

Puericultura — Española —

Revista mensual de Puericultura e Higiene infantil.
Órgano oficial de la Asociación Nacional de
Médicos Puericultores

Sumario:

	<u>Págs.</u>
TRABAJOS ORIGINALES: Infección y enfermedad tuberculosa en niños, por el Dr. <i>Carlos Díez Fernández</i> .	3
CRONICA: El Preventorio-Escuela de Salamanca, por la doctora <i>Gonzala García Delgado</i>	8
FOLLETON: Nociones anatomo-fisiológicas del niño durante la primera y segunda infancia, por el Dr. <i>Jaso</i> (Continuación)	15
SANIDAD INTERNACIONAL	22
NOTAS PRACTICAS	24
SECCION BIBLIOGRAFICA	25
REVISTA DE REVISTAS	26
SECCION SINDICAL Y NOTICIAS	29
SECCION OFICIAL	31
DE ADMINISTRACION	31

CEREGUMIL - FERNANDEZ

Fernández & Canivell

MALAGA

Alimento completo vegetariano
INSUSTITUIBLE EN LAS INTOLE-
RANCIAS GASTRICAS Y AFECCIONES
INTESTINALES

LAXANTE PURGANTE
MAGNESIA HIDRATADA
PURIX

ANTIACIDO ANTIBILIOSO

CORRIGE EL ESTREÑIMIENTO

ANTISEPTICO

REFRESCANTE

Las alteraciones gastrointestinales
en los NIÑOS se corrigen con

LECHE DE MAGNESIA PURIX

VOMITOS DE LA LACTANCIA
DIARREA INFANTIL

Dr. Arroyo Zuñiga
PELIGROS, 4 y demás farmacias

TRABAJOS ORIGINALES

Lucha Antituberculosa de España.—Dispensario del Distrito de la Universidad, Madrid. Director: Dr. Carlos Díez Fernández.

Infección y enfermedad tuberculosa en niños

P O R

Carlos Díez Fernández

El presente trabajo tiene por objeto comunicar los resultados obtenidos por el Dispensario al inquirir la extensión de la infección y de la enfermedad tuberculosa dentro de los niños de su zona de acción (distritos de Universidad, Patacio y Chamberí) sin que consideremos preciso llamar la atención acerca de la importancia del tema.

En cambio si estimamos necesario hacer preceder a la exposición de nuestras cifras de unas breves consideraciones acerca de como se realiza la separación entre infección y enfermedad tuberculosa en los niños. Y ello porque es 'recuente enfrentarse con estadísticas erróneas por haberse basado en una visión superficial del concepto. Se suele creer que tal división no es difícil y, sin embargo, sucede absolutamente lo contrario hasta el extremo de que en muchísimas ocasiones sólo después de una observación prolongada es posible la decisión.

Nadie desconoce que la afirmación de encontrarse infectado un niño únicamente es posible tras la positividad de la tuberculinorreacción debidamente repetida en el caso de que efectuada intradérmicamente a la solución de 1 por 10.000 haya sido negativa; sólo esto sirve ya que aun en ambientes fuertemente infectados e infectantes se encuentran personas —incluso niños, o hasta, particularmente niños— que pese a contactos reiterados persisten tuberculinonegativos y posteriormente se comportan como quien adquiere una primo infección por lo que no es posible dudar de que hasta entonces se habían conservado indemnes. Y conviene, además, cuando se quieren hacer las cosas dentro de la más estricta rigurosidad científica emplear, en los tuberculinonegativos, la tuberculina bovina ya que es indudable —habiéndolo confirmado nuestros trabajos en Madrid— que aproximadamente un 3 por 100 de niños, sobre todo pasada la lactancia y antes de la edad escolar, sólo reaccionan positivamente a la misma.

La dificultad no está en nada de esto que es fácilmente practicable, sino en señalar quienes de los tuberculino positivos han de considerarse enfermos, lo que se comprende que no es tan sencillo en cuanto se

piensa no sólo en la existencia de la tuberculosis gangliobronquial oculta, sino en el modo de ser y de cursar sintomatológicamente la tuberculosis infantil. Reiteradas veces se ha insistido en la carencia de síntomas o en la facilidad con que éstos pasan desapercibidos o desatendidos hasta el extremo de que el medio más seguro para encontrar en una masa de niños a los que se encuentran enfermos de tuberculosis es el examen radiológico. Pero quien piense que basta con él se equivoca por completo puesto que éste sólo pondrá de manifiesto la existencia de procesos infiltrativos parenquimatosos o ganglionares y a lo más la de focos de diseminación y todo ello no lo tienen más que una parte de los niños enfermos de tuberculosis; mas aun los que lo presentan lo tienen además sólo durante una fase de su enfermedad pudiendo dejar de presentarlo y seguir siendo enfermos. De sobra sabemos que al diagnosticar, p. e., una infiltración secundaria lo que en verdad diagnosticamos es la existencia de una tuberculosis ganglio bronquial y que ésta persiste aunque a los 8-15 días o dos meses, haya desaparecido el proceso infiltrativo.

La separación entre infección y enfermedad tuberculosa es fácilmente realizable cuando en la exploración radiológica se encuentran anomalías que al posterior examen físico y analítico demuestran su etiología tuberculosa. Igualmente cuando los niños se quejan de trastornos subjetivos y se hallan alteraciones analíticas que orientan hacia la tuberculosis habiéndose descartado todo otro origen —parásitos, trastornos nutritivos, otras enfermedades respiratorias o circulatorias, etc.—. Pero siempre queda un buen número de niños que no tienen otra perturbación que la positividad de la tuberculinorreacción y que son, sin embargo, enfermos. Algunos médicos lo han aprendido bien, porque han tenido la desgracia de examinar a cualquiera de estos niños, concluir decididamente sobre su salud perfecta diciéndoselo así a los padres y encargados y... ser llamados días u horas después para asistir una meningitis mortal o una granulía.

En muchos casos esto puede evitarse, es decir, puede hacerse una afirmación de enfermedad tuberculosa aun estando absolutamente normal el niño cuando se valoran los antecedentes personales. Si nosotros recordamos que todo lactante tuberculinopositivo es, por ese solo hecho, un enfermo de tuberculosis, ya que las investigaciones anatomopatológicas y la clínica conjuntamente han demostrado que la primo infección suele tardar en curar, por término medio, dos años y que este período de tiempo es también el que se considera necesario para la curación de cualquier recidiva de los focos ganglionares, si recordamos esto, decimos, ya tendremos dos datos de valor: la edad y, sobre todo, la busca en los antecedentes de procesos de etiología bacilar que hayan sucedido en el transcurso de los dos años anteriores al examen del niño.

Se dirá que esto último es lo difícil, puesto que nosotros mismos hemos escrito en otra ocasión que solamente las pleuritis y si acaso el eritema nudoso debían orientar de un modo absoluto hacia la etiología tuberculosa; pero aun así no hay duda de que conjugando las características que se nos refieran del proceso que haya padecido el niño con las restantes circunstancias podremos hacer una interpretación retrospectiva del caso. Por ejemplo: ¿habrá muchas dudas si se nos cuenta que el niño ha tenido una pulmonía que le comenzó poco a poco —o inclusive de repente— pero que le ha durado dos o tres meses sin que pueda pensarse en

una evolución purulenta? Es evidente que no, que pensaremos rápidamente en una infiltración secundaria y así pudiéramos multiplicar los ejemplos, aunque sin duda la diferenciación será tanto más difícil cuanto más aislado, es decir, único sea el proceso y más típicamente dentro de lo que se ha diagnosticado antes hubiera cursado. Y claro está también que la existencia de antecedentes familiares suele ser decisiva para tomar un rumbo u otro en muchas ocasiones no siendo de más advertir que tales antecedentes es conveniente comprobarlos personalmente porque suelen ser falsos más de lo que parece.

En resumen, por tanto, nosotros hemos considerado enfermos de tuberculosis no sólo a los niños, que tenían alteraciones clínico-analíticas o radiológicas en el momento del examen, sino también a quienes habían padecido en los dos años anteriores una serie de procesos en los que de modo seguro, o al menos muy probable, se podía asegurar que lo fundamental era la etiología bacilar; en varios casos hemos tenido que conformarnos durante cierto tiempo —tres a seis meses— con el calificativo de sospechoso.

He aquí nuestras cifras porcentuales:

Edades	INFECTADOS			ENFERMOS		
	1932	1933	1934	1932	1933	1934
0 a 1 años	7	8	6	7	8	6
1 a 2 años	12	11	10	12	11	10
3 a 4 años	48	49	47	18,5	16	14,10
5 a 6 años	56	55	52	15,7	15	15
7 a 8 años	72	71	70	10	11	9,2
9 a 10 años	78	76	76	8	6	4,5
11 a 12 años	90	87	85	4,7	3,9	3,5

No hay duda de que las cifras de enfermos son muy superiores a las comunicados por otros autores y que pueden parecer exageraciones motivadas por el proceder seguido para la separación, ya que si nos hubiéramos atenido a considerar solamente enfermos a los que al ser examinados presentasen alteraciones, he aquí cuáles hubieran sido los resultados:

Edades	AÑOS		
	1932	1933	1934
De 3 - 4 años	8,5	8	7,8
De 5 - 6 años	5	5	4,5
De 7 - 8 años	2,80	2,40	2,1
De 9 - 10 años	2,40	2,20	2,20
De 11 - 12 años	3,10	3,50	3

Es decir, la mitad, aproximadamente, de las cifras anteriores, siendo, además, las últimas muy parejas a las que con frecuencia se encuentran comunicadas por diversos autores. Sin embargo, no tenemos el menor escrúpulo en sostener que la realidad está más cerca de los resultados primeros o sea de los obtenidos valorando los antecedentes personales aparte de los hallazgos momentáneos. Y no sólo porque lógicamente así tiene que

sucedier, sino porque habiendo colocado, al efecto, un grupo de 105 niños en observación trimestral pudimos comprobar lo siguiente:

Desde el primer momento nos fué posible separar como enfermos a un 8,2 por 100 que presentaban procesos de infiltración, adenopatías tumorales, diseminaciones de fácil comprobación radiológica; a ellos se añadieron después de examen clínico analítico anormal un 11,3 por 100 que fué diagnosticado de tuberculosis gangliobronquial oculta, resultando, pues, en conjunto, un total de 19,5 por 100 de niños tuberculinopositivos diagnosticados como enfermos en la primera exploración por presentar anomalías; a su lado quedaban con el mismo diagnóstico de tuberculosis gangliobronquial oculta por tener antecedentes personales que así lo abonaban pero en completa normalidad 5,4 por 100 y, por último, con el calificativo de sospechosos un 4,5. Pues bien, véanse los porcentajes de todos esos grupos cuando se volvieron a ver a los tres y seis meses:

	1. ^a revisión	2. ^a revisión
Procesos infiltrativos &.....	8	6,5
Tuberculosis gangliobronquial con alteraciones clínico-analíticas.....	12,6	11,5
Sospechosos	6,7	8
Niños con antecedentes personales pero sin perturbaciones clínico radiológicas ni analíticas.....	4	7,5

Esta mutación de las cifras es más significativa si se tiene en cuenta que cerca de la mitad de los diagnósticos son nuevos, es decir, acaecidos en quienes anteriormente habían sido diagnosticados en otros grupos o dados por sanos; pero que en estos últimos sólo el 17,8 por 100 son los que han aparecido enfermos.

Nos parece, por tanto, demostrado que el modo de proceder debe ser el que propugnamos y que, sin duda, es conocido de todos, en sus fundamentos al menos, pero que desgraciadamente no es aplicado siendo una de las causas por las que son tan contradictorios los resultados de comparar a la larga los niños cuya infección tuberculosa produce signos manifiestos de enfermedad con aquellos en los que absolutamente nada pasa. De un modo particular se resiste el ánimo a admitir que para el porvenir del niño sea indiferente que haya tenido reiteradas manifestaciones de focos tuberculosos gangliobronquiales o parenquimatosos y, sin embargo, go, esto es lo que hay que concluir cuando se revisan los trabajos de algunos investigadores (Peretti,) seguramente por no haber hecho en muchos casos una separación estricta entre infección y enfermedad pasando desapercibidas y desapercibidas muchas de estas.

Prescindiendo de este interés el concepto que defendemos tiene unas aplicaciones epidemiológicas considerables (aparte también la significación clínica individual que hemos resaltado) toda vez que hace la tuberculosis infantil más frecuente aun de lo mucho que se admite. No nos es posible —dado el relativamente escaso tiempo de trabajo— valorar la evolución de las curvas de infección y enfermedad en nuestro material infantil para extraer deducciones epidemiológicas; pero sí podemos calcular el

número de niños que en nuestra zona sufren procesos evolutivos tuberculosos. En otra publicación nuestra lo hemos hecho ateniéndonos a los datos que acerca de la estructura de la población de nuestros distritos se nos ha facilitado en el Ayuntamiento y resulta que entre 57.945 personas de 0 a 12 años existentes en la zona de acción puede asegurarse que existen, por lo menos 5.083 tuberculosos enfermos, debiendo unirse a ellos 1.694 sospechosos, siendo en total un porcentaje superior al 10 el de los niños de cualquier edad y condición necesitados de exquisita vigilancia y tratamiento. Cifra que justifica, sin más, el interés y la importancia que en los Dispensarios se presta a la tuberculosis infantil.

El Preventorio-Escuela de Salamanca

POR LA DOCTORA

Gonzala García Delgado

Directora del mismo.

La Medicina Social y Preventiva va contando, afortunadamente, no sólo con la obligada asistencia del Estado, sino también con la voluntaria de algunas personas y entidades, que conviene conocer, para considerarlas como coadyuvantes de nuestra labor sanitaria y tenerlas muy en cuenta en nuestra actuación profesional.

No hemos de hablar del gran Sanatorio de Valdecilla, orgullo de la filantropía española y gloria de la montaña, por ser de todos sobradamente conocido, pero sí he de mencionar la meritísima labor de Medicina social y Sanitaria que las Cajas de Ahorros Benéficas realizan en nuestra Patria, en emulación constante con otras del extranjero (especialmente las italianas), que acaso no sean tan conocidas de todos vosotros.

Así, por ejemplo, merecen especial mención entre otras: La Caja de Ahorros y Monte de Piedad Municipal de Bilbao, con su Montepío de la mujer que trabaja, su Colonia Escolar permanente de Pedernales y su Refugio Infantil. La de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de Barcelona, con sus Clínicas de Cirugía, Medicina interna, y Maternal de Santa Madrona y sus Dispensarios de Medicina general, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Puericultura, Oftalmología, Otorinolaringología, Neurología, Urología, Dermatología, Rayos Roöntgen y Odontología. Su labor antituberculosa en los dos Dispensarios que tiene en Barcelona y su Sanatorio o Colonia de Torrebonica, con departamentos familiares de reciente instalación. El Amparo de Santa Lucía para ciegos, Instituto educativo de sordomudas y ciegos, Instituto para la rehabilitación física de los mutilados y los Dispensarios Blancos últimamente instalados. Caja de enorme capital (más de 600 millones, capital de los imponentes) desarrolla una inmensa labor social y sanitaria. La Caja de Ahorros Vizcaína propia de la Diputación Provincial, tiene a su vez el Instituto de rehabilitación de Inválidos y el Sanatorio antituberculoso de Plencia.

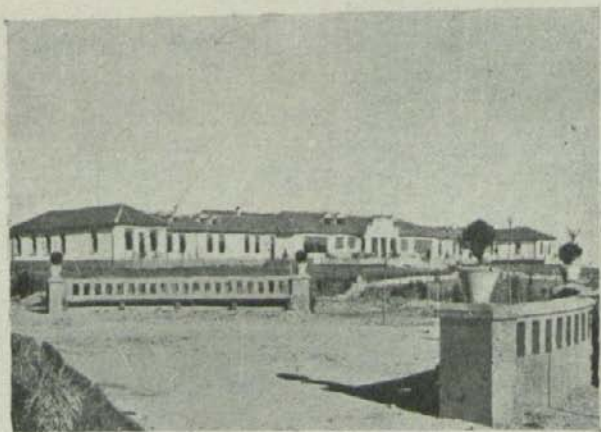
La provincial de Guipúzcoa, a más de lo propio respecto al Hospital. Casa Cuna y Gota de Leche, construye ahora un Sanatorio Antituberculoso en la Sierra de Cameros, provincia de Logroño.

La Municipal de Vigo tiene también su Colonia veraniega del Rebulón, modelo entre las de esta clase y la de Salamanca acaba de construir un Preventorio-Escuela que especialmente quiero daros a conocer.

Está instalado este Preventorio-Escuela en la parte alta de la ciudad

y a las afueras de la misma, a una altura de poco más de 800 metros, con hermosas vistas y un gran parque que le rodea de más de 48.000 metros cuadrados de extensión.

Quisiera compararlo con el plano aproximado de un aeroplano gigantesco mirando al Suroeste. En el centro se hallan instalados los servicios Médicos: Despacho de la Dirección, Sala de reconocimientos, Rayos X, Cámara oscura, Fisioterapia, Gabinete de Especialistas, Otorinolaringólogo y Odontólogo, así como también el Laboratorio, la Administración y Despacho de la Comisión del Consejo de la Caja de Ahorros. A continuación de ellos se hallan, a un lado, la Escuela, y al otro, el Salón de juegos, en la parte de delante, y el Comedor y Salón de Actos en el centro. En último término y como a la cola de este cuerpo van: la cocina con su office, sus despensas, cámara frigorífica, sala de plancha y costura y dormitorio de la servidumbre, y sobre estas dependencias y en planta alta, el Pabellón de las Hijas de la Caridad.



Vista general.

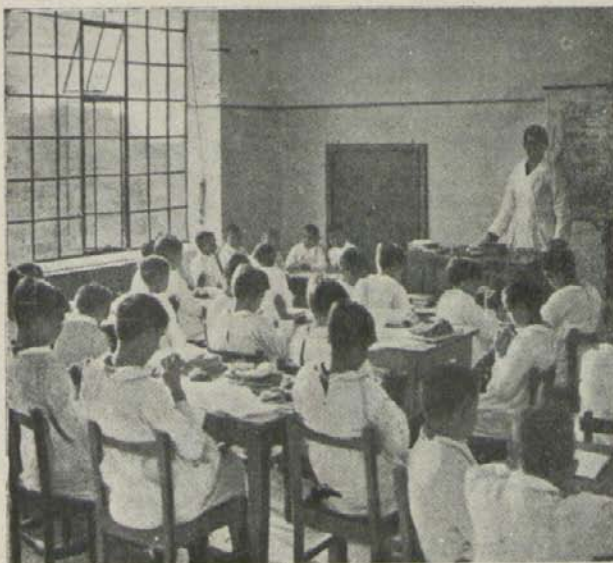
En las dos alas, exactamente iguales, forman en su parte anterior los dormitorios, cuatro iguales de cada lado de cuatro camas cada uno y dos a los extremos de ocho camas y a tres aires (todos menos al norte) que rematan las puntas de las alas con salientes de gran esbeltez sobre sus respectivas galerías, haciendo juego con la del pabellón central, mucho más grande que éstas y en la que ordinariamente hacen los niños la cura de aire y sol, excepto los días de agua que la hacen en una galería cubierta. En la parte posterior de estas alas van los roperos, con todos sus armarios y mesas metálicas. Los servicios higiénicos de retretes, cuartos de baño, baños de pies, duchas, etc., provistos de un esmerado servicio de hidroterapia, con graduador de temperatura y mezclas de aguas formando un pabelloncito independiente y coquetón. No lo es menos el que poco más allá dibujan las enfermerías, con su cuartito de dos camas, para los enfermos el dormitorio de la enfermera, cuarto de baño y el W. C.

Existen sótanos y desvanes que no creemos necesario describir, ya que han sido hechos con el exclusivo objeto de que estuviera el edificio construido sobre una completa cámara de aire y los servicios de lavaderos, secaderos y cabina de animales de experimentación para los que otros sitios son obligadamente utilizados, se hallan aquí instalados al fondo del

parque en el lugar más bajo y menos visible, por tanto, y lo más alejados posible del edificio central.

A la entrada del Preventorio, y para que nada quede por mencionar está instalada la casita del portero, hecha con el mismo estilo y con igual esmero que el Preventorio, con luces a los cuatro aires y ventanas con sus inontantes y cierres graduables, persianas y cortinas opacas y lavables de goma, para el sol.

Una vez descrito el edificio, poco podremos decir de nuestra labor que si siempre será pobre, por merecimientos, lo es ahora forzosamente por la escasa actuación, ya que aún no está oficialmente inaugurado este Preventorio, si bien la admisión de niños comenzó con el año pasado, pero sí creemos conveniente el hablaros de la norma de conducta que nos hemos trazado en nuestros trabajos.



Escuela.

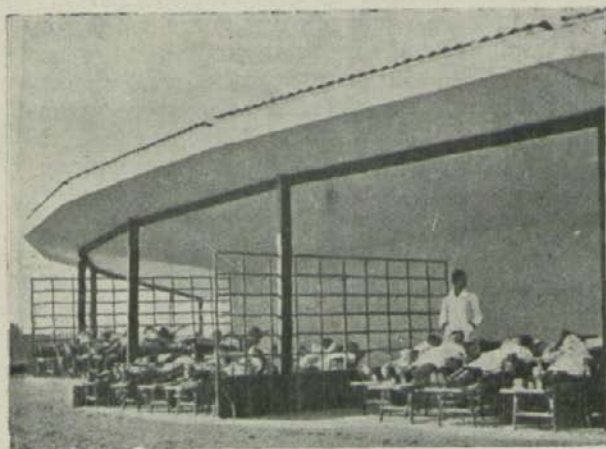
Empezamos por la tarea de la selección de la admisión de niños, realizándola con una amplia libertad profesional, que no sólo respetó, sino que más bien estimuló el Consejo de Administración de la Caja de Ahorros, y en esta labor médica fuimos de perfecto acuerdo con el Dispensario antituberculoso, atendiendo sus indicaciones hasta donde pudimos, solicitando datos de los familiares de los niños aspirantes y procurando por nuestra parte remitir a aquel centro las personas que hubimos de reconocer y apreciar por tanto la necesidad de su tratamiento en aquel centro. En esto nos hemos sentido ante todo y sobre todo sanitarios, porque allí donde no bastaron nuestros consejos y advertencias, usamos sin recelo de una sana coacción, imponiendo el tratamiento de los familiares como condición, ya para ser admitido el niño o para ser visitado. Con esta relación de verdadero y cordial compañerismo, con el Centro oficial más afín al Preventorio y con la Dirección del de Higiene Infantil que desempeñamos, creemos y esperamos poder hacer una seria labor sanitaria consciente y coordinada de la cual esperamos obtener el debido rendimiento a que tie-

nen derecho los esfuerzos económicos de la entidad fundadora que nada ha escatimado ni escatima para el mejor servicio del mismo.

Nuestro modesto trabajo hasta ahora se ha inspirado en una más intensa labor y tratamiento individual, que no en un riguroso régimen colectivo de Colegio o Asilo.

Empezamos por llevar un fichero tan detallado como hemos creído preciso con sus fichas de: Interrogatorio muy minucioso en la parte de posibilidad de contagio tuberculoso intradomiciliario y escolar con su duración y condiciones; ficha de exploración clínica con su esquema de torax y radioscopia; gráficas de talla, peso y temperatura; ficha de evolución y tratamiento; ídem de análisis de laboratorio, pruebas y reacciones biológicas y diagnósticas; precedidas todas estas fichas de la social, hecha por la enfermera visitadora, que en este caso fué una de las tres Hermanas titulas de las 5 que en el Preventorio existen y debidamente detalladas.

Además de la Radioscopia ha sido hecha a todos los niños ingresados



Galería de reposo

una Radiografía que será repetida en serie en los casos que lo creamos preciso.

La labor personal o individual antes dicha, la realizamos, vigilando diariamente a los niños variando el plan y horario general cuando y cuantas veces lo creemos preciso, acordándonos siempre de una frase, muchas veces oída a uno de nuestros maestros en la Especialidad de Pediatría, el Dr. Cavenget, «Hay que saber hacer, saber esperar y saber retroceder».

Como a un Preventorio corresponde, empezamos usando muy pocos medicamentos, pero el ser niños de los cuales, además de haber dado sólo dos una intradermoreacción o Mantoux negativo, muchos de ellos, además de la tuberculosis infección padecen formas atenuadas de tuberculosis o sea la tuberculosis enfermedad según la terminología de Hamburger y Dietl, por lo cual tienen que ser debidamente tratados, usando nosotros con preferencia los preparados cálcicos, sobre todo por vía intravenosa; los extractos de glándula hepática a que tan aficionados se muestran Simón y Recker, en los niños que presentan, además, desnutrición y anemia, aunque ésta sea de poca intensidad, las vitaminas en forma farmacológica las usamos por el aceite de Hígado de bacalao y de Hipófisis las liposolubles en los niños que presentan estigmas raquíticos; el iodo en los

que presentan lesiones de escrófula, tales como adenitis cervicales, conjuntivitis flictenular, etc., muchas veces en la tan antigua forma de jarabe de rábano iodado que nos da buenos resultados, sobre todo en los casos que hay anoraxia uniéndolo cuando es preciso con la administración de la vitamina B, y por fin en las bronquiectasias, sólo con el cambio de distintos medicamentos conseguimos mejoría.

Por lo dicho puede fácilmente comprenderse que estos niños más corresponden a un Sanatorio que a un Preventorio y así, en realidad debería llamársele, pues a nuestro modo de ver es más útil y económico el aislamiento de los enfermos que no de los sanos, siendo de gran urgencia la creación de Hospitales especiales para tuberculosos graves y de Sanatorios como el que nos ocupa para evitar que los niños y los jóvenes, con formas precoces de tuberculosis pasen a las formas graves contagiosas, lo cual, unido a la vacuna de Calmete y Guérin, nos parecen ser los medios más útiles para poder realizar la lucha contra la tuberculosis rompiendo los eslabones que constituyen la Epidemiología de esta enfermedad.

Con lo antes expuesto pudiera pensarse que admitimos enfermos contagiosos; esto que bien sabemos es difícil de averiguar con exactitud tratándose de formas iniciales de tuberculosis lo investigamos con cuantos medios el Laboratorio nos proporciona, tales como inoculación de diversos productos (lavado de estómago en ayunas, esputos, heces, etc.), a los animales de experimentación cuando no bastan las observaciones microscópicas de las preparaciones. La velocidad de sedimentación, fórmula, recuento, reacciones tuberculínicas repartidas y Schick son practicadas sistemáticamente en todos los niños.

A propósito no he hablado de la Terapéutica física y Helioterápica, pues es preciso manejar con todo cuidado la Terapéutica excitante, sobre todo en las formas precoces de tuberculosis para evitar la generalización, así que sólo después de estudiar detenidamente los casos y su grado de alergia la empleamos y siempre con la debida prudencia.

El régimen higiénico-dietético, al que en gran parte atribuimos la mejoría que los niños han experimentado lo hemos establecido tomando por guía el del Preventorio de Guadarrama, en el cual hemos pasado unos días antes de abrir el nuestro, y no entro en detalles de este Régimen por no hacer muy largo este trabajo.

El Reglamento de las visitas de los familiares enfermos, lo hemos establecido con todo cuidado para evitar las reinfecciones masivas y repetidas, y puesto que éstos han sido reconocidos por nosotros antes del ingreso de los niños en el Preventorio, según las lesiones que presenten, así se las consiente la mayor o menor frecuencia en las visitas. Los niños tampoco son admitidos más que de muy tarde en tarde y con el debido cuidado a visitar a sus hermanos, para evitar en lo posible el contagio de enfermedades infecciosas, que algunas, aun siendo relativamente benignas, sabemos poseen un poder energizante y lo peligrosa que es esta disminución de la alergia en las formas incipientes de tuberculosis.

El resultado de esta labor que, a falta de otro mérito tiene el de ser hecha con todo entusiasmo, sólo el tiempo podrá decirlo y ya tenemos en proyecto, para que ésta no sea estéril, la vigilancia continuada de estos niños, una vez que vayan a sus casas, siendo esta labor más penosa que la actual, pues todos los niños recibidos pertenecen a familias muy necesitadas económicamente de auxilio, pues unas por ser el padre el enfermo y otras por falta de trabajo viven en pésimas condiciones higiénicas. Sin

SOJINA "CELSUS"

TAO TJUNY JAPONES

ALIMENTO exclusivamente vegetal preparado con harina de Soja hispida
ANALISIS de la harina de soja desecada y desgrasada (término medio)
comparada con varias harinas de leguminosas y cereales.

	Soja desgrasada	Trigo	Maiz	Avena	Habas	Guisantes
Materias nitrogenadas....	48	10	9	13	25	25
Grasa	2,50	1	3	6	2	1
Hidratos de carbono	52	74	71	67	58	57
Cenizas.....	7	0,50	1,14	2	3	2,78

La harina de soja produce 4.700 calorías por kilo.

Por su riqueza en materias protéicas de origen vegetal no tóxicas y escasa proporción de hidratos de carbono, la *SOJINA* resulta un alimento completo y de gran valor nutritivo.

La *SOJINA* contiene una proporción de 1,66 por 100 de fósforo y 0,80 por 100 de calcio, además dos fermentos parecidos al B. láctico, así como las vitaminas A. B. y D.

La *SOJINA* tiene un grato sabor y por la diastasación que ha sufrido sus componentes es tolerada por los estómagos más delicados.

Un bote de *SOJINA* equivale a 6 litros de leche y a 2 kgs. de carne.

INDICACIONES

En todos los NIÑOS, a partir de 5 meses, como alimento complementario y en las COLITIS.

En las EMBARAZADAS Y LACTANTES.

En las DIETAS VEGETALES, sustituyendo a los alimentos de origen animal con mucha ventaja por su acción antianafiláxica.

Indicada en la DIABETES y en las URTICARIAS y ECZEMAS alimenticios.

Complemento nutritivo en niños y adultos sanos y convalecientes.

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS
(Propaganda exclusivamente médica.)

INSTITUTO LATINO DE TERAPEUTICA, S. A.

«Especialidades Celsus».

TRAFALGAR, 13 BARCELONA APARTADO 865

Tanagel

ANTIDIARRETICO
(Tanato de gelatina); *simple* en papeles para niños; y *compuesto* en sellos y comprimidos con opio y belladona para adultos.

M A L T A R I N A

EL ALIMENTO MEDICINA

**Hace hombres fuertes de
niños débiles**

**Alimento dietético, espe-
cial para niños y personas
de estómago delicado**



CASA ALVAREZ MATERIAL CIENTIFICO

Representante General para España de E. LEITZ

Instalación completa de LABORATORIOS, CLINICAS, HOSPITALES, ETC.

Material completo para ANALISIS DE LECHE

MAYOR, 79

TELEFONO 12050

MADRID

radura, sino un proceso natural del organismo. Sin embargo, la presión que el diente ejerce sobre los tejidos que lo rodean es suficiente para provocar una coacción en las encías, la cual se traduce en mal humor en el niño y en tendencia a morder todo lo que encuentra a su alcance; también puede presentar decaimiento y enrojecimiento de las mejillas.

En niños *muy nerviosos* todos estos síntomas se hacen más notables porque no toleran ninguna pequeña molestia y se producen grandes lloros, mal humor, gritos de cólera, movimientos de atrás adelante del cuerpo acompañados de gritos, etc., que desaparecen en cuanto brota el diente. Pero las cosas no pasan de aquí y es todo lo más que puede concederse que provoca la dentición. Si los síntomas sobrepasan este límite hay que considerarlo anormal. *La erupción de los dientes no provoca por sí sola ni fiebre ni ninguna de las enfermedades que le son atribuidas.*

Lo que sucede es que en esta época se presentan numerosas enfermedades y el hecho de que éstas coincidan con la aparición de los dientes ha hecho que las gentes lo achacen todo a la dentición (fiebre, diarreas, etc.).

Hay tres factores que influyen en que en esta época aparezcan diversas enfermedades. Comienza en ella el DESTETE, en el

salen primeramente los dos incisivos medios inferiores y después los dos incisivos medios superiores. A partir de aquí salen ya siempre antes los dientes de arriba que los de abajo. Los dientes brotan por grupos iguales; es decir, los incisivos inferiores se suceden a los incisivos superiores, etc., etc.

Después de los incisivos medios inferiores y superiores brotan los
2 incisivos laterales superiores.
2 incisivos laterales inferiores.

Aquí hay un salto; queda un espacio en la mandíbula y salen los
2 premolares superiores.
2 premolares inferiores.

Después los 2 colmillos (caninos) superiores.

Después los 2 colmillos (caninos) inferiores.

Segundos premolares superiores.

Segundos premolares inferiores.

La primera dentición consta pues, de veinte piezas.

Los segundos premolares aparecen hacia los seis años, o sea cuando empieza la segunda dentición y éstos ya no se caen, sino que son permanentes.

La primera dentición empieza a los seis meses y suele terminar a los dos años. Para recordar los dientes que debé tener el

niño en cada edad se han hecho los siguientes grupos:

Primer grupo
(2 incisivos medios inferiores)
= De los 6 a los 7 meses

Segundo grupo
(2 incisivos medios superiores y 4 incisivos laterales)
= De los 9 a los 10 meses

Tercer grupo
(4 premolares)
= De los 12 a los 14 meses

Cuarto grupo
(4 colmillos)
= A los 18 meses

Como regla general puede decirse que el niño debe tener tantos dientes como meses tenga menos seis (Según Phaundler).

Los dientes deben aparecer en el orden antes dicho, pues no solamente es anormal en que no aparezcan a su debido tiempo, sino también en que aparezcan en un orden irregular.

El proceso de la dentición da lugar a preocupaciones absurdas; las madres atribuyen a la salida de los dientes cualquier trastorno o enfermedad que el niño presente; esto es falso.

Hay ciertamente *algunos síntomas que acompañan a la erupción*; unos son locales y otros «generales» que repercuten en todo el organismo.

Signos locales de la erupción dentaria.

En las encías del lactante sabemos que existe el abultamiento llamado **RODETE DE MAGITOR**; pues bien, éste va desapareciendo a medida que surge el diente; en el sitio donde va a aparecer éste, el rodeo no existe y la encía está abultada y un poco palidecida, porque la presión del diente expulsa la sangre.

Otro fenómeno que se produce es el **BABEO**. En la boca del niño pequeño hay muy poca saliva; pero a partir de los tres o cuatro meses aumenta bruscamente esta secreción y como el niño no ha aprendido a tragársela se le vierte de la boca. También la mucosa de la boca está irritada por el empuje del germen dentario, lo que aumenta también la cantidad de saliva. Estos síntomas locales preceden al brote dentario y carecen de importancia.

Fenómenos generales de la erupción.

Los fenómenos generales que produce la dentición son debidos a que para que el diente aparezca (sabemos que existe dentro, el nacimiento, pero oculto), tiene que destruirse el tejido que separa el germen dentario (oculto dentro de la mandíbula) de la superficie de la encía, y ésta destrucción se traduce no en rotura violenta, sino que conforme va apareciendo el diente priva de sangre a la parte comprimida y el tejido se va reabsorbiendo. No es pues, el brote dentario un acto violento, de desga-

continuo en el período que precede a la erupción dentaria y observa que para hacerlo, coincidiendo con una enfermedad febril, achacan ésta a la «retención de baba». En realidad si el niño ya no hecha baba, si no «babea» es a causa precisamente de la fiebre, que como todos saben, pone la boca seca porque deja de producirse la saliva.

Anomalías en la aparición de los dientes.
Aunque lo normal es que la dentición comience hacia los 3 meses, puede suceder que principie antes o después. También puede suceder que el niño nazca con dos *dientes uterinos* (incisivos medios inferiores). Se atribuye a los niños que nacen con estos dientes congénitos muy buena suerte y se citan casos de hombres de genio que nacieron con ellos. No sirven para nada; todo lo contrario, son un tormento para la madre; ya molestan al dar el pecho y si no se caen solos (cosa frecuente) hay que extirparlos.

Puede ocurrir que la dentición principie a los dos o tres meses, en cuyo caso se presentan iguales dificultades para dar el pecho que en los dientes congénitos. Esta dentición adelantada ocurre en niños fuertes y sanos.

Mayor importancia tiene el retraso en la aparición de los dientes. Este no es siempre producido por enfermedad; hay familias

unas bridas sujetas a la cintura del niño y que son llevadas por la madre o por otra persona; es buen procedimiento, porque el niño está vigilado.

Juguetes. En la elección de juguetes para el niño hay que tener en cuenta que éste todo lo lleva a la boca. No deben, por lo tanto, estar a su alcance objetos que pueda tragar (monedas, botones, etc.) o que puedan herirle, ni tampoco pinturas venenosas (pinturas verdes (arsénico) y blanco de plomo). Los juguetes deberán ser fáciles de desinfectar. El primer juguete que utiliza el niño es el clásico sonajero; éste puede estar colgado de la cuna para distraerlo, pero el niño no debe cogerle por la posibilidad de que se trague un cascabel. Buenos juguetes son los de goma (sin pelo, pues éste es susceptible de ser tragado por el niño) y los de madera redondeados.

Chupete. El uso del chupete es perjudicial por varias razones: se ensucia con facilidad, roza con las ropas, cae al suelo y el niño chupa polvo y con él microbios. También el niño traga aire y se fatiga inútilmente. En casos de niños muy llorones, es preferible el empleo del aro de hueso.

Hay que tener en cuenta que cuando el niño tira un juguete no se le puede volver a dar sin limpiarle bien; para evitar esto, puede colocársele el juguete sujeto a la

cuna o al pecho del niño, pero nunca al cuello, pues hay gran peligro de que se estrangule con la cinta al moverse enérgicamente.

Higiene de la boca y de la piel del niño.—El niño nace con los dientes ocultos, dentro de la mandíbula y en el curso de su vida van creciendo hasta hacerse visibles. Van creciendo paulatinamente y al llegar a la superficie de la encía se verifica el brote al exterior o DENTICION.

En el interior de las encías está el germen dentario. Suponiendo en el curso de la vida del feto un corte de la mandíbula tendríamos primero una especie de fisura en el borde de la encía y después se forma un tejido epitelial que es el que da origen a la corona del diente «germen del *esmalte*». Debajo está el germen de la *dentina* o pulpa del diente, que formará la raíz. Los dos conjuntamente son el «germen dentario». Al nacer el niño está formadas las coronas de los dientes y poco a poco se van formando las raíces; éstas son al principio muy pequeñas, pero van creciendo y empujan a la corona.

El proceso de la dentición ocurre en una época determinada y con una determinada pauta. La primera dentición es la de los llamados DIENTES DE LECHE y la segunda es la que da origen a los DIENTES PERMANENTES o DEFINITIVOS.

La dentición empieza a los seis meses;

cual se producen alteraciones de la nutrición. Aparecen las ENFERMEDADES INFECIOSAS: sarampión (para el que está inmunizado el niño hasta los cinco meses), escarlatina, etc., etc.; el niño está defendido en los primeros meses de su vida de esas enfermedades y es precisamente cuando empiezan a hacer su aparición dichas enfermedades. Un tercer factor es la SUCIEDAD; el niño todo lo lleva a la boca para calmar la irritación de sus encías y como chupa los objetos sucios se produce una infección del tubo digestivo y se originan las diarreas, etc.

Estos factores hacen que en la época de la dentición el niño esté más propenso a enfermar y no es raro que ocurran las dos cosas a la vez; es decir, que el niño esté con la dentición y padezca también una enfermedad infecciosa o digestiva; pero a nadie se le ocurre echar la culpa de un sarampión, por ejemplo, al brote de un diente.

En resumen: toda enfermedad que ocurra mientras el niño está con la erupción tiene la misma causa que en cualquier otra época que se produjera y no es en modo alguno *producida por la dentición*. Este es el error: creer que cuando el diente salga la enfermedad se va a curar y no avisar por lo tanto al médico hasta que el niño está ya gravemente enfermo.

Las mujeres que veían al niño babear de

SINLAC



Producto Nestlé elaborado en La Penilla (Santander).

Mezcla científicamente equilibrada de diversos cereales dextrinados y malteados: trigo - arroz - avena - cebada y centeno, con todas sus vitaminas y fosfatos.

Producto ideal para los lactantes como complemento nutritivo de la leche de vaca, fresca, condensada o desecada, ejerciendo además sobre la misma una acción catalizadora que aumenta notablemente su digestibilidad.

Se recomienda también como alimento de régimen para adultos.

Pídanse muestras y folletos a Sociedad Nestlé A. E. P. A.

Calle Luchana, 29 • MADRID



EQUIPOS PARA PARTOS

APARATOS Y UTENSILIOS

para la instalación de

“GOTAS DE LECHE”,
INSTITUTOS DE
PUERICULTURA, etc.

INDUSTRIAS SANITARIAS S.A.

(ANTIGUA “CASA HARTMANN”)

Paído-Salus (Inyectable)

Espiricida. Tónico y recalcificante infantil

Producto nacional, dedicado especialmente a los PEDIATRAS ESPAÑOLES

Preparada en el "Laboratorio de M. Capilla"

MADRID

BABERMIL BABEURRE EN POLVO

Leche Milfo, transformada en leche ácida, con cinco gramos
por mil de acidez.

LIEBMALT Sopa de Liebig lacteada con leche Milfo y de- secada en tres formas:

LIEBMALT NORMAL

LIEBMALT LAXANTE

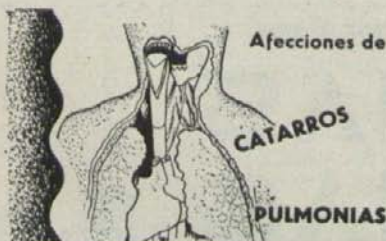
LIEBMALT ASTRINGENTE

UTIL EN LOS PROCESOS GASTROINTESTINALES

JUAN SERRALLACH

VIA LAYETANA, 15

BARCELONA



Afecciones de las vías respiratorias

HEPATOBRON

PECTORAL FORTIFICANTE

DEL
DR. GRAÍÑO

embargo, sabemos que nuestra Caja de Ahorros (entidad no oficial) no quiere dejar en el más completo abandono a estos niños, a quienes tantos cuidados prodiga ahora y seguramente en ella han de encontrar solícito auxilio para que los esfuerzos hechos no sean luego inútiles, y por esto ha de permitirme abrigar fundadas esperanzas de que esta labor del post-Preventorio no ha de serme tan difícil como a primera vista parece.

Tal es la Institución que regentamos, que hemos querido exponer a vuestro conocimiento, para que la pongáis como modelo en vuestras distintas regiones, estimulando a los organismos similares.

Acaso fuera ésta una buena ocasión para que la Sanidad oficial hiciera una moción cerca del Ministerio, para que se manifestara oficialmente por el mismo la gratitud que dichas Cajas merecen de la Sanidad española y se formara una estadística oficial de estos organismos, que sería muy útil conocer al detalle y que, como digno ejemplo, pudiera ofrecerse en cualquier Congreso internacional en el que su omisión pudiera hacernos aparecer en un plazo de inferioridad en este respecto ante los ojos de los demás.

Después de presentada esta comunicación fueron concedidas por el Estado 30.000 pesetas para costear 20 plazas en este Preventorio, por lo que actualmente son 50 los niños que hay en este Centro.

SANIDAD INTERNACIONAL

CIRCULAR DEL MINISTRO DE HIGIENE DE LA GRAN BRETAÑA DE 9 DE ABRIL DE 1935, CONCERNIENTE A LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS (HEREDO-SIFILIS).

Educación de los adultos en relación con la importancia que tiene la continuidad del tratamiento.—El personal encargado recomendará especialmente la asistencia a los Centros de tratamiento de las madres sifilíticas en los últimos períodos del embarazo y después del nacimiento del niño por la tendencia que tienen en esta época a abandonar el tratamiento.

Las enfermeras visitadoras, las matronas, los funcionarios de las Maternidades, de los Centros de Protección a la infancia y de las Clínicas Escolares, en presencia de enfermos sifilíticos o sospechosos, insistirán sobre ellos para conseguir que sigan con perseverancia el tratamiento apropiado. También se emplearán las conferencias de higiene, el cinematógrafo y todos los demás medios de educación que sirvan para extender un mejor conocimiento del problema.

Facilidades de tratamiento.—Las consultas en los Centros tendrán lugar a horas cómodas, fuera de las horas de trabajo de los enfermos o familiares; el tiempo que debe estar cada enfermo en la consulta será el más corto posible; el personal encargado será afable y discreto; la instalación de la consulta será confortable, y se deberá respetar el deseo de guardar discreción respecto al enfermo.

Coordinación de servicios.—Se debe coordinar el trabajo de los Centros de tratamiento, Maternidades, Centros de Protección a la infancia, Servicios médicos escolares, etc.

Vigilancia.—Se hará con relación a las

condiciones particulares de cada ciudad, por medio de enfermeras clínicas, asistentes de Higiene social, enfermeras visitadoras, o bien por correspondencia, etc. No olvidando la importancia que tiene una buena selección del personal encargado de este delicado trabajo.

Gastos de viaje del enfermo.—Teniendo en cuenta que muchos enfermos abandonan el tratamiento a consecuencia de estos gastos, deben ser las autoridades locales quienes abonen estos gastos en todos los casos en que esté justificado en opinión del Médico de Higiene pública, por no estar el enfermo en condiciones de sufragarlos.

ORGANIZACIÓN DE LAS VACUNACIONES PREVENTIVAS CONTRA LA DIFTERIA EN UNA GRAN CIUDAD.—*Comunicación presentada al Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene pública, en la sesión de octubre de 1934, por el Prof. Dr. Reiter, Delegado de Alemania.*

Unas tres semanas antes de la época de las primeras sesiones de vacunación, se procurará atraer la atención de la población sobre la necesidad de estas vacunaciones preventivas, por medio de un llamamiento de la primera autoridad de la ciudad, publicada en la prensa diaria. Durante los tres días siguientes, se publicará diariamente comunicaciones explicando en detalle: la frecuencia de la difteria en la ciudad en cuestión; las medidas de defensa tomadas hasta entonces; la necesidad de la vacunación preventiva. Estando ya así la población preparada, se deja pasar un período de unos diez días; luego, una semana antes de la fecha de la primera sesión, comienza la propaganda propiamente dicha para la ejecución de la vacunación. Durante esta semana se celebrarán todos los días grandes reuniones en las di-

ferentes partes de la ciudad. En una primera exposición, se habla de la frecuencia de la difteria y de la insuficiencia de las medidas empleadas precedentemente; en la segunda exposición, se explica la necesidad de la vacunación preventiva contra la difteria, su inocuidad y su eficacia. En estas reuniones se dejará de hablar durante unos minutos (tres a cinco), que servirán para que los asistentes pregunten por escrito las dudas que tengan sobre los puntos relacionados con la conferencia, el conferenciante debe dar profundas y claras explicaciones sobre las cuestiones solicitadas. Independientemente de estas reuniones populares, habrá conferencias especiales dedicadas al personal encargado de la enseñanza de los niños.

La organización de la vacunación preventiva exige varias semanas de preparativos. En Alemania, el éxito de la vacunación depende de la intervención continua de las organizaciones nacional-socialistas, del Cuerpo de Funcionarios y del Cuerpo Médico. Un examen de las fichas de los niños de las escuelas es hecho por el personal de enseñanza. Cada instructor debe llenar y tener las tarjetas de vacunación de sus alumnos; el director de la escuela debe disponer de locales de vacunación.

Es hecho un examen general, sobre fichas, de los niños pequeños, desde el primer año hasta pasado el quinto; un numeroso personal ha de trabajar en este examen; las fichas son cubiertas en las diferentes oficinas civiles o de la policía; son clasificadas por calles y por orden alfabético de nombres, para ser repartidas en seguida entre los diferentes locales de vacunación. Los niños de las escuelas son conducidos en grupos, por sus instructores, al local de vacunación. Cada escuela es avisada con tiempo de la fecha de las vacunaciones. Los padres de cada niño reciben una invitación escrita de que tiene que vacunar su hijo, con indicación de la fecha de las sesiones, del local y de las horas de vacunación. Así que no se pide el consentimiento escrito de los padres; se hace conocer a los niños de la escuela, un día antes, la fecha de la sesión de vacunación

para que den parte a sus padres. Así que para todos los niños pequeños o escolares que se presenten en la sesión se prejuzga que el consentimiento de los padres ha sido adquirido. Cuando los padres se oponen a la vacunación, deben hacerlo saber por escrito.

Los niños de las escuelas son vacunados por la mañana por los médicos municipales y por los médicos asistentes de los hospitales; los niños pequeños son vacunados por la tarde por los médicos prácticos, gratis. De esta forma, se llega a ejecutar sobre unos 100.000 niños las tres vacunaciones, cada una en una semana.

En cada local de vacunación, un solo médico vacuna. Es ayudado por una enfermera municipal; es responsable de la vacunación en su local y debe vigilar para que ella pase sin incidentes. Por otra parte, en cada sala de vacunación hay dos enfermeras, dos damas auxiliares de la Cruz Roja, dos damas de la Unión Femenina Nacional-socialista o de los Servicios de Asistencia social, y en fin, un funcionario de la Policía, si la sesión está destinada a los niños pequeños.

Las enfermeras hacen lo necesario para que las vacunaciones se hagan rápidamente; las damas de la Cruz Roja se ocupan de desinfectar la región a picar, de esterilizar las agujas, etc.; el resto del personal auxiliar se ocupa del control y de llenar las fichas de vacunación. Después de cada sesión, el conjunto del material empleado (vacunas, jeringas, agujas, alcohol, algodón, etc.), es remitido en cajas especiales por automóviles al servicio central, donde se limpia, etc., y al día siguiente por la mañana, antes de empezar la sesión, está ya en servicio útil en el local de vacunación.

Las reacciones que se producen después de las vacunaciones son comprobadas por la Comisión de Vacunación, especialmente formada al efecto; numerosas visitas son hechas a domicilio; se dan consejos médicos, se explica la benignidad de estas reacciones, etc. Este punto tiene mucha importancia, pues si no se veía la población inquietarse.

Notas prácticas

1. *Sencillo dispositivo para el tratamiento de la cifosis raquíutica.*—Para la corrección de la convexidad raquíutica de la columna vertebral en los lactantes y niños pequeños, utilizan en el Franz-Joseph Kinderspital de Viena (Privatdozent, E. Helmreich) el siguiente dispositivo: Una tabla cuadrangular oblonga de unos 90 ctms. de longitud, en cuyo centro una pareja de dobles hendiduras permite pasar una ancha correa con hebilla (fig. 1).

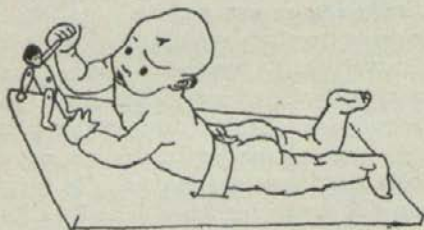


Fig. 1.

El niño es sujetado por la cintura boca abajo sobre la tabla, mediante la correa, y si es mayorcito, mediante dos. En esta postura es mantenido el niño día y noche durante el tiempo preciso (¡meses!). Cuando la cifosis es muy pronunciada se coloca al niño en una cama enyesada, también boca abajo en hipercorrección.

2. *Para el tratamiento de las otitis del niño pequeño.*—La aplicación de calor que requiere el tratamiento de las frecuentes otitis medias del lactante y niño pequeño está dificultada por la inquietud del pequeño que complica la sujeción de los apósi-



Fig. 2.

tos calientes sobre los oídos. Se facilita su consecución empleando como termóforo pequeñas bolsas de goma que se sujetan *in loco* metiéndolas en una especie de alforjas de telas en forma de gorro sujeto —al igual que los ordinarios— mediante unas cintas bajo la barbilla (fig. 2).

3. *Una faja para la corrección de las posturas defectuosas de los escolares.*—La deformidad de mala postura más frecuente en la edad escolar es la llamada espalda redonda, con hombros adelantados y consecutivo acortamiento de los pectorales, cifosis dorsal, lordosis lumbar y abdomen prominente. Esta defectuosa postura corporal se corrige robusteciendo y alargando los músculos correspondientes mediante la gimnasia ortopédica. Pero algunos niños,

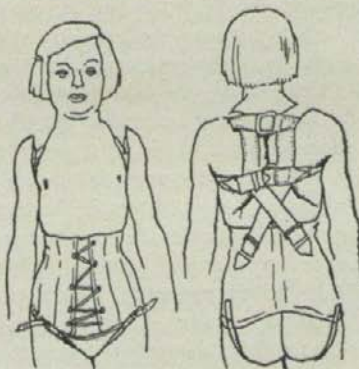


Fig. 3.

aun después de ella, por desidia y hábito morboso vuelven a la misma. En estos casos se ayuda y mantiene la corrección mediante una faja ortopédica. Las habituales con varillas de acero, son caras e incómodas por su rigidez, por cuya razón Mayr (de Munich), recomienda el modelo que muestran las ilustraciones, blando, sin ballenas, que además de sujetar el abdomen —con lo que desaparece la lordosis lumbar— retraer los hombros. Se impide que suba la faja, merced a tirantes subinguinales. El cinturón escapular se sujeta a la faja por la parte posterior (fig. 3).

(Del M. Med. Woch.)

Sección Bibliográfica

(En esta sección daremos cuenta de las obras recibidas, comentando aquellas de las que se nos envíen dos ejemplares)

CARLOS DIEZ FERNANDEZ.—La tuberculosis pulmonar en el niño y en el adulto.

El Dr. Díez Fernández trata, con su peculiar maestría, en esta publicación todas las materias referentes a tan interesante enfermedad y aclara multitud de problemas parcialmente resueltos en algunos otros tratados.

El libro, muy bien presentado, consta de 575 páginas con 290 figuras en el texto, en las que se detallan todas las cuestiones clínicas, de laboratorio, tratamiento, etcétera, poniéndolas verdaderamente al día.

El capítulo de tuberculosis osteoarticular ha sido muy bien desarrollado por el Dr. Saldaña.

Se trata, pues, de una obra necesaria, no sólo para el médico general, sino también para el especialista en tuberculosis.

CONEJO ORTEGA.

H. BRAEUNING.—Lungentuberculose und Schwangerschaft. Tuberculosis pulmonar y embarazo. 1935. *G. Trieme*, Leipzig.

Sobre una larga experiencia ha escrito el autor la presente monografía. Sus observaciones se extienden a 215 mujeres (360 embarazos), afectas de diversas formas de tuberculosis pulmonar. Las historias clínicas correspondientes, expuestas de una manera sucinta y acompañadas todas ellas de esquemas demostrativos y de epictisis, ocupan una buena mitad del libro. A continuación se estudia la influencia que el embarazo ejerce sobre las diversas formas clínicas de la tuberculosis pulmonar. En los capítulos siguientes se trata del influjo de la lactancia sobre la evolución del proceso tuberculoso de la madre, de la mortalidad en los hijos de tuberculosas y de la conducta que debe seguir el médico en presencia de una tuberculosa embarazada o posible gestante.

QUERO MALO.

M. PASCUA.—Mortalidad específica en España. 1935. Madrid.

En esta nueva producción del eminente Dr. Pascua, publicada por la Comisión permanente de Investigaciones Sanitarias de la Dirección general de Sanidad, se estudia la mortalidad por sexos, grupos de edades y causas en el período 1911-1930.

Primeramente por sexos y edades, por grupos de cinco años, desde los cinco a los sesenta años, haciendo un grupo total para los superiores a esta edad y cuatro grupos para los menores de cinco años.

Por causas utiliza la llamada nomenclatura «abreviada» que comprende 38 grupos de causas. El grupo 25 corresponde a la mortalidad por *diarreas y enteritis de menores de dos años*, haciendo notar que se incluyen en este grupo, aparte de las propiamente tales, la infección o toxi-infección, gastrointestinales, la atrepsia, la enteritis y catarro intestinal, así como la dispepsia propia de la edad y el cólera infantil. Da en la tabla 60 las cifras absolutas de defunciones de este grupo; y en la tabla 61 las cifras relativas, para los menores de un año calculadas por 1.000 nacidos vivos, y para los de uno a dos años por 1.000 habitantes de menos de dos años. Deduce que las cifras absolutas de mortalidad en este grupo 25 no han sufrido grandes variaciones en los años extremos del período de tiempo estudiado, pero sí considerables fluctuaciones en algunos años. También hace notar el exceso de mortalidad infantil en los varones con relación a las hembras de esta edad.

En resumen, una publicación tan necesaria que merece ser conocida por todos los que sientan inquietudes por estos problemas.

CONEJO ORTEGA.

REVISTA DE REVISTAS

É. Back-Slutsky y L. Czerny.—La neuro-sífilis en los niños con sífilis congénita. (La neuro-syphilis chez les enfants syphilitiques congénitaux.) «Revue Française de Pédiatrie», núm., 4, 1935, t. XI, pág. 432.

Después de ir enumerando las alteraciones que la sífilis congénita produce en el sistema nervioso infantil, citan algunas observaciones propias y finalizan haciendo las siguientes deducciones:

1.^a La lucha contra la sífilis congénita infantil está íntimamente ligada a la lucha contra la sífilis en general. Como la lúes ignorada es un obstáculo para la profilaxis, se debía hacer sistemáticamente reacciones serológicas a todas las mujeres observadas en diversas consultas.

2.^a Como los padres muchas veces ocultan su padecimiento, es necesario ilustrar a las masas de los peligros de la sífilis y desplegar gran actividad para su descubrimiento.

3.^a La frecuencia de la sífilis nerviosa en los descendientes de sífilíticos, exige un contacto estrecho entre sifiliógrafos, pediatras y neuropatólogos.

4.^a La frecuencia de los errores de diagnóstico referentes a la etiología de la sífilis con respecto a ciertas alteraciones del sistema nervioso hace necesario un estudio profundo de dichas manifestaciones producidas por la sífilis descartando todas las demás causas.

5.^a Un diagnóstico precoz de la afección del sistema nervioso central y la aplicación de un tratamiento específico antes de la degeneración o destrucción del tejido nervioso nos garantiza los buenos efectos de la terapéutica.

6.^a Es indispensable repartir en todos los dispensarios a los descendientes de sífilíticos.

7.^a La reacción de Wassermann no es más que uno de los varios métodos auxiliares.

8.^a Se deben tener en cuenta en cada ca-

so aislado los datos anamnésticos, clínicos y serológicos.

GARCIA PALACIOS.

E. Wieland.—La profilaxis del raquitismo y de la tetania (espasmofilia.)

La prophylaxie du rachitisme et de la tetanie (spasmophilie). «Revue Française de Puericulture», 135, t. 3, pág. 143.

La profilaxis no específica del raquitismo (higiene general del niño), forma la base en que debe apoyarse la profilaxis específica. Esta debe dirigirse a todas las capas sociales, sin restricciones, y de una manera especial a las clases indigentes.

A ser posible, las medidas profilácticas contra el raquitismo se pondrán en práctica ya durante el embarazo e inmediatamente después de nacer el niño o, todo lo más tarde, hacia el final del tercer mes, y se prolongará, con algunos intervalos, durante todo el primer año, especialmente durante los seis meses más pobres en sol.

Para obtener resultados eficaces en la profilaxis específica del raquitismo, sería necesaria una disposición oficial ordenando la combinación de la vitamina D con los alimentos ordinarios del lactante, sobre todo en los niños criados al biberón. Para éstos, el mejor procedimiento es suministrarles a diario, durante los seis primeros meses de su vida, 300-500 grm. de una buena leche fresca irradiada. En los niños criados al pecho se les hará ingerir diariamente un preparado comercial de vitamina D (una o dos gotas por día de Vigantol u otro preparado equivalente).

Cuando el niño toma en su alimentación una leche que no es la mujer, considera el A mucho más conveniente el uso de la leche irradiada que el de la vitamina D en gotas. Esta última, dado que debe usarse prolongadamente y en niños sanos, podría dar lugar a fenómenos tóxicos. Por el contrario, las leches activadas serían completamente inocuas.

Es condición precisa de toda futura cam-

pañá profiláctica del raquitismo el poder disponer de una leche de vaca irreprochable, una técnica de activación absolutamente segura, transportes rápidos y precios moderados para el consumidor.

La leche activada, aunque jamás tóxica, no debe despacharse sin receta.

Todas las sustancias activadas por la irradiación deben ser uniformemente estandarizadas, de acuerdo con la unidad internacional de vitamina D, recientemente creada en Londres.

En todos los países deben crearse institutos especiales con el objeto de controlar el contenido real de vitamina D de los distintos remedios y alimentos activados.

M. QUERO MALO.

M. Dechaume.—**Cuidados a dar a los dientes de leche.** Des soins a donner aux dents de lait. «Rev. Med. Soc. de l'Enfance». 1935, núm. 2.

Insiste en la necesidad de procurar que los dientes de leche queden en la arcada dentaria hasta el momento que corresponda a los dientes permanentes reemplazarles; y para esto es menester cuidarlos, pues sino se presentan diversas afecciones, como la *pulpitis* que a veces crea hasta pequeños abscesos *mortificaciones de la pulpa* que impide la reabsorción de las raíces y la caída espontánea del diente teniendo como consecuencia retardo de la erupción de reemplazo o mal posición de los dientes, *abscesos periapicales* con complicaciones generales y lesión del germen del diente permanente.

También, como los maxilares se desarrollan en función de los dientes, la caída prematura de éstos o la extracción, pueden ocasionar la atrepsia de los maxilares o maloclusión.

La existencia de caries, da lugar a insuficiencia de masticación con todas sus consecuencias, aumento de la vilurencia de la flora microbiana bucal, es origen de trastornos gastro-intestinales, complicaciones infecciosas a distancia, etc. Los cuidados de la boca en el niño deben comenzar poco después de la erupción de los dientes temporales; para los primeros dientes, lavado

con un algodón empapado en una solución de bicarbonato sódico; después se enseñará, lo más pronto posible al niño, a cepillar los dientes al levantarse, al medio día y al acostarse. Se recomendará que mastique bien y despacio, no tomar bombones, etcétera; y en algunos casos, convendrá hacer un régimen recalificante con sales de cal y vitaminas; y, por último, como muy importante, acostumbrarle desde pequeño a visitas regulares al dentista.

LONEJO ORTEGA.

S. Quadri.—**El sistema nervioso vegetativo en la diatesis exudativa, a través del estudio de los capilares.**

Il sistema nervoso vegetativo nella diatesi essudativa attraverso lo studio dei capillar. «La Pediatria». Fasc. 1-1953. Página 1.004.

La diatesis exudativa (D. E.), puede encuadrarse en aquellas afecciones, cuya patogénesis está en estrecha dependencia con la función del sistema nervioso vegetativo (S. N. V.).

Para demostrar la evidencia de esta relación, el A. ha estudiado la exploración del S. N. V. en niños afectados de D. E., habiendo comprobado en ellos además del cuadro constitucional, una retención de agua y de cloro, hipoproteinemia, hipocolesterinemia, ligera hipocalcemia, curva glucémica retardada y el metabolismo basal con valores hiponormales. Todo lo cual indica de una manera indiscutible, el aumento del tono parasimpático de dicho sistema.

Pasa luego a estudiar los métodos de explotación mecánica que tienden a elevar el grado de excitabilidad del lactante exudativo. Una pequeña escarificación cutánea con aceite de trementina o una solución de formalina, provoca en el lactante con D. E., una intensa reacción local.

En el niño exudativo existe una profunda ración morfológica de los capilares. Estos son tortuosos, alargados, ectásicos y con múltiples anastomosis. Sus resistencias están disminuídas. Presenta una documentación microfotográfica que pone de manifiesto dichas alteraciones.

P. BERNAL FANDOS.

Sección sindical y Noticias

Estatutos para el régimen y funcionamiento de la Escuela Nacional de Puericultura (Extractados de la «Gaceta» de 21 de septiembre).

Artículo 1.º La Escuela Nacional de Puericultura cumplirá los siguientes fines:

a) Preparación técnica especializada del personal Médico, Matronas, Enfermeras puericultoras y Niñeras, con el fin de que esta preparación responda a las necesidades impuestas para la defensa de nuestros niños, tanto en las instituciones oficiales como en la vida privada de las familias; complementará, mediante cursos especiales de Puericultura, los conocimientos a Enfermeras e Instructoras sanitarias de la labor preparatoria polivalente que la Escuela especial efectúe.

Art. 2.º El personal técnico preparado por la Escuelas obtendrá, previa las pruebas de aptitud que se estimen necesarias, títulos profesionales que les sirvan para optar al desempeño de cargos en las Instituciones de Puericultura o de Higiene infantil creadas ya o que hayan de crearse en nuestro país con dependencia del Estado, Provincia o Municipio.

Estos títulos profesionales serán los siguientes:

- a) De Médico tocólogo-puericultor.
- b) De Médico puericultor.
- c) De Visitadora puericultora.
- ch) De Matrona puericultora.
- d) De Niñera titulada.

El título de Médico tocólogo-puericultor servirá para desempeñar los cargos oficiales relacionados con las consultas de higiene prenatal en donde se examinen y atiendan las embarazadas, no solamente desde el punto de vista meramente tocológico, sino como finalidad expresa de cuidar de la vida del niño y hacer, tanto en

casos normales como patológicos, cuanto sea necesario porque éste nazca con las máximas garantías de vitalidad y vigor físico.

El Médico puericultor se ocupará del niño a partir del momento en que desenvuelve su vida extrauterina.

La Visitadora puericultora atenderá a servir constantemente de órgano de enlace entre los Médicos y los niños en el seno de las familias, y en todas aquellas Instituciones de carácter oficial y privado que las reemplace.

La Matrona puericultora será auxiliar de Tocólogo, así como del Tocólogo puericultor en la asistencia a las futuras madres.

La Niñera titulada estará encargada del cuidado directo e inmediato de estos niños con arreglo a las prácticas fundamentales de la Higiene infantil.

Art. 3.º Los títulos profesionales expedidos por la Escuela serán requisito indispensable para obtener los cargos correspondientes a dichos títulos especializados en todas las Instituciones, cualquiera que sea su naturaleza, siempre que estén en relación con la Higiene del niño, dependientes del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.

Art. 7.º Las enseñanzas mencionadas, unas de carácter obligatorio y otras potestativo se darán dentro del curso académico, que empezará en octubre y terminará en junio, con arreglo a programas teóricos y prácticos hechos por el Director de la Escuela, previo informe de la Junta de Profesores.

Art. 8.º El número de alumnos no pasará los límites de la capacidad pedagógica de la Escuela, siendo la Dirección de la misma, de acuerdo con la Superioridad, quien fijará el cupo de matrícula anual.

Art. 18. Las Escuelas provinciales de

Puericultura dependerán, para todos los fines de la enseñanza de la Dirección de la Escuela Nacional, y por intermedios de éstas, de la Superioridad sanitaria. Sus presupuestos serán independientes, pero la fijación del número de alumnos y de enseñanzas, así como de los programas, tendrá que ser sometido a la aprobación de la Escuela Central, domiciliada en Madrid.

Los exámenes de los alumnos de dichas Escuelas provinciales se verificarán en la Nacional, y para evitar perjuicios económicos a los mismos se les señalará con anticipación suficiente el día y hora en que este examen tendrá lugar.

Ningún otro Centro sanitario, aparte de las Escuelas de Puericultura, estarán autorizados para dar enseñanzas en esta materia.

En ningún caso los Médicos puericultores podrán estudiar fuera de la Escuela Nacional domiciliada en Madrid.

El número de Escuelas provinciales autorizadas no podrá pasar de tres.

En caso de que se creyera conveniente la ampliación de este número, será necesario promover un expediente en el cual informe previas las visitas necesarias, la Junta de Profesores de la Escuela Nacional.

La resolución definitiva compete a la Superioridad sanitaria.

Estas Escuelas provinciales, ampliadas, no podrán regirse por bases distintas de las señaladas en los presentes Estatutos.

Artículo 19. Queda facultada la Escuela, previa autorización de la Superioridad, para suspender durante uno o más cursos, total o parcialmente, las enseñanzas oficiales señaladas, y en lugar de esto establecerá otras en la forma que se crea conveniente para lograr beneficios en la Sanidad española, especialmente en lo que concierne a la lucha contra la mortalidad infantil en los medios rurales. Se concede la más amplia libertad para la organización de estas eventuales enseñanzas en todo lo referente a medios y personal.

Artículo 20. Todo el personal técnico de la Escuela Nacional de Puericultura

que no lo tuviere adquirido con anterioridad, recibirá el título de Médico puericultor, cuya validez persistirá aun en el caso de que se dejara de pertenecer a dicha Institución.

En nuestro deseo de complacer a los asociados, publicamos los siguientes COMENTARIOS enviados por nuestro distinguido compañero Dr. J. Rodríguez Pedreira; pero esta Junta Directiva quiere hacer constar, una vez más, que en los números de PUERICULTURA ESPAÑOLA, y aún en la prensa diaria, damos cuenta del resultado de las diversas gestiones efectuadas en relación con los asuntos comentados más abajo y también de otros que juzgamos tan importantes, a cuyo sitio deben remitirse en su caso los que se interesen por tales cuestiones.

Comentario

He querido dejar pasar el tiempo para comentar la labor de la Asociación de Médicos Puericultores Titulados, que durante este año ha regido nuestros destinos, puesto que a la crítica puede dársele diversa interpretación y en este caso, seguramente, no sería juzgada la mía con la fiel expresión con que intento hacerla, pues reconozco que los méritos de sus dirigentes son lo suficiente grandes para que no necesiten de este estímulo que, como tal, es mi única intención en estos momentos.

Por otra parte, esta Revista, dedicada con preferencia a la Ciencia en el terreno más elevado, este escrito desentonará con todos los demás y parecerá impropio en sus ilustradas páginas. Pero cuento por adelantado con vuestra benevolencia, y esto me da ánimos para continuarlo.

En nuestra Asociación existen dos clases de problemas, cada uno muy interesante, y que deben ser llevados de forma que no rocen los intereses de los que por igual estamos acogidos a la misma: los que ocupamos cargos y los que esperan.

Los Jefes de los Servicios provinciales de Higiene Infantil, a pesar de su pom-

poso título, en un gran número de casos, no han podido enterarse de cuál es su misión, quedando reducida a contemplar cómo los Inspectores de Sanidad disponen libremente de las consignaciones dedicadas a Higiene Infantil, sin que tenga la menor intervención el Puericultor en la distribución de los fondos, ni poder dar forma a sus iniciativas, fruto de su trabajo y entusiasmo. El caso no es frecuente, pero existe; y no hace muchos días he tenido ocasión de visitar a varios compañeros que no tenían la menor idea a dónde iban a parar las cantidades consignadas en presupuesto, que regularmente eran enviadas exclusivamente para la lucha en contra de la mortalidad infantil en la provincia; y aunque sin duda en este concepto eran empleadas, lo cierto es que el Jefe del Servicio no tenía ningún conocimiento de ello.

Otro de los problemas interesantes —y enumerarlos todos sería interminable— es el que se refiere a nuestra situación dentro de la Sanidad. En la «Gaceta» de 25 de agosto último viene la confirmación de nuestros cargos, por segunda vez dentro del mismo año. Esto quiere decir que si por casualidad se olvida la Administración de *confirmarnos nuevamente*, quedamos automáticamente cesantes. Además, unos cobran como sueldo y otros como indemnización, y esta última forma me extraña, puesto que indemnización significa «reparación o resarcimiento de daños causados». Creo que todos los que opositamos, ninguno se encontraba en estas condiciones y pretendíamos los mismos derechos de todos los funcionarios: derechos pasivos, ascensos, etc., que en esta forma no podemos tener.

Supongo en poder de los Jefes de los Servicios provinciales de Higiene Infantil la copia del Reglamento presentado al señor Subsecretario para su estudio y aprobación, en donde, como se verá, se recogieron todas las iniciativas que nos fueron hechas. En la primera quincena de octubre, de acuerdo con las contestaciones recibidas, nos reuniremos TODOS y tomaremos los acuerdos que, después de dis-

cutidos, serán elevados a la Superioridad. Previamente, y siguiendo el mismo procedimiento hasta ahora empleado, se dará cuenta de la fecha exacta de la reunión —esperando que no haya confusiones como la vez anterior—, pues necesitamos autorización oficial para la misma.

Y ahora con los que esperan:

A nadie se oculta que, cuando menos, existen dos vacantes de Puericultores, sin hablar de otras varias que podemos considerarlas como tales; pero oficialmente sabemos que Cáceres tiene un interino —creo no Puericultor de la Escuela— y Vigo, creada por Orden de 17 de abril («Gaceta» del 23), está en comisión de Servicio el Puericultor de Lugo. A este asunto le dedicaremos la extensión que se merece. Estas vacantes, lógicamente, debían servir las los compañeros aprobados sin plaza, o en el caso de que todos estuviesen colocados, convocar oposiciones, previo concurso de traslado. En esta forma podía beneficiarse la Sanidad, comenzando en la provincia la lucha en contra de la mortalidad infantil y aliviar, en parte, el paro forzoso en que se encuentran unos cuantos compañeros que están en posesión de un título de Médico Puericultor, expedido por la Escuela Nacional de Puericultura, previa la estancia de uno año en Madrid, con los gastos correspondientes.

No hablaremos de las plazas de nueva creación como Cartagena, Jerez de la Frontera, Santiago, Ferrol, etc., los Equipos Móviles de Puericultura, de unos Auxiliares que se inventaron, etc. Ocasión habrá para ello.

No dudo que estos problemas les aborrecería la Asociación; pero no es menos cierto que desconocemos su gestión y sus resultados, y esta impaciencia, sin duda, justificará este escrito, que bien comprendo está fuera de lugar y que robará espacio dedicado a cultivarnos.

J. RODRIGUEZ PEDREIRA

Sevogia, agosto de 1935.

Procedente de las Clínicas Pediátricas de Austria y Alemania, donde estuvo pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios, ha regresado nuestro querido Director y Presidente de la Asociación, Dr. Enrique Jaso. Su valiosísima dirección, tan indispensable en lo que a los problemas de la Asociación se refiere, vuelve de nuevo, acrecentada si cabe, a colaborar con interés y entusiasmo fervorosos en pro de Puericultura Española.

Día 21.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Decreto relativo a la Escuela Nacional de Puericultura.

Día 29.—Administración Central.—Trabajo, Sanidad y Previsión.—Escuela Nacional de Puericultura.—Concurso.—Oposición para cubrir 10 plazas de alumnas de la Sección de Guardadoras de niños.

Idem para cubrir 10 plazas de alumnas de la Sección de Matronas.

Sección oficial

Día 3.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Decreto aprobando la organización de la lucha antituberculosa y derogando cuantas disposiciones impidan o dificulten su cumplimiento.

Día 6.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Orden dictando reglas relativas al establecimiento de cantinas escolares en las Escuelas nacionales de Primera enseñanza.

De Administración

Rogamos encarecidamente a nuestros asociados, así de Madrid como de provincias, ten orden en sus domicilios de abonar a la presentación del recibo o de la tarjeta-contrarreembolso, respectivamente, el importe de sus cuotas de la Asociación, pues las devoluciones o el tener que acumular recibos sin ninguna aclaración por su parte, nos ocasiona considerables perjuicios en nuestra labor administrativa.

Boletín de suscripción

Don
con residencia en provincia de
calle de núm., se suscribe a
"Puericultura Española" por tiempo de (1) cuyo importe de pesetas doce,
remito.

Firma del suscriptor

(1) Un año.

TRATAMIENTO ESPECIFICO contra la TOS

(Ferina, Espasmódica, Refleja, de los Tuberculosos,
Post-gripal, del Sarampión, etc.).

A base de COCILLANA y EFE-
TONINA, reactivadas en su acción
por la ALANTOLACTONA ($C_{15}H_{20}O_2$) y complementadas con un
tratamiento externo de LIQUIDO
GERMICIDA

Dosis: Hasta ocho años, de 10 a 30 gotas cada tres horas; en
adelante, una cucharadita.

Para muestras:

Laboratorios del Dr. Aristegui

Avenida del Conde de Peñalver, 15 : - : Teléfono 27227 : - : MADRID

o al Representante en Granada:

FERNANDO GARCIA PALOMARES (Plaza Nueva, 15)