

**UNIVERSIDAD DE MADRID**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**Natalidad, mortalidad, morbilidad y desarrollo del niño  
pamue en la Guinea Continental Española**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Ave María Vila Coro**

Madrid, 2015

R.51.149

CATEDRA DE PEDIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA.

PROFESOR Dr. D. RAFAEL RAMOS FERNANDEZ.

NATALIDAD, MORTALIDAD, MORBILIDAD Y DESARROLLO DEL NIÑO PAMUE  
EN LA GUINEA CONTINENTAL ESPAÑOLA.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315014426

Tesis para aspirar al Grado de Doctor  
presentada por ALEMARIA VILA CORO.-

**ILUSTRE TRIBUNAL:**

Con gran satisfacción cumplo el deber de dar las gracias a quienes con su orientación, dirección y sugerencias, han contribuido a que este trabajo haya podido llevarse a cabo.

Con todo afecto expreso mi reconocimiento a mi Maestro en materias Pediátricas, mi querido Profesor, el Dr. Ramos Fernández, por todas las enseñanzas, consejos y estímulos que a lo largo de varios años, pacientemente, me ha ido dando, pero, principalmente en estos últimos meses de orientación directa para la consecución de esta tesis.

Desde estas líneas agradezco, también, al Ilustre. Sr. Inspector de Primera Enseñanza de la Colonia, las facilidades que me dió para realizar mis estudios en los alumnos de las escuelas oficiales.

Asimismo expreso mi reconocimiento a los Dres. María Alegría y Jesús Fernández Cabeza y al Profesor Gregorio Marañón, por los datos sobre el desarrollo de niños españoles relativos a obras cuyas aún no publicadas y que sin embargo han tenido la amabilidad de facilitarme; y al Profesor Jimenez Díaz, quien me ha proporcionado gráficas sobre los mismos temas, obtenidas por su Servicio del Instituto de Investigaciones Científicas.

## INTRODUCCION

Antes de entrar en el desarrollo de la materia del presente trabajo, conviene advertir que las condiciones en que el mismo ha debido efectuarse, o sean; las de residencia en Guinea y más concretamente en el interior de la selva, impidieron utilizar las aná lisis y demás prácticas de laboratorio que hubiéramos deseado, en concurrencia con la técnica de observación seguida. En efecto, no es posible trasladar a localidades de tan difícil acceso un instrumen tal delicado y complejo, salvo en caso de contar con medios muy costosos y de los que, desde luego, no disponíamos; por otra parte, no pudo ni pensarse en la colaboración de ayudantes preparados que facilitaran la ímproba labor que hubimos de acometer personalmente; y como, claro está, la investigación debía verificarse "in situ", se hubo de adaptar a las circunstancias.

Sin embargo, el objetivo de este estudio pudo alcanzarse, sin duda alguna, siguiendo la técnica utilizada de la observación directa; sin perjuicio de que ya formalmente planteado el problema biológico del niño páme y sentadas sus líneas principales, se perfecciona el conocimiento pleno de cada aspecto del conjunto, a medida que dispongamos de mayor material de trabajo y de colaboración, como así es propósito nuestro.

Las observaciones duraron siete años y medio, es decir todo el período de nuestras actividades en Guinea Española como médica-misionera y aprovechando intervalos en nuestra función sanitaria general; para ello recorrimos el bosque sin otros colaboradores que los portadores de fardos y faltos del equipo que hubiéramos considerado como mínimo.

Hemos realizado las pruebas tuberculínicas en unos 5.000 esco-

lares, aproximadamente, de los cuales se controlaron 3.798, pues el resto no terminó la experiencia al no volver a reconocimiento.

Las mediciones verificadas fueron más extensas, abarcando no solo a los niños de edad escolar, sino a todos los sujetos comprendidos entre el nacimiento y los 18 años, con un total de 3.159.

También efectuamos las más nuevas pruebas terapéuticas sobre paludismo, comprendiendo un total de 1.750 enfermos entre niños y adultos, llevadas a cabo en el Dispensario, Hospital y Orfanato de la Misión de Nkuefulan, a la que estamos adscritos.

Hubiéramos querido ampliar las cifras precedentes en sus distintas secciones, pero la agobiadora labor que recaía sobre nosotros al tener que prestar asistencia en los servicios de Dispensario, Hospital y Orfanato, con unos 160 enfermos diarios, incluso con visitas domiciliarias a poblados frecuentemente distantes, nos lo ha

impedido; si bien entendemos, que el número de observaciones hechas permite formar un juicio de conjunto más que suficiente sobre el problema.

- - - - -

Siguiendo un orden sistemático dividimos el presente estudio en los siguientes capítulos:

I.- Generalidades.

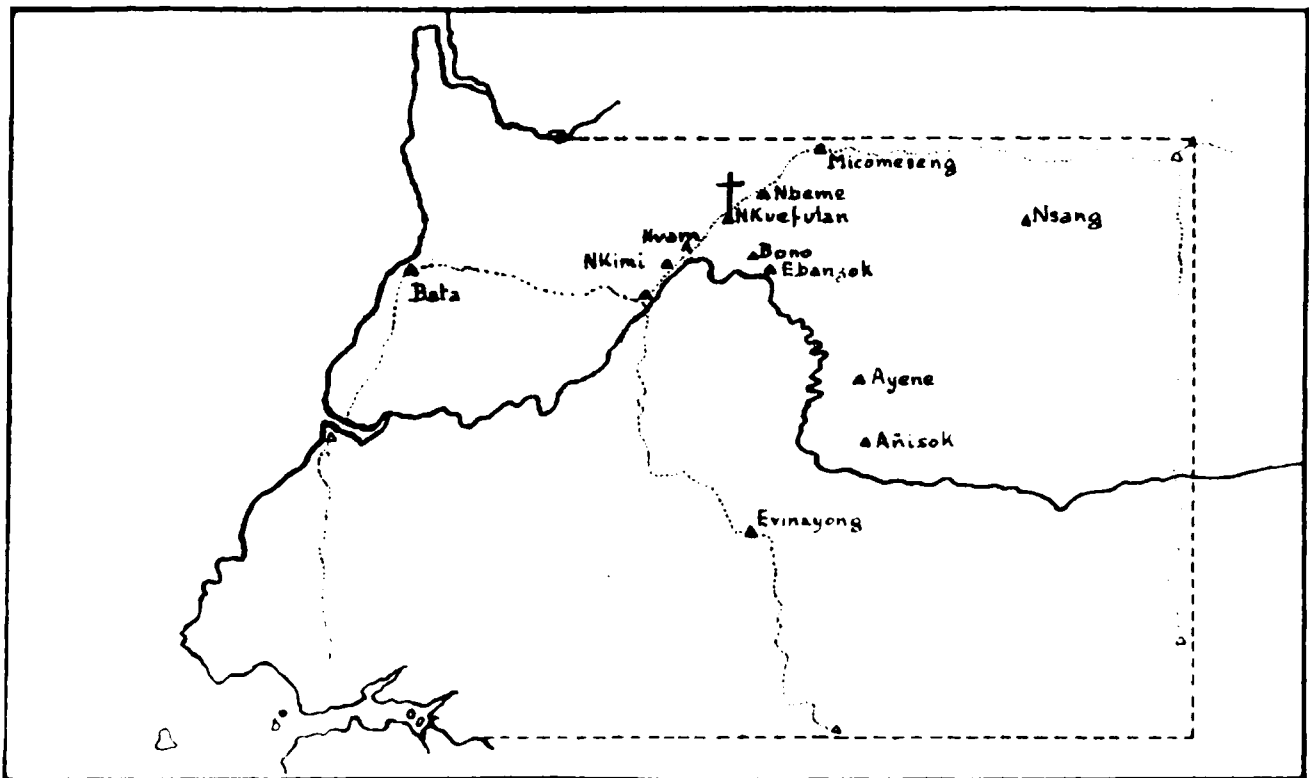
II.- Disminución de la natalidad por esterilidad.

III.- Mortalidad fetal y mortinatalidad.

IV.- Mortalidad Infantil y morbilidad.

V.- Desarrollo del niño pámue.

VI.- Conclusiones.



**Mapa de Guinea Continental con las poblaciones principales a donde nos hemos desplazado para la realización de este trabajo.**

Para podernos formar una idea aproximada del estado en que se encuentra el "niño" entre los pamues, hemos recorrido en todas direcciones los bosques de nuestra Colonia, inspeccionando los poblados, interesándonos por las gentes e interrogando a un elevado número de mujeres adultas de todas las edades, desde los 18 años en adelante, sobre el número de hijos que habían tenido, número de abortos y vástagos que en aquel momento sobrevivían.

Este interrogatorio ha sido una labor muy penosa y nó tan completa como hubiéramos deseado. Los indígenas en general, más aún las mujeres y todavía más las del bosque, no tienen idea exacta del tiempo. Cuentan por lunas, unas veces, otras por épocas de lluvia y sequía, en ocasiones por cosechas o plantaciones de productos, p. ej. cacahuates, yuca, etc.; así que es sumamente difícil precisar la edad a que han muerto los hijos y, más aún, cuándo, como su

cede en las mujeres ya algo mayores, han transcurrido unos años y solo saben si era "nkenge" lactante pequeño, o "etum" palabra equivalente al "Mayorcito" nuestro, que comprende desde la edad en que comienza a mantenerse sentado hasta alrededor de los siete u ocho años, en que pasa a ser "mong" o sea escolar.

En vista de los impreciso de las edades, hemos hecho un solo grupo de muertos, que abarca desde unos días después de nacer hasta alrededor de los siete u ocho años, aunque, desde luego, la mortalidad infantil es mucho mayor cuanto más pequeño es el niño.

Asimismo es prácticamente imposible poder precisar la diferencia entre abortos y niños muertos en el parto o en las veinticuatro horas siguientes, por lo que se han juntado todos en el mismo aparte de "abortos" en el que van incluidos la mortalidad fetal y la mortinatalidad.

Para los pamues, la enfermedad y la muerte están siempre causadas por la malquerencia de un enemigo particular o enemigo de la tribu que le ha puesto "biang" (medicina, veneno), en la comida, en el lugar donde ha dormido, en la puerta de entrada de la casa, etc.; al "evu" (mal espíritu, brujo) que, con la maldición, le han mandado para vengarse; o por haber contravenido, sabiéndolo él o nó, algunas de las prohibiciones que sus mayores han dejado establecidas como leyes y cuyo incumplimiento acarrea el castigo bajo la forma de enfermedad o muerte. Por lo tanto es imposible poder saber de qué han muerto los hijos.

No solamente tienen estas creencias los pamues del bosque, sino que incluso los más instruidos (enfermeros, maestros, oficinistas, etc.) aun cuando sigan en muchas cosas las ideas del blanco, en esta cuestión continúan aferrados a sus supersticiones. Por to-

de elle y ante la imposibilidad de desembrollar tal maraña, apuntamos en cada mujer solamente el número de hijos que ha tenido, los actualmente vivos, los muertos y el número de abortos.

Las causas de mortalidad infantil y de esterilidad más frecuentes, están deducidas y extraídas de la experiencia que en el Dispensario de la Misión y en las visitas a los poblados del bosque adquirimos en estos años de trabajo intenso entre los indígenas. Las mujeres a las cuales hemos interrogado son en total 982, entre las cuales hay 210 estériles (21'3%), en su mayor parte mujeres jóvenes; 73 que han tenido nada más que abortos; y solamente han sido madres 699.

Los datos que nos ha facilitado este interrogatorio son los siguientes: De las 982 mujeres interrogadas, solo han concebido 772 dando entre todas un total de 3.186 gestaciones, de las cuales 549,

o sea el 17'2% han sido abortos o nacidos muertos y 2.637 han nacido vivos; de estos 2.637 nacidos bien, actualmente viven 1.248, (el 47'4%) habiendo muerto 1.389 (52'6%) dentro de los ocho primeros años. A 142 mujeres (14 %) se les han muerto todos los hijos, quedando solamente 557 mujeres con descendencia.

Por lo cual se ve claramente:

1º. Que la fecundidad está disminuida por ser elevado el número de mujeres estériles.

2º. Que el número de abortos y de nacidos muertos es muy elevado.

3º. Que la mortalidad infantil alcanza el 52'6 % de los nacidos vivos.

4º. Que entre todas las gestaciones, el total de los indigidos

malogrados es de 1938, o sea el 60'8 % quedando solamente logrados entre las 3.186 gestaciones, 1.248 resultando el 39'1 % número muy reducido que trae como consecuencia inmediata la despoblación de la Colonia.

## CAPITULO II

ESTERILIDAD

Hemos visto ya, que, actualmente, 210 de las mujeres interrogadas son estériles. Preguntado a los indígenas viejos si antes las mujeres eran estériles en igual proporción que ahora, todos es tán unánimes en contestar que la esterilidad era relativamente rara en otros tiempos.

En cambio ahora, la esterilidad de la mujer alcanza al 21'38 % de las que hemos interrogado y ese tanto por ciento se eleva rápidamente cada vez más. Son principalmente las mujeres jóvenes las que dán el mayor contingente de no gestantes, pues entre las viejas ac tuales, son relativamente pocas las que no han concebido.

Llama la atención que las mujeres algo más educadas y "civil-

sadas" son las que dan un tanto por ciento mayor de esterilidad; pero en cambio si tienen hijos, la mortalidad infantil es proporcionalmente más baja. Por el contrario entre las mujeres del bosque, sin contacto casi ninguno con la civilización, la natalidad está aumentada pero la mortalidad infantil es también mucho más elevada.

Esto se explica porque las mujeres que ya han ido al colegio, tienen ligeros rudimentos de higiene, son un poco más limpias y cuidadosas por lo cual cuidan mejor a sus hijos y se les mueren menos; pero por lo mismo que son algo pulidas, están más solicitadas y por ello más expuestas a enfermedades que producen la esterilidad.

¿Cuales son las causas principales que determinan esta esterilidad?

### GONOCOCIA

En primer término y en forma muy destacada está la gonococia. Es enorme el número de enfermos gonocócicos que vemos entre nuestros pamues. El 80 % de las mujeres adultas que vienen para consultas al Dispensario de la Misión, son enfermas gonocócicas, la mayoría de ellas estériles y otras con un solo hijo, "el hijo por sorpresa", tenido de jovencitas muy poco después de la pubertad, no concibiendo luego más.

El punto de partida de esta infección es ya muy conocido: El contacto con el blanco. Todavía actualmente en las zonas de los bosques más aisladas y sin carretera, la gonococia está menos extendida y la esterilidad por ella provocada es menor que en los poblados atravesados por carretera o caminos importantes en donde es fácil y frecuente el acceso del blanco. Pero ahora ya no es ne-

cesario el europeo para propagar la infección, pues los mismos indígenas la difunden, debido a las costumbres especiales características a todo hombre primitivo, pagano, con instintos exacerbados y sin leyes morales suficientemente firmes para domarlos.

El matrimonio pamue es siempre a base de la compra de la mujer. Por lo cual resulta actualmente, que los muchachos jóvenes, todavía no tienen dinero para comprar la esposa, cada día más cara (se han llegado a pagar 12.000 pts., más cuatro ollas grandes de hierro, un sombrero, un traje de lana para hombre, 30 "clotes" de los cuales diez eran de seda, un paraguas, dos pares de zapatos de mujer, uno de hombre, tres pares de zapatillas y una máquina de coser. Total unas 20.000 pts.) y son los hombres viejos los que pueden tener más mujeres, bien por tener más dinero para comprarla, bien por tener hijas para cambiar por nuevas mujeres, que siempre

escogen jóvenes. Esta poligamia pública y legal entre los pamues, da como consecuencia inevitable una poliandria clandestina, pues los jóvenes no se resignan a quedarse sin mujer y burlan la vigilancia marital en múltiples ocasiones.

Además del factor disminución de la natalidad, la gonococia, con la esterilidad que produce, origina problemas de orden moral-social, también muy importantes.

Como en los pueblos bíblicos, la mujer pamue estéril es motivo de desprecio por parte de las demás personas y, si el marido quiere, esa es una de las causas más justificadas de repudio. Además, las mujeres pamues tienen exacerbado hasta el máximo el instinto de maternidad y con tal de tener hijos hacen los mayores sacrificios y también los mayores disparates.

Por lo tanto: Para aumentar la natalidad; para rehabilitar so-

cialmente a gran número de mujeres; incluso para elevar la moralidad del pueblo pamue, es preciso instituir la lucha antigonocóica en gran escala, asistiendo a los enfermos en los Dispensarios Oficiales o particulares de las Zonas correspondientes y poniendo en poblados del bosque pequeños Dispensarios rurales, al frente del cual podría estar no un médico, sino un enfermero indígena debidamente instruido y controlado.

Con muy pocas las casas pamues construidas según la higiene y la moral lo demandan, y la mayoría, aún actualmente, constan de una sola habitación rectangular con las camas adosadas a los extremos, en donde tienen cabida los padres, hijos, parientes que vivan con ellos y todos los de la misma tribu que pasen por el poblado óvayan de visita a verlos. Esta promiscuidad repugnante de hombres y mujeres, jóvenes, niños y viejos, es una de las causas principales

de la desmoralización y contagio.

A la vista de lamentables y frecuentes ejemplos de los europeos, la prostitución (desconocida antes entre los pamues), ha penetrado en nuestra Colonia y se extiende cada vez más. Son ya bastantes los padres que no quieren vender a sus hijas, pues prefieren "alquilarlas" obteniendo con ello pingües beneficios y además las hijas continúan en la casa paterna trabajando en las plantaciones, con lo que el padre se beneficia doblemente.

Ante semejante estado actual de la moral y costumbres pamues, se comprende fácilmente que la gonococia, con todas sus secuelas, esté tan difundida entre los indígenas y sean alarmantes en alto grado las consecuencias que de ello se derivan, principalmente en cuanto a la natalidad se refiere.

### MATRIMONIO PRECOZ

Otra de las principales causas de la esterilidad, aunque ya en proporciones mucho menores que la que antecede y por lo tanto muy por debajo de ésta, es la costumbre de vender a las hijas siendo niñas (costumbre que afortunadamente se va perdiendo con gran rapidez gracias a la labor misionera y a la legislación Colonial actual) y que traía, como consecuencia inevitable, la convivencia con el marido antes de la pubertad. Ninguna de las muchas mujeres que hemos visto "casadas" en esas condiciones, han concebido a pesar de que la mayor parte de ellas no presentaban alteraciones orgánicas manifiestas.

### OTRAS CAUSAS

Las insuficiencias hormonales, enfermedades utero-anexiales no específicas, tuberculosis, anemias por parásitos intestinales

principalmente anquilostomas, etc., pueden ser también causas de esterilidad, pero relativamente en escasa proporción.

El factor esterilidad del marido no interviene para nada en esta cuestión, excepto en el caso de que esta esterilidad sea consecutiva a infección gonocócica, y entonces no por la esterilidad en sí, sino secundariamente por la infección que transmite.

## CAPITULO III

MORTALIDAD FETAL Y MORTINATALIDAD

En el interrogatorio que realizamos a las 982 mujeres, encontramos que 73 habían tenido solamente concepción abortada en diferentes épocas del embarazo. El número de abortos y partos prematuros en que la supervivencia del hijo no llegó a las 24 horas, se eleva a 549, cifra que corresponde al 17'2 % de las 3.186 (cifra total) gestaciones habidas entre todas las mujeres interrogadas.

Esta elevada mortalidad fetal y mortinatalidad es imputable a varias causas:

LUES

Así como la Gonococia y la Tuberculosis son importadas a la Guinea directamente por los europeos hace relativamente pocos años

la Lues llegó bastante antes a nuestra Colonia a través de los Hausas, mercaderes mahometanos oriundos de las Colonias inglesas de Costa de Oro y Nigeria, gente de color, trashumante, que ha tenido contacto con los árabes y blancos muy anteriormente a los pamues.

Es enorme el número de enfermos lúeticos de nuestra Colonia. Se comprende que siendo, como es, una enfermedad tan sumamente contagiosa en todos los ambientes, se difunda rápidamente entre los pamues debido a sus costumbres desenfrenadas y a su falta absoluta de higiene.

Ya los indígenas se van dando cuenta de los desastres que esta enfermedad ocasiona en la descendencia y espontáneamente acuden muchos de ellos a los dispensarios conóbjeto de ser tratados específicamente. Lo malo es que rara vez hacen el tratamiento comple

to, pues en cuanto remiten los síntomas externos de la enfermedad, se dan como curados ellos mismos y no vuelven al Dispensario. Con ello no se consigue curar la enfermedad y por el contrario muchas veces aún se reactiva, pero en mujeres embarazadas, este tratamiento, aunque insuficiente, permite casi siempre mantener la gestación hasta cerca de su término normal, prosiguiéndose el tratamiento en el niño.

#### PALUDISMO

Esta enfermedad es la segunda causa de mortalidad fetal aunque muy por debajo de la Lues. No es raro encontrar mujeres con varias gestaciones seguidas abortadas y que después de un tratamiento antipalúdico enérgico y repetido, consiguieron tener hijos vivos y que se han desarrollado normalmente. Mucho más frecuente todavía es ver mujeres embarazadas alrededor del cuarto mes de gestación

(cuando se instituye la circulación placentaria) con dolor y manifestaciones de aborto, generalmente sin fiebre, con bazo más o menos grande, parásitos abundantes en sangre y que con solo el tratamiento antipalúdico instituido rápidamente, se consigue detener el aborto y obtener un feto a término y normal. Mujeres a las que en esas circunstancias no se les pudo llevar a cabo el tratamiento antipalúdico, abortaron al poco tiempo.

#### ENFERMEDADES UTERO-ANEXIALES

Las enfermedades genitales principalmente uterinas, son responsables de la tercera causa principal de aborto, pero está muy por debajo de la sífilis y del paludismo.

#### CONSTITUCION

Debido al tipo constitucional de la mujer pamue, de extrema-

des largas, caderas estrechas, figura esbelta y airosa, el número de distocias es bastante elevado principalmente entre las primíparas. Distocias que traen como consecuencia siempre la muerte del feto y, debido a la brutalidad de la extracción, muchas veces también la de la madre.

#### TRABAJO EXCESIVO

La mujer, entre los panues, es la que lleva todo el peso del trabajo, tanto en casa como en el campo. Ella siembre, cuida la cosecha, la recoge, traslada a casa el fruto, carga la leña, agua, etc., tanto si está embarazada como si no lo está. Este trabajo excesivo y durísimo, ocasiona el aborto muchas veces.

#### SUPERSTICIONES

Otro factor de mortalidad fetal son las supersticiones que aún

quedan entre los indígenas. Cuando un brujo del pueblo riñe con al guien o, sin referir, quiere hacerse temer por los demás, echa una maldición a alguno prohibiéndole hacer o decir una cosa concreta amenazándole con la pena de muerte o de enfermedad si lo ejecuta. Maldición que solamente él puede condenar o algún otro brujo "más fuerte".

Estas prohibiciones consisten en no tener hijos o llegar solo hasta un número determinado; en no comer tal o cual alimento; en no pronunciar una palabra que le imponga; en no poderse hacer cris tiano; en no poderse casar; etc. etc., según el capricho y la ocurrencia del brujo en aquel momento.

Sucede, no raramente, que los individuos amenazados se escapan del poblado, yéndose a vivir a lugar alejado para huir del brujo, y no obstante, al contravenir la prohibición, "ver" al brujo ame-

nasándole y caer sincopados al suelo y morir al cabo de poco. Otras veces no es tan fulminante la muerte, pero van decayendo rápida y progresivamente y mueren al poco tiempo sin lesión orgánica determinada, atribuyéndolo todo a la maldición que les había lanzado.

Estas muertes pueden ser ocasionadas por la acción emotiva intensa que a individuos cardíacos o tarados les ocasiona una conmoción violenta y mueran. Otras veces es debida a la acción de los venenos que los pames, como todos los pueblos primitivos, saben manejar muy bien. Sucede con frecuencia que el brujo no se resigna a perder su prestigio y si el amenazado se escapa procura por todos los medios que en el poblado en que se ha refugiado, haya alguien que siga sus indicaciones, administrándole el veneno prescrito a las dosis indicadas, mezclándosele con la comida sin que el interesado se dé cuenta. Estos colaboradores están obligados a su trabajo unas

veces por soberno, otras por simple amistad, pero más generalmente por amenazas terribles del brujo en caso de negarse a realizar lo que les encomienda. El efecto de estos venenos es acumulativo y se manifiesta al cabo de algunas semanas. Esas muertes tienen gran efecto sobre las gentes, sobrecogiéndolas y obligándolas a obedecer.

Cuando la prohibición consiste en no tener hijos o en tener solo hasta un número determinado por el hechicero, la interesada, por miedo, atemorizada le obedece y todas las gestaciones que sobrepasen este número por él determinado, son interrumpidas por ella misma o sus allegados ingiriendo maceraciones de plantas abortivas que se encuentran en el bosque y que ellas conocen muy bien. Son las mismas plantas que emplean, a menor dosis, como occitólicas.

Hemos tenido ocasión de ver varios casos de estas supersticiones y sabemos de otros muchos que no hemos visto personalmente. En

Enero de 1.945 trajeron al Dispensario de la Misión una mujer con dolores de parto desde hacía unas horas y en un estado de excitación y angustia indecible. Había tenido cuatro hijos, vivían tres y le habían prohibido tener más. En caso de que concibiera y tuviera un hijo vivo ella moriría. Mientras se preparaban las cosas para el parto y estando ya terminado el período de dilatación, hacía esfuerzos enormes para que no adelantara el parto y viendo que no conseguía detenerlo y que el hijo estaba vivo, se tiró de la cama enloquecida golpeándose el vientre brutalmente contra el suelo. Tu vimos que llamar para que vinieran gentes que nos ayudaran a sujetarla, lo que costó conseguir. Al poco rato dió a luz normalmente por completo un hijo muy bien constituido y hermoso, pero muerto.

A otra mujer de unos 25 años, pagana, se le había prohibido el tener hijos. Antes de verla en la Misión había tenido ocho concep-

ciones que ella misma había interrumpido a los tres o cuatro meses de gestación.

En algunas tribus que siguen los ritos necroláticos del "Nboeti" (importados de la vecina Colonia francesa, a pesar de estar prohibidos por las leyes civiles y religiosas de la Colonia) y principalmente los indígenas de la Isla de Annobón y los límites con el Gabon, la ofrenda del ser humano que deben hacer para poder pertenecer a dicha secta, antes la hacían sacrificando a una persona adulta, pero ahora, por temor a las represalias por esa "ofensa de sangre" por la cual la familia de la víctima no paraba hasta matar al criminal o a algún individuo de su familia, la hacen provocando el aborto a las propias mujeres gestantes, sacrificando el feto inmaduro y ofrendándolo a los ritos dimoniacos. Los habitantes de la Isla de Annobón, de seguir así, están llamados a

desaparecer dentro de pocos años, pues son muy escasos los nacimientos.

Algunas veces las supersticiones las hacen en el momento del parto para matar al brujo o "evu" que tiene la madre, provocando con sus maniobras la muerte del feto.

#### MALOS TRATOS

También hemos visto abortos consecutivos a palizas y malos tratos del marido a la mujer.

#### ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Las enfermedades infecciosas en ocasiones provocan abortos, pero realmente no son frecuentes.

## CAPITULO IV

### MORTALIDAD INFANTIL Y MORBILIDAD

La mortalidad infantil varía algo en las diferentes edades, por lo tanto la dividiremos en: Mortalidad infantil del primer mes; del primero y segundo año; y del resto de la vida infantil. La mortalidad del primer año es de 50 a 60 %; de uno a dos años del 30-40 %; y de dos a ocho años del 10 %.

#### CAUSAS DE MORTALIDAD DEL PRIMER MES

##### Prematuros

El parto antes de los nueve meses es muy corriente entre las mujeres panues, Casi se puede decir es lo normal entre ellas que a los ocho meses de gestación, poco más o menos, sobrevenga el parto, naciendo el niño con un peso que oscila entre 2.200 y 3.000 gr.

siendo la media de 2.800 gramos, alcanzando en poco tiempo el peso normal que le corresponde a su edad.

Aparte de las enfermedades infecciosas corrientes que provocan el parto prematuro, como la sífilis, paludismo, etc. y que tanto abundan entre las indígenas, esta prematuridad es debida al trabajo duro y excesivo que desempeña la mujer embarazada.

Está ya suficientemente demostrado por numerosas estadísticas que las mujeres obreras de todos los países, dan un tanto por ciento elevado de partes prematuros y éstos están en razón directa a la dureza del trabajo que realizan.

Si en todas partes, incluso en países muy civilizados, el primer mes de vida de un prematuro es el más difícil, no es de extrañar que en las condiciones sociales-higiénicas en que se desenvuelven los partos, esta mortalidad sea muy elevada.

### Sepsis

Es costumbre que las mujeres den a luz en el suelo de las cocinas, sobre la tierra. Cortan el cordón del niño a flor de piel y dejan el hijo sobre el suelo un poco separado de la madre, hasta que ésta expulsa la placenta. Debido a esta costumbre son muy frecuentes las infecciones de ombligo y estas onfalitis dan un tanto por ciento de mortalidad bastante elevado por sepsis generalizada. También hemos visto algún caso de tétanos con puerta de entrada por la herida umbilical. Gracias a la labor educativa de estos siete últimos años, ahora empiezan a no cortar el cordón por completo, sino que dejan unos centímetros, disminuyendo con ello las onfalitis en número y en gravedad. A pesar de que nunca atan el cordón antes de cortarlo, ni después, no hemos visto ni un solo caso de hemorragia por dicho motivo; y el cordón se momifica y

desprende más rápidamente que en los niños españoles.

#### Afecciones del aparato respiratorio

Una vez terminado por completo el alumbramiento, es cuando muvamente se ocupan del niño. Lo primero que hacen es bañarlo con agua en la que previamente han puesto en maceración unas hojas o cortezas de árbol. Lo bañan con agua fría y lo ponen al aire a secar. Con eso y con el tener por norma general no taparlos con vestido alguno, exponiéndolos al frío y al aire, son frecuentes las neumonías, bronconeumonías y bronquiolitis en los recién nacidos, casi siempre mortales.

#### MALFORMACIONES

No son frecuentes, pero tampoco excepcionales. Cuando un niño nace con una malformación aparente, externa, siempre echan la cul-

pa a la madre por haber desobedecido alguna prohibición, bien en comida, ya en sitios a que ha ido, etc. Así, cuando el niño nace con labio leporino, es debido a que la madre ha comido "animal con la uña partida", por ejemplo cerdo, antílope, etc.; si tiene la naris muy grande es que ha comido tucán o águila, muy abundantes por aquella región; si tiene microcefalia es que ha comido un animal nocturno al que llaman "coham" ... etc. En ese caso es castigada la madre, y al hijo, sometido a varias supersticiones, lo bañan con diferentes maceraciones de hierbas y cortezas; le dan a beber cocimientos o plantas machacadas, diferentes según sea la deformación que tenga, para purgarle o hacerle vomitar y sacarle el maleficio; otras veces lo fumigan; le ponen enemas; le dejan a la intemperie unas horas en algún lugar determinado del bosque en donde está o presumen que está el animal que lo ha influenciado; lo ex-

ponen al sol o a la luna según crean que el maleficio se deriva de uno u otra, ofreciéndoselo ... en fin, que si no muere por su deformidad, lo hace por las brutalidades a que es sometido.

### Lues

La Lues es también causante de la mortalidad infantil del primer mes, pero ya en menor proporción, pues los niños mueren a las pocas horas de nacidos, o después del mes.

Para evitar repeticiones ociosas, hemos creído conveniente juntar las causas de enfermedad de la primera y segunda infancia, pues en términos generales, son las mismas para todos los niños.

En orden a su frecuencia son las siguientes:

### Paludismo

De los diferentes tipos de paludismo, el que predomina en Gui-

nea de forma casi exclusiva, es el Tropical, originado por el Plasmodium falciparum.

Antes del primer mes es rara la infección palúdica. Se dan casos clarísimos de paludismo congénito, por paso placentario de la infección materna; pero, realmente, no es un mecanismo de infección frecuente a pesar de que muchas gestantes presentan manifestaciones palúdicas en mayor o menor intensidad.

En cambio, los niños que hemos visto en el Dispensario y fuera de él, de más de dos o tres meses, todos presentan señales evidentes de infección palúdica tales como el bazo más o menos engrosado, parásitos en la sangre, etc., aun cuando su aspecto sea eutrófico y estuviesen alegres.

Esta infección palúdica es responsable de la mayor parte de la mortalidad infantil de los primeros años.

El cuadro clínico corriente del acceso palúdico tropical varía bastante con la edad. En los lactantes la forma de presentación es casi siempre la misma: palidez; intranquilidad, llanto, principalmente nocturno; fiebre, que en ocasiones es muy elevada, pero generalmente es de intensidad media e incluso falta muchas veces en los lactantes pequeños; deposición verdosa, diarreica o simplemente dispeptica; vómitos; e hipertrofia de bazo, que puede ser desde un pequeño polo hasta llegar por debajo del ombligo e a nivel de la cresta iliaca. Parásitos en sangre periférica, positivos.

En los niños mayorcitos la diarrea no es tan frecuente, pero en cambio es más constante la fiebre alta con descensos diarios; bazo duro, doloroso, a veces enorme; hígado aumentado dos o tres traveses de dedo bajo el reborde costal, blando, doloroso; ligera ictericia y vómitos, coincidiendo casi siempre con la elevación de la

temperatura.

Dicho cuadro clínico difiere poco en las edades sucesivas.

El porcentaje de enfermos palúdicos disminuye a medida que aumenta la edad, y los enfermitos que pueden ir superando sus accesos más o menos periódicos, a medida que se acercan a la pubertad, éstos se espacian más, y a partir de ella, proporcionalmente son pocos los que presentan síntomas de enfermedad palúdica.

En los niños pequeños los accesos se repiten con cierta frecuencia, habiendo bastantes enfermos que los presentan sistemáticamente cada dos o tres meses. El intervalo libre entre los accesos palúdicos varía para cada enfermo; pero para un mismo individuo varía con la edad, medio ambiente en que vive, estado general, etc. etc.

En términos generales puede decirse que a medida que transcurren

los años, disminuyen las manifestaciones de la enfermedad palúdica; las temporadas en que los enfermos viven en lugares sanos, disminuye la frecuencia de accesos, aumentando nuevamente ésta al volver a lugares pantanosos, etc.; pero lo que influye de un modo muy manifiesto es el estado general. En enfermos en que, bien por enfermedades intercurrentes (bronconeumonía, disenteria, sarampión, etc.) o bien por el mismo paludismo, tienen un estado general malo, al hacerles una medicación tónica con extracto hepático, calcio, vitamina C, D y B, estrignina, etc. se alarga notablemente el intervalo accesional acostumbrado, independientemente del medicamento empleado en su tratamiento antipalúdico.

Esta forma crónica recidivante es, con mucho, la más frecuente y no pocas veces acaban con el enfermito por distrofia progresiva, caquexia, y muerte por la misma enfermedad o por enfermedades inter

currentes, banales en niños sanos, pero que éstos, con el organismo depauperado, no pueden vencer.

Al lado de esta forma corriente del paludismo, que es el dominante en nuestra Colonia, de vez en cuando se ven formas apiratosas que revisten una gravedad extrema y terminan con la muerte del enfermo de no establecerse un tratamiento enérgico; pero muchas veces el enfermo muere también a pesar del mismo.

Deseando precisar un poco la proporción aproximada de formas graves que presenta el paludismo en relación con la cantidad de accesos palúdicos corrientes, hemos hecho una recopilación de los enfermos tratados en el Dispensario de la Misión para destacar los casos graves que se han presentado.

El número total de formas graves tratadas en el Dispensario de la Misión ha sido de 24, que se clasifican de la siguiente manera:

### Muerte repentina

A. M., dos años. Accesos palúdicos frecuentes desde los cuatro meses. En plena salud aparente, estando jugando con sus humanitos, repentinamente empieza a llorar violentamente y a retorcerse, muriendo a los pocos minutos. Al traerle ya muerto, el bazo, que siempre lo tenía hipertrofiado (núms. 1 y 2), estaba haciendo gran resalte en pared abdominal, palpándose como una fisura.

V. E., veintidos meses. Accesos palúdicos repetidos con anterioridad; bazo (núm. 2, 5) duro, doloroso. Al segundo día de tratamiento por acceso palúdico fuerte, en el camino de llevarla a su casa, dió unos gritos provocados por un dolor fuerte, y en el tiempo de volver la madre corriendo al Dispensario (unos cinco minutos), muere, encontrándosele solamente ligera tensión en hipocondrio izquierdo.

No se practicó autopsia a ninguno de los dos niños, pero puede afirmarse, casi con seguridad, que la muerte fué provocada por la rotura del bazo.

Este tipo de muerte no es rara en el bosque. A nosotros nos han contado bastantes veces, al hacer la anamnesis a las mujeres, de niños pequeños muertos en esta o parecida forma; y como estaban en aparente buena salud, dicen: "Bayem adzi", o sea, "El brujo le ha devorado", y achacan la muerte al maleficio que algún enemigo les ha hecho.

#### Forma encefalomeníngea

J. N., seis años. Le traen al Dispensario por tener desde tres días antes fiebre muy alta, vómitos intensos y gran postración. El bazo está (núm. 3) duro, doloroso; gran cantidad de anillos y gametos en sangre periférica. Se le inicia el tratamiento con quinina

en inyección. A las pocas horas queda con mirada fija; gran rigidez en todo el cuerpo, que no le deja hablar ni moverse; cara expresando angustia indecible. Minutos después, ataque convulsivo tónico-clónico generalizado, de tal violencia que dos personas mayores no podían sujetarle; emisión de orina, espuma sanguinolenta por la boca al morderse la lengua; pérdida absoluta del conocimiento. A las cuatro horas, al ver que no cedían en nada las convulsiones a pesar del tratamiento hecho con sulfato magnésico intravenoso, punción lumbar, luminal intramuscular, baño caliente, etc., se le inyectan cuatro cc. de Evipan sódico intravenoso, cediendo el ataque por completo a los veinte minutos de inyectarle. El líquido cefalorraquídeo era intensamente hemático e hipertenso. Se le inyectan suero, tónicos, alimentación con sonda, etc. A pesar del tratamiento enérgico con quinina, falleció a los tres días, en plena hiperpirexia y sin haber recobrado el sensorio ni un momento.

J. O., dieciocho meses. Antecedentes palúdicos desde los cinco. Nuevo acceso palúdico con hiperpirexia, bazo núm. 1, blando. A las dos horas de comenzar la fiebre alta, ataque convulsivo tónico-clónico generalizado y pérdida de conocimiento. Con inyectables de quinina, sulfato magnésico, luminal y punción lumbar, cede todo el cuadro en una hora. Al día siguiente está postrado, inapetente, pero apirético, siguiéndose el tratamiento con Atepé.

J. A., diecinueve meses. Accesos palúdicos cada 4-5 meses. Por la mañana al levantarse lo notan ligeramente caliente y de repente cae sin sentido al suelo con convulsiones tónico-clónicas intensas y generalizadas. Se le hace el tratamiento acostumbrado, ceden las convulsiones a la media hora, pero no recobra el sentido. Un cuarto de hora después se repiten las convulsiones ligeramente y muere el pequeño.

A. O., dieciséis meses. Lo traen al Dispensario por primera vez en pleno coma y con intensas convulsiones que comenzaron media hora antes, fiebre alta. En sangre gran cantidad de anillos. Con inyecciones de quinina, luminal y sulfato magnésico y punción lumbar cedió todo el aparatoso cuadro en tres cuartos de hora.

N. A., cuatro años. Niño muy nervioso e inquieto. Accesos palúdicos repetidos cada tres o cuatro meses, siempre en forma encefalomeníngea, con gran hiperpirexia, pérdida de conocimiento violentas contracciones tónicooclónicas que ceden en una o dos horas con punción lumbar, quinina en inyección, sulfato magnésico, etc.

I. O., veinte meses. Repetidamente accesos palúdicos. En plena salud aparente, repentinamente fiebre de mediana intensidad, pérdida de conocimiento, contracciones tónicooclónicas violentas que ceden a las seis horas por completo, con el tratamiento acostumbrado

en esos casos; pero sigue sin conocimiento, que no recobra hasta las treinta horas, en que empieza a moverse, comer y hablar algo, aunque sin poder abrir los ojos por ptosis palpebral parálitica del párpado superior. Con Betabión intravenoso, más el tratamiento antipalúdico, se normalizó completamente veinticuatro horas después.

M. N., tres años. Antecedentes palúdicos repetidos desde chiquitín. En plena salud aparente, comienza con vómitos y ascenso de temperatura; a las dos horas de tener fiebre alta y después de unos minutos de intensa agitación cae en coma en el que persistió hasta la muerte, a pesar del tratamiento enérgico instituido.

#### Forma gastroabdominal

J. N., siete años. Paludismo frecuente desde pequeño, en el último acceso comienza con fiebre alta; bazo número medio, blando, muy doloroso; algún vómito; en gota gruesa gran cantidad de anillos

Se comienza un tratamiento con Atepe, que se suspende a las veinti cuatro horas porque los vómitos aumentaban, siguiéndose el tratamiento con quinina en inyección. Por la noche del mismo día, dolor intenso en el bazo, el cual a las pocas horas engrosó hasta llegar a uno y medio, vómitos muy frecuentes que no dejaban retener ningún alimento y melena. Se deja al enfermito a dieta absoluta y poniéndole suero, tónicos y Hemocoongo. A las veinticuatro horas cedieron los vómitos, pudiéndose reanudar paulatinamente la alimentación. A los tres días desaparece la fiebre y melenas, reponiéndose el enfermito en cinco semanas.

M.D.M., cinco años. Desde los seis meses accesos palúdicos, repetidos cada dos o tres meses. Convaleciente de sarampión, del cual enfermó a su vez estando haciendo tratamiento por una lesión tuberculosa perihiliar derecha, tuvo nuevos accesos palúdicos con fiebre

alta; sensorio despejado; vómitos incoercibles; gran postración. Bazo blando, número 1, muy doloroso; gran cantidad de anillos y al gún gameto en gota gruesa. Exploración del sistema nervioso normal. Se le trata con quinina en inyección, tónicos, hemoterapia, Vali-  
dol, suero glucosado, enemas pequeños con bicarbonato, zumo de fru-  
ta helada, etc. no cediendo los vómitos con nada, falleciendo la  
niña a las treinta y dos horas de comenzado el acceso.

A. N., siete años. Niño eutrófico, con accesos palúdicos cada  
ocho-diez meses, siempre de mediana intensidad. Comienza con fie-  
bre alta, dolores colicos intensos, deposición diarreica muy líquí-  
da, veinte-veintidos al día. Gran cantidad de anillos en sangre.  
Con un tratamiento de Atepe cedieron los síntomas en doce horas,  
y a los dos días estaba normalizado.

### Forma peritoneal

F. A., seis años. Lo traen al Dispensario por tener fiebre alta y fuertes dolores abdominales generalizados, que comenzaron dos días antes. Vómitos solamente después de tomar alimento; no depones desde que está enfermo. Lo trataron con medicina del país, empeorando los síntomas. Al explorarlo se notan asas intestinales distendidas, con movimientos peristálticos muy perceptibles a través de pared intestinal, principalmente alrededor del ombligo; bazo número dos, duro, doloroso; lengua oscura, seca; mal estado general. Gran cantidad de parásitos en sangre periférica. Se le inyecta quinina, tónicos, suero. A las diez horas desciende la fiebre, pero no mejora el estado general. Se sigue con igual tratamiento, pero a las cuarenta y ocho horas se le acentúan los dolores abdominales generalizados; la pared abdominal está tensa, abombada; el estado

general empeora, estuper y muere con este mismo cuadro horas después.

A. N., diez años. Accesos palúdicos desde pequeñita. Bazo número tres, dolorosísimo, con escotadura muy manifiesta; cefalea intensa; fiebre alta. Gran cantidad de anillos en gota gruesa. Con quinina intramuscular la fiebre cede a las doce horas, pero al día siguiente se eleva nuevamente. El bazo está por el polo inferior muy engrosado, y haciendo resalte muy manifiesto a través de la pared abdominal; la palpación de todo el abdomen es muy dolorosa; lengua seca, comienza con vómitos; gran decaimiento. Se sigue con tónicos, quinina, autohemoterapia, calor húmedo local. Los días segundo y tercero sigue con fiebre alta e igual cuadro general, por lo que se le comienza a dar, además, cuatro gramos de sulfatiazol diarios, mejorando ligeramente al cuarto día de enfermedad y que-

dando apirético el octavo, y con ligerísimo dolor a la palpación abdominal y número dos, duro. El estado general estaba muy decaído, normalizándose a las tres semanas con vitaminas C y B y Verotona.

C. E., seis años y medio. Con gran adelgazamiento y mal estado general, lo presentan en el Dispensario. Desde un mes antes fiebre oscilante, que al no ceder con la medicina indígena, el padre, que es enfermero, lo trae a consulta. En la exploración se aprecia bazo número dos, duro, poco doloroso; hígado tres traveses aumentado, blando, doloroso; nodulos periintestinales móviles, redondeados, dolorosos en todo el abdomen; ligera defensa muscular; lengua seca; algún vómito; orina encendida y escasa, con indicios de albumina; enorme cantidad de anillos en sangre; anemia intensa. Se le inyecta quinina y está veintidós horas sin orinar, y la escasa orina que emite después, es de color caoba oscuro, con albumina

† † . Se suspende la quinina y se le inyecta musonato de atebрина. Mejora, la fiebre comienza a ceder; a los cuatro días tiene solo algunas décimas al mediodía y a los siete días está apiretico; orina normal; sin dolores abdominales; sin nodulos a la palpación, pero muy decaído. Con extracto hepático y Cebion se repone en una semana. La tuberculina fué siempre negativa.

#### Forma nefrosica

L. B., siete años. Desde una semana antes de traerlo al Dispensario tiene dolor abdominal y edemas generalizados, pero principalmente en cara, pies, y piernas; algún vómito, orina color claro; albumina † † † † ; bazo número tres, duro rígido cuatro dedos aumentado, parásitos abundantísimos. Se le trata con quinina intramuscular, Diuresinol, Betabion y Aminicotin, sin régimen alguno. A los cuatro días han disminuido mucho los edemas; albumina en orina † † ;

bazo número 2'5, duro, no doloroso. A los ocho días, albumina negativa, sin edemas.

E. A., doce años. Un mes antes de traerlo al Dispensario, comenzó con edemas. En el momento de llegar, anorexia; dolor intenso en bazo, que está número 4, durísimo; hígado tres dedos bajo, reborde costal, blando doloroso, orina escasa, oscura, albumina + + +; anillos muy abundantes en gota gruesa. Se trató con Atepe, Diuresinol y Betabion. A los cinco días, albumina en orina + , y solo le quedan edemas ligeros. A los diez días no tiene edemas y la albumina ha desaparecido.

J. E., seis años. Seis días antes de llegar al Dispensario, edemas intensos en pies y piernas, orina poco, albumina + + + , bazo número tres, blando, doloroso. Se trata con Atepe, Diuresinol y Betabion. A los cuatro días no tiene edemas, albumina + , orina, mas.

A los diez días, ligeros indicios de albumina, a los catorce días está completamente bien.

Es de notar que ninguno de los enfermos que hemos visto en esta forma de paludismo ha tenido fiebre en ningún momento.

#### Forma cirrótica

M. A., doce años (figura 2). Desde pequeña accesos palúdicos frecuentes y bazo grande. Al llegar al Dispensario presenta: muy mal estado, no puede tenerse en pie, delgadez extrema; bazo que ocupa casi todo el abdomen y comprime vejiga que está llena, renitente, ligera ascitis; hígado cuatro dedos bajo reborde costal, blando; crepitantes y subcrepitantes en ambas bases pulmonares; hemorragias gingivales; lengua seca, roja; estreñimiento alternando con diarreas, meteorismo; fiebre muy alta por las tardes. En sangre abundantísimos anillos y gametos. Fallece al día siguiente de llegar.

B. N., nueve años. Desde chiquitín, bazo grande, y a temporadas vómitos y fiebre. En el momento de su presentación, bazo número 5, duro; hígado tres dedos aumentado, duro también; ascitis que se puncionó, saliendo tres litros y medio. Parásitos abundantes en sangre. Se le hizo un tratamiento con Atepe, adrenalina, sangre, tónicos, etc. A los veinte días se había reproducido la ascitis y seguía igual. Se lo llevan al bosque, muriendo a los dos meses con gran ascitis y anasarca.

N. A., diez años. A los pocos meses de nacer, comenzó con accesos palúdicos que fueron repitiendo con frecuencia. En el reconocimiento se aprecia abdomen enorme con ascitis; bazo número tres, duro; hígado seis dedos debajo reborde costal; tonos cardíacos fuertes, mas el segundo; roncus generalizados en ambos campos pulmonares; sarna impetiginizada en todo el cuerpo. Parásitos † † . Por pa

raacentesis salen seis litros de líquido amarillento muy albuminoso. Se hace tratamiento con Atepe, y a los once días se había reproducido la ascitis. Nueva paracentesis, saliendo cuatro litros. Dos días después de la segunda paracentesis lo llevan al bosque, perdiéndose su pista.

S. A., . En febrero de 1945, teniendo la niña dos años, la traen al Dispensario por tener fiebre alta, vómitos, deposiciones diarreas y dolor abdominal. Bazo número cuatro, duro, doloroso; hígado dos dedos debajo reborde costal; distrofia de segundo grado; parásitos + + + . Con anterioridad había tenido varios accesos semejantes. Se le trata con Atepe, adrenalina, extracto hepático y Comple-tinal. Al terminar el tratamiento con Atepe, a los 7 días, esta con-tenta, apiretica; bazo número uno, blando, no doloroso; hígado no palpable. En mayo del mismo año, nuevo acceso palúdico con bazo nú-

mero tres, hígado cuatro dedos, doloroso; gran decaimiento. Se trata de igual forma que el acceso anterior. En diciembre de 1945, nuevamente la traen al Dispensario, por llevar 5 días con tos; decaimiento, fiebre alta. Se encuentra: Roncus de grande y mediana burbuja generalizados; bazo a nivel de reborde costal; hígado ligeramente palpable. Se trata con Sulfatiazol, sangre materna, revulsión y balsámica. A las 24 horas desciende la fiebre, y a las 48 horas está apiretica y mucho mejor. A los cinco días, normalizada, aunque débil. Cuatro días después, o sea catorce de comenzada la enfermedad, nueva elevación de la temperatura, parásitos en sangre - - - -, bazo número cuatro; hígado hasta nivel del ombligo, muy doloroso, cefalea intensa, no vómitos; parásitos - - -. Se le inicia un tratamiento con Atepe, que no termina pues se la llevan al bosque. En mayo de 1947 la traen de nuevo al Dispensario con gran anasarca; fie

bre alta; vómitos; bazo número cuatro, duro, doloroso; hígado hasta el ombligo, duro también; ascitis mediana; bronquitis fuerte; tonos cardíacos débiles, desdoblados. Se intenta hacer paracentesis y no consiente la familia; se comienza un tratamiento antipalúdico que tampoco termina, por llevársela su padre al bosque, donde muere dos semanas más tarde.

#### Formas con alteración psíquica

Son relativamente frecuentes en adultos principalmente. Pueden regresar espontáneamente, muchas veces sin dejar rastro, pero en otras ocasiones dejan estos trastornos ligera debilidad mental compatible con la vida media corriente del indígena del bosque, pudiendo pasar inadvertido muchas veces, incluso para la gente que rodea al enfermo. Raramente llega a ser locura franca y persistente.

Tenemos varios casos recogidos de adultos y dos de niños, uno

de trece y otro de catorce años, escolares de la Misión, pero los casos claros de psicosis palúdica primitiva que tenemos, son en adultos; en los dos niños se presentaron las manifestaciones psíquicas en pleno tratamiento con Atepe, por lo cual no los especificamos, pues a estos casos se les puede poner la objeción de si la psicosis es debida al paludismo (de lo cual estamos convencidos) o a la Atebrina del tratamiento.

Tenemos recogidos doce casos de noma en niños; pero si bien to dos ellos tenían esplenomegalia y en algún momento de su vida manifestaciones clínicas palúdicas, no se puede achacar la aparición del noma directa y unicamente al paludismo; solo debe ser considerado como causa indirecta, debido a la disminución de defensas que produce, por lo tanto no los incluiremos entre los enfermos palúdicos puros.

En total son 24 casos que en relación con los 1.750 enfermos palúdicos archivados en el Dispensario de la Misión, corresponden al 1'37 % la proporción de formas graves que presenta el paludismo tropical en la zona correspondiente a nuestra Misión.

Hay que tener en cuenta que este tanto por ciento no está sacado del número de accesos palúdicos, sino del número de Historias Clínicas, pues hay Historias Clínicas con 10 y hasta 15 accesos por lo que sería aún mucho menor el porcentaje.

Por lo antedicho se ve que las formas gravísimas no son extremadamente raras, pero tampoco se observan con una gran frecuencia.

La muerte repentina y la forma encefalomeníngea tienen tendencia franca a presentarse en niños pequeños; la forma gastroabdominal parece ser más frecuente en niños mayorcitos; y las formas ne-

frósica, cirrótica y las alteraciones mentales predominan en los niños mayores y en los adultos.

En ningún momento hemos intentado una "curación" del paludismo ya que el ambiente altamente endémico en que se desenvuelve la vida de los pamues en la Guinea Continental Española, expuestos constantemente a reinfecciones, no es posible conseguirla. Todos los tratamientos antipalúdicos que hemos llevado a cabo, no han tenido otra finalidad que la de defender al enfermo de ataques parasitarios que ponen en peligro su vida, bien por la brutalidad del ataque, bien por la persistencia y reiteración del mismo, que dejan agotado al enfermo, dándole con estos tratamientos posibilidad de recuperación y de aumentar su inmunidad progresivamente.

Ya es sabido que esta inmunidad no se adquiere fácilmente, sino que se consigue a lo largo de años y tras intensas luchas en las

que sucumben gran número de individuos que están en condiciones de inferioridad física por las causas que sean.

La inmunidad en los niños indígenas es de dos clases: pasiva, adquirida a través de la madre; y activa, adquirida por sucesivas reinfecciones y recidivadas parcial o totalmente superadas.

Es indudable la existencia de una inmunidad antipalúdica en los niños pamues, pues a pesar de que la primera causa de mortalidad infantil entre ellos es el paludismo, de no tenerla sería esta mortalidad casi del 100 %. A pesar de que los niños europeos residentes en nuestra Colonia son muchísimo menos que los niños indígenas, y de que a los europeos se les hacen tratamientos profilácticos antipalúdicos sistemáticos, y están, además, protegidos de las picadas de mosquitos con cunas especiales, rodeadas de tela metálica o por mosquiteros, en proporción al número de niños, son mucho

más frecuentes las formas graves mortales y los accesos palúdicos, distrofias, anemias, etc. que presentan. Tenemos la seguridad casi absoluta, de que si estos niños europeos vivieran en las mismas condiciones sanitarias e higiénico-sociales que los niños indígenas, morirían más de un 95 % y tal vez el 100 %.

Anticipando datos que presentaremos en lugar correspondiente a "desarrollo", vemos que en los niños recién nacidos el índice del bazo es cero, y va aumentando progresivamente a través de los meses y años hasta alcanzar el máximo de 3'5 a los tres años, manteniéndose casi igual hasta los 5 años en que empieza a disminuir y a partir de los 15 años desciende de nuevo por debajo de la unidad. Es la época en que se alcanza la máxima inmunidad que perdura a lo largo de la vida. Son relativamente pocos los adultos pamues que presentan accesos palúdicos.

La lucha antipalúdica en Guinea es realmente muy difícil que sea eficaz; pues, debido a la gran cantidad de pequeños y grandes pantanos que tiene, distribuidos por todo el territorio, es materialmente imposible hacer un saneamiento completo para acabar con los mosquitos, ya que sería costosísimo. La única forma hoy día factible es la que ya más o menos se viene haciendo; tratar médicamente a los enfermos palúdicos en cada acceso fuerte que tengan para conseguir con ello que sean capaces de ir formando la inmunidad específica.

El método que actualmente empleamos nosotros, por ser el que mejor resultado práctico nos ha dado, es el tratamiento con "Resochin" (Difosfato de 7-Cl-4(4-Dietilamino 1-metil-butilamino)-quinoleína) en dosis únicas, en el que se une la eficacia del medicamento y la comodidad de administración del mismo.

La dificultad con que nos encontramos al establecer un tratamiento antipalúdico es siempre la misma: Los enfermos, debido a su incultura y primitivismo, en cuanto han cedido un poco las manifestaciones clínicas de la enfermedad, bastantes de ellos se dan ya por curados y no vuelven al Dispensario interrumpiendo por tanto el tratamiento, con lo cual la cantidad de medicamento que han tomado no es suficiente.

Para obviar este inconveniente es por lo que empleamos ahora el "Resochin", antimalárico mucho más enérgico que los otros, que se acumula principalmente en el hígado en donde forma un depósito de medicamento que cede paulatinamente a la sangre a medida que ésta lo va eliminando, con lo cual, aun administrado en forma de dosis única, la concentración eficaz en sangre persiste más días; los su-  
ficientes para hacer desaparecer el acceso palúdico y curar clínicamente al enfermo.

Las dosis que hemos administrado son las siguientes:

Niños menores de una año . . . . .	1	tableta
" de 1 a 2 años . . . . .	2	"
" de 3 a 5 " . . . . .	3	"
" de 6 a 9 " . . . . .	4	"
" de 10 a 13 años . . . . .	5	"
" mayores . . . . .	6	"

El total de enfermos tratados con este método sobrepasa los 350 enfermos, siempre con los mejores resultados clínicos.

#### Afecciones de vías respiratorias

El clima de la Guinea Continental, presenta cambios bruscos de temperatura, algunas veces notables. El tiempo de lluvias es el más caluroso del año, y es cuando el sol calienta y brilla con más fuerza. Precisamente por eso, la gran cantidad de agua evaporada se con

densa en las zonas altas de la atmósfera formando espesas nubes que luego se deshacen en intensa lluvia de media hora o poco más, después de la cual nuevamente vuelve a brillar el sol. La lluvia va precedida y acompañada por fuertes ráfagas de viento frío y las dos cosas provocan un rápido descenso de la temperatura ambiente. En cambio durante la época de "seca" el sol raramente aparece, pues la gran cantidad de bruma baja que se forma, se lo impide; con esa época coincide la temperatura más baja del año y corresponde al "invierno" de Guinea, cuyas temperaturas mínimas oscilan alrededor de los 20-22 ° C y los vientos son frescos.

Debido a estas variaciones climáticas y a la manera de vivir de los indígenas, son frecuentes las afecciones bronco-pulmonares y las rino-faringitis y otitis en niños y adultos.

Como decimos, las condiciones actuales en que viven los indí-

genas, de carencia absoluta de higiene, son las más adecuadas para la difusión de las enfermedades de vías respiratorias. Por ejemplo: en todas las viviendas hay un cubo con el agua para beber; y con un caso único, toman agua de este cubo todas las personas que en ella habitan, más los amigos, conocidos y forasteros que pasan por ella. Como el agua potable muchas veces está algo alejada de los poblados y es costoso el acarrearla, la que queda en el caso sin terminar la echan de nuevo en el cubo para no malgastarla inútilmente. La comida que uno, sano o enfermo, deja, otro la coge seguidamente, principalmente los niños. Tosen sin cuidado, unos en la cara de otros; es cupen donde les parece bien y les es más cómodo ... y así todo por el estilo, agravado, además por el hacinamiento, promiscuidad y falta de ventilación en las casas.

Antes, hace unos años, los indígenas no tenían platos ni uten-

silios para comer. Con hojas especiales hacían un "plato" único para la comida, y con los propios dedos o con una hoja pequeña sujeta en forma de embudito, hacían de cuchara para coger los alimentos pastosos o más líquidos. Otra hoja mayor, pero en igual forma sujeta, eran los vasos. Estos utensilios eran individuales, y una vez usados, los tiraban. Pero ahora, muchos de los indígenas no son lo suficientemente primitivos para comer en esta forma y tienen sus platos, vasos, cucharas, etc.;mas, tampoco son suficientemente ingtruidos como para tener una por individuo, y así, en el mismo plato y con la misma cuchara sin lavar, come mucha gente, lo cual resulta más antihigiénico que antes, cuando no los tenían.

En los pamues, incluso actualmente, el vestido es tan solo un motivo de adorno. El factor "abrigo" y el factor "decencia" del traje, no cuentan en nuestros indígenas. Por eso los niños y los vie-

jes, principalmente los niños, van completamente desnudos, o con un cinturón de abalorios por toda indumentaria, y con frío o con calor los llevan de igual manera.

Las chozas pamues, en su mayoría, están construidas con hojas de "nipa" que al cabo de uno o dos años se van rompiendo por los animales, insectos, etc. y quedan orificios más o menos grandes. Estas chozas tienen forma rectangular y en las partes más estrechas están situadas las camas y entre medio de ellas colocan el fuego; éste lo dejan encendido por la noche, mas, al no alimentar lo, se apaga y el aire frío de la madrugada penetra en la casa don de duermen desnudos sus habitantes.

Los agentes que originan estas afecciones broncopulmonares son múltiples y están favorecidos por la humedad y por la constitución somática especial del pamue. Estos agentes son: unos microbianos,

por ejemplo, distintos cocos y bacilos; otros son virus como el de la gripe, psitacosis, dengue, pneumónico, etc.; con frecuencia el paso a través del pulmón de las larvas de parásitos intestinales como los ascaris (tan frequentísimos en el país) originan inflamaciones más o menos intensas; algunas veces el agente patógeno es algún protozoo, como leptospiras, espiroquetas, etc.

Siendo tan numerosos y variados los agentes patógenos y tan in cultos y primitivos los indígenas, no es de extrañar que el número de afecciones de las vías respiratorias sea enorme, y que las prime ras víctimas resulten los niños. En ninguna parte hemos visto tantos casos de bronquiolititis y asma infantil como en Guinea, y, desde luego, todas las bronquiolititis en menores de ocho meses. Las neumo nias y bronconeumonias son frequentísimas en los niños de todas las edades y causan gran número de víctimas.

En toda la zona es endémica la tosferina y estamos convencidos, dada la frecuencia con que la vemos, que el 100 % de niños mayores de siete años ha pasado dicha enfermedad. Generalmente tiene una duración media de dos o tres meses, y no presenta forma grave a no ser que coincida con epidemia "gripal", siendo entonces muy frecuentes las complicaciones bronconeumónicas mortales.

### Tuberculosis

Hace algunos años no se conocía la tuberculosis en Guinea. Esta enfermedad es otra de las importadas por el blanco y se difunde rápidamente entre los indígenas debido a las condiciones higiénico-sociales tantas veces comentadas en que viven.

Queriendo tener una idea aproximada de la difusión que alcanza la tuberculosis en nuestra Colonia, hemos realizado durante varios años una serie de pruebas tuberculínicas de von Pirquet, entre es-

colares, que han dado los resultados siguientes:

Año 1.947

Poblado	Total niños controlados	Total tubercu- lino positivos	%
Bata . . . . .	229	49	21'4
Nkuefulan . . . . .	157	14	8'8
Mbeme . . . . .	124	9	7'2
Nkimi . . . . .	105	22	20'9
Ayene . . . . .	67	11	16'4
Total niños investigados . . . . .		682	
" " tuberculino positivos . . . . .		105	
Porcentaje medio . . . . .		15'3	

En el año 1.949 volvimos a repetir dichas pruebas obteniéndose estos otros datos:

Poblado	Total niños controlados	Total tuberculino positivos	%
Nkuefulan . . . . .	172 . . . . .	31 . . . . .	18
Nbene . . . . .	159 . . . . .	23 . . . . .	14
Nkimi . . . . .	220 . . . . .	72 . . . . .	32'7
Ayene . . . . .	182 . . . . .	41 . . . . .	22'4
Total niños investigados . . . . .		733	
" " tuberculino positivos . . . . .		167	
Porcentaje medio . . . . .		22'7	

Hemos repetido las reacciones de alergia tuberculosa en el año 1950 ampliándolas con el examen de niños de otros centros escolares para deducir mejor el promedio de positividad, obteniéndose los resultados siguientes:

Año 1.950

Poblado	Total niños controlados	Total tuberculino positivos	%
Bata . . . . .	130 . . . . .	25 . . . . .	19'9
Nkuefulan . . . . .	162 . . . . .	35 . . . . .	21'6
Nbeme . . . . .	117 . . . . .	19 . . . . .	16'2
Nkini . . . . .	146 . . . . .	70 . . . . .	47'9
Alrededores Misión . . . . .	443 . . . . .	70 . . . . .	15'8
Nsang . . . . .	209 . . . . .	31 . . . . .	14'8
Abeng . . . . .	107 . . . . .	25 . . . . .	23'3
Evinayong . . . . .	350 . . . . .	101 . . . . .	31'7
Mikomesen . . . . .	154 . . . . .	26 . . . . .	16'8
Anvang . . . . .	79 . . . . .	14 . . . . .	17'7
Total niños investigados . . . . .		1.887	
" " tuberculino positivos		432	
Porcentaje medio . . . . .			22'8

El hecho de haberse elevado el porcentaje medio de este año tan solo en una décima, es debido a la extensión de las pruebas por otras zonas sanas.

Todas estas pruebas son penosas de llevar a cabo, pues es difícil que vuelvan a la escuela, para controlar las cutirreacciones a las 48 horas, los mismos niños que se les ha puesto la tuberculina, perdiéndose con ello muchos casos para el promedio, tuberculina y tiempo.

El porcentaje de niños con von Pirquet positivo, en realidad es bastante más elevado, pues hemos podido constatar repetidamente que niños con cuti-reacción intensamente positiva no se han presentado a control por miedo injustificado unos y por desidia otros; aparte de que niños con tuberculina negativa, son en realidad tuberculosos, pero que por ser hecha ésta en el período inicial de

la enfermedad o por hallarse el niño en malas condiciones orgánicas y pocas defensas, o en fin, por encontrarse convaleciente de alguna enfermedad infecciosa; por ejemplo sarampión, gripe, etc., la reacción específica de la tuberculina no se presenta.

Con los datos precedentes se puede comprobar que hay poblados como por ejemplo Nsang con un porcentaje medio bajo; mientras que en otros por ejemplo Nkimi, el porcentaje es elevado y todavía ha ido subiendo progresivamente en estos años. Así del 20'9 % que tenía en el año 1.947, se elevó a 32'7 % en el año 1.949 y al 47'9% en el año 1.950.

Se ha de tener en cuenta que Nsang está arrinconado en el bosque y hasta hace pocos años no tenía fácil acceso para el blanco. Es seguramente la zona más sana de Guinea, con menos paludismo y en donde la natalidad es más elevada. En cambio Nkimi está situado

de en la misma orilla del río Benito, siendo una zona muy palúdica, difícil de sanear por el gran número de pantanos que le rodean y en donde han muerto en estos últimos años por lo menos cinco enfermos tuberculosos abiertos (de los conocidos por nosotros) los cuales antes de morir han diseminado sus bacilos por todo el poblado. Se comprende muy bien que haya aumentado mucho el porcentaje de positividad tuberculínica.

En el año 1.947 aprovechamos nuestra estancia ocasional en la Isla de Fernando Poo para realizar unas pruebas tuberculínicas entre escolares, cuyos resultados insertamos a continuación:

Poblado	Total niños investigados	Total tuberculino positivos	%
Santa Isabel . . . . .	77 . . . . .	35 . . . . .	45'5
San Carlos . . . . .	43 . . . . .	17 . . . . .	39'6
Datete . . . . .	103 . . . . .	23 . . . . .	22'5
Rebola . . . . .	273 . . . . .	38 . . . . .	16'1

Total niños investigados . . . . .	496
" " tuberculino positivos . . . . .	113
Porcentaje medio . . . . .	22'7

El año 1.947 el porcentaje medio de niños, tuberculino-positivo, en el Continente era de 15'3 y en la Isla de 22'7. En el año 1.950 el Continente ya ha superado ligeramente el porcentaje medio Fernandino del año 1.947.

Como consecuencia de todo lo que antecede, ahora ya comienzan a verse lactantes mayores tuberculosos, con los cuadros típicos de distrofia progresiva con adenitis múltiples y tuberculina positiva, que mueren al poco tiempo, con cuadro meníngeo agudo, y otros con descomposición. En niños mayores se ven también las formas de infiltrados, etc. igual que en los países civilizados.

Comprando las cifras del porcentaje de positividad en Guinea

con el promedio que dan los escolares de países civilizados (75--90%) puede hacerse idea perfecta de que "el problema" de la Tuberculosis en Guinea, todavía no ha alcanzado la envergadura que tiene en otros países. Precisamente ahí está la razón principal del porqué hay que solucionarlo urgentemente y atajarlo pronto ahora que todavía es posible, pues dentro de unos años no lo será, como ya no lo es en los demás países civilizados.

La solución de este asunto no puede ser otra que la establecida en todos los países. Está muy bien estudiada la LUCHA ANTITUBERCULOSA INTERNACIONAL y las normas generales que ha dado deben ser las mismas para todas partes. Lo único que hay que hacer, es adaptarlas a las necesidades y medios económicos de cada uno.

Así por ejemplo en Guinea el aislamiento de los tuberculosos abiertos, podría hacerse en dos o tres poblados de materiales del

país, pero con buenas condiciones higiénicas, situados en los lugares más sanos de la Colonia. Se podrían levantar con prestación indígena y para la manutención de los enfermos, que ayudaran todas las tribus. En estos poblados se podría hacer el tratamiento conveniente y en forma adecuada, a los enfermos susceptibles de mejoría; y ayudar a bien morir a los que no lo son.

Las colonias infantiles preventivas podrían establecerse en Moka (isla Nsang, Ebebiyin, Evinayong, etc. (continente) y dada la gran utilidad que tienen y que la labor profiláctica y curativa de los niños es la única eficaz y verdadera en la Lucha Antituberculosa, como está suficientemente demostrado, el Patronato de Indígenas siempre deseoso de prestar su ayuda para todo lo que sea verdadero beneficio de sus patronizados, sin duda alguna se haría cargo de dichas colonias infantiles como se ha hecho ya de otras obras benéfi-

co-sanitarias.

La vacunación antituberculosa tampoco presenta graves inconvenientes en efectuarla, pues los indígenas ya están acostumbrados a las revisiones periódicas de endemias que se hacen por los poblados, con las cuales se podría simultanear.

Dada la pequeñez de nuestra Colonia, no sería ningún gasto excesivo el realizar la Lucha Antituberculosa en plan modesto pero eficaz y de resultados positivos magníficos, que es lo interesante para el bien del indígena.

De no hacerse la lucha antituberculosa en esta forma poco más o menos; y de no establecerse urgentemente y en toda la Colonia a la vez, será catastrófico para la vida y desarrollo del indígena en un futuro muy próximo.

### Transtornos nutritivos

Los trastornos nutritivos puros, o sea, no infecciosos, son desconocidos durante el primer año a pesar de la falta absoluta de limpieza y reglas higiénicas más elementales.

Los lactantes puros tienen una capacidad digestiva asombrosa. Tan pronto maman grandes cantidades de leche cada media hora, como pasan ocho o diez horas sin que la madre, ausente de casa todo el día, les dé alimento. No obstante estas irregularidades, mientras toman pecho solo y no tienen más de un año, no presentan trastorno digestivo alguno y se desarrollan normalmente.

En cambio después son frecuentes los trastornos crónicos, generalmente distrofias por hipocalimentación, debido a estar los niños alimentados exclusivamente con leche materna hasta los dos años o dos y medio; y los trastornos nutritivos agudos por el paso brusco

co de la lactancia materna exclusiva a la alimentación del adulto, provocando intolerancias y disturbios graves que se hacen crónicos y frecuentemente mortales, por ellos mismos o por enfermedades intercurrentes (casi siempre afecciones pulmonares y alguna vez noma) que aprovechan la falta de defensas del niño para cebarse en él y ser causa inmediata de su muerte.

Cuando comienza la época de lluvias, se ven con alguna frecuencia las infecciones disentéricas que en algún caso se hacen crónicas o dan lugar a abscesos disentéricos en hígado o pulmón. En realidad estos no son muy frecuentes en niños, viéndose más en adultos. En lactantes nunca hemos observado abscesos disentéricos alguno, solo, y raramente, en niños mayores.

La toxicosis, cualquiera que sea su origen, es desconocida en el bosque; en cambio, entre los niños alimentados con lactancia ar

tificial ahora se empiezan a ver algunos casos. Estos niños criados artificialmente están siempre en relación con el blanco, generalmente en orfanatos, y algunos en ciudades mixtas, en donde los familiares se pueden proveer de leche. En el bosque no hay leche ni substitutivo alguno, así que los niños que se quedan sin madre antes de los ocho o diez meses, mueren todos. En niños con lactancia natural no hemos visto ni un caso de toxicosis.

#### Pian

Otra de las enfermedades más corrientes en la infancia es el Pian. Los lactantes solamente presentan las formas primaria y secundaria, pero en los niños mayores se observa también la forma terciaria, de piel y huesos principalmente. El individuo más joven que presentaba forma terciaria del pian, era un niño de once años que había hecho varios tratamientos con arsenicales trivalentes, pero

todos ellos los habían interrumpido sus padres a las dos o tres inyecciones, cuando cedían las manifestaciones cutáneas. Este niño, reactivada su enfermedad por los tratamientos completamente insuficientes, tenía grandes deformidades en tibias, huesos de la mano y cráneo y además lesiones de hígado. Ha sido el único niño, de los 1.853 tratados en el Dispensario de la Misión que ha muerto a consecuencia de Pian.

Esta enfermedad tan frecuente en la infancia, no acostumbra a ocasionar víctimas, y a pesar de las deformaciones, los enfermitos la conllevan bastante bien, no dando lugar a fiebre, diarreas, distrofia, etc. y no presentando más síntomas de enfermedad que las lesiones típicas de piel.

Las dosis de arsenicales que se preconizan en casi todos los tratados de Enfermedades Tropicales que hemos leído, son insuficientes

para la curación de la enfermedad; lo único que hacen esos tratamientos es curar las lesiones cutáneas, pero no esterilizan el organismo; por lo cual, al cabo de algún tiempo, rebrota de nuevo la enfermedad en piel o se acelera la presentación de terciarismos, como en varios casos hemos visto.

Por ello, empleamos nosotros dosis iguales al tratamiento de la Lues, sin que en ningún caso hayamos visto recidivas precoces ni tardías.

### VARICELA

Cada dos o tres años aparecen en la Guinea epidemias de Varicela que rápidamente invaden a los niños pequeños y también de vez en cuando a alguna persona mayor. Esta enfermedad tiene la evolución corriente de otros países y se presenta siempre en forma benigna. No hemos visto ningún caso grave, ni siquiera por infección secunda

ria. Hemos observado en varias epidemias de Varicela, la aparición simultánea de repetidos casos de Herpes Zona en adulto. Como en otras latitudes, la Varicela muy raramente se ve en lactantes dando el contingente mayor de enfermos los niños de 3 a 4 años en adelante.

### SARAMPION

Tampoco el Sarampión tiene gran malignidad en Guinea. Al igual que la Varicela se presenta en forma de epidemias bastante benignas cada dos o tres años, que recorren toda la región, atacando a niños principalmente de edad escolar y algunos otros más pequeños. No hemos visto ningún lactante afecto de Sarampión.

Esta enfermedad se presenta con el cuadro clínico acostumbrado, aunque en los indígenas, debido a su color, es difícil percibir la erupción típica sarampionosa, sobre todo en formas ligeras, pero que con un poco de práctica se reconoce en seguida el aspecto espe

cial de la piel, característico del Sarampión.

Cuando la epidemia sarampionosa coincide con una epidemia "gripal", se empeora mucho el cuadro clínico por presentarse frecuentemente complicaciones bronconeumónicas que lo agravan.

#### PAROTIDITIS

Así como el Sarampión y la Varicela lo pasan en una u otra época de su infancia la mayor parte de los niños de Guinea, en la Parotiditis, si bien se presenta igualmente en forma de epidemias, éstas son menos frecuentes y alcanzan menor extensión; son muchos los niños mayores que no han pasado la enfermedad.

Al igual que las anteriores epidemias infantiles, ésta también se presenta en forma benigna y no hemos visto complicaciones de ninguna clase.

### POLIOМИЕЛИТИС

Con cierta frecuencia se observan casos de Poliomielitis, siempre en forma de epidemias muy discretas y repartidas.

En el bosque es completamente imposible hacer el tratamiento largo y seguido que requiere esta enfermedad, pues los padres de los pequeños no tienen la cultura suficiente para darse cuenta de las consecuencias que esta enfermedad trae consigo y al poco tiempo, por negligencia, descuidan el tratamiento. Entre eso y el llevarlos al Dispensario cuando ya han transcurrido hasta meses de comenzada la enfermedad, las impotencias funcionales y secuelas que de ésta quedan, son enormes.

- - - - -

No hemos podido precisar todavía si estas enfermedades infantiles son importadas de época más o menos reciente o aparecen en

Guinea desde antiguo. La que creemos más antigua en la Colonia es la Tosferina, luego la Varicela y posteriormente se ha importado el Sarampión y Parotiditis.

No tenemos ningún dato concreto que corrobore lo que decimos, pero quizás el hecho de que no sea raro ver en los adultos la Varicela y el Sarampión y en cambio sí lo es la Tosferina, parece indicar una mayor difusión de ésta a través de los años.

## HELMINTOS

### ASCARIS

Es verdaderamente impresionante la cantidad de parásitos intestinales que tienen los niños (y también los adultos) en Guinea. En primer lugar está los Ascaris. El cien por cien de los niños indígenas están parasitados y a veces con el tratamiento expulsan gran

des cantidades de ellos.

Generalmente, los niños discretamente parasitados, no presentan manifestaciones clínicas por su parasitización; pero, en niños fuertemente parasitados hemos visto convulsiones con pérdida del conocimiento, delgadez, astenia acentuada y hasta detención del crecimiento.

Uno de los casos más fuertemente parasitados que hemos tenido, ha sido el de una niña de siete años, notablemente hipotrofica, que nos la trajeron al Dispensario en plenas convulsiones y ligera obnubilación; roncus generalizado. Con luminal cedieron las convulsiones y luego se le administró santonina, expulsando al día siguiente 210 ascaris en su mayoría grandes. A partir de entonces se le dió santonina cada 2-3 meses, creciendo rápidamente, normalizándose su talla en poco tiempo.

Neumonias, por obturación de un bronquio por un ascaris, también las hemos visto, desapareciendo todo el cuadro neumónico al expulsar el ascaris con un fuerte golpe de tos. Son frecuentes las inflamaciones pulmonares originadas por el paso de las larvas a través del pulmón.

Estados nauseosos; vómitos, muchas veces con expulsión de parásitos; dolores cólicos, diarreas, etc. son muy frecuentes en estos niños.

### ANQUILOSTOMAS

Son muy frecuentes en los niños mayorcitos y algo menos en los pequeños, pero incluso en lactantes alguna vez se han encontrado, seguramente por dejarlos sentados en el suelo en los lugares de evacuación.

Ya es conocido de antiguo el "uanismo parasitario" que producen

los anquilostomas. Lo que no se sabe aún es si este uanismo está originado por la anemia a que dá lugar o por una acción tóxica de los parásitos sobre el organismo del niño.

#### FILARIA

Es frecuente la infestación por filaria, incluso en niños pequeños y lactantes. Las principales manifestaciones aparecen en escroto, ojos y manos, según el orden de frecuencia en los lactantes; en los niños mayores, por el contrario, la inflamación repentina y pasajera de escroto tiene lugar con menos frecuencia, apareciendo más en ojos y manos.

#### LEPRA, TRIPANOSOMIASIS Y FIEBRE AMARILLA.

La Lepra, junto con la Tripanosomiasis, la Fiebre Amarilla y la Tuberculosis, son cuatro endemias que están bajo el control directo

de la Sanidad Colonial, la cual ha dictado severas reglamentaciones que no permiten su tratamiento más que en centros de las Zonas Sanitarias y por médicos pertenecientes a la Sanidad Colonial.

La Fiebre Amarilla está completamente yugulada y ni en niños ni en adultos hemos visto un solo caso en todo el tiempo que llevamos en Guinea. Ha sido un verdadero éxito sanitario la lucha contra esta enfermedad, antes bastante extendida en nuestra Colonia.

La lucha contra la Tripanosomiasis no ha tenido un éxito tan absoluto como la de la Fiebre Amarilla, pero dentro del terreno práctico se le iguala mucho. Aquel azote terrible en todo Guinea, ha desaparecido, restando solamente alguna ligera endemia hacia la zona del estuario del río Muni, materialmente imposible de limpiar. Está muy bien organizada la campaña para el despiste de los enfermos y solamente hemos visto en nuestro Dispensario siete sospecho-

ses de Tripanosomiasis, que se mandaron a la zona sanitaria correspondiente.

Los resultados en cuanto a la Lepra son diferentes. Todavía son muchos los enfermos leprosos que quedan en nuestra Colonia, y los hay de todas las edades, desde niños pequeños a viejos.

Hace unos años se creó un centro especial para aislar a los hijos de los leprosos internados en leproserías, en cuanto nacieran; pero, por causas inexplicables, a la mayoría de ellos los han dejado lactar por su madre excesivo tiempo, y, debido a esto, algunos de los niños fueron trasladados al centro para ellos destinado, ya contagiados de lepra, que apareció al poco tiempo.

Como es una enfermedad de difícil tratamiento eficaz, son menos espectaculares los resultados.

Por lo que a la Tuberculosis se refiere, el problema es totalmente distinto. En fecha 1º de noviembre de 1.949 se publicó en el Boletín Oficial de la Colonia el Reglamento de la Lucha Antituberculosa que había de seguirse en Guinea. A pesar del tiempo transcurrido y por motivos que seguramente serán conocidos por Sanidad Colonial y de la sola incumbencia de ésta, todavía no se ha comenzado a poner en práctica.

## DERMATOSIS

### Sarna

Debido a la enorme suciedad de la gran mayoría de los indígenas, es frecuentísima la sarna que con la erosión del rascado se infecta e impetiguisa. Está extendidísima entre los adultos, pero aún más entre los niños. Es rarísimo encontrar un niño, principalmente en la edad en que ya empiezan a lavarse solos y su madre no

se preocupe de ellos, que no tenga sarna.

También son frecuentes las piодermitis, e infecciones septicas que no pocas veces ocasionan la muerte por nefritis o por generalización y cuadro típico de sepsis.

#### ULCERA TROPICAL

Cuando una pequeña herida o rasguño se infecta por bañarse en pantanos demasiado cenagosos, en pocos días se forma la típica "Ulceras Tropical" de forma redondeada, bordes elevados, fondo hundido, y toda ella llena de un fétido pus sanioso. Aumenta de tamaño rápidamente, y en pocos días (según el cuidado que se tenga o la falta de defensas de los individuos) puede llegar a alcanzar tamaños enormes como la palma de la mano.

Generalmente está situada en el tercio inferior de las piernas.

Son más frecuentes en los niños que en los adultos, (aunque éstos también las tienen), debido a que los pantanos en general tienen menos profundidad que los ríos y, además, el fondo es más llano; por eso los pantanos son menos peligrosos para el baño de los niños y pueden ir solos, estando más expuestos a la infección de las heridas. Estas úlceras grandes, cuando cicatrizan, dejan muchas veces deformaciones muy manifiestas.

Después de múltiples pruebas, el tratamiento que mejores resultados nos ha dado, ha sido: 1º. baño local caliente con cocimiento de hojas o cortezas astringentes durante media hora; 2º. cubrir la úlcera con azol o sulfatiazol en polvo y vendaje estéril; y 3º. autohemoterapia.

### NIGUAS

La Nigua, o Pulga de la Arena, tan frecuentísima en Guinea, al

penetrar a través de la piel, deja un pequeño orificio por donde puede penetrar la infección; más aún, cuando ya está completamente desarrollada y salen los múltiples huevecillos contenidos en su interior, cosa que ocurre siempre de no extraerla antes.

Al ir los niños descalzos, penetran las niguas en la planta de los pies, principalmente debajo de los dedos y no las sacan por miedo al ligero dolor que la extracción produce, por lo cual se infectan y son muy frecuentes las mutilaciones de dedos por la supuración secundaria originada.

### MICOSIS

En la edad escolar es muy frecuente ver muchas cabezas con "favus" que resisten tenazmente los tratamientos medicamentosos indígenas y europeos. Hacia la pubertad, espontáneamente, se curan. En los lactantes no lo hemos visto nunca, pero sí en niños pequeños.

Micosis de piel, sí son también frecuentes en los lactantes.

### CARIES

Así como entre los playeros (Kombes, Bujebas, etc.) la dentadura es fuerte, blanca y sana, entre los pamues, tal vez por el agua, por herencia o por la alimentación, tienen una dentadura, en general, horrorosa. Caries enormes, múltiples, con gran supuración, piorrea intensa, etc. es el cuadro clásico de todos los pamues viejos, jóvenes o niños. Incluso aamuchos lactantes, al brotarles el primer diente, ya sale decalcificado y enfermo. Dá pena ver nifitos de cinco a seis años con las caritas hinchadas por flemones consecutivos a caries de dientes o muelas. Por eso son tan frecuentes las manifestaciones reumáticas que se ven, bien en forma de algias articulares más o menos múltiples o de endocarditis.

Entre los cinco y ocho años es cuando empiezan a verse casos

de reumatismo, y examinado detenidamente una serie de niños cuyas edades oscilan entre los seis y los ocho años, es frecuente encontrar: soplos y desdoblamientos de tono por endocarditis reumática. Hemos visto casos de muerte por descompensación cardíaca reumática con edemas, hígado aumentado y ascitis, en esta edad, aunque es mayor el número de los que hemos visto entre los diez y veinte años.

#### ACCIDENTES

Los accidentes más frecuentes en los niños son: las quemaduras entre los lactantes y niños pequeños; las picaduras de araña, escorpiones, serpientes, etc. en los mayores.

Como es costumbre entre los pamues tener el fuego junto a las camas encendido día y noche, y la mujer trabaja en la finca de comida todo el día, no está en casa, quedando los hijos al cuidado de un hermanito algo mayor o del marido, con mucha frecuencia los ni-

Nos se queman, bien por jugar con el fuego, bien por caerse en él, produciéndose quemaduras graves que en ocasiones originan la muerte del niño. En el Dispensario de la Misión hemos visto diecinueve casos de quemaduras graves, todos ellos en niños pequeñitos, de los cuales murieron cinco.

Los niños mayores van solos por el bosque, poniendo trampas para cazar pájaros y animales pequeños; o a pescar, y al meterse por maleza, hierbazales, troncos viejos caídos, etc. están expuestos a picaduras de animales venenosos, y si bien no hemos visto ningún caso de muerte por ese motivo, algunas veces ocasionan accidentes graves y aparatosos.

## CAPITULO V

DESARROLLO

En la evolución del niño distinguimos el crecimiento, como incremento de masa, y el desarrollo, que incluye la idea de diferenciación.

Para el crecimiento y desarrollo de un individuo, son múltiples los factores que intervienen: unos están contenidos en los mismos genes; otros dependen del medio ambiente o peristasis (E. Fischer), en que el individuo se desenvuelve, y unos terceros, mixtos, están influenciados por la herencia y el medio ambiente y regidos por estímulos hormonales y nerviosos.

Las variaciones de unos u otros factores ambientales, bien sea en más, bien sea en menos o cualitativamente, condicionan las dis-

posiciones hereditarias del crecimiento y desarrollo del individuo, pero casi siempre dentro de unos límites de escasa variación relativa, pues la amplitud real está dada por la especie, la raza, la familia y la constitución, que recibe el individuo a través de la herencia; y todas las variedades hereditarias manifiestas están contenidas en los genes cromosomales y también en las mitocondrias, etc. ... de la estructura nuclear y protoplasmática de los gametos originarios del individuo, y tienen permanencia a través del tiempo, espacio, cruces y condiciones ambientales.

El mecanismo por medio del cual esta herencia se transmite, está todavía en mucho en los confines de la suposición. Hasta ahora sabemos solo que existen especies, considerando una tal la humana; dentro de esta especie hay diferentes razas; y en ellas se pueden reconocer agrupaciones familiares, y, todavía; diversas constituciou

nes dentro de los individuos pertenecientes a una misma raza o familia.

En la constitución, en este último término de la herencia que afecta al individuo, es en donde actúan más claramente los factores ambientales. En los primeros términos de "especie" y "raza" el "factor ambiental" tiene influencia menor, pues se hallan por encima de él sean cualesquiera las condiciones en que el individuo se desenvuelva, si consideramos un breve curso del tiempo. Solamente cuando estas condiciones se repiten en igual forma y en sucesivas generaciones, es cuando su persistencia puede ocasionar modificaciones estables que llegan a influir en las grandes agrupaciones, a través, principalmente, de los procesos de adaptación y selección y por la presencia de mutaciones con valor de viabilidad y permanencia, y en tonces quedan ya como carácter hereditario racial o familiar. Pero

es posible que si el factor ambiental especial deja de actuar durante un cierto número de sucesivas generaciones, este carácter adquirido desaparezca, mostrándose en su pureza el carácter racial originario, o siendo eliminadas u absorvidas las nuevas formas presentadas.

Este desarrollo hereditario, estaría llevado a cabo directamente por una regulación endocrina-vegetativa, dirigida por los centros diencefálicos y éstos por los corticales, encargados y "supervisores" de la coordinación de los estímulos génicos y peristáticos.

En el organismo humano tenemos glándulas de secreción interna que favorecen, dificultan o alteran el crecimiento y desarrollo. Una de las que más intervienen es la hipofisis, bien por su acción directa, como está comprobado en las hiperfunciones del lobulo anterior, cuya consecuencia es la acromegalia o el gigantismo, según se

produzca en la edad juvenil o en la adulta, o en las hipoplasias del mismo lóbulo anterior, principalmente en las células eosinófilas, como en distintos enanismos llamados, por ello, hipofisarios, o bien por su acción indirecta a través de su influencia sobre otras glándulas endocrinas, pues se admite por lo general, que la hipófisis, con el sistema diencefálico, regula el funcionamiento acorde de las glándulas endocrinas.

El paludismo, sífilis, toxes inespecíficas (cáñame indiano) etc. producen un "nanismo hipopituitario" por la acción de estos factores en la hipófisis, originando secundariamente una insuficiencia más o menos manifiesta.

Las gonadas, también intervienen en el crecimiento. La pubertad precoz dá como resultado una desaparición de la zona cartilaginosa diafisocéfisaria, por la que los individuos quedan con talla menor,

principalmente de las extremidades; en el hipogenitalismo, por el contrario, los huesos largos crecen mucho por ser tardía la unión diafisocéfisaria, y así se originan, como modelo, los gigantes eunucoides.

Tiroides. Es manifiesta la influencia del tiroides en el desarrollo. En los individuos que se desarrollan normalmente, las épocas de mayor crecimiento coinciden frecuentemente con un aumento del tamaño del tiroides; y en el hipertiroidismo los enfermos son delgados y altos frecuentemente; por otra parte en el hipotiroidismo los huesos son cortos, los puntos de osificación retrasados y los enfermos son más bien gruesos y bajos.

La acción del timo, paratiroides, suprarrenales, etc. sobre el desarrollo, no está aclarado todavía, dándose opiniones contradictorias en cuanto a sus efectos, pero es seguro que como componentes

admitidos en general del Sistema Endocrino tendrán influencia sobre el desarrollo y morfogénesis, a través de su acción sobre el metabolismo.

Pero como en el organismo humano, y en todos los organismos, no existe un órgano aislado e independiente del resto, no es concebible una acción hormonal única, aislada, que influya en el desarrollo del individuo, sino que éste está condicionado por una compleja correlación endocrina, vegetativa y humoral, tanto si el desarrollo es fisiológico como patológico.

Las influencias ambientales actúan de manera intensa sobre la constitución del individuo, unas veces en sentido favorable al impulso hereditario recibido y coadyuvando con él; otras veces interfiriendo a éste y frenándolo o desviándolo más o menos marcadamente. Estos factores peristáticos pueden influir: 1º. en los genes

antes de la anfiixis; 2º. después de ésta durante la gestación del individuo; 3º. ya directamente sobre él en la vida extrauterina.

Las causas ambientales que principalmente actúan sobre los genes son: tóxicos endógenos (sífilis, otras enfermedades parasitarias o infecciosas, trastornos metabólicos); tóxicos exógenos (alcohol, cáñamo indiano y otros euforizantes, tóxicos medicamentosos ocasionales o profesionales); y los agentes físicos (Rayos X, ultravioletas, electricidad, calor, etc.)

El nuevo ser también puede estar influenciado por los factores ambientales durante su vida intrauterina a través del organismo materno. Si la madre padece alguna enfermedad como por ejemplo: la sifilis o el paludismo; (hasta ahora no hemos visto, aunque pensamos investigarlo posteriormente, toxoplasmosis ni embriopatia rubeólica); si tiene alteraciones endocrínicas; si tóxicos exógenos (como el al

cohol y cañamo indiano) o endógenos por trastornos metabólicos, actúan sobre la madre; si el trabajo que ésta realiza es excesivamente duro y provoca el parto antes de los nueve meses con la consiguiente falta de llegada al nuevo ser de sustancias procedentes de glándulas y tejidos muy importantes para el desarrollo ulterior del niño, el nuevo ser queda influenciado por ello. Y llamamos especialmente la atención sobre estos puntos, pues se observan con relativa frecuencia en la población indígena de nuestra Guinea.

Pero durante la vida intrauterina el organismo en formación no solo se afecta por el organismo materno alterado, sino que también puede estar influido por otro organismo que se gesta a la vez que él y sea de sexo contrario, como es frecuente en gestaciones gemelares.

En el desarrollo del niño durante la vida extrauterina, es cuando las circunstancias ambientales tienen una acción más directa so-

bre él. Las enfermedades, alimentación, trabajo, educación, factores climáticos como el sol, aire, luz, carga eléctrica del aire, radiactividad, etc. influyen de manera notable en el desarrollo de todo organismo y esta influencia es tanto mayor cuanto más joven es dicho organismo y en los momentos de crisis de desarrollo.

Este esquemático resumen expuesto, de los factores que intervienen en el desarrollo, ha sido hecho únicamente con el fin de entresacar los que mayor influencia tienen en los niños pamues.

Entre los factores peristáticos que principalmente influyen en los genes, tenemos: Sífilis, alcohol, cañamo indiano y tabús con prohibiciones alimenticias. En el capítulo de "Mortalidad fetal" ya hemos estudiado la difusión de la Lues y sus consecuencias sobre la natalidad.

Antes de la llegada del europeo a Guinea, los pamues tenían be-

bidas alcoholicas fabricadas por ellos mismos con la savia azucara da del tallo joven de las palmeras de aceite, que luego dejaban fermentar. En las fiestas y "baleles" grandes se hacia buen consumo de esta bebida, pero en realidad no existia el alcoholismo crónico, pues no eran muy frecuentes estas reuniones magnas.

Actualmente esta cuestión ha cambiado bastante, pues el europeo ha introducido las bebidas alcoholicas de las que los indigenas hacen ahora gran consumo a pesar de las restricciones severas que para su venta libre ha establecido el Gobierno General de la Colonia, pero que, negros y blancos, con mil combinaciones burlean repetidamente.

Entre los Bubi de la Isla de Fernando Poo, en contacto con el europeo desde hace bastantes más años que los pamues, el alcoholismo está todavía más generalizado que entre los pamues continentales,

en donde rápidamente se va extendiendo ya y si no lo hace más de prisa es debido al elevado precio que los licores tienen.

Al finalizar la última guerra mundial, desde las vecinas zonas francesas del Camerón y Gabón, se introdujo en nuestra Colonia el café indiano (Bang, llaman los pamues) estupefaciente que ha tomado gran difusión principalmente en la zona de Afisok y de los Bibiles en general, en donde se cultiva clandestinamente en claros del bosque virgen ya que está prohibido su cultivo por las Autoridades Civiles y Eclesiásticas, pero que no obstante se fuma en gran escala por los indígenas.

De los grandes fumadores de café que hemos visto, la mayor parte no tenían hijos y estaban francamente embrutecidos por la droga, no teniendo ni apetencia sexual. Entre los otros que habían tenido descendencia, había en ésta algunos niños retrasados mentales

y también dos casos de hipotiroidismo.

Durante la gestación, el fruto está influido por las enfermedades que padece la madre, en nuestro caso concreto la Lues y Paludismo principalmente.

La alimentación materna es bastante normal en Guinea, por lo cual no existen carencias totales y completas, pero sí son frecuentes las carencias parciales principalmente de proteínas.

El trabajo de la madre durante el embarazo influye francamente sobre el nuevo ser. Ya hemos insistido repetidamente del trabajo que desempeña la mujer en la vida familiar y de que este trabajo duro y penoso origina el parto prematuro e incluso el aborto. Entre los pocos casos, relativamente, en que la mujer durante la gestación no trabaja en el campo, hemos plenamente comprobado que el niño nace con un peso superior a los 3 kgs. Los "antiguos", (como llaman

los pamus a sus antepasados) ya se habían dado cuenta de ésto y entre las costumbres que habían establecido, una de ellas era que la mujer gestante fuera a casa de sus padres desde algo antes de medio embarazo, alrededor del quinto mes, en donde vivía y no trabajaba, hasta que dejaba de lactar al hijo a los 18-20 meses. Ahora, por egoísmo del marido, sigue trabajando en su casa hasta 2-3 semanas antes del parto que es cuando vá a la de sus padres para dar a luz.

Según parece, durante los últimos meses del embarazo es cuando se verifica el arribo del hormonas y anticuerpos al organismo fetal y por lo tanto si este feto nace antes de su completa maduración o sea de su almacenamiento de sustancias estimulo-defensivas provenientes de la madre, tiene un déficit orgánico, que de no suplirse con la lactancia materna, le perdurará toda la vida.

Una de las hormonas que en mayor cantidad se almacena durante los últimos meses de gestación son las gonadas. Tal vez sea esta la causa y explicación del porqué del hipogonadismo del pamae en general.

Durante la vida intrauterina, no influye la alimentación de la madre para el desarrollo normal del hijo, más que en escasa proporción y en formas de carencias alimenticias repetidas a través de distintas generaciones; en cambio la alimentación del niño ya nacido, tiene una importancia decisiva para su desarrollo.

En Guinea, la lactancia es exclusivamente materna. Desde las pocas horas después del parto, la madre pone a su hijo al pecho. Tanto en multíparas como en primíparas, a las 10-12 horas siguientes al parto tienen ligera secreción de calostro que va aumentando gradualmente hasta establecerse ya en cantidad más que suficiente para

el niño a los dos días o dos y medio y a veces a las 24 horas. En ningún caso hemos visto agalactia y solo una mujer presentaba hipogalactia discreta que cedió en 48 horas con un medicamento indígena, un cocimiento de una hierba pequeña.

Debido a esta precoz y abundante secreción láctea, la pérdida fisiológica del niño pamue muchas veces no tiene lugar o pasa desapercibida, aumentando de peso desde los pocos días de nacido. Aun cuando en número muy pequeño, ponemos algunos ejemplos que confirman lo que hemos dicho:

Niño: Eseno Nób

5 días .....	peso 1,750
14 " .....	" 2,250

Niño: José Eseno

10 minutos .....	peso 2,250
4 días .....	" 2,250
7 " .....	" 2,300

NIÑO: Adugu Nób

5 días .....	peso 2,850
14 " .....	" 3,250

NIÑO: Benigno Edú

1 hora .....	peso 3,050
12 días .....	" 3,475

NIÑO: Verónica Asué

2 días .....	peso 2,600
6 " .....	" 2,650

No tenemos más pesos repetidos de los niños, pues, como la mayor parte de las mediciones y pesos se han hecho en los poblados del bosque a donde nos hemos desplazado, permaneciendo 2-3 días en cada uno de ellos, no nos ha sido posible volver para hacer las repeticiones que nos interesaban. Pero en los promedios sacados en las distintas edades, aun cuando son diferentes los niños correspondientes a una y otra edad, se comprueba también lo que decimos.

Hasta los 18-20 meses los niños están alimentados exclusivamen

te a pecho; por eso se ve perfectamente que mientras el niño no necesita complementar la alimentación materna, se desarrolla muy bien y de prisa, pero a partir de los 6-7 meses el desarrollo no sigue la marcha que le corresponde según lo iniciado durante los primeros meses. A medida que necesita más complementos y no los recibe, el desarrollo ponderal se estaciona más y niños que a los 5-6 meses daban un promedio de 7,077 gramos, a los 12-14 meses el promedio es de 8.500 gramos y a los 2-3 años lo dan de 10.200 gramos.

A los 18-20 meses, una vez ha sido destetado el niño, la alimentación es francamente insuficiente no solo en calidad sino también en cantidad, estando los niños descuidados por sus madres casi en absoluto. Esta hipocalimentación no empieza a compensarse hasta que el niño tiene edad suficiente para ir al bosque solo a buscar alimento y aprender a poner trampas para cazar y pescar, y se busca

por su cuenta la mayor parte del sustento.

Ese déficit alimenticio en cantidad y en calidad (principalmente en proteínas) dá como consecuencia un retraso puberal de algunos años, en relación con el niño europeo.

Además del factor alimentación, desfavorable en el niño pamue a partir de los 6-8 meses, influyen en su vida extrauterina los factores climáticos, tales como el sol, aire, electricidad ambiental, radioactividad, etc.

Al niño pamue lo sacan al aire libre a los pocos momentos de nacer y luego, por supersticiones, para que no le "manden el brujo que lo ponga enfermo", no lo sacan de casa hasta la luna siguiente o sea un mes después. A partir de entonces está el día entero al aire libre y al sol, completamente desnudo. Eso influye en su desarrollo de dos maneras: una favorablemente al estar influenciado por

el sol y la luz; otra desfavorable por estar el pequeño expuesto a enfriamientos y a ser picado por mosquitos, en su mayor parte infectados de paludismo.

Ya hemos hablado en el capítulo "Morbilidad" de la enorme cantidad de niños palúdicos que hay en Guinea. Tenemos la firme convicción de que esta morbilidad palúdica junto con la hipoalimentación durante los primeros años de la vida, son las causas principales de la pubertad tardía en nuestros países y del desarrollo insuficiente durante la infancia. Como ya hemos dicho anteriormente, este anómalo desarrollo es debido a la acción del paludismo sobre la hipófisis, lo que provoca una insuficiencia más o menos acentuada causa del retrazo ponderal.

En la Guinea Continental durante todo el año está el ambiente atmosférico cargado de electricidad, carga que se hace sensiblemente

te manifiesta en las épocas de los grandes tornados que corresponden más o menos hacia los meses de marzo y abril. No sabemos ni podemos precisar ahora qué influencia tiene sobre el organismo en desarrollo de los niños indígenas, pero tenemos la firme convicción de que alguna influencia tiene y de que esta influencia es más bien desfavorable, principalmente desde el punto de vista psíquico.

El trabajo no tiene influencia alguna sobre el niño pamue que vive a sus anchas, sin preocupación ni obligación alguna, hasta la edad prepuberal.

- - - - -

Deseando conocer la evolución ponderal del niño pamue, hemos ido a diversos poblados del interior para hacer mediciones a los niños habitantes en ellos, desde recién nacidos a los 18 años.

Como el tiempo que podíamos permanecer en cada poblado era siempre

pre muy escaso, pues nos reclamaba en la Misión el trabajo del Dispensario y Orfanato, hemos aprovechado las horas de luz para medir a los niños y no hemos tenido en cuenta las variaciones que experimenta la talla a través de las horas del día, pues en realidad no son excesivamente importantes. Mayor importancia tiene la hora en cuanto al peso se refiere por el aumento posprandial que pueda tener, pero como la costumbre pamue es comer tan solo una vez al día, al anochecer, tanto los pesos de la mañana como los de la tarde han sido siempre con el estómago vacío.

La indumentaria con que se han hecho estas medidas ha sido nula para los niños pequeños y medianos, y muy esquemática para los niños y niñas mayores.

El total de niños medidos durante las diferentes expediciones, sido de 3.159 que se reparten en la siguiente forma:

1 año .....	total	595
2 años .....	"	210
3 " .....	"	91
4 " .....	"	128
5 " .....	"	124
6 " .....	"	130
7 " .....	"	105
8 " .....	"	111
9 " .....	"	110
10 " .....	"	81
11 " .....	"	134
12 " .....	"	192
13 " .....	"	204
14 " .....	"	268
15 " .....	"	281
16 " .....	"	203
17 " .....	"	141
18 " .....	"	51

El primer año lo hemos subdividido en meses y el primer mes en grupos que comprenden de 0 a 3 días; de 4 a 15; y de 16 a 30, para poder observar mejor la evolución del recién nacido y lactante.

Como la mayor parte de los niños medidos eran cristianos, en la partida de Bautismo consta la edad que tienen y con más seguridad

en los que, como éstos, han sido bautizados de chiquitines. Otros niños todavía paganos es más difícil saberlo, pero hace ya unos años que los indígenas, paganos y cristianos, compran calendarios de hojas sueltas y aun cuando no sepan leer señalan y guardan la hoja correspondiente al día de algún acontecimiento que deseen saber la fecha en que ocurrió. Así, de muchos niños paganos se sabe la fecha de nacimiento exacta por la hoja del calendario que su padre guarda celosamente. A otros pequeños se les deduce la edad por otros del mismo poblado, cristianos o con hoja de calendario, que nacieron en la misma época.

De todos los niños lactantes y niños pequeños ya conocen sus padres perfectamente la edad que tienen, lo que facilita mucho el trabajo.

Las mediciones que hemos llevado a cabo en forma sistemática

han sido: Peso; talla de pié y talla sentado; perímetro cefálico y torácico; tamaño de lo que sobresalía el base por debajo del reborde costal expresado en centímetros; fórmula dentaria; tamaño de las fontanelas, y menarquia.

Los datos que hemos obtenido siguen a continuación:

EDAD: **de 0 a 3 días**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **22**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>2.797 gr.</b>	<b>3.650 gr.</b>	<b>1.200 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>47'7 cm.</b>	<b>51'0 cm.</b>	<b>42 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>31'9 "</b>	<b>36 "</b>	<b>27 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>34 "</b>	<b>37'5 "</b>	<b>28 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>31'9 "</b>	<b>34'5 "</b>	<b>27 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'7 "</b>	<b>5 "</b>	<b>1'5 "</b>
Fontanela posterior.....	<b>1'2 "</b>	<b>2 "</b>	<b>0'5 "</b>

Bazo..... } Promedio  
 } Máximo **Todos negativos**  
 } Pequeño Polo  
 } Negativos

Dentición..... }

EDAD: de 4 a 15 días

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 31

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	2.939 gr.	3.800 gr.	1.600 gr.
Talla de pie.....	49'5 cm.	55 cm.	41 cm.
Talla sentado.....	32'7 "	37'5 "	26 "
Perímetro cefálico.....	34'7 "	38 "	26 "
Perímetro Torácico.....	32'4 "	37'5 "	28'5 "
Fontanela anterior.....	2'8 "	5 "	1 "
Fontanela posterior.....	1'2 "	2 "	1 sin font.post.

Bazo..... } Promedio  
 } Máximo **Todos negativos**  
 } Pequeño Polo  
 } Negativos

Dentición..... }

EDAD: **de 16 a 28 días**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **41**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>3.474 gr.</b>	<b>4.500 gr.</b>	<b>2.700 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>49'7 cm.</b>	<b>55 cm.</b>	<b>47'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>33'1 "</b>	<b>38 "</b>	<b>32 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>34'6 "</b>	<b>38'5 "</b>	<b>34 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>33'5 "</b>	<b>37 "</b>	<b>30'5 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'9 "</b>	<b>6 "</b>	<b>1 "</b>
Fontanela posterior.....	<b>1'1 "</b>	<b>2 "</b>	<b>2 sin font.post.</b>

Bazo..... { Promedio **0'04**  
 Máximo **2**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **38**

si e ón umbilical { Promedio **3'8 días**  
 Máxima duración **8 días**  
 Casos controlados 154 { Mínima duración **2'5 días**

EDAD: **1 mes**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **30**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>4.373 gr.</b>	<b>5.500 gr.</b>	<b>2.750 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>54'1 cm.</b>	<b>59 cm.</b>	<b>46'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>36'2 cm.</b>	<b>39 "</b>	<b>32 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>38 "</b>	<b>40'5 "</b>	<b>31 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>33 "</b>	<b>41 "</b>	<b>31 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'8 "</b>	<b>4 "</b>	<b>1 "</b>
Fontanela posterior.....	<b>0'61"</b>	<b>1'5 "</b>	<b>9 sin font.post.</b>

Bazo..... { Promedio **0'4**  
 Máximo **4**  
 Pequeño Polo **3**  
 Negativos **22**

Dentición..... }

EDAD: **1 mes.**NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **27**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>3.905 gr.</b>	<b>6.500 gr.</b>	<b>2.100 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>52'1 cm.</b>	<b>57'5 cm.</b>	<b>47 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>34'6 "</b>	<b>37'5 "</b>	<b>30 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>36'1 "</b>	<b>40 "</b>	<b>34 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>35'4 "</b>	<b>41 "</b>	<b>30 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'9 "</b>	<b>4 "</b>	<b>1'5 "</b>
Fontanela posterior.....	<b>0'8 "</b>	<b>2 "</b>	<b>2 sin font.post.</b>

Bazo..... } Promedio **0'1**  
 Máximo **2**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **23**

Dentición..... }

EDAD: **2 meses.**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **37**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>4.672 gr.</b>	<b>6.600 gr.</b>	<b>4.000 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>56'9 cm.</b>	<b>64 cm.</b>	<b>51 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>38'1 "</b>	<b>43 "</b>	<b>35'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>39'8 "</b>	<b>43 "</b>	<b>37 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>39'2 "</b>	<b>43 "</b>	<b>35 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'85"</b>	<b>4'5 "</b>	<b>1'5 "</b>
Fontanela posterior.....	<b>0'23"</b>	<b>1 "</b>	<b>20 sin font.post.</b>

Bazo.....

}	Promedio <b>1'2</b>
	Máximo <b>8</b>
	Pequeño Polo <b>5</b>
	Negativos <b>17</b>

Dentición.....

}	

EDAD: **2 meses.**

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **30**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>5.108 gr.</b>	<b>7.550 gr.</b>	<b>3.200 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>56'5 cm.</b>	<b>62 cm.</b>	<b>51'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>37'8 "</b>	<b>43 "</b>	<b>33'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>38'8 "</b>	<b>42 "</b>	<b>36 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>38 "</b>	<b>42 "</b>	<b>34 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'1 "</b>	<b>4 "</b>	<b>1 "</b>
Fontanela posterior.....	<b>0'3 "</b>	<b>2 "</b>	<b>25 sin font.post.</b>

Bazo..... } Promedio **1'9**  
 Máximo **9**  
 Pequeño Polo **4**  
 Negativos **13**

Dentición..... }

EDAD: **3 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **24**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>5.841 gr.</b>	<b>7.600 gr.</b>	<b>3.600 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>59'6 cm.</b>	<b>64'5 cm.</b>	<b>52'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>39'2 "</b>	<b>44 "</b>	<b>36 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>40'6 "</b>	<b>43 "</b>	<b>36 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>39'5 "</b>	<b>45 "</b>	<b>36 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'5 "</b>		
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'2**  
 Máximo **7**  
 Pequeño Polo **3**  
 Negativos **8**

Dentición..... }

EDAD: **3 meses.**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **36**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>5.552 gr.</b>	<b>6.950 gr.</b>	<b>3.900 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>58'5 cm.</b>	<b>66'5 cm.</b>	<b>54 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>39'2 "</b>	<b>42 "</b>	<b>36 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>40'4 "</b>	<b>44 "</b>	<b>38 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>39'2 "</b>	<b>43 "</b>	<b>36 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'2 "</b>	<b>4 "</b>	<b>1</b>
Fontanela posterior.....	<b>Todos</b>	<b>negativos</b>	

Bazo..... } Promedio **1'9**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **13**

Dentición..... }

EDAD: **4 meses**NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **29**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>6.242 gr.</b>	<b>8.000 gr.</b>	<b>4.200 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>61'12 cm.</b>	<b>66 cm.</b>	<b>54'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>40'91 "</b>	<b>48'5 "</b>	<b>36 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>42'2 "</b>	<b>45 "</b>	<b>39 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>40 "</b>	<b>45 "</b>	<b>35'5 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'13 "</b>	<b>3'5 "</b>	<b>1</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'77**  
 Máximo **9**  
 Pequeño Polo **5**  
 Negativos **6**

entición..... }

EDAD: **4 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **32**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>6.342 gr.</b>	<b>8.000 gr.</b>	<b>4.100 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>61'25 cm.</b>	<b>67 cm.</b>	<b>57 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>39'7 "</b>	<b>42'5 "</b>	<b>35'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>41'3 "</b>	<b>44 "</b>	<b>39 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>40'1 "</b>	<b>43 "</b>	<b>35 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2 "</b>	<b>3'5 "</b>	<b>1 "</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **1'4**  
 Máximo **5'5**  
 Pequeño Polo **4**  
 Negativos **10**

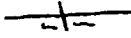

entición..... { **1 =**

EDAD: **5 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **32**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>7.000 gr.</b>	<b>9.400 gr.</b>	<b>4.300 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>64'3 cm.</b>	<b>69 cm.</b>	<b>61 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>42'5 "</b>	<b>46 "</b>	<b>39 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>43'1 "</b>	<b>46'5 "</b>	<b>41 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>42'7 "</b>	<b>46'5 "</b>	<b>38'5 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'8 "</b>	<b>4 "</b>	<b>1 sin font.</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'4**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **8**

entición..... { **2 =**   
**Resto** 

EDAD: **5 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **23**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>6.400 gr.</b>	<b>7.500 gr.</b>	<b>3.800 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>62'4 cm.</b>	<b>65 cm.</b>	<b>54 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>40'7 "</b>	<b>47'5 "</b>	<b>35'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>41'7 "</b>	<b>45 "</b>	<b>39 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>40'6 "</b>	<b>43'5 "</b>	<b>38'5 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2'3 "</b>	<b>4 "</b>	<b>1 "</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'2**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **7**

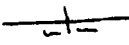
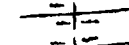

Entención..... { **3 =** ~~—~~  
 Resto ~~⊕~~

EDAD: **6 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **25**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>6.800 gr.</b>	<b>8.500 gr.</b>	<b>5.000 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>66'1 cm.</b>	<b>70 cm.</b>	<b>62'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>42'9 "</b>	<b>45 "</b>	<b>39 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>43'8 "</b>	<b>48 "</b>	<b>41 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>42'7 "</b>	<b>46 "</b>	<b>38'5 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'6 "</b>	<b>3 "</b>	<b>1 sin fontanela</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3,2**  
 Máximo **8**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **5**

Entención..... { **12** =   
**2** =   
**3** =   
**Resto** = 

EDAD: 6 meses

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 28

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	6.500 gr.	7.900 gr.	3.900 gr.
Talla de pie.....	64'4 cm.	70 cm.	52 cm.
Talla sentado.....	41'6 "	49'5 "	38 "
Perímetro cefálico.....	42'5 "	44'5 "	39'5 "
Perímetro Torácico.....	41'1 "	43'5 "	34'5 "
Fontanela anterior.....	1'8 "	3'5 "	1
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 3'1  
 Máximo 9  
 Pequeño Polo 2  
 Negativos 7

entición..... { 7 = ~~11~~  
 2 = ~~11~~  
 Resto = ~~Φ~~

EDAD: **7 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **32**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>7.200 gr.</b>	<b>10.200 gr.</b>	<b>6.100 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>67'5 cm.</b>	<b>71 cm.</b>	<b>64'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>42'9 "</b>	<b>48 "</b>	<b>39 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>44'2 "</b>	<b>47 "</b>	<b>42'5 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>42'9 "</b>	<b>48 "</b>	<b>39 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'3 "</b>	<b>3'5 "</b>	<b>2 sin fontanela</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'1**  
 Máximo **12**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **7**

Entención..... { **19** =  $\frac{11}{11}$   
**7** =  $\frac{11}{11}$   
**1** =  $\frac{211}{11}$   
 Resto =  $\phi$

EDAD: **7 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **32**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>6.800 gr.</b>	<b>9.300 gr.</b>	<b>4.300 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>65'3 cm.</b>	<b>70 cm.</b>	<b>56 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>41'7 "</b>	<b>47 "</b>	<b>34 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>43'5 "</b>	<b>50 "</b>	<b>41'5 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>41'6 "</b>	<b>46 "</b>	<b>37 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'5 "</b>	<b>3 "</b>	<b>1</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'1**  
 Máximo **11**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **7**

entición..... { **19 =** ~~11~~  
**7 =** ~~7~~  
**Resto =** ~~0~~

EDAD: **8 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **15**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>7.300 gr.</b>	<b>9.400 gr.</b>	<b>6.200 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>67'8 cm.</b>	<b>71 cm.</b>	<b>62 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>43'5 "</b>	<b>48 "</b>	<b>41 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>44'5 "</b>	<b>46 "</b>	<b>43 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>42'9 "</b>	<b>47 "</b>	<b>39 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'3 "</b>	<b>2 "</b>	<b>0'5 "</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4**  
 Máximo **13**  
 Pequeño Polo **0**  
 Negativos **3**

entición..... { **3** = ~~⊕~~  
**6** = ~~⊕~~  
**Resto** = ~~⊕~~

EDAD: 8 meses

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 14

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	7.100 gr.	8.600 gr.	5.060 gr.
Talla de pie.....	67 cm.	73 cm.	62'5 cm.
Talla sentado.....	42'7 "	48 "	39 "
Perímetro cefálico.....	43'6 "	48 "	40 "
Perímetro Torácico.....	42 "	47 "	38 "
Fontanela anterior.....	1'1 "	2 "	2 sin fontanela
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 3'6  
 Máximo 10  
 Pequeño Polo 0  
 Negativos 4

entición..... { 2 = —⊕—  
 6 = —+—  
 Resto = —+—

EDAD: 9 meses

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 11

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	7.400 gr.	9.500 gr.	6.000 gr.
Talla de pie.....	68'7 cm.	74 cm.	64 cm.
Talla sentado.....	43'8 "	48'5 "	40'5 "
Perímetro cefálico.....	44'6 "	45'5 "	42'5 "
Perímetro Torácico.....	43 "	47 "	41 "
Fontanela anterior.....	0'9 "	2 "	2 sin fontanela
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 3'2  
 Máximo 6  
 Pequeño Polo 0  
 Negativos 2

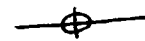
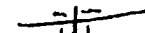
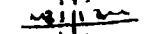
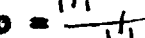
Dentición..... { 1 =  $\frac{\phi}{\phi}$   
 7 =  $\frac{\phi}{\phi}$   
 2 =  $\frac{\phi}{\phi}$   
 Resto =  $\frac{\phi}{\phi}$

EDAD: 9 meses

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 14

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	7'300 gr.	8.700 gr.	5.000 gr.
Talla de pie.....	67'1 cm.	73 cm.	55 cm.
Talla sentado.....	42'6 "	47 "	36 "
Perímetro cefálico.....	44 "	47 "	41 "
Perímetro Torácico.....	42'3 "	47'5 "	36 "
Fontanela anterior.....	1'2 "	2 "	1 "
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 3'2  
 Máximo 10  
 Pequeño Polo 1  
 Negativos 3

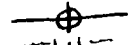
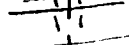
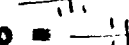

entición..... { 2 =   
 3 =   
 2 =   
 Resto = 

EDAD: **10 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **25**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>8.100 gr.</b>	<b>9.900 gr.</b>	<b>5.500 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>70'3 cm.</b>	<b>76'5 cm.</b>	<b>65 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>44'6 "</b>	<b>49 "</b>	<b>41 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>45'1 "</b>	<b>47'5 "</b>	<b>43 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>43'9 "</b>	<b>48'5 "</b>	<b>41 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'2 "</b>	<b>3 "</b>	<b>2 sin fontanela</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'3**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **5**

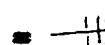
entición..... { **1** =   
**6** =   
**6** =   
 Resto = 

EDAD: **10 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **11**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>7.500 gr.</b>	<b>8.900 gr.</b>	<b>5.200 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>68'8 cm.</b>	<b>72 cm.</b>	<b>63 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>43'6 "</b>	<b>46 "</b>	<b>40'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>44'2 "</b>	<b>47 "</b>	<b>40 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>42'7 "</b>	<b>45 "</b>	<b>38 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'3 "</b>	<b>3 "</b>	<b>1 sin fontanela</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4'3**  
 Máximo **9**  
 Pequeño Polo **0**  
 Negativos **1**

Dentición..... { **1** =   
**3** =   
 Resto = 

EDAD: **11 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **20**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>8.200 gr.</b>	<b>10.200 gr.</b>	<b>6.100 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>70'8 cm.</b>	<b>77 cm.</b>	<b>66 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>45 "</b>	<b>50 "</b>	<b>41 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>46'1 "</b>	<b>50 "</b>	<b>39 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>44'4 "</b>	<b>48 "</b>	<b>39 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'4 "</b>	<b>3 "</b>	<b>1 sin fontanela</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4'6**  
 Máximo **13**  
 Pequeño Polo **0**  
 Negativos **2**

Dentición..... { **1** = ~~—⊕—~~  
**2** = ~~—11—~~  
**5** = ~~—21112—~~  
**3** = ~~—11—~~  
 Resto = ~~—⊕—~~

EDAD: **11 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **10**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>7.600 gr.</b>	<b>8.800 gr.</b>	<b>5.990 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>70'6 cm.</b>	<b>79 cm.</b>	<b>65 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>44'8 "</b>	<b>48 "</b>	<b>40'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>44'4 "</b>	<b>47 "</b>	<b>42 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>42'9 "</b>	<b>44'5 "</b>	<b>37 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>1'3 "</b>	<b>3 "</b>	<b>0'5 "</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **5'5**  
 Máximo **12**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **0**

Dentición..... { **3** =  $\frac{2112}{111}$   
**2** =  $\frac{111}{111}$   
 Resto =  $\frac{2112}{111}$

EDAD: 12-13-14 meses

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 45

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	8.500 gr.	12.300 gr.	6.100 gr.
Talla de pie.....	72'5 cm.	79 cm.	65 cm.
Talla sentado.....	45'5 "	49 "	42 "
Perímetro cefálico.....	46'4 "	49 "	44 "
Perímetro Torácico.....	44'5 "	50 "	41 "
Fontanela anterior.....	0'5 "	1'5 "	1 sin fontanela
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 3'4  
 Máximo 9  
 Pequeño Polo 1  
 Negativos 10

Dentición..... { 9 =  $\frac{11}{11}$   
 8 =  $\frac{2112}{2112}$   
 Resto =  $\frac{2112}{2112}$

EDAD: 12-13-14 meses

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 40

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	7.900 gr.	11.600 gr.	5.100 gr.
Talla de pie.....	71'9 cm.	79 cm.	64 cm.
Talla sentado.....	44'7 "	48'5 "	37'5 "
Perímetro cefálico.....	45' "	48'5 "	42 "
Perímetro Torácico.....	44'2 "	49 "	39'5 "
Fontanela anterior.....	1'06"	4 "	10 sin fontanela
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 3'7  
 Máximo 14  
 Pequeño Polo 1  
 Negativos 10

Dentición..... { 5 =  $\frac{11}{11}$   
 5 =  $\frac{11}{11}$   
 5 =  $\frac{21}{11}$   
 Resto =  $\frac{21}{11}$

EDAD: 15-16-17 meses

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 25

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	8.900 gr.	10.700 gr.	6.500 gr.
Talla de pie.....	75'4 cm.	83' cm.	73 cm.
Talla sentado.....	45'8 "	50 "	42 "
Perímetro cefálico.....	46'6 "	49 "	44 "
Perímetro Torácico.....	45'1 "	48'5 "	41 "
Fontanela anterior.....	0'52"	2 "	13 sin fontanela
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 2'3  
 Máximo 9  
 Pequeño Polo 1  
 Negativos 10

Dentición..... { 3 =  $\frac{11}{11}$   
 14 =  $4 \frac{2112}{2112}$   
 Resto =  $\frac{2112}{2112}$

EDAD: **15-16-17 meses**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **22**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>8.200 gr.</b>	<b>10.200 gr.</b>	<b>6.300 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>73'3 cm.</b>	<b>87 cm.</b>	<b>64'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>45 "</b>	<b>50 "</b>	<b>42 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>45'2 "</b>	<b>49'5 "</b>	<b>42 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>44'3 "</b>	<b>50'5 "</b>	<b>39 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>0'9 "</b>	<b>2 "</b>	<b>7 sin fontanela</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4'1**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **4**

Dentición..... {  $16 = \frac{2112}{132}$   
 $1 = \frac{2112}{2112}$   
 $2 = \frac{2112}{1056}$   
 $1 = \frac{11}{11}$   
 Resto =  $\frac{2112}{2112}$

EDAD: **1½-2 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **46**

**161**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>9.300 gr.</b>	<b>13.000 gr.</b>	<b>5.500 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>75'7 cm.</b>	<b>82 cm.</b>	<b>41'6 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>46'1 "</b>	<b>51 "</b>	<b>36 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>46'9 "</b>	<b>51 "</b>	<b>44 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>45'9 "</b>	<b>52 "</b>	<b>41 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>0'3 "</b>	<b>2'5 "</b>	<b>27 sin fontanela</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4'3**  
 Máximo **12**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **13**

Dentición..... {  $4 = \frac{2112}{2112}$   
 $15 = \frac{2112}{2112} - 4 \frac{2112}{2112} - 4$   
 $2 = 5 - 5$   
 Resto =  $4 \frac{2112}{2112} - 4$

EDAD: 1½-2 años

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: 32

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	8.700 gr.	11.000 gr.	7.200 gr.
Talla de pie.....	75'2 cm.	84 cm.	68 cm.
Talla sentado.....	46 "	51 "	41 "
Perímetro cefálico.....	46'2 "	48'5 "	42'5 "
Perímetro Torácico.....	45'5 "	52 "	42 "
Fontanela anterior.....	0'5 "	2 "	19 sin fontanela
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 4'2  
 Máximo 14  
 Pequeño Polo 2  
 Negativos 6

Dentición..... { 1 =  $\frac{2112}{2112}$   
 16 =  $4 \frac{2112}{2112} 4$   
 Resto =  $4 \frac{2112}{2112} 4$

EDAD: **2 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **47**

	Valor medio	Valormáximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>10.200 gr.</b>	<b>13.600 gr.</b>	<b>7.500 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>78 ca.</b>	<b>85'5 cm.</b>	<b>65 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>47'1 "</b>	<b>52 "</b>	<b>43 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>47'4 "</b>	<b>50 "</b>	<b>45 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>47'5 "</b>	<b>53 "</b>	<b>44 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>0'1 "</b>	<b>2 "</b>	<b>39 sin font.</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **5'5**  
 Máximo **14**  
 Pequeño Polo **0**  
 Negativos **9**

Dentición..... { **12** = 5 ———— 5  
**8** = 4 ———— 4  
**1** = ———— 1  
 Resto = 4 ———— 4

EDAD: **2 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **44**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>10.300 gr.</b>	<b>10.700 gr.</b>	<b>7.000 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>78'8 cm.</b>	<b>87 cm.</b>	<b>68 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>47'7 "</b>	<b>68 "</b>	<b>41 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>46'2 "</b>	<b>51 "</b>	<b>42 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>46'8 "</b>	<b>53'5 "</b>	<b>43 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>0'1 "</b>	<b>1'5 "</b>	<b>32 sin fontanela</b>
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4'7**  
 Máximo **13'5**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **10**

Dentición..... { **17** = 5 ——— | ——— 5  
**16** = ——— | ——— 4 ——— | ——— 4  
**2** = 4 ——— | ——— 4  
**6** = 4 ——— | ——— 2 | ——— 2 ——— | ——— 4  
**2** = ——— | ——— 2 | ——— 2 ——— | ———  
 ——— 2 | ——— 2 ——— | ———

EDAD: 3 años

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 64

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	11.700 gr.	14.300 gr.	7.500 gr.
Talla de pie.....	84'8 cm.	95 cm.	73 cm.
Talla sentado.....	49 "	55 "	44 "
Perímetro cefálico.....	48'3 "	51 "	44 "
Perímetro Torácico.....	49 "	56 "	44'5 "
Fontanela anterior.....	<b>Sólamente un niño tiene un pequeño punto</b>		
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 5  
 Máximo 15  
 Pequeño Polo 1  
 Negativos 9

Dentición..... { 1 = I<sub>1</sub> — + I<sub>1</sub>  
 3 = I<sub>2</sub> — + I<sub>2</sub> —  
 Resto = 5 — + 5

EDAD: **3 años**NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **64**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>11.900 gr.</b>	<b>15.000 gr.</b>	<b>8.400 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>84'5 cm.</b>	<b>92 cm.</b>	<b>75 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>48'4 "</b>	<b>54 "</b>	<b>40 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>47'1 "</b>	<b>51 "</b>	<b>43 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>48'7 "</b>	<b>54'5 "</b>	<b>41 "</b>
Fontanela anterior.....	<b>2 niñas</b>	<b>pequeño punto</b>	
Fontanela posterior.....			

Bazo..... } Promedio **3'9**  
 Máximo **15**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **21**

Dentición..... } **Todas = 5** ~~5~~

EDAD: 4 años

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 61

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	13.800 gr.	17.800 gr.	10.100 gr.
Talla de pie.....	90'7 cm.	101'5 cm.	79 cm.
Talla sentado.....	50'7 "	57 "	40 "
Perímetro cefálico.....	49'2 "	52 "	46 "
Perímetro Torácico.....	52'3 "	93 "	45 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 5  
 Máximo 15  
 Pequeño Polo 2  
 Negativos 10

Dentición..... { 2 =  $\frac{-5}{5} \text{---} + \frac{5}{5} \text{---}$   
 Resto = 5  $\text{---} + \text{---} 5$

EDAD: **4 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **63**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>13.400 gr.</b>	<b>17.700 gr.</b>	<b>10.200 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>88'2 cm.</b>	<b>99 cm.</b>	<b>79 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>50'5 "</b>	<b>57 "</b>	<b>44 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>48 "</b>	<b>51 "</b>	<b>46 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>50 "</b>	<b>56 "</b>	<b>43 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4'6**  
 Máximo **14**  
 Pequeño Polo **3**  
 Negativos **13**

Dentición..... { **1 = 6 — + 6**  
**Resto = 5 — + 5**

EDAD: 5 años

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 65

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	15.068 gr.	20.000 gr.	12.500 gr.
Talla de pie.....	95'35 cm.	112 cm.	72 cm.
Talla sentado.....	52'3 "	58'5 "	42 "
Perímetro cefálico.....	50'3 "	54 "	47 "
Perímetro Torácico.....	51'7 "	56'5 "	48 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio #1  
 Máximo 13  
 Pequeño Polo 3  
 Negativos 15

entición..... { 7 =  $\frac{-5}{-5} + \frac{5}{5}$   
 2 = 6 — + 6

**Ninguno cambia**

EDAD: **5 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **65**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>15.076 gr.</b>	<b>19.500 gr.</b>	<b>12.000 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>96'5 cm.</b>	<b>100'9 cm.</b>	<b>77 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>52'9 "</b>	<b>59'5 "</b>	<b>42'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>49'1 "</b>	<b>53 "</b>	<b>47 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>52'1 "</b>	<b>58'5 "</b>	<b>48'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'6**  
 Máximo **13**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **14**

Dentición..... { **7** =  $\frac{5}{5} + \frac{5}{5}$   
**2** =  $\frac{5}{5} + \frac{6}{6}$   
**5** = cambio  $\frac{5}{5}$   
 Resto =  $5 + 5$

EDAD: 6 años

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 59

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	17.793 gr.	28.400 gr.	13.000 gr.
Talla de pie.....	104'8 cm.	117 cm.	89 cm.
Talla sentado.....	55'8 "	61'5 "	50 "
Perímetro cefálico.....	50'1 "	61'5 "	47 "
Perímetro Torácico.....	55 "	58 "	49 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 3'3  
 Máximo 12  
 Pequeño Polo 4  
 Negativos 17

Dentición..... { 37 = 6 — + — 6  
 5 = 5 — + — 5  
 Resto = 5 — + — 5  
 16 cambian — + —  
 3  $\frac{1}{2}$  además — + —

EDAD: **6 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **46**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>16.560 gr.</b>	<b>22.000 gr.</b>	<b>13.200 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>103'9 cm.</b>	<b>113 cm.</b>	<b>88'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>55'7 "</b>	<b>62 "</b>	<b>50 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>48'3 "</b>	<b>54 "</b>	<b>46'5 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>52'7 "</b>	<b>54 "</b>	<b>46'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'5**  
 Máximo **14'5**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **12**

Dentición..... { **29 =** 6 — | — 6  
 9 = — 5 — | — 5 —  
**Resto =** 5 — | — 5  
**24 cambian** — | —  
**2 " además** — | —

EDAD: **7 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **49**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>19.593 gr.</b>	<b>27.500 gr.</b>	<b>12.000 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>112'5 cm.</b>	<b>134'5 cm.</b>	<b>101 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>58'4 "</b>	<b>54'5 "</b>	<b>53 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>50'8 "</b>	<b>54'5 "</b>	<b>48 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>55'6 "</b>	<b>64 "</b>	<b>49'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4'9**  
 Máximo **14**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **9**  
**todos = 6 + 6**

Dentición..... { **15 =**  $\frac{2 \ 1 \ 1}{2 \ 1 \ 1 \ 2}$   
**3 =**  $\frac{2 \ 1 \ 1}{2 \ 1 \ 1 \ 2}$   
**7 =**  $\frac{1 \ 1}{1 \ 1}$   
**9 =**  $\frac{1 \ 1}{1 \ 1}$

EDAD: **7 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **62**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>18.556 gr.</b>	<b>23.400 gr.</b>	<b>12.500 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>109'5 cm.</b>	<b>123 cm.</b>	<b>95 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>57'8 "</b>	<b>63'5 "</b>	<b>53 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>49'6 "</b>	<b>64'5 "</b>	<b>53 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>54'7 "</b>	<b>59 "</b>	<b>50 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'45**  
 Máximo **12**  
 Pequeño Polol  
 Negativos **13**

Dentición..... { **2** = 5 — + — 5  
**5** = — 5 — + — 5 —  
**20** = ————— + —————  
**6** = ———— + ————  
**18** = ———— + ————  
**3** = ———— + ————

EDAD: **8 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **57**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>20.985 gr.</b>	<b>26.900 gr.</b>	<b>13.300 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>113'4 cm.</b>	<b>138 cm.</b>	<b>94 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>59'2 "</b>	<b>77'5 "</b>	<b>51 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>50'3 "</b>	<b>54 "</b>	<b>48'5 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>56'9 "</b>	<b>68 "</b>	<b>52'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'85**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **18**

Dentición..... { **3** =  $\frac{11}{11}$   
**9** =  $\frac{11}{21\frac{1}{2}}$   
**Resto** =  $6 \frac{21\frac{1}{2}}{21\frac{1}{2}}$  **6**

EDAD: **8 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **53**

176

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>21.188 gr.</b>	<b>29.900 gr.</b>	<b>16.000 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>114'2 cm.</b>	<b>125 cm.</b>	<b>101'5 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>59'6 "</b>	<b>64'5 "</b>	<b>51'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>49'7 "</b>	<b>52'5 "</b>	<b>47 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>56'2 "</b>	<b>60'5 "</b>	<b>51'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **4'45**  
 Máximo **15**  
 Pequeño Polo **2**  
 Negativos **7**

Dentición..... { **19 = 6**  $\frac{2112}{111}$  **6**  
 Reste = completa

EDAD: **9 años**NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **48**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>22.458 gr.</b>	<b>27.000 gr.</b>	<b>18.400 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>119' cm.</b>	<b>132'5 cm.</b>	<b>107 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>62'09 "</b>	<b>85 "</b>	<b>56 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>51'1 "</b>	<b>54 "</b>	<b>49 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>57'9 "</b>	<b>62'5 "</b>	<b>53'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'81**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **11**

Dentición..... { **2 = 6**  $\frac{2112}{111} 6$   
 Resto completa

EDAD: 9 años

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 33

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	22.557 gr.	30.400 gr.	15.000 gr.
Talla de pie.....	118'6 cm.	133'5 cm.	95 cm.
Talla sentado.....	61 "	69 "	54'5 "
Perímetro cefálico.....	50'19 "	53 "	48 "
Perímetro Torácico.....	57'39 "	63'5 "	52 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 3'35  
 Máximo 13  
 Pequeño Polo 2  
 Negativos 8

Dentición..... { 2 = 6  $\frac{2-1-2}{1+2}$  6  
 Resto completa

EDAD: **10 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **90**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>24.316 gr.</b>	<b>31.300 gr.</b>	<b>16.800 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>122'2 cm.</b>	<b>137 cm.</b>	<b>113 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>62'5 "</b>	<b>70 "</b>	<b>56'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>61'2 "</b>	<b>70 "</b>	<b>46'5 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>59'6 "</b>	<b>69 "</b>	<b>55 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'3**  
 Máximo **11**  
 Pequeño Polo **3**  
 Negativos **26**

Dentición..... { **2= 7 - 7**  
**6 han caído caninos inf.**  
**Resto 6 - 6**

EDAD: **10 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **44**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>24.100 gr.</b>	<b>29.100 gr.</b>	<b>18.000 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>122'3 cm.</b>	<b>138 cm.</b>	<b>112 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>62'9 "</b>	<b>71 "</b>	<b>54 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>50'2 "</b>	<b>53 "</b>	<b>48 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>58 "</b>	<b>65 "</b>	<b>53'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'2**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **13**

Dentición..... { **2 comienza a brotar al 7º inf. isq.**  
**6 se les han caído los caninos inf.**  
**Resto 6 - 6**

EDAD: **11 años**NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **140**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>27.800 gr.</b>	<b>37.200 gr.</b>	<b>18.300 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>128'7 cm.</b>	<b>143 cm.</b>	<b>110 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>64'7 "</b>	<b>76 "</b>	<b>46'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>51'9 "</b>	<b>55 "</b>	<b>49 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>61'4 "</b>	<b>67'5 "</b>	<b>52'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'8**  
 Máximo **14**  
 Pequeño Polo **10**  
 Negativos **52**

Dentición..... { **12 = 7 - 7**  
**31 brotan los 7 - 7 sin orden**  
**37 " los caninos**  
**Resto 6 - 6**

EDAD: **11 años**NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **52**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>26.300 gr.</b>	<b>37.700 gr.</b>	<b>20.600 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>125'9 cm.</b>	<b>144 cm.</b>	<b>129'9 cm.</b>
Talla sentado.....	<b>64'2 "</b>	<b>72 "</b>	<b>56'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>50'6 "</b>	<b>53'5 "</b>	<b>48 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>59'5 "</b>	<b>65'5 "</b>	<b>53'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **3'3**  
 Máximo **12**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **19**

Dentición..... { **1 = 7 - 7**  
**4 = 7 superior**  
**2 con caninos caidos**  
**Resto 6 - 6**

EDAD: **12 años**NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **131**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>30.100 gr.</b>	<b>42.400 gr.</b>	<b>21.500 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>134'5 cm.</b>	<b>153 cm.</b>	<b>118 cm</b>
Talla sentado.....	<b>67'1 "</b>	<b>76 "</b>	<b>53'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>52'5 "</b>	<b>58 "</b>	<b>44 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>63'3 "</b>	<b>71'5 "</b>	<b>56 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'5**  
 Máximo **12**  
 Pequeño Polo **7**  
 Negativos **62**

Dentición..... { **70 = 7 - 7**  
**34 brotan los 7 - 7 sin orden**  
**1 " los caninos**  
**Resto = 6 - 6**

EDAD: **12 años**NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **73**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>29.800 gr.</b>	<b>44.400 gr.</b>	<b>22.600 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>133'6 cm</b>	<b>148 cm</b>	<b>120 cm</b>
Talla sentado.....	<b>66'8 "</b>	<b>74'5 "</b>	<b>57 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>51'1 "</b>	<b>56 "</b>	<b>47'5 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>61'5 "</b>	<b>72'5 "</b>	<b>55 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **1'4**  
 Máximo **14**  
 Pequeño Polo **1**  
 Negativos **34**

Dentición..... { **35 = 7 - 7**  
**26 brotan los 8 - 7 sin orden**  
**2 " los caninos**  
**Reste = 6 - 6**

EDAD: **13 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **184**

**185**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>33.600 gr.</b>	<b>45.100 gr.</b>	<b>23.800 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>138'6 cm</b>	<b>158 cm</b>	<b>123'5 cm</b>
Talla sentado.....	<b>68'6 "</b>	<b>78 "</b>	<b>54 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>52'5 "</b>	<b>56 "</b>	<b>48 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>65 "</b>	<b>73 "</b>	<b>58'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'4**  
Máximo **12**  
Pequeño Polo **7**  
Negativos **79**

Dentición..... { **14 brotan los 7**  
**2 = 6 - 6**  
**Resto = 7 - 7**

EDAD: **13 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **84**

**186**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>33.000 gr.</b>	<b>45.500 gr.</b>	<b>24.300 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>138'4 cm</b>	<b>157 cm</b>	<b>123 cm</b>
Talla sentado.....	<b>70'2 "</b>	<b>75'5 "</b>	<b>60 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>51'1 "</b>	<b>54 "</b>	<b>48 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>63 "</b>	<b>72 "</b>	<b>54'5 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **2'3**  
Máximo **14**  
Pequeño Polo **1**  
Negativos **45**

Dentición..... { **8 brotan los 7 irregularmente**  
**Resto = 7 - 7**

menarquia ..... **1 = 1 vez**



EDAD: 14 años

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: 83

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	37.690 gr.	52.700 gr.	27.500 gr.
Talla de pie.....	143'5 cm	161 cm	127'5 cm
Talla sentado.....	71'19 "	79'5 "	63 "
Perímetro cefálico.....	51'7 "	55 "	49 "
Perímetro Torácico.....	65'85 "	75 "	59 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 2'2  
 Máximo 10  
 Pequeño Polo 1  
 Negativos 43

Dentición..... { 3 brotan los 7  
 1 " los 8  
 Resto =

Menarquia { 3 a los 14 (1 vez)  
 Total 5 { 2 a los 13½ Tipo  $\frac{4-5}{27-30}$

EDAD: **15 años**NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **142**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>41.790 gr.</b>	<b>54.000 gr.</b>	<b>29.900 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>152 cm.</b>	<b>166 cm</b>	<b>133'5 cm</b>
Talla sentado.....	<b>73'9 "</b>	<b>80'5 "</b>	<b>60'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>52'8 "</b>	<b>57 "</b>	<b>48 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>70'4 "</b>	<b>78 "</b>	<b>60 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **0'8**  
 Máximo **14**  
 Pequeño Polo **5**  
 Negativos **123**

Dentición..... { **2 brotan los 8**  
 Resto **7 7**

EDAD: 15 años

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: 61

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	43.110 gr.	58.000 gr.	32.500 gr.
Talla de pie.....	148'9 cm	165 cm	133 cm
Talla sentado.....	74'7 "	82 "	61 "
Perímetro cefálico.....	52 "	54 "	49 "
Perímetro Torácico.....	68'2 "	77 "	60 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 1'9  
Máximo 13'5  
Pequeño Polo 0  
Negativos 36

Dentición..... { 1 = brota el nº 8  
Resto = 7 - 7

**MEMARQUIA** { 13 a los 15  
Total 15 { 2 " " 14 Tipo  $\frac{3-4}{28-30}$  y  
{  $\frac{4-5}{25-30}$

EDAD: **16 años**NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **117**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>47.407 gr.</b>	<b>60.000 gr.</b>	<b>30.500 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>156'3 cm</b>	<b>173 cm</b>	<b>137 cm</b>
Talla sentado.....	<b>74 "</b>	<b>85 "</b>	<b>61 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>52'8 "</b>	<b>57 "</b>	<b>51 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>72'8 "</b>	<b>83 "</b>	<b>62 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio **1'3**  
 Máximo **10**  
 Pequeño Polo **5**  
 Negativos **78**

Dentición..... { **18 brotan los 8**  
 Resto **7 - 7**  
**1 dentición completa 8 - 8**

EDAD: **16 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑAS: **24**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>47.440 gr.</b>	<b>54.200 gr.</b>	<b>40.000 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>151'3 cm</b>	<b>162'5 cm</b>	<b>142'5 cm</b>
Talla sentado.....	<b>75'7 "</b>	<b>80 "</b>	<b>71'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>53 "</b>	<b>56 "</b>	<b>49 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>70'2 "</b>	<b>77 "</b>	<b>65 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo.....	{ Promedio <b>2'3</b> Máximo <b>14</b> Pequeño Polo <b>0</b> Negativos <b>13</b>	{ <b>8</b> a los 16 años <b>5</b> a los 15 Tipo $\frac{3-4}{28-31}$	
Dentición.....			{ <b>4</b> brotan los 8 Resto <b>7 - 7</b>

**HEMARRQUIA**  
Total 14

EDAD: 17 años

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 60

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	52.000 gr.	61.000 gr.	38.500 gr.
Talla de pie.....	162'5 cm	169 cm	130 cm
Talla sentado.....	77'5 "	84'5 "	66 "
Perímetro cefálico.....	53'4 "	57 "	51 "
Perímetro Torácico.....	78'4 "	83 "	64'5 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 0'9  
 Máximo 10  
 Pequeño Polo 0  
 Negativos 47

Dentición..... { 20 brotan los 8  
 15 = 8 - 8  
 Resto = 7 - 7

EDAD: **17 años**

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: **25**

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	<b>52.000 gr.</b>	<b>69.000 gr.</b>	<b>38.500 gr.</b>
Talla de pie.....	<b>152'4 cm</b>	<b>166 cm</b>	<b>139 cm</b>
Talla sentado.....	<b>77'3 "</b>	<b>82 "</b>	<b>72'5 "</b>
Perímetro cefálico.....	<b>53'2 "</b>	<b>57 "</b>	<b>50 "</b>
Perímetro Torácico.....	<b>71'9 "</b>	<b>78'5 "</b>	<b>52 "</b>
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo.....	{ Promedio <b>1'1</b> Máximo <b>6</b> Pequeño Polo <b>0</b> Negativos <b>17</b>	MENARQUIA { <b>4 a los 15</b> <b>10 " 16</b> <b>6 " 17</b> <b>5 todavía no</b>
Dentición.....	{ <b>9 brotan los 8</b> <b>4 = 8 - 8</b> <b>Resto = 7 - 7</b>	

EDAD: 18 años

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 41

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	52.300 gr.	62.800 gr.	43.500 gr.
Talla de pie.....	163'9 cm	177 cm	145 cm
Talla sentado.....	79'9 "	89 "	73 "
Perímetro cefálico.....	56'5 "	57 "	51 "
Perímetro Torácico.....	78'7 "	87 "	70 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 1  
Máximo 9  
Pequeño Polo 1  
Negativos

Dentición..... { 11 = 7 - 7  
4 = brotar los 8  
Resto = 8 - 8

EDAD: 18 años

NUMERO TOTAL DE NIÑOS: 10

	Valor medio	Valor máximo	Valor mínimo
Peso.....	54.700 gr.	64.000 gr.	48.000 gr.
Talla de pie.....	156'2 cm	164 cm	149 cm
Talla sentado.....	78'8 "	82'5 "	74 "
Perímetro cefálico.....	53'3 "	55'5 "	52 "
Perímetro Torácico.....	75 "	81'5 "	68'5 "
Fontanela anterior.....			
Fontanela posterior.....			

Bazo..... { Promedio 0  
Máximo 0  
Pequeño Polo 0  
Negativos 10

MENARQUIA { 5 a los 16  
Total 10 { Resto a los 17

Dentición..... { De 4 brotan los 8  
1 = 7 - 7  
Resto = 8 - 8

Los promedios de todos los datos precedentes, quedan resumidos en un cuadro y gráficas que se sitúan al final del trabajo.

no estar ligado. Además, las mismas madres al bañar a sus hijitos diariamente mueven el cordón en distintas direcciones para favorecer el desprendimiento. No sabemos qué influencia pueda tener la ligadura del cordón sobre el retraso en su caída, pero el hecho concreto es que entre los 154 niños controlados, el promedio de duración era de 3'8 días, plazo mucho más corto que en los civilizados.

El valor medio del peso asciende rápidamente y al cumplir el mes ha aumentado 1.686 gr. en los niños y 1.118 gr. en las niñas; en el 2º mes aumentaron 299 gr. los niños y 1.203 gr. las niñas, sobrepasando el peso de los varones en 436 gramos. A lo largo de la vida se van entrecruzando los valores del peso entre varones y hembras, para terminar a los 18 años alcanzando las hembras más de 2 kgs. sobre los varones.

Este rápido aumento de peso de los primeros meses, va luego disminuyendo y entre los 6 y 7 meses incluso llegan a perder los varones 201 gr. ganando en total entre los 6-7, 7-8, 8-9, 9-10 me ses, o sean cuatro meses, 323 gr., y las hembras, en el mismo lapso de tiempo, ganan 900 gramos.

A partir de esta edad, el aumento de peso prosigue despacio su avance y al año pesan 8.500 gr. los varones y 7.900 gr. las hembras, y este aumento no se hace un poco más rápidamente hasta los 10-12 años en que, muy lentamente, ya se va preparando el organismo para la explosión puberal que tiene su máximo apogeo entre los 15-17 años, casi por un igual en varones que en hembras, y el peso asciende en la gráfica más perpendicularmente que hasta entonces.

La talla se comporta en distinta forma que el peso, ya que en ninguna edad las hembras sobrepasan la medida de los varones, aun

que en múltiples ocasiones rozan los mismos puntos, para alcanzar definitivamente, a los 18 años, mayor altura los varones.

Tanto en niños como en niñas la progresión de la talla es más uniforme aun cuando durante los meses comprendidos entre los 6-7 a los 18-24, el aumento sea más lento.

- - - - -

Hemos querido comparar nuestros datos obtenidos personalmente entre los pamues, con los obtenidos por diferentes autores sobre niños españoles y nos hemos encontrado con algunos inconvenientes, siendo el principal de ellos que, en general, los autores españoles hacen investigaciones exclusivamente en lactantes pequeños unos, otros en escolares y solamente las estadísticas de los Dres. Fernández Cabeza tienen una amplitud similar a la nuestra, aunque reducida a una sola población.

de España.

Deliberadamente no hacemos comparaciones con niños de diferentes países extranjeros, pues esos estudios no tenemos intención de llevarlos a cabo porque los mismos autores que nos han facilitado los datos de los niños españoles, ya han hecho el estudio comparativo de éstos con los extranjeros.

En las gráficas adjuntas hemos parangonado los datos obtenidos de niños españoles de distintos tipos sociales con nuestros niños pamues, obteniendo del estudio comparativo lo que ya más o menos habíamos supuesto a primera vista.

Al nacer los niños pamues son más pequeños que los españoles en unos 500 gr., pero rápidamente es compensada esta diferencia y a las pocas semanas ya ha alcanzado y sobrepasado el peso del niño pamue al peso del español. Esta ventaja de peso se mantiene has

ta que pasan los 5-6 meses y entonces el aumento de peso del indígena pamue se hace mucho más lento que el del niño español, por lo cual es español alcanza y gana de nuevo al peso del niño pamue.

Esta diferencia de peso a partir de los 6-7 meses se mantiene casi uniforme hasta los 18 años entre los hijos de mineros asturianos de Mieres, bien alimentados y los niños pamues.

Pero esta diferencia es menor, por ejemplo en los niños de un colegio de suburbio, muy mal alimentados y descuidados. Por el gráfico nos damos cuenta, que a los 5 años el niño peor alimentado de España pesa unos 700 gr. más que el pamue, (seguramente desde los 6-8 meses hasta los 5 años este niño español pesa más que el pamue, pues es cuando ha recibido más asistencia social benéfica que ha compensado un poco su déficit alimenticio) pero antes de los 6 años sube por encima el peso del pamue, el cual, a pesar de su hipotro-

fia manifiesta, tiene mucho mejor peso, e incluso talla, que el niño español de suburbio.

En contraposición a este niño español hipocalimentado, está el niño español de clase acomodada, con alimentación más que suficiente y éste se eleva en todo momento, tanto en peso como en talla, muy por encima del niño pamue e incluso de los niños españoles de clase media. Claro está que este grupo de niños acomodados es muy pequeño, relativamente, y por lo tanto los datos son algo anómalos; seguramente con un promedio un poco mayor estos no serían tan elevados y llamativos, pero de todas maneras, se pone muy claramente de manifiesto en estos dos grupos extremos de niños españoles, la influencia de la alimentación, entre otras cosas.

Los niños hijos de mineros de Asturias con alimentación regular y buena, es más el término medio del niño español y prueba de ello

es que son bastante semejantes, tanto en peso como en talla, las curvas de crecimiento de este niño de Mieres y otro escolar medio de colegios del Estado, y son los más comparables con el término medio de niños pamues.

Estimamos, pues, que un estudio completo de la evolución y de desarrollo del niño español debe basarse en un tipo cuyo ambiente económico sea aproximadamente el de los niños de Mieres o en general los escolares del Estado, y según un haz estadístico análogo al tomado en su trabajo por los Dres. Fernández Cabeza.

Precisamente, antes de nuestra ida a Guinea habíamos comenzado nosotros mismos una investigación sobre los niños españoles, los cuales deseábamos comparar con los alemanes en cuyas circunstancias nos habíamos iniciado durante nuestros estudios en el "Keiserin Augusta Viktoria Haus" de Berlin; y aprovechando las facilidades

presadas.

BAZO. La hipertrofia que experimenta el bazo es de gran interés en los países tropicales por ser ésta un índice muy importante para darnos cuenta aproximada del grado de infección palúdica que presentan los niños indígenas. Claro está que esto no se debe entender de un modo absoluto sino solamente como un exponente o índice aproximado de la infección.

Entre los niños menores de 3 días que hemos medido, de 22, ninguno tenía hipertrofia de bazo, así como tampoco la presentaban los 31 niños medidos comprendidos entre 3 y 15 días. A partir de esta edad ya se comienzan a ver niños con hipertrofia esplénica cada vez en mayor número y de mayor tamaño, hasta que al año, el 100% de niñas y el 90% de niños tienen esplenomegalia con un índice de 4'6 y 5'5 respectivamente.

que para disponer de sujetos españoles nos ofrecían los cargos que entonces desempeñábamos: Médico-Director de tres Hogares Infantiles de Auxilio Social de Barcelona y Jefe de la Clínica de Lactantes de la Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de la misma ciudad.

Yas, la segunda guerra mundial hizo imposible el estudio de los niños alemanes y por nuestra parte la marcha a Guinea interrumpió los estudios sobre los niños españoles. Tanto por su carácter fragmentario como por ser los individuos utilizados estadísticamente propios de los más humildes sectores sociales, económicamente de España, cosa natural dada la índole de los servicios hospitalarios o benéficos en que aparecían, desistimos, como ya indicamos, de utilizar el material cuyo acopio habíamos principiado y preferimos valernos de las fuentes aludidas aunque con las reservas ex

presadas.

BAZO. La hipertrofia que experimenta el bazo es de gran interés en los países tropicales por ser ésta un índice muy importante para darnos cuenta aproximada del grado de infección palúdica que presentan los niños indígenas. Claro está que esto no se debe entender de un modo absoluto sino solamente como un exponente o índice aproximado de la infección.

Entre los niños menores de 3 días que hemos medido, de 22, ninguno tenía hipertrofia de bazo, así como tampoco la presentaban los 31 niños medidos comprendidos entre 3 y 15 días. A partir de esta edad ya se comienzan a ver niños con hipertrofia esplénica cada vez en mayor número y de mayor tamaño, hasta que al año, el 100% de niñas y el 90% de niños tienen esplenomegalia con un índice de 4'6 y 5'5 respectivamente.

Este porcentaje va descendiendo muy paulatinamente por comenzar a actuar las defensas inmunitarias y a los 18 años nos encontramos con que el 100% de niñas y el 92% de niños no tienen esplenomegalia.

DENTICION. Antes de los 4 meses no hemos visto ningún pequeño al que le brotaran los dientes y a los 4 meses solamente hemos encontrado una nena; a los 5 meses han brotado a 2 niños y 3 niñas, es sea 5 en total.

Los dos incisivos laterales superiores, lo más precozmente que aparecen es a los 7 meses en un chico; y en las niñas, a las más jóvenes que les empezaron a brotar, ya tenían 9 meses.

La aparición más precoz de los incisivos laterales inferiores, fué en una niña a los 10 meses; en los niños no comenzaron a brotar

hasta los 11 meses.

El primer molar apareció; tanto en niños como en niñas, a los 14 meses.

En una niña comensaron a brotar los 4 caninos a los 18 meses. A los 2 años, dos chicos de 46 en total, tenían la dentición de leche completa.

A dos niños y una niña de 4 años, entre 61 y 63 respectivamente, les rompieron los 6 y 6 .

Los primeros cambios de los dientes de leche por los definitivos, fueron en una niña de 5 años.

A los 7-8 años, tres niñas tienen los 8 incisivos definitivos, completamente crecidos.

A 6 niños y a 6 niñas entre 90 y 44 números totales respectivos,

se les han caído los caninos a los 9-10 años.

A los 10-11 años brotan los caninos y comienzan a 31 chicos, de 140, a salirles los 7 - 7 sin orden; lo mismo a 4 niñas.

A los 16-17 años brotan a una niña los 8 - 8 y a un niño también, entre 82 y 198 en total.

Al lado de estas tempranas edades de aparición de las piezas dentarias, tenemos muchos niños menos precoces que éstos y que, sin causa aparente, tienen la dentición más tardía. Los valores extremos que hemos encontrado han sido:

1 niño de 11 meses - No tiene ningún diente

5 niños de 14 " - Tienen la fórmula siguiente:

1 " " 2 años - " " " "

1 " " 3 " - " " " "

$$\begin{array}{r}
 \hline
 11 \\
 \hline
 2112 \\
 \hline
 2112 \\
 \hline
 4 \quad 2112 \quad 4 \\
 \hline
 4 \quad 2112 \quad 4
 \end{array}$$

2 niños de 9 años - Aún cambian los dientes de leche

2 " " 13 " - Tienen solo hasta el 6 - 6

FONTANELA. Algunos niños, muy pocos, nacen con una fontanela posterior tan pequeña que en tres casos ya se había cerrado a los 28 días de nacido.

Al mes cumplido se les había cerrado la fontanela a 9 niños y solamente a 2 niñas.

De 37 niños y 30 niñas, a los dos meses cumplidos, 20 y 25 respectivamente, la tenían cerrada.

Entre 2 y 3 meses, todos los niños y niñas tienen la fontanela posterior cerrada.

Al primer niño que se le cerró la fontanela anterior, era un chico de 5 meses; la primera niña tenía 6 meses. En meses sucesi-

vos se les ha ido cerrando la fontanela a mayor número de niños, como es natural, pero a los 2 años todavía 21 chicos, entre los 91 niños y niñas medidos a esa edad, tenían la fontanela abierta un punto. A los 3 años todavía tres, entre 128 niños, tenían un pequeño punto abierto.

Es notable, este gran retraso en la desaparición de la fontanela anterior que presentan el promedio de estos niños y en cambio este mismo promedio tiene un sistema dentario de evolución normal o ligeramente precoz.

MENARQUIA. Una de las sorpresas mayores que hemos tenido en Guinea ha sido al comprobar que la pubertad de las jóvenes indígenas está bastante retrasada si se compara con la de jóvenes civilizadas.

Hemos leído y principalmente oído comentar, la precocidad pube

ral de la raza negra y de que mujeres jovencísimas, de 10-12 años, eran ya madres de familia. Tal vez haya habido algún caso, anormal, en que eso fuera verdad, como también los hay en otros lugares, pero es excepcionalísimo y en Guinea nunca hemos visto ni oído caso alguno de ese tipo.

Lo que sí ocurre es, que la mujer pasa, en cuanto es puber, ya la casa su padre y puede concebir a los 9-10 meses de convertida en mujer, por lo cual resulta una madre muy joven en cuanto poco antes era una niña, pero no en cuanto a la edad.

De 267 niñas medidas entre los 13 y 18 años, sólomente 69 eran púberes y a la siguiente edad:

2	a	los	13	años
8	a	"	14	"
25	a	"	15	"
23	a	"	16	"
11	a	"	17	"

Haciendo los tantos por cientos correspondientes a cada años en relación con el número total de niñas medidas tenemos:

13 años	-----	1'1 %
14 "	-----	6 %
15 "	-----	24'5 %
16 "	-----	58'1 %
17 "	-----	80 %
18 "	-----	100 %

Por lo tanto vemos que tanto en los números totales de las edades a que han sido púberes las jóvenes, como en los tantos por cientos correspondientes a las púberes de cada año, los 16 y 17 años, son los críticos para el desarrollo puberal de las jóvenes panues.

La causa de que esta pubertad sea tardía es debida por un lado a la hipocalimentación de los niños; de otro lado a las enfermedades infecciosas y parasitarias propias de la Guinea, principal-

mente el paludismo que determina una hipotrofia manifiesta.

#### DESARROLLO PSIQUICO

Junto a esta evolución física, el niño pamue como todos los niños, presenta una evolución psíquica que brevemente describiremos, pues no hemos hecho el estudio tan detallado como para el desarrollo físico, pero pensemos hacerlo más adelante.

En el acto de nacer, el reflejo de succión está notablemente desarrollado; a los dos meses y medio comienzan a levantar la cabeza estando echado en posición de decúbito prono; comienzan a sentarse alrededor de los 7 meses y a tenerse en pie a los 10-11 meses. Andan los primeros pasos entre los 15 y 18 meses.

Este retraso en el tenerse en pie, en el andar, lo atribuimos a la costumbre que tienen las mujeres indígenas de llevar el niño

acaballado en la cadera, lo cual distiende los ligamentos de la articulación coxo-femoral y dificulta la estabilidad del niño. Además las madres raramente enseñan a andar a sus hijos y éstos aprenden solos cuando su instinto o la necesidad se lo indica.

El desarrollo del lenguaje también es un poco tardío. Comienzan los primeros balbuceos a los 10-12 meses; dicen las primeras palabras a los 16-20 meses y hablan ya bastante a los 24-30 meses.

La madre pamue (y en general los mayores) no tienen la costumbre de acariciar y hablar a los niños o les hablan muy poco y no juegan con ellos, por eso al pequeño le cuesta aprender a hablar y tarda más tiempo en hacerlo.

Se ha discutido mucho sobre la inteligencia del niño pamue. Nosotros creemos que el pamue es un individuo francamente inteligente

en todas sus edades, pero que su contenido cultural es muy distinto al del niño europeo y que por el ambiente tan totalmente distinto en que uno y otro se desenvuelven, no tienen ideas, temas ni formas de reaccionar comparables.

Si a un niño panus de bosque, de por ejemplo 10 años, se le pregunta qué es un tren o que señale la hora en un reloj, no sabrá hacerlo; en cambio sabe hacer trampas ingeniosísimas para cazar, llenas de combinaciones y complicados nudos corredizos, diferentes para cada clase de animales que quiera apresar; sabe improvisar anzuelos con púas de puercespin y sedales con fibras de lianas del bosque; sabe distinguir, reconocer y seguir huellas, incluso tenues, de animales ... etc. etc., o sea que sabe hacer muchas cosas que otro niño civilizado, de su edad, no sabría hacer.

El niño europeo hasta que es mayor, está protegido en todo por

sus familiares que se encargan de su educación y manutención de la mejor manera posible; en cambio el niño pamue en cuanto puede valerse un poco por sí solo, va al bosque a recolectar productos y aprende a cazar y a pescar para complementar la escasa ración que sus familiares le proporcionan y que le es notoriamente insuficiente para su sustento y más aún para su desarrollo.

Esta diferente educación trae como consecuencia una distinta mentalidad entre el niño pamue y el europeo, pero no quiere eso decir que la inteligencia del niño indígena sea mucho menor que la de los niños civilizados; son culturas orientadas de diferente manera y por ahora no son comparables, pues para poder hacer un estudio comparativo exacto, habría que educar a los <sup>dos</sup> tipos de niños en el mismo ambiente desde chiquitines y orientarlos en todo igual. Entonces es cuando se podrían comparar y medir.

En caso de que no se puedan poner a los dos tipos de niños en el mismo ambiente y educación, habría que hacer "tests" especiales para niños pamues, adaptados a su mentalidad y orientados en su cultura. Nosotros tenemos proyectado para más adelante el estudiar unos "tests" idóneos para el niño indígena, ya veremos qué resultados nos darán.

Pero poner a los niños pamues las mismas pruebas de inteligencia que se emplean en los niños europeos (como se ha hecho), no lo encontramos adecuado ni nos pueden convencer sus resultados.

Sentimos que la información fotográfica incluida en este trabajo sea tan escasa y de pruebas mediocres, fotográficamente; ello es debido a que una buena colección de ellas y por mejores, escogidas, las dejamos al Profesor Mohr, del "Txpeninstitut", de Hamburgo, hace unos meses en ocasión de hallarnos realizando unas investigaciones en dicho Instituto; lamentamos no hayan podido llegar a tiempo para incorporarlas a este trabajo, como era nuestro deseo.

## CAPITULO VI

CONCLUSIONES

PRIMERA: Entre los panues de la Guinea Continental Española, está disminuida la natalidad.

SEGUNDA: La esterilidad de las mujeres panues alcanza el 21'3% de ellas, principalmente mujeres jóvenes. La causa más importante de esterilidad es la Gonococia; en lugar muy posterior están el matrimonio precoz, insuficiencias gonadales, Tuberculosis, anemias parasitarias, etc.

TERCERA: El número de gestaciones abortada y de nacidos muertos entre las 982 mujeres interrogadas, corresponde al 17'2 % del total de gestaciones habidas. La primera causa de esta mortalidad fetal y mortinatalidad, es la Lues; muy por

debajo están el Paludismo, enfermedades útero-anexiales, supersticiones, trabajo excesivo de la madre, etc. Para aumentar la fecundidad de la mujer pamue; disminuir la mor-tinatalidad y los abortos; y elevar el nivel moral social de la Colonia, es preciso establecer oficialmente una Lucha Antivenérea por medio de tratamientos intensos y completos en los Dispensarios ya establecidos y poner, distribuidos por el bosque múltiples Dispensarios pequeños rurales, bien controlados por la Zona Sanitaria correspondiente.

CUARTA: Las causas de mortalidad del primer mes son: Prematuridad, sepsis, afecciones del aparato respiratorio, malformaciones.

QUINTA: La Guinea Continental es un centro de gran endemia palúdica producida por el *Plasmodium falciparum*, y el cien por

cien de los niños presentan accesos palúdicos con más o me  
nos frecuencia. Aumentando las defensas del niño con trata-  
mientos exclusivamente tónicos, con vitaminas, calcio, hí-  
gado, etc. el espacio accesional se alarga independiente-  
mente del tratamiento específico empleado. La proporción  
de formas graves que presenta el Paludismo Tropical en Gui-  
nea, en proporción al número de enfermos palúdicos trata-  
dos, es de 1'37 %. La inmunidad palúdica se adquiere a lo  
largo de muchos años y tras intensas luchas en las que su  
cumben gran número de individuos. El tratamiento antipalú-  
dico que mejores resultados nos ha proporcionado, ha sido  
con dosis única de "Resochin", por la facilidad de adminis-  
tración, seguridad de que se hace íntegro el tratamiento,  
por la eficacia del mismo y por la economía de tabletas

que representa.

**SEXTA:** Las enfermedades bronco-pulmonares causan gran mortalidad entre los niños pamues de todas las edades, pero principalmente lactantes. Hasta ahora la Tuberculosis no era frecuente pero desde hace unos años se va difundiendo rápidamente y en la actualidad el 22'8% de los niños escolares son tuberculino positivos. Para impedir que aumente más la difusión de la enfermedad, se debe poner en práctica inmediatamente una Lucha Antituberculosa bien dirigida a base del aislamiento de los enfermos bacilíferos; colonias o preventorios para niños y vacunación antituberculosa.

**SEPTIMA:** La Tosferina, Varicela, Sarampión y Parotiditis son endémicas en la Colonia, padeciéndolas, en una u otra edad, casi todos los niños. El Pian está también muy difundido en

tre los indígenas; para su tratamiento empleamos los arsenicales a igual dosificación que para la Sífilis, pues a menor dosis recidiva la enfermedad. La sarna, micosis y piodermitis, son frequentísimas también, así como las caries dentarias.

**OCTAVA:** Los niños panues nacen con un peso medio de 2'7 Kgs.; la pérdida fisiológica es nula o muy poco manifiesta y remontan el peso rápidamente. El cordón umbilical cae a los 3'8 días de nacido, o sea más precozmente que a los niños españoles.

**NOVENA:** A partir de los 6-7 meses, a consecuencia de la dentición y de no completarse las madres la alimentación de los niños, éstos aumentan menos y el peso se estabiliza, manteniéndose por debajo de lo normal hasta los 10-12 años en

que comienza a remontarse más rápidamente.

DECIMA : La dentición es algo más precoz que en los niños españoles, pero el cierre de fontanelas en general es más tardío.

UNDECIMA: La pubertad de la joven panue tiene lugar más retrasada, en 3-4 años, a la de las jóvenes españolas. La duración y ritmo es semejante en los dos países.

VERIFICADA EN EL DIA DE HOY LA LECTURA DE LA TESIS TITULADA:

*"Natalidad, mortalidad, morbilidad y desarrollo  
del crimen primario en la Guinea Continental española."*

DE LA QUE ES AUTOR DOÑA *Sremanya*

*Vila Corvo*

OBTUVO POR <sup>UNANIMIDAD</sup> LA CALIFICACION DE (1) \_\_\_\_\_  
MAYORIA

Madrid \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

El Presidente,

El Vocal,

El Vocal,

El Vocal,

El Vocal Srío,

(1) Aprobado, Notable, Sobresaliente.

**BIBLIOGRAFIA**

- ARBELO - VILLARINO.- "Contribución al estudio de la despoblación indígena en los territorios españoles del Golfo de Guinea, con particularidad en Fernando Poo". 1922.
- BEATO (VICENTE).- "Contribución al estudio del desarrollo somático-morfológico del niño en Fernando Poo y causas que influyen en su anómala evolución." 1942.
- CAÑADELL (JOSE N.º).- "Trastornos del crecimiento y del desarrollo sexual". 1949.
- CASTELLANO (TEMISTOCLES).- "Herencia normal y patológica en el hombre". 1945.
- CRAIG Y FAUST.- "Parasitología Clínica". 1951.
- DEBRE (ROBERT).- "La Mortalité Infantile et la Mortinatalité" 1933.

FERNANDEZ CABEZA (JESUS).- "La persona pame desde el punto de vista biotipológico". 1951.

FERNANDEZ CABEZA (M<sup>o</sup> ALEGRIA Y JESUS).- "Estudio sobre el crecimiento de los muchachos españoles". 1946.

JIMENEZ DIAZ (CARLOS).- "Estudios de Nutrición". 1941-1943.

MANSON - BAHR (FELIPE).- "Enfermedades Tropicales". 1942.

MANSON - BAHR.- "disenterias y Diarreas".- 1939.

NADAL (FRANCISCA).- "Apertación al estudio de alteraciones de las células germinales por la acción de factores externos (Röntgen, morfina y cocaína) - Tesis doctoral - Año 1942.

PARODI Y ALCARAZ.- "Parasitología y enfermedades parasitarias.- 1952.

PEUDE.- "Les idées directrices de la biotipologie, science de la personne humaine dans sa totalité, unité et individualité somato psychique". Vol. XE - Fasc. 1 de la Revista "Endocrinologia e scienza della Costituzione".

PFAUNDLER.- "Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia" 1944.

PIULACHS - CAÑADELL.- "Enfermedades del Tiroides". 1951.

P. PUJULA.- "Nuevos datos relacionados con el problema de la Herencia de los caracteres adquiridos durante la vida". - Congreso del Progreso de las Ciencias - Octubre 1946.

RAMOS(RAPAE).- "Puericultura". 1949.

REIN (HEBMAN).- "Fisiología Humana".- 1942.

SANTA MARIA (FERNANDO).- "Los errores estadísticos en la epidemiología de la Tuberculosis". 1948.

SCOLT (G.).- "Reumatismo infantil".- 1950.

SELYE (HAUS).-"Endocrinología". 1ª edición 1952.

STOKES (JOHN).- "Sifilología y Clínica Moderna". 1949.

TORRES MARTI - GIL OSSORIO - ESPINOSA.- "Primer Semestre de la vida del niño Español".- Publicación del Instituto Nacional de Previsión.

VELAZQUEZ (LORENZO).- "Terapéutica con sus fundamentos de Farmacología Experimental". Quinta edición 1950.

VILA CORO (AVEMARIA).-"Die Behandlung der Malaria tropica in Äquatorial-Westafrika mit "Resochin".-Zeitschrift für Tropenmedizin und Parasitologie - Tomo 3 - fascículo 2 - Octubre 1951.

VILA CORO (AVENARIA).- "Medicina pascua". Revista de Información Terapéutica.

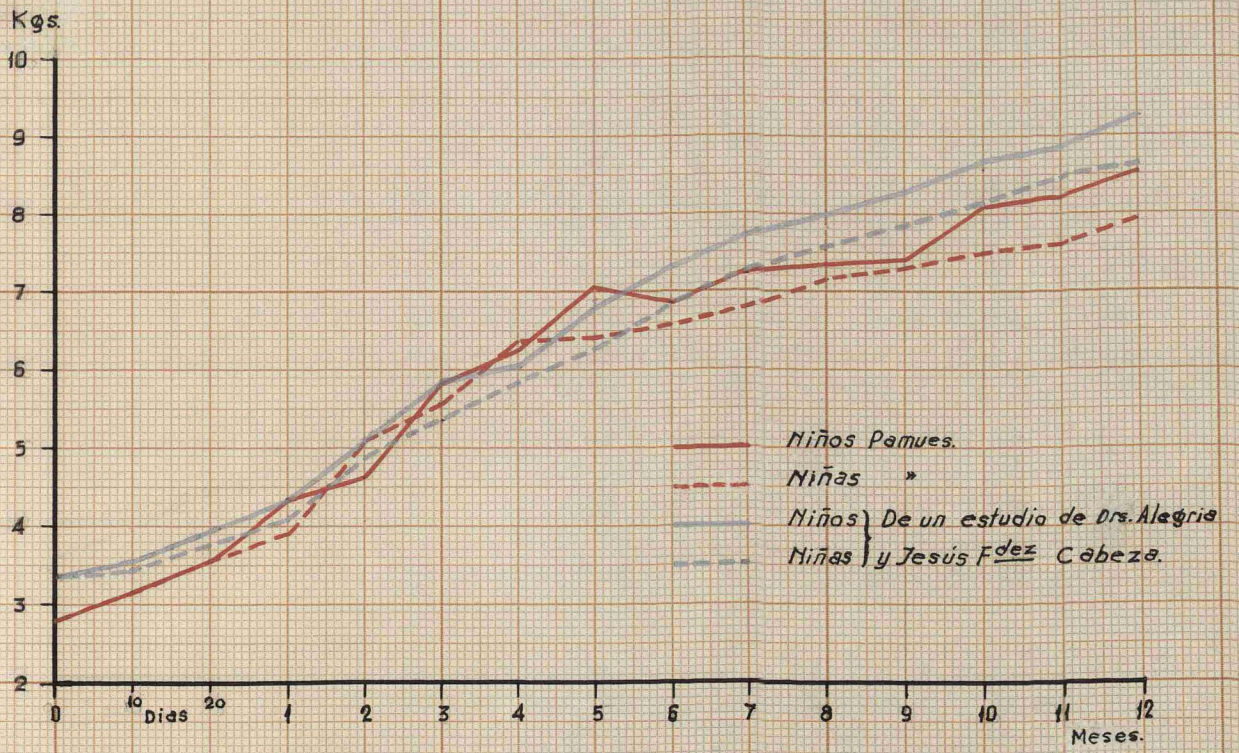
VIVANCO, MERCHANTTE, RODRIGUEZ MIÑON, PALACIOS, PERIANES Y SEGOWIA.-  
"Observaciones sobre el estado nutritivo y situación alimenticia de un sector de la población madrileña". - Revista Clínica Española - Tomo XXXIV - nº 4 - 1949.

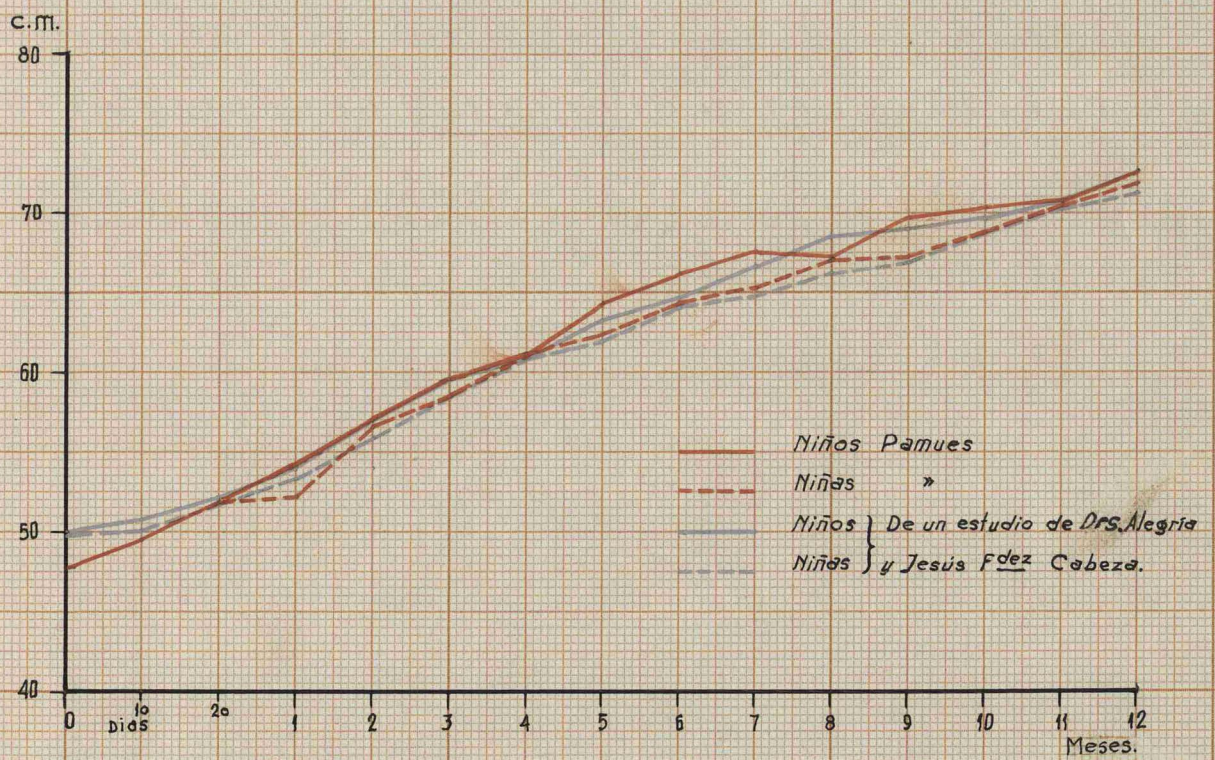
INDICE

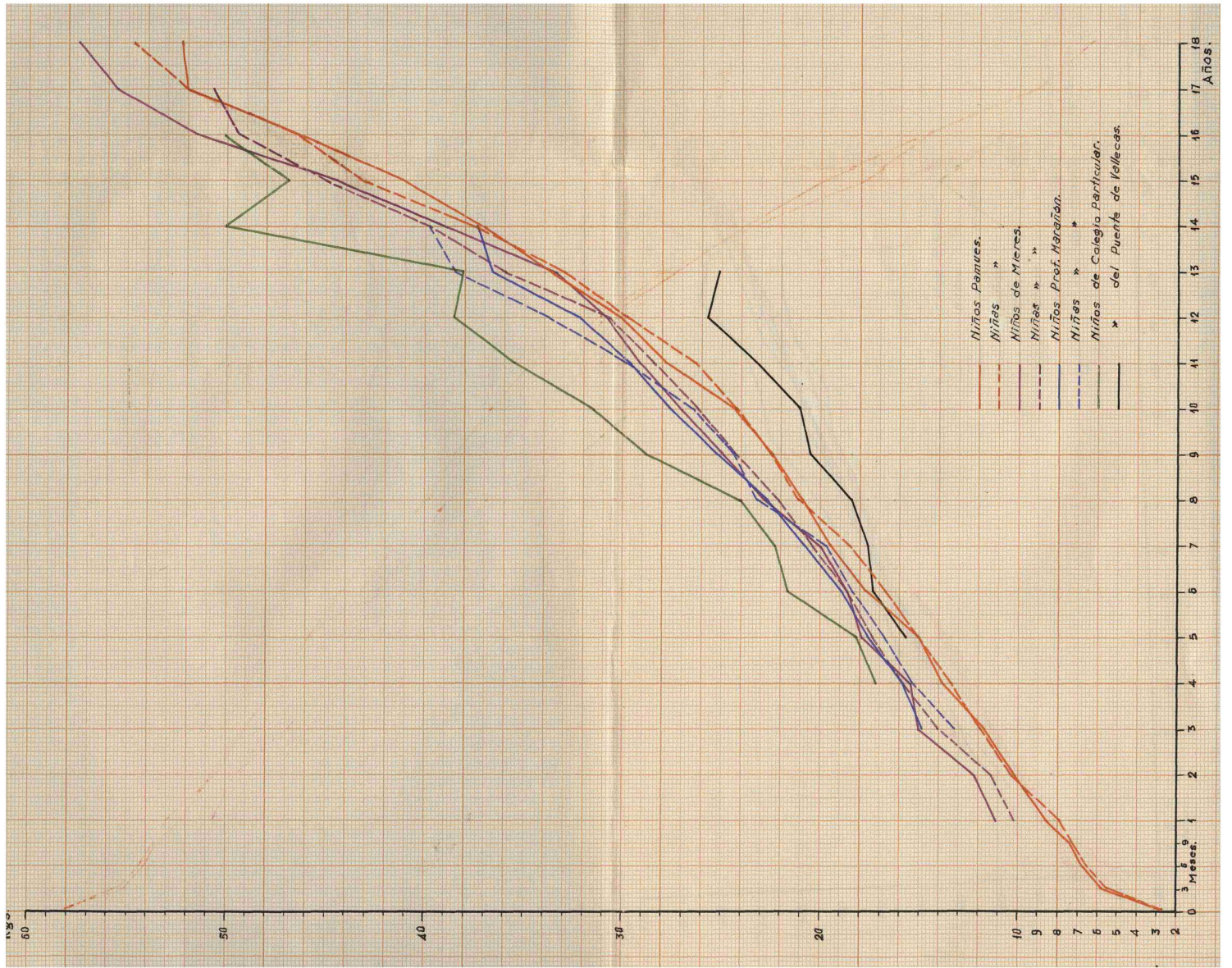
Capítulo I	- Generalidades.	Página 6
Capítulo II	- Esterilidad.	" 13
Capítulo III	- Mortalidad fetal y Mortinatalidad.	" 22
Capítulo IV	- Mortalidad infantil y Morbilidad.	" 33
Capítulo V	- Desarrollo.	" 107
Capítulo VI	- Conclusiones.	" 221

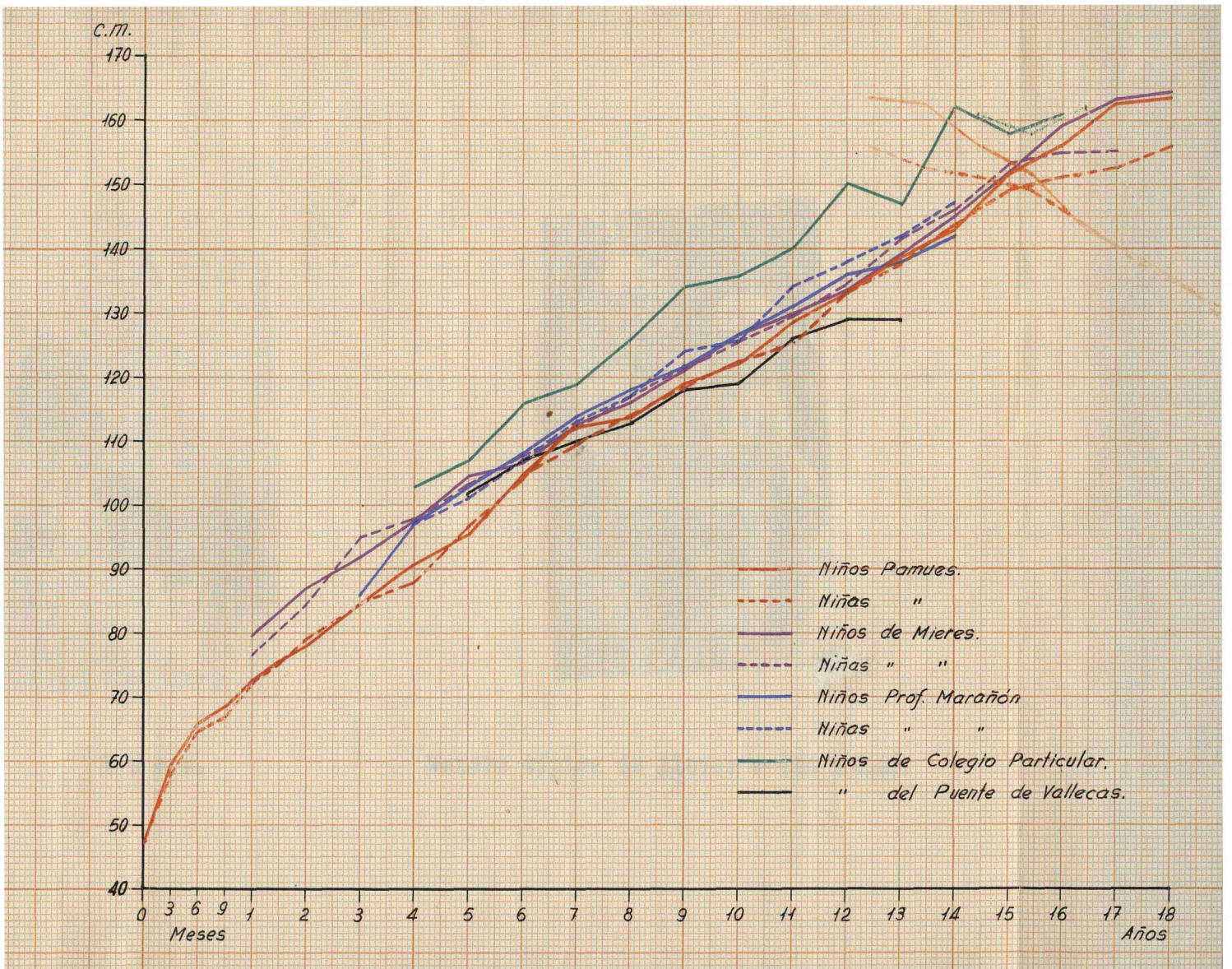
-----





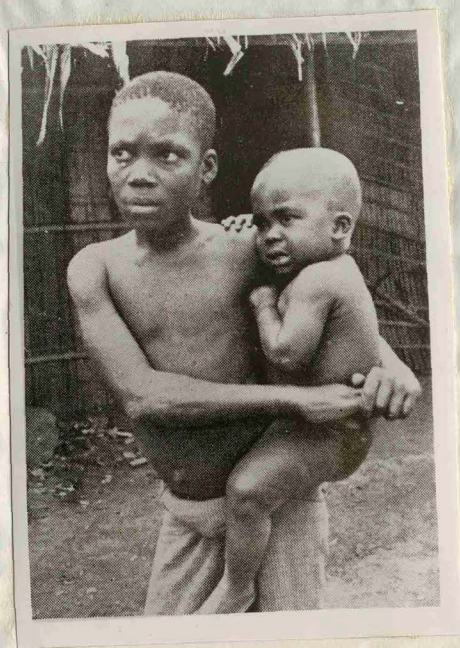








N o m a .



Manera típica de llevar a los niños.



Pian terciario, en plantas de pié y en hueso.



Paludismo.



Ulcers Tropical.



Poliadenitis cervicales tuberculosa.