echarlo al suelo y hacerlo rodar.

EL MAESTRO FRENTE AL NIÑO CON DEFECTOS DE LA VISION

SI bien es cierto que mucho se ha hecho para que la enseñanza del niño con visión disminuída sea emprendida de manera integral a fin de evitarle todos los inconvenientes (grados de preservación visual para ambliopes, etc.), también debemos reconocer que esta enseñanza está limitada por el momento a los que acusan un respetable índice de deficiencia. Y la limitación se hace aún más evidente si pensamos que estas medidas previsoras sólo alcanzan hasta ahora a los escolares de la Capital, por lo que queda un amplio porcentaje de niños del interior. Por lo mismo el beneficio no puede llegar a la gran mayoría de escolares con defectos de la visión en grado leve, que por ese motivo deben compartir con sus compañeros de visión normal, el aula común. Allí, entonces, es donde el maestro puede resultar un eficaz auxiliar del médico especialista, cuidando de que las condiciones de estudio sean las más adecuadas, contribuyendo con sus consejos a que se observen las medidas indicadas para la corrección del defecto visual.

En una clase típica compuesta por treinta y cinco alumnos, se ha calculado que una quinta parte de los mismos acusa algún defecto visual, es decir, que entre treinta y cinco, siete por lo menos deben merecer una atención especial. El maestro, entonces, ha de asumir con conciencia su papel responsable frente a ellos, y

tendrá en cuenta ciertas medidas generales y particulares, que resumimos a continuación:

—Es preciso recordar que si el uso de los anteojos ha sido recetado en forma permanente, el niño deberá usarlos constantemente.

—Los anteojos deben estar siempre bien limpios y su empleo ha de ser correcto para que rindan los beneficios que de ellos se espera; es decir, que su colocación debe ser tal que el niño mire siempre a través del centro de los cristales.

—La iluminación debe ser buena y la luz debe llegarle al niño por sobre el lado izquierdo.

—El alumno debe estar ubicado en un lugar desde donde pueda ver sin dificultades el pizarrón, las láminas o las demostraciones que realice el maestro al frente del grado.

—Permitir que el niño se siente o se traslade hasta donde tenga buena luz. A este respecto, es bueno recordar que la luz no debe darle nunca de frente y que no deben producirse resplandores dentro de su campo visual.

—Hacer que el niño permanezca bien erguido en su asiento y que coloque el trabajo a nivel correcto.

—Evitarle la lectura excesiva e innecesaria. Cuando sea posible, em-

plear los servicios de un lector, especialmente en los grados superiores y tratándose de temas largos.

-Organizar las tareas de manera que el trabajo visual esté alternado con períodos de descanso. El cambio de foco se considera también como un período de reposo. El hecho de llevar la vista del pizarrón al escritorio representa en sí un cambio de foco recomendable.

-Hacerle descansar frecuentemente la vista; hacerle cerrar los ojos por pocos momentos o indicarle que levante la vista del trabajo y que mire hacia un punto alejado.

-El niño con visión corregida podrá participar con los alumnos del grado en todas las actividades, aunque tratando siempre de no obligarlo a esforzar la vista.

-La escritura en el pizarrón deberá ser de caracteres grandes y claros. Usar tiza blanda sobre el pizarrón bien limpio. Esto redundará en beneficio no sólo de los alumnos con defectos visuales sino de toda la clase.

-A los niños que se reintegran al grado convalecientes de una enfermedad debe evitárseles los trabajos que los obliguen a utilizar la vista durante largos períodos.

-Cuando sea posible, usar escritorios con tapa movable, adaptable. Si el escritorio es fijo y muy bajo, colocar sobre él algunos libros para conseguir el nivel adecuado.

-Procurar que los libros de lectura sean de tipo de imprenta grande. Hacerle usar papel sin brillo, de color crema, y lápices de mina blanda.

LOS JUICIOS

INFANTILES

SI los padres y maestros se olvidaran a veces de los años que los separan de sus hijos y alumnos, verían en los ojos de éstos infinidad de juicios inexpresados, pero no por ello menos categóricos.

Estos juicios acerca de los hechos, palabras y actitudes de los mayores forman un apretado núcleo en torno del cual el niño va colocando opiniones y sedimentándolas oculta-mente, a espaldas de toda dirección.

El niño juzga en forma negativa todo cuanto le provoca desagrado. Tiende a creerse víctima de injusticias cada vez que es reprendido. Toda sanción que le sea desfavorable suscita en él automáticamente la búsqueda de culpas ajenas con las cuales nivelar su maltrecha vanidad.

Para cumplir altamente su misión, deben los padres y maestros, atentos a lo antes expresado, atender a los juicios del niño y no dejarlos anudarse en un mal fundado encono. Es necesario aflojar las tensiones mediante la explicación del caso que la ha suscitado, analizar la situación, invitar al niño a la reflexión.

Hay infinitas maneras de conocer cuando se producen estos juicios adversos del niño. Las notas más características son cierta emocionada reserva; una particular crispación del rostro con tendencia al hermetismo; movimientos falsamente atareados; distracción fingida; deseo de pasar inadvertido para no ser interrogado; una mueca de la boca que se contrae hacia un lado, nerviosamente.

Debe ponerse atención a estas manifestaciones. Si la actitud está justificada por un error de apreciación por parte de los mayores, aclarar la cuestión es un deber del padre o del educador. Si el juicio ha sido erróneo se impone una explicación que muestre al niño las causas que él no haya descubierto y sin abochornarlo, mostrarle la verdad.

La parte más sutil de la educación es aquella que traspasa la exterioridad de la conducta, para intervenir en la conformación de la intimidad que, de lo contrario, se produce desordenada y arbitrariamente.

CONTROL Y CARACTERI DE LAS ENFERMEDADES

*El maestro observará y orientará
a los niños que manifiesten:*

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACION	FORMA DE TRANSMISION	SIGNOS MAS COMUNES
CONJUNTIVITIS	Irregular por lo general de 36 a 48 horas.	Secreciones de conjuntiva, vehiculizadas por manos, toallas, útiles escolares, etc.	Escorzar, lagrimeo y fotofobia. Enrojecimiento de los ojos. Los párpados aparecen pegados por la mañana.
COQUELUCHE O TOS CONVULSA	Más de 7 y menos de 21 días.	Secreciones de nariz y garganta u objetos recién contaminados con gotillas de saliva.	Comienza con tos común, haciéndose más persistente y tendiendo a producirse en accesos (quintas). Empeora por la noche. Vómitos frecuentes. Las quintas se producen entre los 8 y 15 días.
DIFTERIA	De 2 a 7 días.	Secreciones de nariz y garganta. Leche no pasteurizada o no hervida.	Dolor suave de garganta. Fiebre moderada. Pulso rápido. Ganglios del cuello hinchados. Frecuentemente es visible en el fondo y los lados de la garganta una membrana blanco-grisácea.
ESCARLATINA	De 2 a 4 días.	Secreciones de nariz y garganta, portadores, objetos, alimentos, polvo del aire contaminado con gotillas de saliva.	Comienza brusco: náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor de garganta, lengua saburral, seguida de un fino puntillado rojo vivo en la piel, que desaparece cuando se aprieta.
GRIPE	De 1 a 3 días.	Secreciones de nariz y garganta.	Fiebre, quebrantamiento, dolor de espaldas, piernas, garganta. Prostración.
PAROTIDITIS O PAPERAS	De 18 a 21 días.	Saliva, objetos recién contaminados con gotillas de saliva.	Hinchazón de las glándulas del cuello (parótidas) por delante y debajo del pabellón auditivo. Generalmente un lado se afecta primero. El otro, 1 ó 2 días después. Puede localizarse además en otras glándulas.
POLIOMIELITIS O PARALISIS INFANTIL	Variable: en general, 10 a 18 días.	Secreciones de la garganta y nariz. Secreciones intestinales.	Síntomas de embaraço gástrico. Dolor de cabeza, fiebre. Vómitos seguidos de rigidez de nuca. Obnubilación o irritabilidad por más o menos 3 días. Luego parálisis o debilidad muscular.
RESFRIO O CORIZA	Breves: de 12 a 48 horas.	Secreciones de la nariz y garganta.	Secreción nasal. Ligera fiebre. Ojos llorosos. "Se siente mal".

STICAS MAS COMUNES INFECTO - CONTAGIOSAS

RUBOR; NAUSEAS O VOMITOS; DIARREAS; PALIDEZ; SECRECION NASAL;
OJOS SENSIBLES A LA LUZ; FIEBRE; ESTORNUDOS REPETIDOS; OJOS ENROJECIDOS O LLOROSOS;
DOLORES; DOLOR DE GARGANTA; DOLOR MUSCULAR;
TOS; ERUPCIONES DE LA PIEL; SARPULLIDO; MAREOS; DESCAMACION.

PERIODO DE CONTAGIOSIDAD	INMUNIZACION	MEDIDAS PREVENTIVAS	
		MEDIDAS DE CONTROL GENERAL	PERIODO DE EVICCION (Plazos mínimos)
Durante toda la afección.	Ninguna.	Desinfección concurrente: de secreciones conjuntivales y objetos contaminados con ellas. Desinfección terminal: ninguna. Limpieza general.	Hasta la total desaparición de las secreciones.
Antes de que se produzcan las quintas, y por lo menos durante 3 semanas del período de quintas.	Vacunación en la infancia.	Observación del paciente y de los sospechosos. Desinfección concurrente: de las secreciones naso-faríngeas y de los objetos contaminados con ellas. Desinfección terminal: ninguna. Limpieza general.	El enfermo: 28 días desde la iniciación de las quintas. Sospechosos: 14 días desde la última exposición con el enfermo. (21 días los menores de 7 años).
Mientras los cultivos de garganta y nariz sean positivos. Por lo menos después de 16 días del comienzo de la enfermedad.	Vacunación a los 6 meses. Revacunación al año y repetirla cada 3 años.	Vigilancia del paciente y de los sospechosos. Pasteurización de la leche de consumo. Desinfección concurrente: de todo objeto que haya tenido contacto. Desinfección terminal: ninguna.	El enfermo: 14 días de iniciada la enfermedad o hasta que 2 cultivos nasales y 2 de garganta tomados a intervalos de 24 horas sean negativos.
3 semanas desde el principio y mientras persistan las secreciones anormales.	Ninguna.	Desinfección concurrente: de todo lo que ha estado en contacto con el enfermo. Desinfección terminal: ninguna. Limpieza general.	Enfermos: 21 días. Sospechosos: 7 días.
Indeterminado. Probablemente durante todo el período febril.	Ninguna.	Evitar aglomeraciones durante las epidemias, y contacto con toda persona enferma. Desinfección concurrente: de secreciones naso-faríngeas. Desinfección terminal: ninguna.	Ninguna, salvo la impuesto por el enfermo mismo.
Desde los primeros síntomas, hasta que haya desaparecido la hinchazón.	Ninguna.	Aislamiento del paciente hasta que haya disminuído la inflamación de las glándulas salivales. Desinfección concurrente: de cubiertos y vajilla. Desinfección terminal: ninguna.	Enfermos: 15 días desde la iniciación de la enfermedad. Sospechosos: sin evicción escolar.
No conocido. Probablemente en el período preparalítico, hasta después de las dos primeras semanas de la enfermedad.	Ninguna.	Aislamiento del paciente hasta una semana después de la iniciación de la enfermedad. Contactos directos 7 a 14 días. Desinfección concurrente: de secreciones naso-faríngeas y deyecciones. Desinfección terminal: ninguna.	Enfermos: 28 días. Sospechosos: 21 días.
Primeros tres días.	Ninguna.	No exponerse al frío. Evitar el contacto con enfermos. Práctica de buenos hábitos higiénicos. Destrucción de secreciones nasales, recogidas en papel. Desinfección terminal: ninguna.	Ninguna, salvo el impuesto por el mismo paciente.

(Viene de la pág. 27)

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACION	FORMA DE TRANSMISION	SIGNOS MAS COMUNES
RUBEOLA	De 10 a 21 días.	Secreciones de nariz y garganta.	Molestia general. Inyección conjuntival, adenopatía de cuello, seguidos de erupción primero en la cara, después en el cuerpo (puede ser confundido con escarlatina o sarampión).
SARAMPION	De 10 a 15 días.	Secreciones de nariz y garganta.	Fiebre moderada. Ojos hinchados y llorosos. ("Cara sucia"). Mucosas de mejillas y labios con manchas blanco-azuladas. 1 ó 2 días más tarde aparece la erupción; primero en las orejas, luego en la cara, después en el cuerpo.
TRACOMA	Desconocido posiblemente de 5 a 12 días.	Secreción conjuntival vehiculizada por manos, toallas, útiles, insectos.	Congestión y sensación de ardor y de tener arena en los ojos. Estrechez de la hendidura palpebral. Lagrimeo, fotofobia.
VARICELA	De 14 a 21 días. Generalmente 17 días.	Secreciones de nariz, garganta y de la piel.	Generalmente ligera fiebre al comienzo de la erupción, que se presenta en forma de ampollitas de agua, que se extienden en las partes cubiertas y expuestas del cuerpo. Aparecen brotes.
VIRUELA	De 7 a 16 días.	Secreciones nasales, faríngeas y de la piel.	Fiebre de aparición brusca y síntomas de gripe; 4 días después aparece la erupción, primero en las partes expuestas, después en el tronco.
ENFERMEDAD DE CHAGAS	De 7 a 14 días.	Por heces de insectos vectores.	Hinchazón de párpados, a veces en la cara, pigmentación púrpura de la piel alrededor del ojo, fiebre, malestar.
UNCINARIASIS O ANQUILOSTOMIASIS	2 a 10 semanas. A veces meses y aún años.	Por la tierra, a través de la piel (pie desnudo).	Dolor abdominal, apetito anormal o perverso, diarreas, piel áspera y seca, depresión general, retardo físico y mental, anemia, hinchazón en varias partes.
PALUDISMO	14 días o menos, si es por inoculación sanguínea.	Picaduras por mosquitos anopheles infectados.	Fiebre con recurrencias características. Anemia.
TIFOIDEA	De 3 a 38 días. Por lo común, 7 a 14 días	Por contacto directo de heces y orina del enfermo. Vehículos de contagio indirecto: alimentos, leche, agua, mariscos y moscas.	Fiebre persistente, diarreas, manchas rosadas en el tronco, trastornos orgánicos graves (lengua seca, depresión física y mental acentuada).
HEPATITIS INFECCIOSA	De 15 a 35 días, generalmente 25.	Excreciones intestinales o sangre de personas infectadas; posiblemente también secreciones de nariz y garganta.	Fiebre, náuseas con o sin vómitos, lassitud, fatiga, cefalalgias, a veces ictericias.
TETANO	De 4 a 20 días.	Tierra y polvo de las calles, contaminadas con heces de animales.	Dolores neurálgicos en la herida, contracturas musculares, rigidez de nuca, espasmos.

EVICCIÓN: Separación de la escuela (plazos mínimos), Las pruebas no autorizan a reducir el periodo de evicción establecido.

ASLAMIENTO: Separación del enfermo, también dentro de su hogar. **CUARENTENA:** Del paciente y sus familiares.

SOSPECHOSOS O CONTACTOS: Personas que han estado en contacto con el enfermo.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: La producida por seres vivientes patógenos, y acción morbosa consecutiva.

ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: La que se transmite directa o indirectamente a una persona sana por una enferma, un animal o insecto, o por medio de un huésped intermediario, un vector o el medio ambiente.

PERIODO DE CONTAGIOSIDAD	INMUNIZACION	MEDIDAS PREVENTIVAS	
		MEDIDAS DE CONTROL GENERAL	PERIODO DE EVICION (Plazos mínimos)
De 4 a 7 días después del comienzo de los síntomas catarrales.	Ninguna.	Aislamiento del enfermo: 7 días. Desinfección: ninguna.	Enfermos: 10 días. Sospechosos: ninguno.
Durante la etapa preruptiva, hasta 5 días después de aparecida la erupción.	Fración gamma globulina. Sero-prevencción. Sero-atenuación.	Aislamiento de los sospechosos que no han tenido la enfermedad. Evitar el contacto en la primera infancia. Los lactantes y niños pequeños pueden ser protegidos por gamma globulina. Desinfección concurrente: de secreciones nasofaríngeas. Desinfección terminal: ninguna.	Enfermos: 12 días desde la iniciación de la enfermedad. Vigilancia en internados. Interrogatorio demuestra quien lo ha padecido; sus medidas. El que no lo ha padecido, vigilado.
Mientras persistan lesiones activas. Cicatrizadas, ya no hay trasmisión.	Ninguna.	Profilaxis por el tratamiento en el período pre-escolar y escolar. Decreto prohibiendo la entrada al país de tracomatosos. Uso individual de útiles de aseo. Reexaminación periódica. Desinfección terminal: ninguna.	Enfermos: hasta total desaparición de la secreción.
Período pre-eruptivo hasta unos 6 días después de la aparición de la erupción.	Ninguna.	Aislamiento del paciente durante 6 días después del primer brote. Desinfección terminal: ninguna.	Enfermos: 6 días desde la iniciación de la erupción. Sospechosos: sin evicción escolar.
Desde las primeras signos hasta la desaparición de todas las escaras y costras y sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad.	Vacunación y revacunación hasta lograr la inmunidad.	Cuarentena del paciente y de los contactos. Vacunación inmediata después del contacto (protege si se da el 1er. día). Ley 4.202 de vacunación obligatoria. Desinfección concurrente y terminal obligatoria.	Enfermos: 40 días desde la iniciación de la enfermedad. Sospechosos: Sin evicción escolar. Con certificado de revacunación.
Sólo durante la etapa febril.	Ninguna.	Dstrucción de insectos vectores. Desinfección concurrente y final: ninguna.	Ninguna.
Mientras dure la infestación y contaminación del suelo por las heces.	Ninguna.	Examen de todos los contactos. Vermífugos. Desinfección concurrente: de heces. Uso de calzado.	Ninguna.
Mientras haya parásitos en la sangre.	Ninguna.	Desinfección concurrente y final: ninguna. Uso de la quinina como preventivo.	Ninguna.
Mientras el bacilo aparezca en las deposiciones.	Vacuna de ex-puestos familiares.	Aislamiento y protección contra moscas. Desinfección concurrente: de objetos contaminados con heces u orina. Desinfección terminal: limpieza.	Enfermos: la que demande la enfermedad; 30 días o más.
Desconocido. Probablemente 2 días antes y 7 después de la iniciación clínica de la enfermedad.	Desconocida, pero los ataques repiten muy rara vez.	Aislamiento durante la primera semana de la enfermedad. Desinfección concurrente: de las secreciones nasales y faríngeas y excreciones. Desinfección terminal: ninguna.	Una semana después de la enfermedad.
No es transmisible de persona a persona.	Inmunización con toxoide tetánico.	A falta de inmunización previa, antitoxina tética. Desinfección concurrente: ninguna. Desinfección terminal: ninguna.	Ninguna.

DESINFESTACION: Dstrucción de insectos o parásitos vectores. (Vermes, insectos, etc.).

CONTAMINACION: Presencia de agentes patógenos en heridas, alimentos, utensillos, etc.

DESINFECCION CONCURRENTe: Desinfección inmediata de toda materia contaminante, o contaminada, después de su expulsión del cuerpo, o de la contaminación con ellas. (Microorganismos).

FINAL O TERMINAL: Desinfección de todo objeto o ambiente donde pueda haber la posibilidad de transmisión de la enfermedad a otras personas, cuando el enfermo mismo ha de constituir un foco de infección. (Microorganismos).

EL DEPARTAMENTO DE EDUCACION SANITARIA INVITA A UD...

A CONCURRIR a las exhibiciones cinematográficas de divulgación sanitaria que se ofrecen a maestros, padres y alumnos, todos los sábados a las 10 horas en nuestra sede central, Saavedra 15 (3er. Piso).

Aquellos establecimientos de enseñanza que dispongan de salón apropiado donde efectuar las exhibiciones, pueden solicitar la preparación de funciones de carácter educativo sanitario, a cargo del personal técnico de este Departamento. Bastará con que la dirección del establecimiento se dirija por nota a la Dirección de Sanidad Escolar, con diez días de anticipación a la fecha en que deba tener lugar la exhibición.

A escuchar el Consultorio Médico Escolar Radial en el cual se responden las preguntas formuladas por los oyentes y que se transmite por la onda de L.R.A., Radio del Estado, los días lunes a las 18 y 50 horas.

Los problemas y preguntas redactados en forma clara y breve deben dirigirse a Dirección de Sanidad Escolar—Educación Sanitaria— Saavedra 15, Capital Federal.

A consultar la biblioteca de Sanidad Escolar que cuenta con gran variedad de libros, especialmente de orientación médico-pedagógica, así como importantes colecciones de revistas especializadas, que pueden ser consultados por los docentes en la sala de lectura, todos los días hábiles, con el horario de 11 a 18.

BASES Y ORIENTACIONES PARA LA EDUCACION SANITARIA (Viene de la pág. 3)

Diremos de paso que jamás se debe provocar en el niño sentimientos de inferioridad llamándole la atención sobre su estado de salud o de higiene en presencia de los demás. Los lisiados, los obesos, los desnutridos, no deben escuchar comentarios particulares a su respecto; debe evitarse toda mención de lo anormal, de lo morboso, insistiendo en cambio sobre los aspectos optimistas de la vida y del crecimiento. No hay que olvidar que cada individuo es un organismo único, cuyas necesidades varían de acuerdo con su constitución.

Es sabido que ciertas necesidades básicas son comunes a todos, son las que se refieren al alimento, al aire, al agua, la actividad, el reposo, pero lo esencial para hacer frente a ellas es adaptarlas a las diferencias individuales, todos los niños no comen, ni deben comer la misma cantidad de alimentos, ni dormir el mismo número de horas, ni llevar el mismo tren de actividad.

Resumiendo, enunciaremos brevemente los propósitos básicos y la finalidad de lo que entendemos por *Educación Sanitaria*.

- 1) Instruir a los niños y a los jóvenes para que puedan conservar y mejorar su propia salud.
- 2) Contribuir a establecer en ellos los hábitos y principios de vida que les ayudarán a proporcionarles la vitalidad y vigor que son indispensables para obtener de la vida el máximo de felicidad y para dar su mejor aporte a la sociedad a la cual pertenecen.
- 3) Promover en padres y adultos hábitos y actitudes convenientes por medio de la educación directa de los mismos, para que la escuela sea un agente efectivo en el progreso y desarrollo de la faz social de la educación sanitaria en la familia y en la sociedad.
- 4) Mejorar la vida individual y social del futuro; asegurar una segunda generación mejor y una tercera aún superada; cimentar una nación y una raza más sana y más apta.

¿ES ESTE SU PROBLEMA?

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

¿A *QUE se llama mongolismo y cuáles son sus síntomas?*

Es una degeneración del cuerpo habitualmente unida a oligofrenia, la cara es semejante a la de la raza mongólica; tienen, pues, hendiduras palpebrales estrechas y elevadas hacia afuera y en el extremo nasal un pliegue cutáneo epicanto, pestañas y cejas escasas, boca abierta, lengua grande, manos de dedos cortos. En cuanto a su psiquismo, es de desarrollo lento y presentan frecuentemente trastornos del lenguaje.

¿Qué es un centro de interés?

En torno a una necesidad vital fácilmente comprensible para el niño, por ejemplo la necesidad de defenderse contra la intemperie, se hace girar todo el trabajo escolar; se estudiarán los animales y plantas desde este punto de vista (Ciencias Naturales), cómo ha hecho el hombre a través de los tiempos para defenderse (Historia), cómo lo hacen los distintos pueblos civilizados y salvajes en la actualidad (Geografía). Este sistema de trabajar en contacto con las realidades, es lo que el Dr. Ovidio Decroly, su creador, ha llamado método de los centros de interés.

Desearía saber ¿qué alimentos son los que contienen vitamina A?

Son alimentos ricos en vitamina A la zanahoria, la batata, el maíz amarillo, las bananas, damascos. En líneas generales todos los vegetales de hoja contienen dicha vitamina, tanto más,

cuanto más intenso es el color verde.

También la contienen la leche y sus derivados, crema, manteca, queso; el huevo y el hígado de los animales.

¿Qué es el daltonismo?

Se conoce con ese nombre a una perturbación ocular caracterizada por una deficiente visión de los colores. El ojo normal distingue con claridad los siete colores del espectro solar y más de ciento cincuenta matices del mismo; en los que padecen de daltonismo hay ceguera parcial para los colores, su forma más común es confundir el rojo con el verde y a éstos con el gris, en cambio la ceguera para el azul es sumamente rara.

¿A qué edad deben aparecer los dientes de leche?

Normalmente la primera dentición comienza hacia el sexto o séptimo mes de vida y termina al final del segundo año o al comienzo del tercero. Generalmente la erupción se produce en este orden: primero los dos incisivos centrales superiores, después los dos centrales inferiores siguiéndole los laterales superiores. Por fin aparecen los dos incisivos laterales inferiores. Hacia el primer año aparecen los cuatro pequeños molares; hacia el año y medio los cuatro caninos y finalmente entre los dos y tres años los cuatro últimos molares con lo que se completa el ciclo de los dientes de leche que en número de veinte persistirán hasta después de los seis años.

HEROES DE LA MEDICINA

Eduardo Jenner

(1 7 4 9 — 1 8 2 3)

NACIO en Berkeley, pueblo del condado de Gloucester, Inglaterra el 17 de mayo de 1749. Se graduó de médico en Londres; fué ayudante del gran cirujano y anatomista John Hunter, a quien lo ligó estrecha amistad.

Su lema fué un consejo dado por su maestro: "No penséis, ensayad, sobre todo sed paciente y exacto".

Pasó a establecerse luego en su ciudad natal y allí ejerció largos años entre una clientela formada por campesinos en su mayoría en la vida sacrificada y oscura de todo médico rural.

Estudioso y modesto, estaba dotado de profundo espíritu de observación, notó que aquellos de su clientela que se contagiaban de la viruela vacuna o cow-pox, eran luego refractarios a la viruela humana.

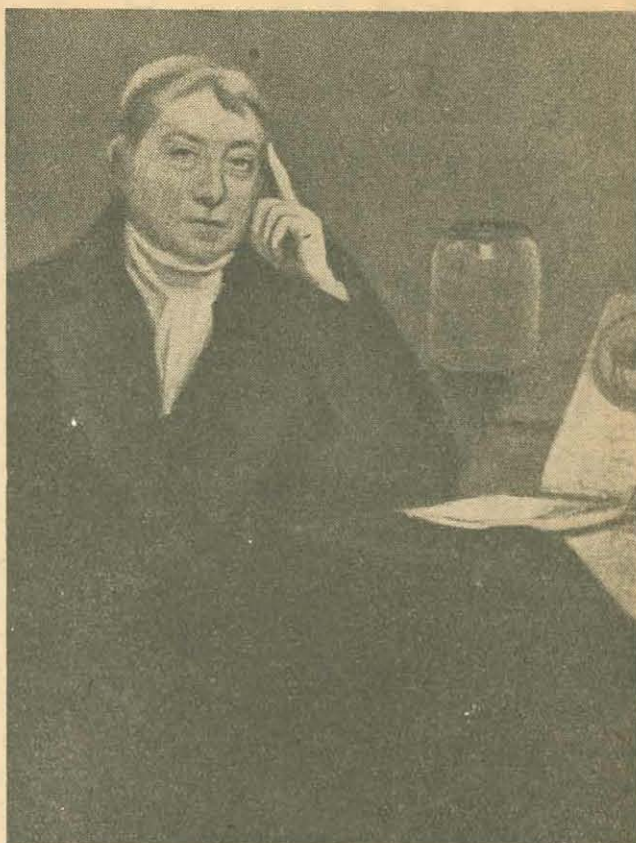
Con el afán de investigar ese hecho inoculó a un niño Jaime Phipps, unas gotas del pus extraído a Sara Nélmer, ordeñadora de vacas en una granja del lugar; la muchacha había contraído el cow-pox, al infectársele una herida de la mano, le aparecieron pústulas y otros síntomas propios de la viruela.

Vacunó al niño con ese pus en el brazo, al séptimo día el niño sintió ciertas molestias en la axila, al noveno escalofríos, pero al día siguiente se encontraba restablecido.

Tiempo después se le inoculó material de viruela humana, pero no hubo ni reacción ni enfermedad.

La vacuna de Jenner significaba el fin de la viruela.

Tuvo que luchar para imponerla pero venció; su método cobró fama, se extendió por Europa primero y todo el mundo después.



El Parlamento Británico votó en favor de Jenner una recompensa de 10.000 libras esterlinas en 1802 y en 1807 otra de 20.000.

Nunca abandonó su modesta profesión de médico en su solar nativo; vió transcurrir tranquilo su vejez, sin que le envanecieran los homenajes que recibía de todo el mundo. Se extinguió su existencia a los 73 años de edad el 26 de enero de 1823. Aquel día fué de duelo nacional en Inglaterra.

España fué uno de los países que con mayor diligencia e interés acogió el descubrimiento de Jenner. A principios del siglo XIX, Godoy hacia obligatoria la vacunación en el territorio de la península y organizó una expedición sanitaria especial para practicarla en las colonias de ultramar. Política preventiva que han seguido al emanciparse y que hoy continúan con todo entusiasmo.

