

# EL NIÑO

## REVISTA MÉDICO-SOCIAL

DIRECTOR

*Dr. Bartolomé Gómez Plana*

### COLABORADORES:

EXCMO. SR. D. LUIS DE LUNA,  
Juez de Instrucción.

ILMO. SR. D. SEBASTIÁN MARTÍNEZ  
DE PINILLOS, Jurisconsulto.

SR. D. MANUEL OUERRERO,  
Catedrático de Filosofía.

SR. D. FILEMÓN BLÁZQUEZ,  
Inspector de 1.ª Enseñanza.

DR. D. SERVANDO A. DE DIOS,  
Publicista.

D. JOSÉ M. PÉREZ SARMIENTO,  
Cónsul de Colombia.

DR. D. JUAN REINA Y CASTRILLÓN,  
Médico de la Benefic. Municipal.

D. ENRIQUE MIRANDA Y SANCHEZ,  
Alumno de Medicina.

CORRESPONDENCIA: SAGAÑA, 12.

### SUMARIO

*Juegos de niños*, Dr. Gómez Plana.—*Congreso Nacional de Pediatría: Por amor al niño*, Rubrik.—*Tuberculosis gangliopulmonar infantil: Pronóstico*, Dr. García del Diestro.—*La Cruz Roja juvenil y los jardines escolares.—Higiene de la infancia, (conclusión)*, Doctor Apert.—*La educación de los niños anormales: Gimnástica, (conclusión)*, A Descoeurdes.—*Bibliografía*, Dr. Gómez Plana.—*Al Sr. Alcalde*, G. P.—*Varia*.

### SUSCRIPCIÓN

En Cádiz: Un mes . . . . . 0'75 ptas.

Fuera : Trimestre . . . . . 3

PAGO MENSUAL.

Año III. Cádiz: Septiembre de 1923 N.º 30



**EL NIÑO**  
**REVISTA MÉDICO-SOCIAL**  
DIRECTOR  
DR. BARTOLOMÉ GÓMEZ PLANA  
PUBLICACIÓN MENSUAL

Año III

Cádiz: Septiembre 1923

Núm. 30



**NIÑO DE 3 MESES**  
(Lactancia normal)

## Juegos de niños

El juego de los niños (haciendo *juego de palabras*), *no es cosa de juego*. Suele concederse poca importancia al juego infantil, que es por cierto cosa bien transcendente.

Sobre este asunto se ha escrito bastante y poco conocido: parece que su nombre vá unido a lo baladí y transitorio considerándose sobre poco más o menos como algo inherente al niño, pero sin ulteriores consecuencias.

Estas breves líneas sirven solo para llamar la atención de los padres, para que utilicen y dirijan las actividades que el niño gasta en eso que le llaman inocentes travesuras o tiempo perdido.

En los juegos infantiles bien observados, pueden encontrarse indicios ciertos de lo que son los niños: de su carácter y vivacidad; de su inventiva y voluntad; de sus sentimientos y defectos; en una palabra, las primeras orientaciones que revelan importantes datos de lo que el niño puede llegar a ser, recogiendo bien sus indicios.

Varias cosas hay que considerar en el juego; solo mencionaré brevemente algunas, que serán suficientes para hacerse cargo de todo lo que puede dar de sí en beneficio para el niño de esta parte esencial de su vida.

El juego de acción sencilla, desarrolla los miembros, facilita la circulación sanguínea, activa la respiración, alegra el ánimo y crea mayor capacidad para la corta esfera de vida intelectual.

Los órganos de los sentidos se adiestran, porque la carrera, el salto, el seguir un objeto o medir distancias, dá mayor amplitud a la función que se ejercita.

La vista actúa al lejos y al cerca, a derecha e izquierda, arriba y abajo, en distintas escalas: el oído afina su agudeza, por la voz de mando, la advertencia, el grito, la frase a media voz para advertir al compañero, el escuchar a distancia: en los llamados juegos de escondite, puede indicar algún defecto del oído.

En cuanto al tacto depende de la clase de juego que se elije: desde el acertijo de persona con los ojos vendados, hasta la violenta impulsión de la pelota; desde el simple rozar de los palillos a las fuertes presiones contentivas, el tacto tiene una variada escala.

Son innumerables las clases de juegos que existen: en unos, es principalmente el músculo el que se ejercita; en otros, la inteligencia; en los más, hay una mezcla de acciones diversas que se enlazan armónicamente para un bienestar fisiológico general.

Existe el juego solitario y el acompañado: el de dos niños o el de vasto conjunto de personas.

En el juego solitario, el niño suele acompañar la atención con la reflexión, tiende más bien a la quietud, no a una quietud de escasos movimientos, sino a repetición de movimientos reducidos en un medio o círculo más restringido:

suele el niño moverse mucho, pero concentrando su ejercicio sin expansión considerable.

En cambio, el juego en compañía trae ciertamente consigo, el cambio de impresiones, la diferencia de caracteres, las variaciones de opinión; y con la oposición, la discusión; discusión que degenera frecuentemente en riña, de esas que traen consigo la paz inmediata, sin rencor y con la vuelta a el juego; en el juego de dos o más niños puede apreciarse inmediatamente la diferencia intelectual, la acometividad o el encojimiento y también la imposición del carácter más fuerte al más débil; del mañoso al violento, del reflexivo al bullanguero.

El movimiento muscular repetido y comprendiendo a la mayor parte de los del cuerpo, influye de una manera positiva en la inmensa mayoría de los casos, sobre el apetito, la digestión, la excreción de orina y el sudor; sobre el sueño y muy particularmente en las funciones biliares.

Para la edad escolar, el juego es descanso y alegría, compensación y actividad sana.

La inteligencia se beneficia de esta ocupación, dándose más facilidades para los estudios: la acción del músculo, fábrica de oxígeno, hace efecto beneficioso sobre todo el organismo.

El juego como todo, debe sujetarse a reglas que no alteren esa hermosa espontaneidad, ese libre movimiento que es uno de sus mayores encantos.

Los primeros juegos, son un tanto desordenados: es la necesidad de moverse con distracción; después, van poco a poco siendo más complejos aun en aquellos que parecen simples, porque al perfeccionarse adquieren múltiples fases donde entran en tanda las actividades cerebrales y con el desarrollo del sentido muscular, las combinaciones a que se presta la variabilidad de todo juego.

Son preferibles los juegos que no son violentos, que se alternan con descanso, que sean alegres y sencillos, que permitan el movimiento de todo el cuerpo, que no alteren la digestión y alterne una parte activa con otra pasiva.

Siendo el juego infantil necesario, debe ser regulado y favorecido.

DR. GÓMEZ PLANA

---

## Congreso Nacional de Pediatría

---

### Por amor al niño

---

Terminó este Congreso con brillantez análoga a la que comenzó.

Sobresalientes en la sesión de clausura fueron las tiernísimas y elocuentes palabras pronunciadas por el ilustre padre Zacarías Martínez, obispo de Vitoria.

Sobrada razón tenía al hacer presente la falta que había notado en el Congreso; aquella sección referente a la educación *religiosa y moral* del niño. En estos tiempos por que atravesamos tal vez sea la más urgente y necesaria; la que vá al alma, la que la limpia de vicios, la que la hermosea con la púdica aureola

de la inocencia encantadora; la que la infiltra de patéticos sentimientos de amor y de sanas y puras creencias, valladar firmísimo que más tarde sirve al hombre para resistir los embates concupiscentes de desordenadas pasiones.

¡Cuán desatendido está el niño y qué poco valor solemos dar al magno problema de su adaptación a la vida! Parece como si las teorías malthusianas hubieran echado recia raigambre entre nosotros, y por ello no nos conmoviera la cifra que alcanza la mortalidad infantil, que llega al año a 200.000!

Tenemos, sin embargo, que proclamar muy alto que hay un núcleo de personas, de enorme solvencia intelectual, que ha emprendido con generoso tesón la ardua empresa de colocar al niño en las mayores condiciones físicas posibles para su bienestar en la vida, de atenderlo como merece, de cuidarlo y sanarlo.

Son ellos las ilustres personalidades del mundo médico que acaban de reunirse en este Congreso del Niño, representando el sentir de todos los pediatras españoles, y que han revelado en sus trabajos y actuaciones no sólo el dominar completo de aquella rama de la ciencia médica, orientada en su integridad a la salud del niño, sino la buena voluntad puesta al servicio de tan generosa causa.

Por eso este Congreso ha tenido una virtualidad patente: la de servir de banderín de enganche, que acoja a cuantos amen al niño y deseen su mayor felicidad. Ha servido de *reclamo* para que las gentes se vayan dando cuenta exacta de la importancia del problema, porque el niño está muy desatendido y hay que cuidarlo con el mayor de los esmeros. Morir 200.000 al año, constituye un crimen de lesa humanidad.

La parte médica del Congreso ha resultado un éxito. La *pedagógica*, el mayor de los atrasos. Nos ocuparemos de esto último con el debido detenimiento, para demostrar cómo entienden los pedagogos, por lo menos los que asisten al Congreso, lo concerniente a la educación del niño. ¡Del Niño!

En la sección de Medicina infantil presentáronse trabajos notables. Entre ellos, uno del reputado doctor García Andrade, sobre un «Nuevo tratamiento de la incontinencia de orina», que le ha dado excelentes resultados, que mereció los unánimes elogios; y otro, del doctor Oscar Piñerúa, referente a un caso de «leucemia mieloide», complicado con una neumonía doble, que al ser tratada ésta por inyecciones intravenosas de metales coloides eléctricos en grandes dosis, no sólo mejoró la enfermedad de la neumonía, sino que se vió sorprendido por la disminución enorme de glóbulos blancos y reducción del volumen del hígado y bazo.

Tratóse también de la lucha contra la difteria mediante la inmunización activa y demás medios de profilaxis.

Se pidió la reforma del régimen actual de las Inclusas, facilitando la relación de la madre con el hijo y permitiéndose que desde las Maternidades pasen las madres a las Casas Cunas y permanezcan en ellas todo el tiempo que sea necesario para asegurar la vida de su hijo, mediante la lactancia natural.

En Cirugía general presentáronse trabajos acerca de la creación de Institutos ortopédicos y pedagógicos para anormales del aparato locomotor y su educación profesional.

En la sección de Protección a la Infancia formulóse como conclusión el deseo de que desaparezca de las Inclusas el turno.

Además, el doctor Arquellada presentó en la sección de Higiene un trabajo sumamente interesante, referente a la reglamentación de la lactancia mercenaria, que indudablemente contribuiría en gran manera a disminuir un gran número de infecciones mortales para el niño.

Estos botones de muestra, sacados al azar, prueban la meritísima labor llevada a cabo por los pediatras españoles, que en importancia no vá en zaga a la de los extranjeros.

Lástima grande es que tan hermosas y humanitarias empresas se estrellen siempre el cruel burocratismo oficial, capaz de matar los más elevados ideales. Mas si los actos culturales como el actual se repiten con la frecuencia debida, la opinión pública acabará por interesarse en ellos, y a la postre sabrá imponerse y obligar a que sean hechos lo que, hasta ahora, parecen sólo quiméricas ilusiones.

No hay asunto para un pueblo de más transcendencia que el que afecta a la salud y vida del niño.

Educar a la mujer para madre y atender al hijo con el merecido interés es deber ineludible de un pueblo que piense en ser fuerte y próspero.

Por amor al niño hemos de trabajar todos.

RUBRIK

(A B C)

---

## **Tuberculosis ganglio-pulmonar infantil**

---

### **Pronóstico**

---

A medida que los medios de diagnóstico y de tratamiento han ido perfeccionándose, el pronóstico de la tuberculosis en general, excluidas las formas más agudas (granulía), o de especial localización (meninges), ha ido también sufriendo una transformación en el concepto de los clínicos. Todo el mundo sabe ya hoy que la palabra tuberculosis no es sinónima, como antes parecía serlo, de enfermedad que fatalmente conduzca a la muerte, y este modo de pensar parece tanto más justificado cuando se trata de estadios iniciales, como es (según el criterio que he adoptado desde el principio de este trabajo) el tipo ganglio-pulmonar respecto a las demás formas pulmonares.

Tratándose de niños, sin embargo, la unanimidad entre los clínicos dista mucho de ser un hecho, y por eso es necesario que, prescindiendo de los factores que en todas las edades condicionan el pronóstico de la tuberculosis, cual-

quiera que sea la modalidad clínica o anatómica que se adopte, me detenga a analizar aquellas circunstancias que más influyen en su evolución y malignidad durante el período comprendido entre el nacimiento y los años púberes (primera y segunda infancia).

A la cabeza de estas circunstancias debe colocarse la edad en que el niño contrae la enfermedad, y digo «enfermedad» en vez de «infección», porque desde que se han incorporado a la práctica pediátrica los métodos de diagnóstico basados en las reacciones específicas a la tuberculina, aumenta sin cesar, como hemos visto, el número de niños en quienes se puede poner de manifiesto la contaminación ya en los primeros meses de la vida, y que, sin embargo, no sucumben a ella, a pesar del criterio de Hamburger, para quien una prueba tuberculínica positiva equivale en el lactante a *enfermedad tuberculosa*.

En cambio, cuando ésta se hace ya ostensible clínicamente, las diferencias entre los niños de pecho y las edades más avanzadas de la infancia se acentúan de modo extraordinario.

Todavía hay autores que consideran la mortalidad en el primer caso igual a un 100 por 100. Este pesimismo, aunque fundamentalmente explicable por la evidente malignidad de la tuberculosis en el niño de pecho, dista bastante de responder a la realidad.

Fadda (1), que se ha ocupado no hace mucho de este interesante asunto, demuestra mediante una revisión de la literatura contemporánea (Rohmer, Barhrdt, Ibrahim, Berheim-Karrer, Eichelberg, Cozzolino, Lederer, etc.), que cada día es mayor el número de autores que hablan de lactantes *clínicamente* tuberculosos que han sobrevivido largo tiempo a su enfermedad.

El mismo Fadda, al estudiar personalmente esta cuestión, aprovechando el material de la clínica del profesor Cozzolino, estima en un 14 por 100 el número de supervivientes.

No he podido averiguar la suerte de todos los casos de niños menores de un año que han pasado por nuestro Dispensario en los dos últimos quinquenios, pero los datos que poseo, aunque incompletos, me permiten desde luego sumar mi voto a los de aquellos que creen necesaria una rectificación del criterio exageradamente pesimista con que unánimemente se juzgaba hace poco la tuberculosis del lactante.

Y téngase en cuenta que en este momento me refiero únicamente a niños de las clientelas hospitalarias; ésto es, pertenecientes, por regla general, a las clases sociales más humildes, lo cual significa ponerse en las peores condiciones para poder juzgar con exactitud la natural evolución de la enfermedad.

En efecto: otro de los factores que más poderosamente influyen en la malignidad de la tuberculosis infantil es el *ambiente* en que vive el enfermo. Un niño que habite en casa amplia y soleada, amamantado por una buena nodriza y rodeado de aquellas condiciones que se consideran óptimas en el tratamiento higiénico de la tuberculosis (aire, luz, limpieza, etc.), tiene muchas más probabilidades de vivir que el huésped habitual de una habitación malsana, sobre el cual

(1) *Intorno alla prognosis della tuberculosis ganglio-pulmonare nei lattanti*. La Pediatria, 1915, página 339.

ejercen su perniciosa acción todas las deplorables circunstancias de una vida miserable.

Yo he conseguido saber la suerte de cuarenta niños infectados (hablo siempre en un sentido clínico) antes de cumplir los dos años.

De estos niños, escogidos al azar en mis libros registros, veinte pertenecen a mi consulta del Dispensario Príncipe Alfonso; es decir, a las más bajas esferas del proletariado, y de los otros veinte, seis a mi clientela privada y catorce a la consulta para enfermedades de la infancia del Instituto Rubio, cuya enfermería se compone, en gran parte, de personas de la clase media más humilde (empleados, artistas, pequeños comerciantes, etc.), en los cuales, aunque no siempre correspondan los medios económicos a sus necesidades, se encuentran ya bastante desarrollados el hábito y a la limpieza y el concepto de lo que debe ser una vida confortable e higiénica.

Pues bien: de los veinte niños del primer niño, solamente uno (5 por 100) había logrado cumplir los tres años en marzo de 1918, conservándose en un estado de salud deplorable (desnutrición, signos pulmonares cavitarios, etc.) En cambio, de los otros veinte viven todavía en la actualidad tres (15 por 100), que cuentan, respectivamente, tres y medio, cuatro y cinco y medio años de edad, y otros cuatro (20 por 100) llegaron a cumplir los tres años.

Claro es que no pretendo sacar de estas cifras ninguna conclusión estadística, la cual exigiría, no solamente un número mucho mayor de observaciones, sino también tener en cuenta otra porción de circunstancias que pueden ejercer una influencia decisiva sobre el curso de la enfermedad. Por ejemplo: yo he dicho en otro lugar que Schlossmann afirma haber mejorado el peso de niños tuberculosos criados artificialmente sustituyendo el biberón por el pecho.

Esto no obstante, creo que las cifras apuntadas constituyen un ejemplo bien patente de la importancia que tiene en el pronóstico de la tuberculosis gangliopulmonar de los niños la clase social a que éstos pertenecen y los cuidados higiénicos de que sus familias les rodean.

Pero no es solamente el bienestar físico y moral que disfrutan en las clases acomodadas lo único que influye ventajosamente sobre su enfermedad. Hay también en este caso otros factores sobre cuya importancia no se insistirá nunca bastante.

Pero aún hay más. Por trabajos experimentales, que me limito a mencionar en este momento, se sabe que en determinadas condiciones la inmunidad conferida al organismo por una primera invasión bacilar puede decaer hasta ser posible una segunda infección (*reinfección*), la cual, en el terreno clínico, parece ser trnto más probable y capaz de dar origen a las más graves formas de tuberculosis cuanto más continuo y duradero es el estímulo infectante (*superinfección*).

Ahora bien: en las clases más pobres es precisamente donde con más frecuencia se encuentran los niños en estas desfavorables condiciones. Una investigación minuciosa, llevada a cabo durante los años 1911 y 1912 en las familias de mis enfermos del Dispensario Príncipe Alfonso, me permitió adquirir el convencimiento de que un 76 por 100 de las veces el pobre niño tuberculoso es planta exótica en su hogar, puesto que en ese aterrador porcentaje fueron encontrados afectos también de tuberculosis uno o varios miembros de la familia.

Unase a ésto la falta de cultura higiénica y el hacinamiento por insuficiente cubicación de la vivienda (1), y se comprenderá hasta qué punto puede desarrollar toda su pernicioso influencia sobre el tierno organismo infantil la acción constante de un ambiente *supercontaminado*.

Análogos o parecidas conclusiones se deducen de la mayoría de las estadísticas de cuartos investigadores españoles y extranjeros han estudiado la influencia del medio social.

Así, por ejemplo, Verdes Montenegro—cuya autoridad en la materia ofrece todo género de garantías—consigna como antecedentes familiares, en un total de 3.576 casos, 564 veces (15,77 por 100) la tuberculosis de los padres, y 371 (10,37 por 100) la de los hermanos (2), para no citar más grados de parentesco que los que tienen mayor aplicación al objeto que ahora me propongo.

Es evidente que este tanto por ciento obtenido por Verdes Montenegro es sensiblemente inferior al mío, pero ésto se explica por la distinta orientación que hemos seguido en nuestras pesquisas. El mismo Verdes Montenegro lo hace constar así con las siguientes palabras: «Se ha de tener en cuenta, de todos modos, que esta investigación (la suya) se ha hecho solamente en adultos. Si se investigase el estado de salud de los padres en una consulta de niños, la proporción sería bastante mayor, y el contagio por los padres aparecería más claro y evidente.» Y en otra parte de su trabajo, añade: «La cifra de los hijos es seguramente mucho mayor, pero rara vez los padres se dan cuenta del carácter tuberculoso de las afecciones a que sus hijos han sucumbido o padecen, siendo éstas tan diferentes (meningitis, bronquitis, catarro intestinal, etc.); por igual razón, la cifra relativa a los hermanos debe ser inferior a la real.»

Así es, en efecto. Y por eso creo que utilizar únicamente el interrogatorio para este género de estadísticas es siempre un método defectuoso. Por el contrario, las cifras se acercarán tanto más a la verdad cuanto mayor cuidado ponga el investigador en recoger *personalmente* todos los datos necesarios, no sólo por medio del examen clínico, sino también echando mano, siempre que sea preciso, de aquellos medios complementarios que pueden darnos luz en los casos dudosos (pruebas tuberculínicas, radiografía, etc.)

A la estadística de Verdes Montenegro podría añadir muchas otras; pero pienso que ninguna mejor que ella ha de servir de término de comparación a la mía por haber sido hecha, no sólo en la misma población, sino también con enfermos pertenecientes a las mismas clases sociales.

Por otra parte, todas cuantas citase vendrían a confirmar el hecho que en esta digresión he querido demostrar; esto es, la frecuente convivencia de varios tuberculosos en la misma casa, y, por ende, la facilidad de la superinfección en los niños de las clases proletarias.

(1) Véase el interesante trabajo de R. Villegas: *Las condiciones sociales en relación con la tuberculosis*. Comunicación al Congreso Español de Barcelona, 1910.

(2) *Seis mil casos de tuberculosis*. Comunicación al Congreso Español de Barcelona, 1910.

Véase, a título de ejemplo, el siguiente cuadro de Weinberg (Stuttgart):

MORTALIDAD RELATIVA A NIÑOS HIJOS DE PADRES TUBERCULOSOS (1)

	Años antes de la muerte de los padres, tuberculosos		Años después de la muerte de los padres tuberculosos	
	Más de 5	Menos de 5	Menos de 5	Más de 5
Primer año de la vida . . . . .	96	412	692	»
Segundo a quinto . . . . .	126	270	393	»
Sexto a décimo . . . . .	75	172	218	49
Undécimo a décimoquinto . . . . .	110	310	239	135
Décimosexto a vigésimo . . . . .	309	176	398	286

En los hogares acomodados, por el contrario, las circunstancias son muy distintas. En primer lugar, la proporción de tuberculosos en una misma familia casi nunca es tan elevada, y aun en los casos que lo es, las precauciones higiénicas, la separación de los enfermos, la mayor amplitud de las habitaciones y una dirección médica más cuidadosa, impiden, o cuando menos no facilitan, la acción nociva sobre el organismo infantil de un estímulo infectante continuo.

Otro factor que influye, a veces de una manera decisiva, sobre el curso de la tuberculosis ganglio-pulmonar durante las primeras edades de la vida, lo constituyen las demás *infecciones* que con tanta frecuencia padecen los niños.

Sabido es—y por hartó sabido tampoco ahora he de aportar estadísticas demostrativas— que entre las enfermedades más tuberculígenas, esto es, capaces de activar un foco tuberculoso latente, de imprimir caracteres de agudización a un proceso que se desahucua en curso tórpido, o de despertar una granulía allí donde se iniciaba la evolución esclerósica de una localización bien limitada, son la tos ferina, el sarampión y la gripe, enfermedades que, como es natural, rara vez dejan de ser otras tantas vicisitudes por las que ha de pasar el niño de las grandes ciudades.

Todas estas afecciones, sobre todo cuando se suman a las demás circunstancias desfavorables ya citadas (edad, medio ambiente superinfectado, vivienda malsana, etc.), son, por decirlo así, otros tantos fuelles que avivan con su soplo mortífero el rescoldo de la tuberculosis infantil. Durante la epidemia gripal que sufrió hace un año España, he visto infinidad de casos con lesiones bacilares activas cuyo comienzo parece haber coincidido con la convalecencia de aquella enfermedad.

No puede negarse, ciertamente, la existencia de casos excepcionales en los que el organismo cuenta con energías suficientes para salvar estos escollos. Una observación muy demostrativa a este propósito fué publicada por mí hace algunos años (2). Tratábase de una niña de veintiocho meses, cuya enfermedad comenzó a los quince, que padecía una tuberculosis ganglio-pulmonar de segundo grado con tendenciosa a la generalización (peritonitis) y acentuada toxemia (sudores, taquicardia, etc.), en la cual, a pesar de haber padecido cuatro infecciones intercurrentes de extraordinaria intensidad (sarampión, tos ferina, laringitis dif-

(1) *Tuberculosis*. Vol. 13, núm. 4, abril de 1914.

(2) *Infección tuberculosa de evolución extraña en una niña de veintiocho meses*. (Actas del II Congreso Español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría. Madrid, 1911, pág. 625).

térica y neumonía), el proceso tuberculoso siguió una evolución tan favorable que en menos de un año pudo darse por clínicamente curada.

Este caso no es único; pero ni él ni algunos otros parecidos que podría citar invalidan el concepto que vengo desarrollando, el cual responde a una realidad clínica indiscutible y universalmente aceptada por todos los pediatras.

Como es lógico, en el pronóstico de la tuberculosis ganglio-pulmonar influyen, además, otra serie de circunstancias cuya valoración no admite reglas generales, y que sólo al clínico le es dable justificar en cada caso.

Esto sucede, por ejemplo, con las modalidades clínicas que la enfermedad adopta.

No cabe duda que las formas en que de una manera persistente predominan los fenómenos de intoxicación sobre los somáticos, así como las que desde un principio muestran una marcada tendencia a la generalización, nos imponen un pronóstico lleno de reservas. Las primeras, por el rápido agotamiento orgánico en que suele caer el enfermo, no sólo en lo que se refiere a sus medios específicos de defensa, sino también a sus energías físicas. En efecto: los sudores, la fiebre, la diarrea y la inapetencia—síntomas tóxicos por excelencia—llevan al niño, mucho antes que al adulto, a la consunción, a la caquexia y a los procesos degenerativos de órganos cuya integridad fisiológica es esencial para el desarrollo corpóreo (amilosis del hígado, etc.) Las segundas, por la mayor avidez que durante la infancia tiene el bacilo de Koch hasta ciertos órganos cuya intervención dá lugar a formas graves o incurables (meningitis).

Los infartos ganglionares muy voluminosos, aunque respondan a procesos relativamente inactivos, pueden dar lugar, como ya hemos visto, a graves accidentes de compresión, y teniendo esto en cuenta, claro es que el tamaño y situación de los ganglios hipertrofiados son datos que el clínico ha de tener siempre presentes para el pronóstico. Sin embargo, estos accidentes son excepcionales en los niños que han rebasado la primera infancia. En los lactantes sí representan con relativa frecuencia un peligro inmediato; pero no debemos olvidar que en ellos es muy raro que una adenitis peribronquial tuberculosa adquiera un tamaño tan grande sin que la infección no le mate antes por otro mecanismo (granuloma, meningitis, caquexia).

Lo mismo se podría decir de las reservas que imponen los posibles peligros de las adenopatías que evolucionan hacia el reblandecimiento caseoso (abertura en el árbol tráqueo-bronquial); reblandecimiento que, por otra parte, es extraordinariamente difícil poder diagnosticar en vida.

No necesito decir que en todo proceso tuberculoso ganglio-pulmonar las probabilidades de curación son tanto mayores cuanto más tenga aquél de ganglionar y menos de pulmonar, de tal modo que, para mí, cuando clínicamente puede ya descubrirse una participación del pulmón, la enfermedad debe calificarse siempre de grave.

A pesar de todo, no se pierda de vista que la tuberculosis en el niño, y muy especialmente la localización ganglio-pulmonar, es una de las enfermedades más caprichosas y propensas a cambios bruscos e inesperados en el terreno clínico.

Por esta misma razón acaso los investigadores vienen desde hace tiempo es-

forzándose en hallar fórmulas de laboratorio, reacciones bioquímicas, que, a semejanza de lo que ocurre con la suero-aglutinación de Vidal en el diagnóstico de la tifoidea, con la reacción de Wassermann en el de la sífilis, o con las mismas pruebas tuberculínicas en el de la tuberculosis, constituyan normas fijas, algo, en fin, que, independientemente de la fisonomía sintomática, permita predecir la evolución de la enfermedad; esto es, esquematizar el pronóstico.

No es necesario insistir sobre ellas. He hablado ya de lo que puede esperarse del esquema de Arhnet y, sobre todo, de las pruebas tuberculínicas practicadas en serie o con arreglo a técnica especial (M. P. C.)

De paso he mencionado también la *iodo-reacción de Petzetakis*.

Sobre esta última han insistido recientemente mis amigos los doctores Tejero y Moliner (1), quienes con una estadística, no muy numerosa en verdad, hecha en gran parte con enfermos de mi servicio en el Real Dispensario Príncipe Alfonso, han llegado a la conclusión de que dicha prueba, cuando es positiva, constituye un signo de mal pronóstico en la tuberculosis, puesto que en la mayoría de sus observaciones la muerte sobrevino en un plazo máximo de mes y medio.

Habida cuenta de que estos resultados han sido obtenidos en tuberculosis de distinta localización y en casos graves muchos de ellos, no me atrevo a decir, hasta que nuevas investigaciones sean hechas, si realmente tiene algún valor dicha reacción como signo de *pronóstico precoz* en la tuberculosis ganglio-pulmonar infantil.

DOCTOR GARCÍA DEL DIESTRO  
(Calpe)

---

## La Cruz Roja juvenil y los jardines escolares

---

La jardinería escolar ofrece ventajas que no son solamente las de permitir a los niños aumentar sus recursos ante la perspectiva de nuevas actividades y de repartir flores y legumbres.

Su salud llegará a ser mejor, no ya porque se dediquen a tal ocupación al aire libre, sino también porque al realizarla hallen una magnífica ocasión para adoptar un régimen más vegetariano. Esto tiene gran importancia en Checoslovaquia, país en donde no se tiene gran costumbre de comer legumbres y en don-

(1) *Sobre la reacción de Petzetakis. Su valor diagnóstico y pronóstico.* Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina. Abril, 1919.

de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja ha emprendido una campaña de higiene por medio de los jóvenes.

La jardinería escolar constituye también un excelente medio de familiarizar a los niños con sus responsabilidades cívicas. Después de haber aprendido a conservar y embellecer las propiedades colectivas consistentes en edificios y jardines escolares, se acostumbran en lo sucesivo a preocuparse de los cuidados de su ciudad o aldea, contribuyendo a su embellecimiento.

La actividad de la jardinería se ha desarrollado en gran manera durante el último año.

En Polonia, donde la Cruz Roja Juvenil se ha organizado por medio de jardines escolares, la provincia de Wilno ha hecho renacer el cultivo de las plantas medicinales. En tal país se encuentran 850 especies de plantas que tienen propiedades terapéuticas, que podrían ser exportadas en grandes cantidades y que, desgraciadamente, no lo son porque los medios de cultivo y de preparación han llegado casi al mayor olvido. Ansiosas las autoridades de Wilno de provocar el interés de los niños en la renovación de tal industria, han puesto a disposición de las escuelas grandes lotes de terreno en la ciudad y sus alrededores. En la escuela central se ha preparado un jardín modelo para el cultivo de las plantas indígenas y de las plantas exóticas fáciles de aclimatar en Polonia. El decano de la Escuela de Farmacia de la Universidad, que ha asumido la dirección de tal iniciativa, ha escrito para uso de los jóvenes cuatro breves folletos que tratan del cultivo, de la recolección, del secamiento y embalaje de las plantas medicinales. El Ministerio de Instrucción Pública ha contratado un jardinero, si bien todos los trabajos son ejecutados por los niños, a excepción de los excesivamente penosos. La Cruz Roja Juvenil norte-americana ha proporcionado simientes, herramientas y el dinero necesario para la adquisición de máquinas para cortar, cribar, etc., así como para la instalación de un secadero.

Los jóvenes experimentan un verdadero placer ocupándose en llevar a cabo estos trabajos, que consideran como una de las más interesantes actividades de la Cruz Roja. De tiempo en tiempo se organizan excursiones para recoger plantas en los campos y en los bosques, enseñándose en seguida a los escolares la manera de prepararlas para la venta. Tal actividad no es sólo remuneradora, sino que además, y sobre todo, resulta altamente atractiva y sana.

En Checoslovaquia la jardinería escolar ha sido admirablemente inaugurada el año último por la doctora Berckovcova, presidenta del Comité de organización, habiéndose desarrollado de manera admirable. Los niños han debido llenar los cuestionarios referentes a la naturaleza del suelo y la exposición y condiciones de los terrenos escolares. Además, la revista de la Cruz Roja Juvenil checoslovaca ha publicado varios artículos con consejos técnicos sobre los trabajos de jardinería que deben emprenderse cada mes. La Cruz Roja Juvenil checoslovaca ha publicado también un folleto ilustrado sobre jardinería, de los que ya hemos hablado.

En Viena, durante el verano último, se han cultivado más de cien jardines escolares, habiendo llegado a ser en ellos las legumbres tan abundantes, que des-

pués de apartar lo necesario para su consumo personal, los alumnos han podido distribuir el resto a los hospitales y entre los niños indigentes.

En la exposición de jardinillos organizada por el Ayuntamiento de Viena en septiembre de 1922, la Cruz Roja Juvenil austriaca ocupó un puesto importante y obtuvo varios premios, entre ellos la medalla de plata.

---

## Higiene de la infancia

(CONCLUSIÓN)

**Carnes.**—No hace muchos años que el uso de estas viandas era muy limitado en la infancia; unos aconsejaban no darlas hasta los cuatro o cinco años, y aun algunos recomendaban las carnes rojas, porque las blancas (ternera y cordero), no estando bastante hechas, se alteran con facilidad; según otros, todo lo contrario, las carnes preferibles eran las blancas, ya que las rojas las juzgaban sobrado fuerte, muy indigestas y tóxicas. Prudente es desechar prejuicios de esta clase. Realmente, desde que los niños gozan de su primera dentadura, se sienten bien consumiendo en la comida de mediodía pequeñas cantidades de carne roja asada o puesta en las parrillas, en delgadas lonjas, empanadas, y todo rociado con el jugo sanguinolento de la misma. Hemos conocido chiquillos que se desarrollaban con pena, que estaban pálidos, tenían los labios descoloridos, el cutis de la cara blanco y surcado de venas azules, las orejas apenas rosadas, vistas por transparencia, y todo cambió a partir del día en que ordenamos se añadiese a una de las comidas algo de carne, preparada según acabamos de decir.

Sábese que la leche sólo contiene una mínima cantidad de hierro, y que el infante toma el necesario a la formación de los glóbulos rojos, del hígado, en cuya víscera se acumuló durante la vida fetal y a expensas de la sangre materna; en un momento dado, un poco antes, un poco después, según los individuos, la provisión de hierro en el hígado se agota y aparece la anemia; hay, por lo tanto, que prevenir esa eventualidad, no retardando mucho la adición de alimentos continentales de hemoglobina.

A partir del tercer año, la carne formará parte de la cotidiana alimentación del muchacho, cambiando la clase, pollo, chuleta, biftec, filete, vaca, asados, alternando con sesos y pescados.

De éstos hay que dar únicamente los carnosos, es decir, los planos, lengua-do, la pescadilla y peces semejantes, merluza, bacalao fresco, y retardar el con-

sumo de pescado grasiento, especialmente la caballa, el salmón y anguila, de digestión pesada.

**Huevos.**—Formarán parte del alimento diario del infante, ora pasados por agua, fritos, revueltos en tortilla, o condimentados como flan, natillas, etc.

Tienen algunos niños idiosincracia tal, que los huevos les producen síntomas de envenenamiento; pero como ésto es excepcional no hay por qué insistir.

Si por primera vez sentó mal el huevo y algunos meses después aun provoca fenómenos tóxicos, habremos de pensar en que se trata de uno de aquellos casos y abstenerse de nuevo ensayo.

**Legumbres.**—El puré de patatas con leche, el alimento clásico del muchacho en la época del destete, es, además, saludable durante la segunda infancia. No solo se digiere bien, sino que parece tener propiedades antipútridas en el tubo digestivo, por cuya razón es precioso como opuesto a las fermentaciones intestinales. Preparado con agua o caldo de legumbres, con añadidura de una poca manteca, constituye el más adecuado alimento en la enteritis mucomembranosa. Se le puede reprochar ser menos nutritivo que los demás purés, por lo que conviene absorberlo en mayor cantidad; mas este defecto se convierte en ventaja en los perezosos de vientre, en quienes interesa aumentar el volumen del bolo fecal.

Los purés de *lentejas*, *guisantes*, *habichuelas* son más nutritivos que los de patata; contienen aquellos más fosfatos, sobre todo las judías, circunstancia muy apreciable, en la edad que nos interesa, para el desarrollo de los huesos; atesoran más ázoe y albuminoides; las lentejas y las habichuelas encarnadas poseen más cantidad apreciable de hierro; en suma, la composición química de estas últimas harinas hacen que ellas puedan reemplazar a la carne en la alimentación cuando ésta ha de limitarse o suprimirse por cualquiera razón.

El puré de castañas puede emplearse como variante. Cabe administrar de vez en cuando potajes de *avena mondada*, *cebada*, *banana*, etc., todas digestivas y nutritoras; la avena es más excitante, la cebada más refrescante, y la banana tiene fama de muy útil contra las enteritis.

La mejor manera de preparar las legumbres citadas es en forma de puré. Aun cuando el niño cuente ya cuatro o cinco años no se le debe permitir el uso de las lentejas, guisantes y alubias, sino en forma de puré, o todo lo más aplastados en el plato con el tenedor, pues los chicuelos mastican mal y corren el peligro de que las semillas, cuyo tránsito por el intestino no deja de ser inconveniente, aparezcan sin alteración en las cámaras.

Asimismo, las legumbres verdes deben darse finalmente picadas, cuando menos quebrantadas. Las achicorias, lechugas, espinacas y berros cocidos colaboran en la alimentación de los infantes, especialmente si éstos muestran tendencia a la obesidad, o a la constipación. Estos vegetales no son poco nutritivos, pero facilitan la regularidad funcional del intestino y moderan las fermentaciones anómalas.

**Substancias grasas.**—Desempeñan el papel de excelentes combustibles, generadores del calor y energía en el organismo. Mas su digestión no es fácil. Hay que mirar con prevención las grasas calientes, derretidas y los aceites; no

sé mezclan bien con los líquidos acuosos y forman en el estómago una capa que sobrenada y que difícilmente atacan los jugos gástricos. Por lo mismo conviene quitar de las carnes servidas calientes, las porciones grasosas y no añadir a los platos manteca derretida. Ante todo no dar a los niños alimentos cocidos con manteca, de tal manera que éstos aparezcan muy empapados de grasa; ello equivale a preparar una indigestión.

La grasa dura, por el contrario, es decir, la manteca en tostadas, el tocino o grasa de vianda fría las tolera bien el infante, desde que se halla en edad de masticar perfectamente y de reducir las substancias grasas a masa bien mezclada con el pan y restantes alimentos hasta el punto de que la trituración facilite la acción de los líquidos del estómago. Esta alimentación conviene a los niños escrufulosos y linfáticos. A éstos se les puede administrar el aceite de hígado de bacalao con el desayuno matinal. Dicho aceite es de más fácil digestión que los otros, sin duda porque está mezclado con fermentos hepáticos, que preparan la disociación de las moléculas grasosas. Pero su administración debe dejarse para los chicos debilitados, usarlo con cautela y no abusar del aceite como se hacía treinta años atrás.

**Azúcar y manjares azucarados.**—Por dicha época se consideraba el azúcar como terrible enemigo productor de indigestiones, corruptor del aliento y destructor de los dientes. En la actualidad, por el contrario, se le juzga precioso alimento, dotado de todos los requisitos; es de fácil digestión, proporciona grande energía en poco volúmen, no deja residuos, carece de toxicidad, hasta el punto de que, según mis noticias, en una familia se da para merendar a los muchachos unos terrones de azúcar, alimentación basada, al parecer, en los últimos descubrimientos.

*In medio virtus.*

*Le sucre, à mon avis n' a jamais mérité*

*Ni cet excès d' honneur, ni cette indignité.*

Creemos inconveniente dar a los pequeños azúcar natural; es preferible siempre el cristalizado y en terrones, mejor que el recocado y homogéneo más o menos mezclado con substancias colorantes y olorosas de sospechosa naturaleza, productos de la industria azucarera. Estas golosinas deben prohibirse en absoluto, y sobre todo en el intervalo de la comida. Por el contrario, el azúcar, empleado como ingrediente de cremas, natillas, huevos leche, (flan), pasteles y manjares dulces a base de arroz, sémola, sagú y otros análogos, sólo son de temer cuando el niño, glotón, ingiere grandes cantidades de tales platos que, en general, son muy del gusto de los pequeños. Lo propio decimos de las *confituras, pastas de frutas y miel*. El *chocolate* es muy nutritivo, pero estríñe, es indigesto por la manteca y excitante por la teobromina; debe darse en pequeñas cantidades y acaso sea preferible su prohibición.

Lo mismo ha de aconsejarse con referencia a los productos de *pastelería*, formados de masa compacta, cremas artificiales, azúcar derretida, manteca pintada y perfumada, todo muy indigesto.

Satisfarán mejor al niño pasteles elegidos secos, bollos, saboyanas, barquillos, magdalenas, bizcochos, *brioche*, mostachones, tortitas, etc., etc.

Ya alrededor de los tres años, conviene al pequeño, con moderación, frutas frescas, excelentes, como antiescorbúticas. Algunas carpitas de uva sin piel ni semilla, pocas cerezas, alguna rebanada de manzana no ácida, pero madura, serán buen complemento de comida.

Aconsejamos el jugo de naranjas prensadas con un poco de azúcar. En cuanto a *frutas cocidas*, pueden darse libremente, sobre todo a los niños estreñidos.

Tales son en conjunto los alimentos, que, con provecho y variedad, pueden formar el régimen infantil desde tres a seis años. Prohíbanse los manjares en conserva, los alterados, la caza, embutidos, salazones, los crustáceos, caracoles, salzas picantes, con muchas especias, ensaladas, coles, bebidas fermentadas y e café.

El pan entrará con amplitud en el régimen del muchacho y hay que habituarle a comerlo desde que toma huevos y carne, mezclando la miga con los primeros y empapándola con el jugo de la última; después tomará pan con todos los alimentos, previamente cortado en pequeñas rebanadas o en mojaditas.

¿En qué cantidad se darán los alimentos para que sean beneficiosos?

Por de pronto la dosis de éstos irá aumentando a medida que el niño crezca en talla y peso. Mas conviene tener presente a toda hora que el aumento de la nutrición está muy lejos de ser proporcional al acrecentamiento del peso. Un infante de cinco años, cuyo peso oscila alrededor de 15 kilogramos, o sea la quinta parte del peso del adulto, necesita una alimentación superior al quinto de la del hombre, que puede fijarse, sin exageración, en una mitad del alimento de éste; además, hay que recordar la conveniencia de sumar a la ración de entretenimiento la razón de crecimiento, y esta segunda no la necesita el hombre; aparte de este detalle hay otra observación y es que la ración de mantenimiento proporcional a los kilos de peso es superior en el muchacho, porque su superficie es relativamente mayor, irradia más calórico a proporción, y porque el niño, en constante movimiento, gasta relativamente más que el adulto en trabajo muscular.

Si paramos mientes en que un niño de nueve meses, que apenas pesa la décima parte que un adulto, necesita un litro diario de leche, o sea el tercio de la ración del hombre sometido a régimen lácteo completo (1), no causara asombro que se reclame para un niño de cinco años la mitad de la ración del adulto.

La del muchacho de cinco años puede, pues, fijarse aproximadamente así: leche, medio litro, la mitad en el desayuno, el resto en la merienda, o bien invertido en parte en purés, potajes, sopas y adherentes de la comida; uno o dos huevos, sea al natural, sean mezclados con alimentos; 50 gramos de carne; de 100 a 200 gramos de pan común, panecillos o pastas secas; igual cantidad de legumbres o frutas.

(1) Puede, en efecto, fijarse esta ración en tres litros de leche. En la asistencia pública es de 2 litros y medio la ración diaria para los enfermos de los hospitales sometidos al régimen lácteo; pero nos parece insuficiente para hombres enfermos no corpulentos.

Es general tendencia paterna la de excederse en la alimentación de los niños; si algunos de éstos necesitan que los animen a comer, muchos más requieren vigilancia para que no abusen y aun ser puestos a ración.

Vamos a resumir de la manera siguiente y con las reservas antes enumeradas, la norma conveniente a un chicuelo de tres a seis años.

*Desayuno matinal.*— Una taza de leche, 250 gramos con un panecillo o galletas, o bien gachas, un plato; o un huevo pasado por agua, con pan y confitura.

*Comida del mediodía.*— Unos 50 gramos de carne o pescado, magro o sesos; puré de legumbres o legumbres verdes cocidas, entremeses, fruta o jugo de naranja; un vaso de agua para beber a sorbos distanciados.

*Merienda.*— Taza de leche, pastas secas o galletas.

*Comida de la noche.*— Sopa, un huevo, luego un par, legumbres, algún entremés o variante, compota o confitura, agua.

He aquí a título de curiosidad las cantidades de alimentos concedido a cada chico (sin fiebre) en los hospitales de niños de París.

DOCTOR APERT

---

## La educación de los niños anormales

---

### (CONCLUSIÓN)

Así hemos observado en el paseo una niña erética, muy inestable, que es pone a cantar espontáneamente diferentes canciones escolares, y varía su paso a cada nuevo aire, para adaptarlo exactamente al ritmo del trozo. Otro niño, mongoloide, de doce años, llamó la atención a un experimentador que hacía con nuestros alumnos experiencias en el ergógrafo, por la perfección con que seguía el ritmo del metrónomo; perfección que contrastaba con su nulidad intelectual en todas las demás cosas. Otra niña, que padecía de vértigo, seguía exactamente el ritmo del piano, ejecutando un ejercicio manual difícil.

Que se trate o no de gimnasia rítmica, sólo podrán hacerse ejercicios muy sencillos: en lo que se refiere a la gimnástica Dalcroze, deberán elegirse aquellos que puedan ser realizados por los anormales, teniendo en cuenta que la capacidad de éstos es muy variable.

He aquí algunos de los ejercicios realizados por nuestros alumnos:

1. Marchas rimadas, uniformes, rápidas o lentas.
2. Marchas con cambio de ritmo; deben acelerarse o moderarse, según el aire de la música; la mayor parte de los alumnos llegan a ejecutar estos ejercicios casi siempre automáticamente.
3. Marchas alternadas con 4 (3, 6, 8) tiempos de alto o 4 (3, 6, 8) palmadas.
4. Marchas con paradas o palmadas a una señal dada, o después que la música se para, y hasta que vuelve a seguir.
5. Marcha adelante, alternada con marcha hacia atrás; 8 pasos adelante, 4 atrás; 10 pasos adelante, 5 atrás; etc., etc.
6. Marchar, según el método Dalcroze, a 2, 3, 4, 6, 8 tiempos.
7. Llevar estos compases, alternativamente, con el brazo izquierdo, el derecho o los dos brazos.
8. Marcha y carrera, alternativamente.
9. Marcha a 4 tiempos, alternativamente, llevando el compás con los brazos.
10. Ejercicios (marcha, alto, llevar el compás o palmadas), alternando los compases: 4 y 2 tiempos; 4 y 3 tiempos; 4, 4, 2, 2; 4, 4, 3, 3, etc.
11. Combinación de muchos ejercicios, cuando la atención ha sido ejercitada suficientemente: marchar, 8; palmadas, 4; marchar, 8; alto, 4; después se volverá a comenzar y se repetirá.
12. Marchar al primer tiempo de la medida a 2 (3, 4, 5) tiempos, estando los otros tiempos contados y marcados por movimientos de brazos.
13. Cuando los niños han ejecutado bien los compases a 2, 3, 4 tiempos, y los compases, alternados con otros, el piano toca a 3 tiempos; por ejemplo: los niños escuchan, silenciosos e inmóviles, y a una señal deben llevar el compás que oyen; cuando los diferentes compases a 2, 3, 4 tiempos sean conocidos, se complica el ejercicio tocando trozos con compases alternados, 2, 3, 2, 3, 2, 2, 4, 4, etc. Sólo los retrasados más capaces consiguen realizar estos ejercicios; pero es interesante ver que entre los anormales más profundos (niños incapaces de leer y de contar, y que no pueden asociar el número de tiempos oídos con los movimientos a ejecutar) se encuentra quien sabe reconocer, por lo menos, el primer tiempo como tiempo fuerte y marcarlo con energía, dejando de hacer movimientos con los brazos durante el resto del compás.

La señorita Morand, profesora del método Dalcroze en Ginebra, ha tenido la amabilidad de poner sus conocimientos y sus talentos al servicio de nuestros alumnos, y es quien nos ha guiado en la elección de estos ejercicios. Nosotros pudimos apreciar notables progresos en algunos meses. Hemos practicado también, con provecho, ciertos ejercicios eurítmicos, recomendados por Demoor en el apéndice de su libro *Los niños anormales*, traducción española de la señorita Oñate (pág. 191 y siguientes), editada por F. Beltrán.

Hemos utilizado nuestro piano para acompañar el canto, ya el canto sólo, ya los cantos de gestos (Dalcroze y otros). Si no tratamos aquí de estas ramas, no es porque desconozcamos su importancia, sino porque no hay método especial para los retrasados.

Junto a las ventajas de que hemos hablado sobre la educación del ritmo, la música, vocal o instrumental, es para los anormales un manantial inagotable de

alegría y de emoción; ¡qué rápidamente un canto, algunos acordes de piano, cambian la atmósfera después de una lección en la que maestros y alumnos han trabajado laboriosamente! La mayor parte de nuestros alumnos sacrifican voluntariamente un recreo y piden la continuación indefinida de la clase, después de la hora de salida, para continuar una sesión musical, para oír cantar y tocar o para cantar ellos mismos.

A veces, también sirve el piano para limitar ciertos actos, ciertos sucesos; así, por ejemplo, las ocupaciones de los campesinos: sembrar, regar, segar, etcétera; las de ciertos industriales, después de las visitas de fábricas; los movimientos de animales, observados *de visu*; a imitar también ciertos sucesos, de los que se ha hablado en las lecciones ocasionales; así, en junio de 1912, con ocasión de las fiestas J. J. Rousseau, los niños representaron lo que pudieron comprender de la vida de su ilustre compatriota; se paseaban en el bosque, unas veces de prisa, otras despacio, según el ritmo del piano, se paraban para coger una flor cuando el piano cesaba; hacían un largo viaje a pie, de prisa unas veces, despacio otras. Lo mismo hicieron cuando la celebración de los sucesos patrióticos; por ejemplo, en la fiesta ginebrina del 1.º de junio, de los ginebrinos yendo al encuentro de los suizos al són del Himno nacional. ¡Y con qué patriótico entusiasmo!

c) *Ejercicios de atención y de voluntad.*—Binet ha recomendado mucho ciertos ejercicios especiales, de una ejecución fácil; por ejemplo, el *mantenimiento prolongado de una actitud*; este ejercicio provoca a veces la risa de los niños que lo hacen por vez primera; pero, pasado esto, llaman la atención los progresos que hacen con mucha rapidez. Pueden combinarse y complicarse estos ejercicios de diferentes maneras, a saber: hacer fijarse a los niños, manteniéndose serios, en un compañero que se esfuerza en provocar la hilaridad con sus risas o gestos; hacer que el niño mantenga inmóvil un cuaderno, y después, sobre el cuaderno, una barra de yeso, derecha, descansando sobre su base cuadrada; mantenerse inmóvil, teniendo el pie derecho cogido con la mano derecha, quedando libre la izquierda, y viceversa, tener un pie cogido con la mano, teniendo aplicada la otra a la nuca, etc., etc. Pueden multiplicarse y variarse indefinidamente estos ejercicios.

Otro ejercicio del mismo género, que Binet recomienda igualmente, es el transporte de recipientes llenos; se dan a los niños recipientes llenos de agua hasta cinco milímetros del borde, que deben transportar a algunos metros de distancia. Binet los hace depositar sobre la mesa; nosotros se los hemos hecho colocar simplemente en el suelo; lo que agrega al ejercicio la dificultad de levantarse en el comienzo del trayecto y después la de bajarse al final, sin derramar el líquido. Nosotros anotamos el tiempo empleado; pero como dos de los niños partían reunidos, pudiendo uno entrenar a otro, estas cifras no tenían gran valor. Los límites extremos para atravesar una clase de ocho metros, son: tiempo mínimo, 11" para un retrasado de diez años; tiempo máximo, 1' 38" para una retrasada de diez años; tiempo máximo, 1' 38" para una anormal, niña mixoedematosa de trece años, muy aplicada, que no derramó una gota, no separando la vista de la taza, pero siendo lenta en este ejercicio, como en todo lo que hacía.

Podía hacerse una interesante pintura de caracteres, según el modo de proceder de los distintos individuos en el curso de este ejercicio.

Algunos retrasados marchan lentamente, se recrean en el ejercicio y no derraman una gota de agua; otros, retrasados también, pero más profundos, ponen mucho interés, pero derraman, sin embargo, el agua a todo lo largo del trayecto; alguno se distrae del ejercicio para mirar tras de sí, a ver si ha mojado el suelo.

Los anormales manifiestan a veces su incapacidad física en este ejercicio, de tal modo, que mueven a compasión a los espectadores; así, una niña de diez años, con movimientos desordenados exagerados, se encorvaba sobre su taza, a fuerza de poner cuidado en el ejercicio, y derramaba el agua en todo el trayecto, otra joven mongoloide, de quince años, adoptaba una actitud terrorífica, crispándose, con los ojos desencajados, el cuerpo avanzado, para no derramar el agua, lo que casi conseguía.

No faltaban tampoco actitudes cómicas; así, una niña erética, de nueve años, ocupada constantemente y oficiosamente en vigilar a sus compañeras, continuaba en este papel durante la ejecución del ejercicio, haciendo observaciones y recomendaciones al niño que caminaba a su lado, e interpellando a los demás espectadores; y aunque no se fijaba en su taza durante todo el trayecto, apenas si derramaba algunas gotas de agua.

Otro caso, el más cómico de todos, era el de un niño mongoloide, de siete años, que después de haber regado copiosamente el suelo, soltaba su taza, la cogía nuevamente, tratando de hacer otra vez el ejercicio, metiendo en el agua los dos dedos pulgares; la volvía a soltar para sacudir las manos y la cogía otra vez. Cuando la taza estaba medio vacía, entonces empezaba a marchar mejor. Otro día comenzó a realizar el ejercicio del mismo modo; pero, habiendo visto a otros niños que iban a enjugarse las manos después de haber terminado el suyo, interrumpió dos o tres veces el trayecto, para correr a enjugarse las manos también.

Nosotros hemos combinado estos transportes de recipientes con la gimnástica rítmica, viendo cómo algunos niños marchaban al compás, no obstante la atención que debían prestar al ejercicio. Gracias al entrenamiento adquirido durante algunos meses con otros ejercicios rítmicos, todos los niños, con una o dos excepciones, han seguido el ritmo del piano, por absortos que estuviesen en su empeño de transportar los recipientes sin derramar el agua.

Hemos tratado también de variar los ritmos durante el trayecto, y esta experiencia nos ha demostrado que el sentido rítmico predominaba en los niños sobre la preocupación de no derramar el líquido; y

d) *Gimnástica de manos*.—Otra gimnástica que tiene su puesto señalado con los retrasados, es la de manos. Hemos mencionado en parte sus ventajas, a propósito de las de la gimnástica en general. El doctor Kupferschmidt (*Uebungen des Muskelgefühls bei Schwachsinnigen*. Kinderfehler, septiembre 1899), expone su sistema, cuya práctica ha producido felices efectos en sus alumnos anormales.

He aquí algunos de estos ejercicios:

Extender la mano a derecha y a izquierda.

Levantar y bajar la mano.

Círculo y doble círculo, 8; 8 y 8 de la mano izquierda; después de la mano derecha; después de las dos, en los dos sentidos.

Extender y bajar la articulación media de la mano.

Extender y bajar la primera articulación de los dedos.

Extender y bajar la segunda articulación de los dedos.

Separar y cerrar los dedos.

Separar y cerrar el pulgar.

Levantar y bajar el pulgar.

Círculo y movimiento en 8 del pulgar.

Todos estos ejercicios se hacen teniendo los brazos levantados, extendidos hacia adelante, de costado, unidos al cuerpo, el antebrazo hacia adelante.

*Para los más débiles:*

La mano abierta sobre la mesa; encoger el dedo pequeño, después el anular, después el corazón, etc., haciendo estos movimientos también acompañados del piano.

Hacer fuerte presión con la yema del dedo pulgar sobre la yema de los demás dedos.

Hacer tocar la yema de cada dedo con la del vecino.

Tocar con la yema de cada dedo el dorso del dedo vecino.

Después, combinar estos movimientos con los más generales de los brazos.

Ensayarlos también con los ojos cerrados, sin la ayuda de la vista.

Pueden comprenderse también en la gimnástica manual los ejercicios de *dinamometría*, que son ejercicios de voluntad y de desarrollo muscular. El doctor Ley ha comprobado la inferioridad de los retrasados en este ejercicio. Ha observado en los anormales tres tipos en la forma de presión:

1.º Unos, que hacen correr la aguja hasta el máximo, del primer golpe y bruscamente; este tipo es frecuente entre los nerviosos y los indisciplinados.

2.º Otros, que tienen una presión lenta y prolongada; es la forma de acción de los apáticos; y

3.º En el tercer grupo se observa una presión y un tiempo de parada; después, nueva presión, y la aguja llega a su máximo después de haberse parado muchas veces. Este tipo se encuentra en los apáticos profundos.

Las series de ejercicios dinamométricos que hemos hecho ejecutar nosotros no han dado resultados concluyentes: se notan grandes variaciones en un mismo individuo de una vez para otra; los resultados son algunas veces inferiores, iguales o superiores, al finalizar la clase o al finalizar una sesión escolar prolongada.

Es difícil señalar el límite entre el trabajo manual y la gimnástica de las manos.

En el capítulo siguiente se hallará la indicación de muchos ejercicios que podrían figurar aquí. Podrá ejercitarse a los niños en tocar la pandereta, las castañuelas, en cortar varillas cada vez más gruesas, a clavar, a atornillar, a jugar a la pelota, etc., etc.

Los buenos resultados de la gimnástica manual o general pueden extenderse a otras ramas. Así es que, en las clases especiales de Colonia, las lecciones de cálculo, bien comprendidas y asimiladas al principio, son después repetidas en

coro, con movimientos alternativos del brazo izquierdo y del derecho, levantados para golpear la otra mano. Se fijan así en el espíritu ciertas nociones, y las hace fáciles su reaparición en la memoria. Demoor, que refiere este hecho, dice que ha observado en estas lecciones cómo la asociación de conceptos abstractos a movimientos musculares se realiza con éxito. En las mismas Escuelas se aplican estos procedimientos a las lecciones de lectura y de articulación.

A. DESCOEUDRES

(De *La educación de anormales*)

---

## BIBLIOGRAFIA

---

*Précis clinique et Operatoire de Chirurgie Infantile*, por L. Ombredane, profesor agregado a la Facultad de Medicina de París, Cirujano del Hospital de niños enfermos.

Pocas obras de Medicina Infantil habrá tan interesantes y bien hecha como ésta.

Campean en ella, la claridad, la concisión, la justeza, la exactitud; tiene adaptado el tecnicismo médico, ese *sprit* francés que agrada por la forma, la sutileza, la facilidad de buena presentación; tiene también el mérito indiscutible, de hacer comprensible en ciertos párrafos ideas un tanto obscuras en cuanto se refiere a puntos no bien definidos ni totalmente comprobados.

La obra del Dr. Ombredane, no faltará seguramente en la biblioteca de ningún Pediatra, desde el momento en que sea debidamente conocida.

Aunque es una obra de Cirujía, pone como base dos puntos fundamentales: el primero, que el Cirujano ha de ser ante todo, médico, es decir, poseedor de las leyes generales de la Medicina, como organismo, como función, como finalidad, a lo que se sujeta el enfermo que puede llamarse quirúrgico; el segundo, que el que se dedique a esta especialidad, ha de poseer, la Cirujía general, con todos los conocimientos que esta rama de la Medicina exige en preparación. Hechas estas dos advertencias de primer orden, afirma y demuestra, que no basta ser Cirujano general, para ser Cirujano de niños, por que esto exige de manera ineludible, el conocimiento *especial*, del *Niño*: el Niño tiene ley de crecimiento, especialidad de reacción, enfermedades propias, organización incompleta, diferenciación de funciones, existencia de unas y no existencia de otras, como la

función tímica que desaparece y la genital que dá fenómenos de imposible finalidad; esto hace que la Cirujía del niño, sea diferente que la del adulto, tanto en su técnica como en sus resultados; los vicios de conformación, las otras enfermedades fatales adquiridas en el claustro materno o hereditarias, dan sello particular a los casos quirúrgicos, que si no se tienen en cuenta pueden conducir a verdaderos desastres.

El Cirujano de Niños, ha de tener, pues, competencia especial médica y quirúrgica, de la Infancia.

Este criterio se desenvuelve en el transcurso de la obra mencionada, admirablemente.

Quiero insistir sobre un *carácter* de este tratado que es un feliz acierto; su autor, es principalmente, se demuestra, ser *Médico*; es decir, no es un mecánico, ni un operador, ni un técnico expresamente,—de obra—en todo el libro, en cada sistema de enfermedades, en cada capítulo, él busca y define, «al enfermo»; su anatomía normal, su anatomía patológica, su embriogenia, su evolución posterior, su aspecto clínico, su motivo teórico probable o comprobadamente práctico que le ocasiona la enfermedad; éste, la describe sobria y magistralmente; no hay una palabra de más pero tampoco la hay de menos; elige lo más sencillo y eficaz; enumera la dificultad y propone los medios más seguros.

Claridad, mucha claridad, lo mismo a la exposición que en la demostración; se vale del simil, de la comparación, del gráfico, del modelo, del ejemplo.

Se ve a cada paso el médico-cirujano avezado a vencer dificultades de apreciación y a resolver inmediata y rápidamente los arduos problemas de la práctica infantil; esta práctica infantil de Cirujía, en la que suele emplearse tanta rutina y en la que por lo mismo los fracasos frecuentes dependen a veces de no conocer bien la anatomía, la fisiología y la patología de la infancia.

Tiene el Dr. Ombredane procedimientos propios de investigación y de aplicaciones terapéuticas y el orden didáctico que sigue ahorra sin duda a sus alumnos, escolares y médicos muchos esfuerzos: que sin su labor pedagógica médica serían de mucho más difícil comprensión; cada capítulo tiene su orden espositivo que comprende todo aquello que debe saberse, debe fijarse en la memoria y la inteligencia y debe ser aplicado en el momento oportuno.

Las distrofias son de magna labor médica.

Las infecciones óseas, lo mismo.

Los tumores con su abolengo embrionario, modelo de clara precisión.

La patología de las regiones tiene capítulos de excepcional interés, algunos de los cuales, llegan en el terreno de la enseñanza a la amenidad: parece estarse viendo lo que describe y demuestra.

Merecen citarse (cuesta trabajo dejar la obra de las manos), las lesiones de huesos, las hernias, los casos teratológicos, las enfermedades quirúrgicas del aparato genital, los grandes procesos de los miembros.

En suma, dados los estrechos límites de una nota bibliográfica que no aspira a ser un juicio crítico, solo cabe el reconocimiento del mérito de la obra del Dr. Ombredane llamada a prestar excelentes servicios a la cirujía infantil y tributar una calurosa enhorabuena a su autor.

## *Al Sr. Alcalde*

---

Nos permitimos llamar la atención del ilustrado Sr. Alcalde, sobre dos puntos de importancia local respecto a la infancia.

Uno es, el de la golfería andante; golfería que inspira compasión más que repugnancia; es el golfo solo o en compañía que recorre las calles chillando y escandalizando, con la copla indecente, la frase obscena, la procacidad constante, la blasfemia, el insulto a vivos y muertos por la menor contrariedad, el gesto in-noble y desvergonzado. ¡Pobres niños! que tengan siquiera la corrección misericordiosa de la autoridad, actuando sobre los padres e impidiendo esa vergüenza pública.

El segundo es, el niño vendedor de periódicos, sucio, descalzo, astroso, macilento, que por un odioso contraste, lleva, expende y cobra, el medio de cultura, la trasmisión de noticias, la vida civilizada, la activa e inmensa palanca de la Prensa, sirviendo a todos y demostrando la crueldad social que permite el andrajo y la miseria, de quien le comunica la vida local, nacional y mundial.

Justo es, que el vendedor de periódicos que al fin es un profesional, detallista, ambulante, tenga esa decorosa presentación correspondiente a su misión.

G. P.

---

## VARIA

---

El doctor Doumer ha presentado ante la Sociedad de Medicina de Gante una modificación al tratamiento de determinadas afecciones intestinales, por los bacilos lácticos. Explica el autor el fracaso de este procedimiento, por la falta de elementos alimenticios adecuados para los bacilos lácticos, cuando éstos de por sí han llegado ya al intestino, después de haber sufrido la acción del jugo gástrico; y proponiendo para evitar dicha carencia la administración simultánea de comprimidos de almidón parafinado que, liberándose en el intestino, favorece la rápida proliferación del bacilo. Gouttiere dice haberlo empleado con éxito en las gastro-enteritis de la infancia.

---

El *Dr. Dieta*, dicen los ingleses, es el gran médico de los niños.