

21.51.0187

32/6

REVISTA

DE

HIGIENE ESCOLAR



M A D R I D
NOVIEMBRE
1935-NUM. 1

BOLETIN DEL CUERPO MEDICO ESCOLAR DEL ESTADO

DIRECTOR: DR. J. GARCIA AYUSO

PUBLICACION BIMESTRAL

Comité de Redacción: Doctores: Oliver, Torres
Oliveros, Barnés y López Morales

Oficinas: Calle de Olózaga, 1.-Teléfono 61675

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A| *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos, cal, sosa, manganeso. Fosfato sódico. Glicerina pura.
- B| *Ninguna substancia de peligroso manejo para la infancia. Ni estrignina ni arsénico.*
- C| *No es una emulsión ni uno de los llamados extractos del aceite de hígado de bacalao. Es un licor no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D| *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente.*

SE EMPLEA EN TODAS LAS EPOCAS DEL AÑO

ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS
SEÑORES MEDICOS PARA USO DE SUS HIJOS

Eficaz en el tratamiento de las Adenopatías, Linfatismo, Escrofulosismo, Raquitismo, Diabetes, Heredosífilis, Ameno y Dismenorrea. Convalecencias, Estados llamados Pretuberculosos.

LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Los señores Médicos pueden pedir muestras en Madrid a nuestro representante: **Ruperto Frutos**,
Almirante, 3, principal. Teléf. 17139.

MATERMAX

(LECHE MATEERNIZADA «MAX» EN POLVO)

Especialmente preparado para la lactancia artificial o mixta. Desecado a baja temperatura, conserva los fermentos y vitaminas. Por su composición química es la que más se asemeja a la de la mujer.

Se elabora en tres numeros:

El número 1 para el primer trimestre.

El número 2 para el segundo trimestre.

El número 3 para el tercero y siguientes trimestres.

SOPA DE AGRIMAX

(SOPA DE «BABEURRE»)

SOPA DE AGRIMAX es la sopa de «Babeurre» en polvo, que se compone de «Babeurre» puro (AGRIMAX), adicionada de crema de arroz y de azúcar de maltosa (Maltomax).

Se emplea en niños mayores de tres meses.

HOWY

El desayuno y la merienda para todo el mundo, niños y adultos.

El mejor sustituto del café y del te. Se compone de yemas frescas de huevo, leche, extracto de malta (Maltopol), y cacao.

Es un alimento completo y soluble, reuniendo todos los elementos alimenticios que necesita el organismo humano.

Especialmente indicado en la dieta láctea para dar a la leche un sabor delicioso.

BACA-MALT

ALIMENTO-MEDICAMENTO

BACA-MALT es un alimento-medicamento en forma sólida, en cuya composición entran:

Extracto de aceite de hígado de bacalao.

Vitamina D sintética y los

Hipofosfitos combinados.

Estos medicamentos de probada eficacia se han unido a una masa a base de:

Yema de huevos frescos.

Leche pura de vacas.

Cacao, y

Extracto de Malta.

Con BACA-MALT creemos haber conseguido resolver la cuestión farmacológica que supone el remediar la situación de un enfermo tuberculoso, neurótico, anémico, raquítico, etc., pues con el uso del mencionado producto puede no sólo proporcionársele una completa nutrición, sino también combatir la afección, llegando sin dificultad al equilibrio orgánico.

LABORATORIO Y FABRICA DE PRODUCTOS DIETETICOS

MAX F. BERLOWITZ

ALAMEDA, 14

MADRID (14)

APARTADO 595

(MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LA CLASE MEDICA)

Cuerpo Médico-escolar del Estado

INSPECTORES MEDICOS ESCOLARES

Dr. J. A. A. Muñoyerro, Inspector Jefe del Cuerpo.

DISTRITOS

Centro.....	Dr. Cirajas.
Hospicio.....	Dres. Sainz de los Terreros y Novoa.
Hospital.....	» Oliver y Barnés.
Inclusa.....	» Munuera y Conde Gargollo.
Universidad....	» Torres Oliveros y Salgas.
Congreso.....	» Espinosa y Rodríguez Vicente.
Palacio.....	» Tolosa Latour y Sancho.
Chamberí.....	» Mena y Saldaña.
Latina.....	» Serra y Hernández Coronado.
Buenavista....	» Amanuel.

ESPECIALISTAS DEL DISPENSARIO

Análisis clínicos....	Dr. L. Fanjul.
Dermatología.....	Dres. García Ayuso y Valcárcel.
Otorino-laringología	» García Vicente y Bertrán.
Odontología.....	» G. ^a Gras, Mayoral y Escudero
Corazón y pulmón..	» López Morales y Jaso.
Radiología.....	Dr. Gálvez Armengaud.
Psicotecnia.....	» Vázquez Velasco.
Trastornos de crecimiento..	» Muñoyerro Pretel.
Oftalmología.....	Dres. Arjona y Aguilar.

SUMARIO DEL PRESENTE NUMERO

Nuestro saludo.—Introducción al estudio de la inspección médico-escolar, por *Carlos Sáinz de los Terreros*.—Cómo funciona un Gabinete de Distrito en la capital de la República, por *M. Torres Oliveros*.—El Dispensario Médico Escolar, por *S. García Vicente*.—Crecimiento físico en la edad escolar, por *A. Rodríguez Vicente*.—Patología cutánea del escolar, por el *Dr. J. García Ayuso*.—Labor del Cuerpo Médico-Escolar en el curso de 1934-35.—De interés para los aspirantes a médicos escolares. Sección oficial.—Reglamento del Cuerpo Médico Escolar.—Sección bibliográfica.

Establecimiento Tipográfico de Cleto Vallinas. Luisa Fernanda, 5. Teléfono 31851.—MADRID

Distinguido compañero:

*Nuestra labor científica y seria, nos permite recomen-
dar a usted, en beneficio de sus enfermos y de su propio
prestigio, siempre que considere útil la institución de un
tratamiento antianémico eficaz.*

P R E S C R I B A CYTOGENINA:

Comprimidos de amino-ácidos y vitami-
nas equivalentes a 19 y 3 grs., respecti-
vamente, de hígado y mucosa gástrica.

CYTOGENINA es de fácil y cómoda in-
gestión. No produce trastorno digestivo
≡ alguno; su tolerancia es perfecta ≡

HISTÓGENO LLOPIS:

Nucleína y Arrhenal.

Fórmulas: Elixir y granulada.

TONICO EFICAZ DE ACCION CONSTANTE
TUBERCULOSIS, NEURASTENIA,
CATARROS CRONICOS, CONSUNCION, ETC.

LABORATORIO LLOPIS
Rosales, núms. 8 y 12 M A D R I D

REVISTA DE HIGIENE ESCOLAR

BOLETIN DEL CUERPO MEDICO ESCOLAR DEL ESTADO

SUSCRIPCION

España ... 10 ptas. año
Extranjero. 15 » »

PUBLICACION BIMESTRAL

DIRECTOR: DR. J. GARCIA AYUSO

Comité de Redacción: Doctores Oliver, Torres
Oliveros, Barnés y López Morales.

Oficinas

CALLE DE OLOZAGA, 1

Teléfono 61675

Tomo I

MADRID, 1.º NOVIEMBRE 1935

Núm. 1

NUESTRO SALUDO

Al aparecer el primer número de nuestra revista nos es grato cumplir el indeclinable deber de saludar a la prensa profesional y diaria, con la que, en adelante, hemos de convivir compartiendo tareas ideales, a las que nosotros hemos de aportar entusiasmos y sacrificios.

Poseyendo el BOLETIN DEL CUERPO MEDICO ESCOLAR matiz tan específico y misión tan definida, no ha de constituirse en rival de ninguna otra revista profesional; su carácter mixto médico-pedagógico la hace primera y única en su género en España. Por tanto no viene a disputar posiciones que otras publicaciones médicas hayan conquistado entre los profesionales; viene simplemente a ocupar puestos vacíos que reclamaban urgentemente quienes los ocuparan.

Vehículo y cauce de una misión nueva ha de desarrollar una labor que recoja los trabajos de cuantos dediquen sus desvelos a los complejos cometidos que los lectores verán en el Reglamento del Cuerpo.

Nuestra misión, pues, científica y social, no viene a entorpecer, con una competencia más, la dura batalla que hoy se libra en todos los ámbitos de la profesión médica. Por ello aspiramos a que toda la prensa profesional nos preste el calor de su adhesión y la valía de su apoyo, a los cuales hemos de corresponder dispensándola desde nuestras columnas y en el cumplimiento de nuestros cometidos técnicos, el más acendrado respeto y la cordialidad más entusiasta.

Fácil es comprender, por otra parte, que siendo nuestra misión de tipo predominantemente social necesitamos imprescindiblemente del concurso valiosísimo de la prensa política. Si hoy toda actividad científica necesita de la atalaya eficacísima de la prensa diaria para exponerse al mundo, cuando esa actividad se inviste de un matiz social tan acentuado como la del Cuerpo médico-escolar, precisa con imperio poderoso de su ayuda para poderse llevar a términos de eficacia. Sin su cooperación quedarían truncados nuestros objeti-



vos y la Sociedad seguiría huérfana de la tutela que venimos a ofrecerle, y de la cual por imperio del progreso, no puede prescindir. Necesitamos, pues, su ayuda y se la pedimos, seguros de que la prensa española, cuyos prestigios y patriotismo no es menester ensalzar, no regateará su concurso para coronar la ingente obra del fortalecimiento racial a que han de conducir nuestros desvelos y los de quienes se agrupan en nuestro derredor.

A todas las publicaciones docentes, y a cuantas se relacionen con la enseñanza y el niño escolar debemos el mismo saludo cordial y la misma solicitud. Hermanados en un mismo anhelo, persiguiendo todos el mejoramiento de las condiciones biológicas del escolar, hemos de caminar paralelamente y para todos el Boletín que hoy ve la luz pública tiene un saludo y un abrazo.

Introducción al estudio de la inspección médico-escolar

Fundamentos biológicos, pedagógicos y sociales de la Inspección médico-escolar.—Esbozo histórico.—Instituciones médico-escolares extranjeras.—La Inspección médico-escolar en España; su desarrollo actual y orientación en el porvenir.

Fundamentos biológicos, pedagógicos y sociales de la Inspección médico-escolar.—La Inspección o Servicio médico-escolar es una institución corporativa técnica, cuyo primordial objeto es el estudio y la salvaguardia higiénico-social del escolar.

El escolar es un producto familiar—labil orgánicamente y propenso a enfermar—que modela la escuela. La acción del médico escolar, en consonancia con lo que antecede, se ejerce preventiva o curativamente sobre tal propensión a enfermar, en el sentido de vigorizar ese organismo débil y colaborando con el maestro y con la familia al citado modelamiento en las mejores condiciones higiénicas, tanto en la escuela como en el hogar. Por todo ello la Inspección médico-escolar tiene que cimentarse sobre fundamentos biológicos, pedagógicos y sociales en íntima relación, porque con sólo la falta de uno de ellos su benéfica acción queda esterilizada.

Toda la higiene individual se basa sobre la higiene escolar, enfocado el asunto—claro está—desde el punto de vista de la incorporación del individuo a la vida social. Porque la higiene de los primeros años de la

vida, dígame lo que se quiera, hay que vincularla a la familia, dirigida y vigilada, eso si, por el médico puericultor y por la Sanidad en general. La higiene escolar empieza a actuar sobre el niño en cuanto éste se incorpora, por el hecho de su asistencia a la escuela, al engranaje de la sociedad. Le acompañará durante toda la escolaridad, y debe dejarlo sano y apto en el umbral de la edad adulta, cuando ya tiene que integrarse del todo en la vida social.

Razón potentísima existe para que sea indispensable esa correlación o coordinación de fundamentos en la Inspección médico-escolar. Es la de que al niño hay que considerarlo como equidistante entre el campo puramente pediátrico y el estrictamente pedagógico, mas ambos matizados, imbricados, entrelazados con el genuinamente social. En efecto; la afección física tiene repercusión sobre la esfera mental y, sobre todo, de disposición para el trabajo escolar. No hay más que recordar a este respecto la diferencia de rendimiento entre el niño sano y el enfermo o simplemente enfermizo. Y la anomalía infantil psíquica, en sus infinitas variantes, puede ejercer influencia

sobre el desarrollo físico del escolar, pero es particularmente interesante en lo que respecta a un fondo patológico explicador de ella, e incluso, en casos, susceptible de mejoría con su adecuado tratamiento. Y sobre ambas actividades infantiles se cierne y entre ellas se infiltra el factor social. ¡Cuánto no influye sobre el normal crecimiento físico y sobre la agudeza y prontitud perceptiva, por ejemplo, el bienestar económico del medio o la cultivación del ambiente familiar!

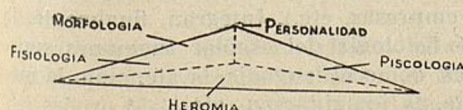
Fundamentos biológicos.—No vamos a pretender estudiarlos todos ni siquiera enumerarlos, porque ello sólo sería materia para una lección. Pero no podemos por menos de aludir a algunos, tal vez los más importantes. Tales la *herencia*; la *constitución y tipología*; la *nutrición*; el *crecimiento*, con base *antropométrica*; las *principales funciones orgánicas*, y el *estado de los sentidos*.

Herencia.—La herencia juega cada vez un papel más importante en el estudio del niño. Razón eficiente de ello, entre otras cosas, es el de que es en él cuando todavía no se ve interferida por los efectos del medio ambiente.

Por un lado hay enfermedades transmisibles (sífilis, tuberculosis, neuropatías, etc.) que repercuten considerablemente sobre el desarrollo físico y psíquico del escolar; por otro lado, la herencia condiciona toda esa gama de la patología constitucional (diatesis, idiosincrasias) que, con la endocrina, modelan la morfología, la fisiología y la psicología del niño asistente a la escuela.

Constitución y tipología.—La constitución y su secuela la tipología, ejercen intensa influencia sobre el desarrollo físico e intelectual, en el aprovechamiento escolar y aun en la misma conducta moral de éste.

Son innumerables los trabajos y las investigaciones llevadas a cabo en esta amplia vía de estudio del niño; vamos sólo aquí a escoger alguno lo más sintéticamente posible. En tal aspecto nos parece claro esquema representativo de la constitución individual el dado por Pende:



En él se ve que la base de la personalidad humana es la recién mencionada herencia, influyendo después, aproximadamente en cuantía igual, la fisiología, la morfología y la psicología, siendo expresión sin-

tética de todas ellas la personalidad del niño. Por consiguiente, el médico escolar ha de vigilar, desde el punto de vista de su fundamento biológico, que la *fisiología sea normal*, *cómo repercute la morfología en el carácter y en la disposición del niño y el influjo de la psicología del escolar*. Recordemos solo, a modo de ejemplo, la distinta manera de comportarse física y psicológicamente los escolares según el tipo constitucional que tengan. Así, no serán iguales las reacciones en un leptosomático que en un pícnico o displásico, y no se observarán las mismas reglas higiénicas para el ejercicio físico en un atlético que en un asténico.

Nutrición.—Nutrición es el aprovechamiento por el hombre de los elementos naturales que necesita para restaurar las calorías orgánicas consumidas en el trabajo biológico. Es perfectamente inútil tratar de encomiar la trascendencia de este tema, entre los fundamentos biológicos de la Inspección médico-escolar. Empíricamente, en el niño, la satisfacción del hambre y la sed debe constituir, siempre que su peso avance según escala, el medio de regulación de su alimentación y bebida. Fuera de enfermedad, toda disminución de peso en el niño lleva a pensar en una insuficiencia o *inadaptación* alimenticia. ¡Considérese la enorme tarea y la gran responsabilidad que, contando con medios, incumbe al médico escolar en este vital aspecto de la escolaridad! Toda la escala de efectos conseguibles por la alimentación-nutrición, en el niño, desde la acción estimuladora de su crecimiento, hasta el mejor rendimiento intelectual según regímenes, pasando por la acción correctora sobre enfermedades y perturbaciones del desarrollo, se hallan incluidas en el capítulo frondoso de la nutrición del escolar. La racionalidad de la alimentación (cuantitativa y cualitativa), las clases de alimentos (orgánicos e inorgánicos), su efecto primario sobre el organismo (plásticos y termógenos), la correlación entre ellos (proporción de protéicos, hidratos de carbono y grasas), la constitución química de los diversos manjares empleados en una cantina escolar, su horario de utilización, la sustitución energética y económica de los productos alimenticios, etc., etc., son serie inacabable de factores trascendentes, como fundamento biológico de la Inspección médico-escolar.

Crecimiento.—El crecimiento biológico del escolar se realiza merced al *desequilibrio normal del metabolismo* en la edad

infantil, o lo que es lo mismo, el crecimiento biológico del niño tiene lugar por el predominio de los fenómenos de asimilación sobre los de desasimilación. Consecuencia de esto es que el niño no se limita a reparar pérdidas, como ocurre en el adulto, sino que requiere un ingreso nutritivo suplementario dedicado a su crecimiento: a la ración de entretenimiento hay que añadir la de crecimiento. Como decía el malogrado Aguilar Jordán: «alrededor del crecimiento gira toda la fisiología de la infancia».

Por lo que hace a la base antropométrica del crecimiento, los datos fundamentales que conviene recoger son el peso y la talla generales; las llamadas dimensiones parciales; los índices y coeficientes, y las medidas complementarias. Los más importantes de ellos son los primeros, pues nos dan una pauta bastante exacta de cómo se verifica el desarrollo del alumno.

Principales funciones orgánicas.—En el escolar es preciso conocer, para la fundamentación biológica de la institución que comentamos, cómo realiza las funciones orgánicas esenciales para la vida (digestión, respiración, circulación, secreciones y excreciones, etc.). Compréndese que el estudio de cómo están tales funciones constituye una de las facetas más características de nuestra actuación cerca del niño en la escuela, pues es materia higiénico-médica. Las desviaciones de la normalidad en alguna de ellas, por otra parte, nos conduce a temas de una gran trascendencia, como es el de la tuberculosis, por ejemplo. Y lo mismo puede afirmarse de las alteraciones patológicas de estas funciones, o mejor, de los órganos que las realizan y de sus medicaciones preventivas o curativas.

Estado de los sentidos.—Aquí no es preciso esforzarse para hacer resaltar la vital importancia de su estado hígido y de su feliz conducción por vías normales en los escolares a nuestro cargo. Son los órganos por donde ingresan en la psique del niño las sensaciones, base de los conocimientos que ha de ir adquiriendo, y fácilmente se comprende que su estado normal o anormal ha de influir poderosamente en el caudal intelectual del mismo. Dos, sobre todo, la vista y el oído, intervienen de una manera directa en esto que acabamos de afirmar. No puede negarse que niños con alteraciones en la conductibilidad visual o acústica, tiene que tener un comportamiento distinto y más defectuoso que los normales, si no se acude

a su remedio con los cuidados oportunos.

Fundamentos pedagógicos.—Los fundamentos pedagógicos de la Inspección médico-escolar, en su aspecto puro, caen fuera de nuestra esfera de acción: es materia encomendada a los maestros. Pero teniendo presente esa zona intermedia, neutral, común al maestro y al médico, según la faceta desde donde se la contemple, no puede negarse que la institución que servimos ha de reconocer una base fundamental en ella. Y en tal sentido *el desarrollo psíquico en general, la psicofisiología del alumno, las mismas acuidades sensoriales* recientemente aludidas y la *mensuración de la edad mental*, son fundamentos pedagógicos en los que toma parte la Inspección médico-escolar.

Desarrollo psíquico del escolar.—La explicación de que intervenga el médico escolar en esta parte, por su apariencia estrictamente pedagógica, es porque a la psique puede considerarse como un lugar y acto intermedio entre dos fenómenos físicos; la *sensación* y la *expresión* de la idea elaborada.

En el desarrollo psíquico intervienen tres grandes factores: la herencia (transmisión de instintos y actos reflejos, enfermedades transmisibles, anormalidad infantil, etc.: no se olvide la ley de Haeckel: «el desenvolvimiento del niño es una recapitulación de la evolución de la raza»); el medio ambiente (imitación, educación, instrucción, etc.), y el factor personal (periodos de desenvolvimiento, constitución física, constituciones psicopáticas, etc.).

Psico-fisiología del alumno.—La psico-fisiología del escolar es un estado de sus facultades superiores cambiante, por ser organismo en constante evolución. Lo que a los cinco años es fisiología, a los doce o catorce se convertirá, si no ha variado, en patología. Considerada en el sentido espiritual, la psico-fisiología del niño avanza *en forma policíclica externa*, es decir, que limitada al principio al yo, va ensanchándose después hacia sus padres y lo que le rodea más íntimamente, para al fin ampliarse personas, objetos y hechos mediatos (historia, empresas, etc.). Integran, finalmente, la psico-fisiología del escolar funciones superiores, como el lenguaje, la atención, la memoria, la imaginación, etc.

Acuidades sensoriales.—Ya las hemos mencionado antes, pero no se olvide que en los fundamentos pedagógicos de la Inspección médico-escolar ocupan lugar preeminente y destacado. Téngase presente que, co-

mo se ha dicho, son las ventanas abiertas al exterior, por la que ha de entrar toda sensación, base del edificio mental. Recibidas estas sensaciones en las células diferenciadas de los órganos de los sentidos, se transmiten a lo largo de las ramificaciones nerviosas hasta el eje cerebro-espinal, donde se transforman y provocan su correspondiente y específica reacción. A tales acuidades sensoriales es preciso añadir la muscular y la general interna, y todas ellas tienen que ser determinadas en su normalidad o anormalidad funcional, si se quiere basar sobre cimiento científico la especialidad que nos ocupa.

Mensuración de la edad mental.—Como su nombre lo indica, tiene por objeto determinar cuál es el grado de desarrollo de las facultades mentales del alumno. Conviene tener presente que *en el niño no existe*, como en el adulto, *un patrón único* para la investigación, sino varios adaptables a su constante evolución; es, pues, indispensable contar con el factor edad cronológica. Y al lado de este factor hay que colocar el de la repercusión de las funciones físicas sobre las intelectuales; sobre todo del desarrollo, porque está demostrado que las curvas de ambos crecimientos—el físico y el mental—no se pueden superponer; por el contrario, a cada crisis de crecimiento físico, corresponde otra de crecimiento psíquico, pero en sentido inverso. Es decir, *que cuando uno acelera su ritmo, el otro lo entelece* (Claparède).

Por último, otra consideración a retener en esta mensuración es la de la influencia del medio ambiente, fuente inagotable de posibilidades ocultas en muchos niños, por no haberse hecho vibrar el gran contenido encerrado en su interior, a falta de dicho ambiente propicio.

Con sólo esta ojeada de conjunto sobre elementos pedagógicos observables y susceptibles de ser modificados o dirigidos por el médico—sin invadir el campo de acción del maestro—puedese calcular la enorme trascendencia que en higiene escolar posee el conocimiento de sus fundamentos pedagógicos.

Fundamentos sociales.—Hasta no hace mucho—como veremos después al hablar del esbozo histórico de la higiene escolar—la base de ésta quedaba vinculada a los fundamentos estudiados hasta aquí o sean los biológicos y los pedagógicos. Pero su tendencia perfectiva, por una parte, y el cambio radical operado en la manera de vivir,

por otra, han obligado a ensanchar tal base, extendiéndola al campo social. Existen, por lo tanto, al lado de aquellos, fundamentos sociales en la Inspección médico-escolar actual.

La vida del niño transcurre *dentro y fuera de la escuela*. Dentro, comprende toda la jornada escolar, que es aquella parte sobre la que puede influir, con el maestro, el médico, ateniéndose estrictamente a los fundamentos repetidas veces aludidos, relativos a su personalidad biológica y a su personalidad escolar. Pero además de estas dos personalidades el niño tiene otra que es la que hay que buscar y estudiar fuera de la escuela; generalmente en el hogar. Comprendiendo, claro está, este en su más alto sentido, o sea, la vida del escolar en el hogar propiamente dicho y en la calle, en la ciudad.

En estos dos aspectos, la vida del escolar ofrece *factores positivos y negativos*, según sea su acción favorable o desfavorable al desenvolvimiento ético y social de él.

Podemos citar como factores positivos, la cultura, la prosperidad material y la asistencia social, para los casos en que la segunda brille por su ausencia, desgraciadamente los más; por eso el nivel cultural y ético de los pueblos va a tener que ser medido en adelante por las obras y actuación de la asistencia social de que disponga el país. Y como factores negativos hay que mencionar: la ignorancia y la negligencia de los padres, la pobreza, el urbanismo, el industrialismo y el cinematógrafo sin control. Como se ve, más numerosos y fáciles de actuar que los positivos.

Claro que a los médicos escolares solo les compete, en el terreno social que acabamos de relatar ligerísimamente, la esfera de acción sanitaria ligada a ambas clases de factores, pero aun así su campo de acción es enorme y su utilidad incalculable. Puede asegurarse que la vida social del niño responde al concepto de un equilibrio sanitario entre las condiciones del escolar y las influencias que le rodean en su casa, en la escuela y en la sociedad en general. Por ello, ante la vida tal cual es hoy día, ofrece tanta trascendencia, en Inspección médico-escolar, la base social como la biológica y pedagógica referidas anteriormente.

Esbozo histórico.—No vamos a descender en esta parte del programa a exposición detallista de la Inspección médico-escolar, que queda para otro punto del mismo. Nos parece preferible hacer el esbozo histórico

desde un punto de vista abstracto; casi podríamos decir panorámico.

La higiene escolar, como toda obra en la que actúan las fuerzas cronológicas, y no obstante ser joven en este aspecto, ofrece a nuestra consideración distintos estratos, *diferentes etapas evolutivas* en su desarrollo. No es nuevo en nuestra manera de comprender el asunto; en otras partes lo hemos expuesto ya. Pero no juzgamos inútil la insistencia, en gracia a lo comprensivo y compendiado del enjuiciamiento.

Creemos que la higiene escolar abarca *dos grandes periodos* en su evolución, y cada uno de ellos dividido en *dos fases progresivas*. Periodos y fases que a lo largo de su historia no se dan puros, limpiamente delimitados, sino algo confusos, con mezcla de unos y otros; pero siempre con un predominio de las materias privativas que le da el color suficiente para poder ser considerado como independiente. Por otra parte, no significa tal división que hayan pasado y desaparecido los elementos de los periodos o fases primitivos, sino que la característica predominante en ellos ha sido la que se expone, pasando en los siguientes a ocupar un rango secundario.

Veamos ahora cuáles son los aludidos periodos y las citadas fases:

Esbozo histórico.....	{	Periodo de formación.....	Fase estadística.
			Fase de vigilancia sanitaria.
	{	Periodo de perfeccionamiento.	Fase de protección individual del niño.
			Fase de protección social del escolar.

El periodo de formación abarca los rudimentos y primeros pasos de la Inspección médico-escolar. Y el periodo de perfeccionamiento, como indica su nombre, significa un perfilamiento de sus manifestaciones y el entrar de lleno en las actividades que, como ciencia de aplicación que es, le corresponden.

La *fase estadística* ha perseguido, casi como único fin, el hallazgo y la colección de cifras promedios que sirvieran para conseguir y adoptar patrones y modelos de los escolares—física, antropométrica, biológicamente—sobre los cuales razonar y deducir. Constituye el balbuceo de la Inspección médico-escolar, aunque por otro lado—y abundando en las advertencias anteriores de que todos los periodos y fases tienen siempre algo de actualidad—sea su acción también del momento. Se comprende; es de todos los días el planteamiento y la resolución de problemas relacionados con el estudio del niño y todos ellos han de tener por base

obligada lo que con extranjerismo se llama la *standardización* del tipo. Por consiguiente, es también de nuestros días esta fase. Pero no se puede negar que la objetivación única de la misma, en cuanto actividad de la Inspección, caracteriza solo sus comienzos, rudos y de poco radio. Además, se suele limitar a datos de relativa utilidad práctica; buscados con un afán de comparación y, consecuentemente, con miras a establecimientos de medidas posteriores, que son ya pertenecientes a fases y periodos sucesivos del desarrollo de nuestra ciencia.

La *fase de vigilancia sanitaria* constituye la *médula o núcleo* de la Inspección médico-escolar. Podrá haber sido rebasada, desbordada por las siguientes, mas en consonancia con el latir del día, pero siempre girará alrededor de ella cuanto se investigue y edifique en esta especialidad. Hace referencia, como puede deducirse de su apelativo, al reconocimiento fisco-patológico del alumno. Abarca el estudio de su constitución, de sus hábitos higiénicos, de sus enfermedades, etc., y se propone salvaguardar la salud del escolar. En esta fase resalta especialmente, como acabamos de decir, su *perennidad*; por mucho que adelanten los conocimientos y los métodos en higiene escolar, siempre será de actualidad la fase que describimos. Porque siempre, en higiene escolar, el punto sobre el que girará todo será el del reconocimiento del alumno y toma de medidas sanitarias que se desprendan del mismo.

La *fase de protección individual del niño* señala un avance en el contenido de la Inspección médico-escolar. A lo que implica la fase anterior, añade la función de todas las obras e instituciones complementarias que se han denominado *peri o circum-escolares*, conquista a todas luces moderna. Por ello, paralelamente a como ha ido creciendo el campo de aplicación de la escuela y a como han ido brotando en ella y a su lado creaciones que la hagan más perfecta, ha ido también la Inspección médico-escolar interviniendo en ellas, separando y recabando para sí la parte íntimamente ligada a la sanidad. Así las cantinas, las colonias, las asociaciones deportivas, etc., que tienen como objetivo primordial mejorar al niño *como individuo*, se han incorporado a la higiene escolar en su matiz de participación sanitaria.

Por último; la *fase de protección social del escolar* es la que, por el momento, señala el acmé de su perfeccionamiento y, por

consiguiente, en el aspecto evolutivo, la fase actual. Hoy día, en efecto, la higiene escolar, como otras ciencias, deriva hacia el campo de aplicación social. Sus obras y funciones tienden hacia la actuación colectiva, de fuera del propio recinto en donde se aplican sus actividades específicas. En nuestra ciencia el rasgo que caracteriza tal modalidad es el de sacar la acción del médico de la escuela y extenderla a la vida del escolar en el hogar y en la calle. Ya no dirige su trabajo al alumno como tal escolar, individuo, sino como parte de un complejo, de una colectividad, procurando la sanidad en la reciprocidad del uno sobre la otra y de ésta sobre aquél. Buscando lo que *es norma imperiosa actualmente del médico escolar*: procurar que el escolar no perjudique a la entidad escuela y, recíprocamente, que ésta no ejerza acción nociva sobre el niño que a ella acude.

De otra parte, esta fase se distingue por una tendencia a crear y extender toda clase de obras complementarias de la escuela que posean ese aludido barniz social: tales como algunas de las citadas en la fase anterior, mas los preventorios (recientísimamente cambiados de nombre: sanatorios-escuelas), los campos termales, las asociaciones de educación física, las de padres y maestros, las bibliotecas, las mutualidades, los seguros, etc. En todas ellas resalta, como se ve, un factor colectivo; se enfoca al escolar en favor y a través de la colectividad, como pieza de un todo, y no individualmente como se hacía en la fase precedente.

A continuación del resumen abstracto acerca de la evolución de la higiene escolar, conviene que digamos dos palabras sobre su desenvolvimiento concreto.

Sabido es que la célebre propuesta de la Convención francesa, en 1793, parece haber sido el primer intento organizado de vigilancia higiénica en las escuelas. He aquí su transcripción: «un oficial de salud estará encargado de visitar en las cuatro estaciones del año todas las escuelas nacionales del distrito. Examinará y aconsejará los ejercicios gimnásticos más convenientes. Reconocerá los niños e indicará las reglas más adecuadas para fortificar su salud».

Posteriormente y como hechos aislados han ido apareciendo en las diferentes naciones intentos de organización de la Inspección médico-escolar o franca implantación de la misma, con publicaciones sobre la materia. Antes de la mitad del siglo pasado puede afirmarse que sólo aspectos muy

limitados de este servicio tenían efectividad. En 1874 fué creada la primera institución municipal en Bruselas. En 1891 se estableció en Leipzig. En 1897 tuvo lugar la que ha conseguido patente de clasicidad entre las organizaciones médico-escolares, con asiento en la ciudad de Wiesbaden. Ha sido desde los comienzos de la actual centuria cuando ya ha entrado de lleno en la legislación universal y en la vida social de cada pueblo la Inspección médico-escolar, siquiera su grado de perfeccionamiento sea totalmente distinto en unos y en otros.

En nuestro país se da, como en otros muchos aspectos, desgraciadamente, el fenómeno de preceder en unos cuantos años, a veces no pocos, la instauración de servicios, mejoras y adelantos, en muchas naciones extranjeras respecto a la nuestra. Y se da también el fenómeno, no único, ciertamente, de ir en algunos aspectos coetáneamente o con anterioridad la parte legislativa en nuestra nación, sin que luego esa legislación haya tenido realidad práctica. ¿Característica racial? ¿Desidia? ¿Falta de preparación en la masa, a gran distancia de esas *sumidades de elite* engendradoras de proyectos? No es este lugar propio para indagar la explicación: merece la pena solo consignar el hecho.

Instituciones médico-escolares extranjeras.—Según hemos dicho hace un momento, en lo que va de siglo se ha multiplicado de manera asombrosa esta institución o servicio público en la mayoría de los países, tanto europeos como americanos.

Pero su manera de funcionar y su grado de perfeccionamiento distan mucho de ser iguales en unos y en otros sitios. Haremos, para demostrarlo, una breve reseña de lo saliente en cada una de las grandes naciones de ambos continentes.

Francia.—Es uno de los países más ricos en legislación y ha sido de los que ha prestado más atención al problema médico-escolar desde su iniciación, allá a fines del siglo XVIII (cuando la Convención, ya mencionada) hasta nuestros días. Sólo en lo que va de siglo se han promulgado disposiciones de importancia en los años 1910, 1920, 1924 y 1928, siendo esta última de Herriot, quien propugna la obligatoriedad del servicio para todas las escuelas.

Las instituciones médico-escolares actuales en el país vecino, no puede asegurarse que obedezcan a un plan armónico y conjunto; por el contrario, son numerosos los departamentos y *comunas* que poseen ini-

ciativa propia en su organización. Pero puede afirmarse que son tres los tipos fundamentales que existen, relativamente a la manera de prestar el servicio médico-escolar. Uno, que consiste simplemente en llamar a médicos corrientes, libres, mediante una retribución que se estipula, cuando se consideran imprescindibles sus servicios (casos infecto-contagiosos, informe de salubridad de locales, etc.). Otro, por el que se vincula a los inspectores de higiene la obligación de atender a la escuela y los alumnos, desde el punto de vista sanitario. Y un tercero, que encomienda la función a especialistas sin clientela, adscritos enteramente, por consiguiente, a su cargo de médico-escolar. Este es el ideal, pero todavía difícil de llevar a la práctica y, por ello, es el menos extendido en Francia.

En París existen circunscripciones de inspección, las que comprenden alrededor de 1.000 niños. Una comisión de higiene escolar elabora el reglamento de la inspección y los médicos se reclutan por vía de concurso, sobre una lista de candidatos que suministra la Prefectura del Sena.

En Lyon es donde, tal vez, reside la mejor organización francesa. El papel asignado a los médicos escolares sobrepasa el corriente de otros sitios y épocas y se acerca con mucho al que hemos relatado antes perteneciente al período de perfeccionamiento en la evolución de nuestra institución.

En Estrasburgo, en Mulhouse, en Creil (Oise) y en otros puntos existen organizaciones muy cuidadas. Debemos consignar que en Francia la mayor parte de la organización médico-escolar es municipal.

Alemania. — En Berlín, Sajonia, Breslau, Leipzig, etc., existen organizaciones médico-escolares de cierta uniformidad. En síntesis, la protección de los escolares constituye una parte del programa general de protección a la juventud (ley de Asistencia social de 1918). Se ocupan en este país del perfeccionamiento de los médicos escolares mediante cursos en la Universidad, en la Escuela de altos estudios técnicos, etc., y distinguen entre los médicos escolares no prácticos y los con clientela privada, siendo sus exigencias distintas, naturalmente.

Sigue imperando el modelo de organización de Wiesbaden, ya aludido anteriormente, si bien con las mejoras correspondientes al adelanto de las ciencias médico-sociales de nuestros tiempos.

Inglaterra. — En esta nación, aunque existían atisbos de organización médico-escolar

ya desde fines del siglo XIX, el desarrollo de sus instituciones es a partir del II Congreso Internacional de Higiene escolar celebrado en Londres en 1907. En 1908 se establece la ley de obligatoriedad de la inspección médico-escolar en las escuelas. Esta ley ofrece una laxitud grande, sin duda para dejar una amplia iniciativa a las autoridades sanitarias locales. No se puede olvidar la característica de la administración inglesa —relativa independencia de sus condados—. Matiz especial de la entidad en Inglaterra es la multiplicación de los dispensarios y de las clínicas escolares, tal vez, como en ningún otro país. Depende del Ministerio de Educación Pública (Board of Education). Una faceta particular, muy típica también de la moralidad inglesa, en lo que hace al comportamiento público, es la exigencia a los padres para que colaboren con la Institución, bajo procedimientos judiciales y multas en casos de desobediencia. Constituye un exponente de la gran importancia que conceden a la función.

Bélgica. — En 1874 ya implantó Bélgica una institución municipal de higiene escolar. También los especialistas fueron prontamente requeridos y la implantación de sus servicios un hecho. La ley porque se rigen en la actualidad se basa en la de 1914. Es de justicia advertir que es también esta nación una de las primeras que ha dotado a sus escuelas de piscinas de natación y en la que más pronto se ha establecido medicación preventiva para los escolares débiles.

Italia. — No tiene una ley que obligue a las grandes ciudades y pequeños municipios a que organicen Inspección médico-escolar; pero son muchas las que la ha organizado espontáneamente. Tales, Roma, Turín, Milán, Trieste, Génova, etc. Han adoptado una modalidad un poco especial, y es la de prestar gran atención a las zonas rurales, mediante la enseñanza y propaganda ambulatoria.

Rusia. — En el antiguo régimen existía organización médico-escolar en San Petersburgo y en Moscou, similar a la de otros países europeos. Actualmente, este servicio constituye una faceta del Comisariado de Enseñanza; se exige a médicos no especializados acudir a reconocer niños y locales durante la época de escolaridad, para que propongan la adopción de las medidas que crean necesarias. Ofrece la gran ventaja de la decisión ejecutiva, sin las desanimantes trabas burocráticas de otros países.

Estados Unidos.—A fines del siglo pasado existían algunas instituciones médico-escolares, como la de Boston (1891); pero ha sido a partir de 1902 cuando puede afirmarse que ha tomado carta de naturaleza en la mayoría del país. En algunos estados, como el de Nueva-York, todavía más tarde (1910). Depende la institución del Ministerio de Instrucción Pública, aunque también interviene en ella la Sanidad. Es obligatoria desde 1913. Característica de las instituciones norteamericanas es su movilidad; por eso abundan las cátedras ambulantes y los llamados equipos móviles (un médico y tres enfermeras). Es digno de mencionarse que lo que ellos llaman dispensario no es otra cosa que nuestro gabinete de distrito, si bien con algún aditamento que les permite atender los pequeños accidentes escolares cotidianos (heridas, contusiones, ligeras infecciones locales, etc.).

América española.—En casi todos los países de la América del centro y sur las instituciones médico-escolares datan de los primeros años de 1900. Argentina, Uruguay, Méjico, Brasil, Chile, etc., han conseguido un desenvolvimiento envidiable en sus instituciones y organizaciones médico-escolares. En muchas de ellas resalta un afán loable en extremo en pro del mejoramiento de la raza.

La Inspección médico-escolar en España; su desarrollo actual y orientación en el porvenir.—La historia de la Inspección médico-escolar en España va unida a la de su legislación. Pero debe advertirse que no se acompaña a ella porque, si la obra legislativa ha sido copiosa, el desarrollo de la función ha permanecido a temporadas en marasmo y otras se ha desenvuelto enteca, pobremente. Sólo en estos, muy recientes, tiempos, ha comenzado a desarrollarse en forma satisfactoria. La razón tal vez haya que buscarla en que para que toda obra fructifique se necesita un periodo, a veces muy largo, de formación de conciencia colectiva que exija la implantación del servicio por necesidad sentida de él; seguramente eso es lo que ha ocurrido con la Inspección médico escolar en nuestro país. Por otra parte, en la actualidad se le concede a la escuela una atención que en los lustros y las décadas precedentes no se le ha dedicado, entendiéndose por escuela la integridad de su función. O lo que es lo mismo: la escuela de hoy tiene que dar al niño cuanto sea preciso para su cabal desenvolvimiento físico y espiritual.

Aparte pequeños ensayos sin trascendencia, puede afirmarse que la Inspección médico-escolar nace en 1904, cuando se ordena por un R. D. que el inspector municipal de sanidad realice una visita mensual a las escuelas públicas y privadas. A partir de entonces se suceden disposiciones que jalonan la evolución del servicio. Una de las más importantes fué la por cuya virtud se estableció en Madrid la inspección médico-escolar por la Junta Municipal de Primera Enseñanza. Sin embargo, es de justicia afirmar que el verdadero creador de tal función en Madrid, y con proyecto de extenderla a toda España, fué el Dr. Tolosa Latour.

En 1912, por un R. D., se nacionalizó el intento, creándose en todos los establecimientos de primera enseñanza dependientes del Ministerio de Instrucción Pública la tantas veces citada Inspección, referida a locales y alumnos. La prestación personal era de mérito e implicaba colaboración con la Liga popular antituberculosa.

En el mismo 1912 tuvo lugar la convocatoria de un Concurso para extender prácticamente el servicio a toda España, pero no se dió solución al mismo, seguramente debido al enorme número de concursantes.

En 1914 se crearon las cátedras de Fisiología e Higiene escolar en la Escuela Superior del Magisterio y en las Escuelas Normales, pero éstas, lo mismo que el Instituto de Higiene escolar, ordenado en 1915, no tuvieron efectividad práctica por carecer de consignación en los presupuestos generales del Estado. Vicio o corruptela legislativa que explica la frondosidad de tal clase aludida antes y que hace sea desproporcionada en extremo la relación entre lo estatuido y lo realizado. Con el desprestigio consiguiente y con la falta de fe en lo que se legisla: tan lógicos, naturalmente.

De 1915, también, data una disposición sobre Auxiliares sanitarias, y ello da una comprobación de lo que acabamos de afirmar. En efecto; véase la época en que se dictaron disposiciones para crear y ordenar el cuerpo de Auxiliares escolares y cótéjese con la que han tenido efectividad; en realidad, el año pasado, que fué cuando tuvieron lugar las oposiciones para proveer tales plazas. Así, pues, la friolera de veinte años para pasar de lo dispuesto a lo realizado.

En 1917 se convocaron unas oposiciones en Madrid y Barcelona, a título de ensayo de nueva organización del servicio médico-escolar y puede afirmarse que a partir de

entonces es cuando ha comenzado a tener vida propia, aunque precaria, nuestra Institución. Por estos años también, y de modo autónomo, empezaron a funcionar en algunas provincias otros servicios médico-escolares (Bilbao, Cartagena, Valladolid, San Sebastián, Valencia, Cáceres, etc.), algunos de los cuales han alcanzado gran desarrollo y otros, en cambio, han casi desaparecido. Casi todos ellos dependen de los Municipios respectivos y algunos están adscritos a los Institutos de Higiene.

En 1930 tuvo lugar la creación, en Madrid, de este Dispensario médico-escolar, y en 1933 se efectuaron las oposiciones que han servido de entrada al plantel de médicos hoy día actuantes y que han dado un impulso vigoroso al Cuerpo.

No debemos dejar de mencionar la Cátedra de la Escuela Nacional de Sanidad sobre Higiene escolar que existió hasta hace poco más de un año y la sección de esta disciplina agregada a Higiene general, en vigor actualmente, ambas desempeñadas por personas pertenecientes a nuestro Cuerpo.

Esta es, resumido, el historial de la organización en España. De él puede deducirse cuál es su estado actual; no obstante, insistiremos un poco.

Para encuadrar el estudio del estado actual de la Inspección médico-escolar en España, vamos a considerarla arbitrariamente dividida en Madrid (y lo que digamos de ésta podrá aplicarse, con ligeras variantes, a Barcelona: no en balde nacieron gemelas), capitales de Provincias y Distritos rurales.

Madrid.—En Madrid, aun constituyendo un solo cuerpo, existe una pequeña división dentro de él; la de los llamados inspectores y la de los especialistas. Semejante dicotomía tiene su razón de ser; es la que da la función. En efecto; unos, los primeros, están encargados del reconocimiento de los escolares a su ingreso en las escuelas, de la selección para colonias, de la indicación para cantinas, educación física, etc., mas cuanto se relaciona con la vigilancia sanitaria y medidas higiénicas a poner en práctica en la población escolar de su demarcación o zona. Para este servicio existen dos médicos por distrito, estando en vías de hecho una modificación de éstos, buscando una mayor equidad en el reparto de niños para cada médico. Así, nos esforzamos por separarnos de la división conocida en distritos municipales y nos orientamos ha-

cia la en distritos escolares, con población de este tipo aproximadamente igual.

Los otros—los especialistas—están exentos, como es natural, del cumplimiento de los deberes citados (y otros anejos, como el examen de los locales, los informes sobre problemas diarios en las escuelas, etc.), y, en cambio, tienen que llenar los peculiares del Dispensario. Son en este sentido si cabe la frase, más médicos que los otros, puesto que su actuación ha de limitarse al campo puramente clínico, de diagnóstico por ahora, y, en un mañana todavía lejano, del terapéutico.

No está de más, a propósito de este punto, llamar la atención brevemente acerca de los médicos, para alejar toda crítica, y de los maestros, para justificar determinada conducta cuando nos remiten alumnos enfermos, que exponamos el concepto que tenemos sobre la actuación del médico de distrito al reconocer los escolares. Es indispensable que ésta—su actuación—sea eminentemente médica, de una gran competencia en Pediatría, pero al mismo tiempo ha de ser poco facultativa, poco médica también, a pesar de la paradoja que tal afirmación supone. En efecto; ha de ser eminentemente médica, desde un punto de vista de total dominio de la medicina infantil, con objeto de poder apreciar las características del estado de normalidad, las deficiencias constitucionales, los trastornos de crecimiento, las detenciones de desarrollo, las enfermedades en su comienzo, las secuelas de las mismas; en una palabra, leer bien claro en el libro abierto de la fisio-patología infantil. Pero al mismo tiempo—y aquí de la aparente paradoja—ha de proceder rápidamente, *superficialmente*, sin pararse o detenerse a estudiar al niño desde un punto de vista *de clínica o de hospital infantil*, pudiéramos decir, pues no es ese su cometido. Ha de saberse dominar y no dejarse llevar por el afán investigador y de minuciosidad clínica que nos acucia a los médicos. Ha de pararse en la recogida de datos suficiente para formar un *diagnóstico escolar*, entendiéndolo por tal, la serie de datos necesarios para poder decidir si ha de ingresar inmediatamente en la escuela, ha de ser sometido a un segundo reconocimiento por parte del especialista (para solventarnos las dudas que de su examen dedujéramos) o ha de ser impedido su ingreso por ofrecer alguna desviación de la normalidad que no le haga apto para su vida escolar. Es decir, que hemos de procurar recoger

el mayor número de datos con el menor dispendio de reconocimiento y tiempo posible, siendo meta y objetivo final nuestro el dar por útil a aquel niño a quien su entrada en la escuela no le sea perjudicial—desde el punto de vista sanitario—ni él pueda llevar algún peligro a la comunidad de niños que en ella reciben instrucción.

Así resulta que, en la práctica, no es mala la rapidez y aparente superficialidad, con tal de que llene el requisito de no dejar pasar afección o perturbación de probable daño recíproco—escuela-alumno, alumno-escuela—.

Con las dos clases mencionadas de médicos, se provee a las necesidades de las zonas o departamentos en que, según hemos dicho, quedan divididos los distritos municipales de Madrid, y se desempeñan las diferentes especialidades que existen en este Dispensario.

En Barcelona existe alguna variante, porque no tiene Dispensario médico-escolar y porque han dado algún matiz especial a su actuación pública (por ejemplo, dedican una actividad particular a examen de locales, a lucha antituberculosa, etc.). Por otra parte, con la autonomía del estatuto se han de separar de las normas que hasta ahora eran muy similares aquí y allí.

En las capitales de ciertas provincias (Santander, San Sebastián, Bilbao, Valencia, Valladolid, Cáceres, etc.) ya hemos dicho que funcionan servicios médico-escolares, casi todos dependientes de Municipios o de Institutos de Higiene.

En general, sus métodos se apartan poco de los que hemos indicado en Madrid, si bien con bastante limitación comparativa, cosa lógica dado lo distinto de personal y medios entre unos y otros servicios.

Finalmente, en la mayor parte de las restantes capitales de Provincia y en algunas ciudades importantes y pueblos, allí donde existen Centros secundarios de Higiene o Dispensarios de Higiene Infantil, dependientes de la Sanidad, se realiza una parte del Servicio médico-escolar.

Y éste es, en síntesis, el estado actual de la Inspección médico-escolar en España. ¿Cuál debe ser su orientación en el porvenir?

La que resuelva el problema de su organización. Este puede considerarse desde dos puntos de vista: uno, especulativo, amplio; otro, más modesto, de simple puesta en marcha. Corresponde el primero al de-

nominado gran programa y el segundo al programa mínimo de la Inspección médico-escolar. Dejado de lado el primero por varias razones, vamos sólo—para terminar esta charla—a dar unas notas sobre el segundo, resumiendo con ello nuestra orientación en el porvenir.

No puede negarse que actualmente existe un verdadero caos en lo hasta el momento existente. Inspección del Estado, Inspecciones de los organismos municipal y provincial, inspecciones en los Institutos de Higiene, brotes autónomos, etc.; una serie de sub-organizaciones sin objetivo final común, sin nexo que los una. ¿Qué remedio—urgente y rápido—a tal estado de cosas? Pues, esquemáticamente el siguiente: organismo superior ordenador; organismos regionales con sede en capitales de distrito universitario; organismos provinciales; elementos primarios representados por los inspectores municipales de Sanidad, con elementos complementarios y agregados (Dispensarios de Higiene infantil, Dispensarios antituberculosos, profesores de educación física, etcétera). Mas todos ellos según normas emanadas del organismo superior ordenador, que procure—mediante una reglamentación general—un conjunto armónico y eficaz.

Y ya encuadrado el problema así, el resto se deduce simplemente de la implantación y extensión, con sus relatividades, del modelo que siempre hemos propugnado para las grandes capitales, como Madrid, y al que nos vamos acercando poco a poco. *Médico de distrito*, con su función circunscrita a la población escolar de su sector; *médico especialista*, con sede en el Dispensario, adonde aquel enviará los niños que le ofrezcan alguna duda diagnóstica, antes de dar su visto bueno para que ingrese en la escuela; y *médico de clínica escolar*... cuando ésta se instaure. Pues en el resto de capitales de Provincia o núcleos de población con características análogas, se copiará el modelo que hemos esquematizado, con las disminuciones correspondientes a su población escolar. Y en las pequeñas aglomeraciones urbanas, el Inspector municipal de Sanidad o el Puericultor del Dispensario de Higiene infantil o cualquier otro facultativo de centros semejantes, llenará la función en *tono menor*, naturalmente, pero con igual directriz que en los casos anteriores.

Así, pues, la orientación en el porvenir se reduce sencillamente a extender el servicio médico-escolar tal y como funciona

actualmente en Madrid—susceptible de perfeccionarse, claro está—al resto de las provincias y pueblos españoles, contando con la cooperación de los maestros y cuantas

instituciones procuran el mejoramiento sanitario-pedagógico-social de los niños.

CARLOS SÁINZ DE LOS TERREROS.

Cómo funciona un Gabinete de Distrito en la capital de la República

Aunque el contingente de escolares hace necesario un aumento considerable del número de médicos y enfermeras sanitarias para atender, en forma adecuada, los servicios de una función que es un punto básico de la higiene social, la situación del momento ha obligado a organizar el trabajo en diez Distritos, que casi coinciden con los que la urbanización tiene establecidos, con un promedio de seis mil escolares por cada uno. Suponer que con un médico, jefe de Zona, otro auxiliar, y dos sanitarias, se puede hacer eficazmente el reconocimiento individual de esos seis mil escolares, con las labores complementarias que llevan anejas, es teorizar lindamente y no conocer la realidad.

Por fortuna, la Inspección Médico-Escolar del Estado ha entrado ya en su vida normal. Los poderes públicos se van dando cuenta de la eficiencia de sus funciones, y es de esperar que en la medida que los presupuestos de la Nación lo permitan, se aumente el número de médicos escolares en Madrid y se extienda al resto de España la organización y sus beneficios.

Mientras tanto llega este «desiderata», hemos de ajustarnos a los escasos medios de hoy, y, con ellos, hacer frente al pavoroso problema de un Distrito en Madrid.

La reglamentación del trabajo exige una división rigurosa del mismo que permita abarcar sus aspectos principales.

Se impone, en primer término, la *visita periódica a todas las escuelas del Distrito*, con el fin de inspeccionar el estado higiénico del local: emplazamiento, capacidad proporcional, alumbrado, ventilación, limpieza, calefacción, retretes, lavabos, duchas, etcétera; así como las cantinas, en las que hubiere, para comprobar las raciones alimenticias.

Simultáneamente, se va haciendo la *visita colectiva a los alumnos*, en sus diferentes clases, y dentro de la propia escuela. Esta ojeada general presenta la ventaja de

la rapidez en seleccionar aquellos escolares que a primera vista del médico, o por indicación del maestro, presenten sospechas de un proceso de tipo infeccioso, o un trastorno que requiera inmediata atención.

Generalmente, de esta visita, quedan separados, además de los supuestos contagiosos, los de afecciones visuales y auditivas, los adenoideos, los que presentan lesiones de piel, los retrasados e inestables, y los que padecen alteraciones muy visibles del esqueleto. La enfermera va denunciando los casos de pediculosis y se toma nota de aquellos cuya limpieza corporal es incompatible con la convivencia, para hacérselo saber a sus padres.

Con este grupo se inicia el *reconocimiento individual* en el Gabinete de Distrito. Estos se encuentran casi siempre enclavados en una escuela que presente buenas condiciones de local, y que, al mismo tiempo, sea de fácil acceso para todos.

La consulta es diaria y debe durar por lo menos dos horas, con un promedio de 20 alumnos.

En la primera visita se hacen acompañar los escolares con sus familiares para extender la *ficha social*, en donde constan las características de la vivienda y los antecedentes sociales y patológicos de la familia. También de los padres se obtienen los datos personales del alumno que interesen a su carpeta sanitaria.

La enfermera examina el peso, la talla, algunos datos antropométricos elementales y la agudeza visual y auditiva. El escolar pasa entonces al reconocimiento del médico. Y es aquí donde hay que saber ser más higienista que clínico. El secreto de una inspección médico-escolar bien hecha está en eso: en no dejarse influir demasiado por un «caso brillante»; sino ver, en el conjunto, todo el beneficio que desde el punto de vista médico-pedagógico-social podemos reportar.

Hay que hacer un repaso general, rápido,

al escolar desnudo, tomando nota en su ficha correspondiente de las anomalías que se observen, y marcar con tinta roja aquellas que requieran el envío al especialista del Dispensario; bien para su aclaración (Rayos X, Pulmón y Corazón, Laboratorio, Piel, Neurosis, etc.) y, por tanto, la conducta a seguir con ello, o para su tratamiento o corrección adecuada (Odontólogo, Oculista, Transtornos del crecimiento, Otorrino, etc.).

Los alumnos que se consideran peligrosos para la vida escolar, son eliminados de un modo definitivo, recomendándoles a los servicios sanitarios del Estado que necesiten; los que requieran la atención de Escuelas Especiales, Reformatorios, Escuelas Bosque, Escuelas de Anormales, etc., son enviados con un volante justificativo; y aquellos otros que pueden ser corregidos dentro de la comunidad escolar, pasan a su escuela con una *hoja médico-pedagógica* para el maestro.

En cuanto se termina este primer reconocimiento, que pudiéramos llamar «*de urgencia*», se regulariza el trabajo del Gabinete de Distrito.

Diariamente, por un turno riguroso, y proporcional al número de alumnos, cada escuela envía un contingente para ser reconocidos, con los cuales se sigue la misma técnica anteriormente apuntada, hasta lograr, en todo el curso, el mayor volumen posible de las fichas médico-escolares del Distrito.

Aparte de esta *faena normal* de todo el año, el inspector médico-escolar tiene a su cargo otras *extraordinarias* y no menos interesantes. A principios de curso, como es natural, aumenta en avalancha el contingente de alumnos nuevos, que necesariamente tienen que ser vistos antes de su entrada en la escuela; ya que, sin el volante firmado por el médico, no debe ser consentido su ingreso. Por regla general, en el reconocimiento de esta *avalancha*, se sigue el mismo sistema que en las visitas colectivas antes mencionadas, con la única diferencia de que aquí se les hace a todos la prueba de tuberculina, siendo separados los que resulten positivos y aquellos otros que merezcan sospecha por otras razones. A los demás se les firma el ingreso, condicionado al examen médico posterior.

Un serio problema, que requiere ser tocado con la extensión y el comentario que me-

rece, es el de la selección de los candidatos a *Colonias Escolares*. Por hoy, limitémonos a decir que en todas las fichas existe una sección en la que se indica, en el acto del reconocimiento, la clase de colonia con que debe ser beneficiado el alumno, y la mayor o menor necesidad de la misma. Se comprende fácilmente que llegada la época del año en que somos requeridos para llenar el cupo que nos ofrecen, este debía hacerse de un modo rápido y automático. Por desgracia no es todavía así; la falta de personal y el defectuoso acoplamiento de muchos factores, produce esas «colas de reconocimiento para colonias» que ya son populares en todos los barrios.

Como labor complementaria, de un alto sentido médico-social, tenemos que señalar el descubrimiento inicial de cualquier foco epidémico en la escuela. Todo maestro tiene el deber de enviar inmediatamente al médico de su Distrito aquel alumno que por motivos de enfermedad ha faltado más de cinco días a clase. No es tarea fácil conseguir la declaración espontánea de haber padecido un sarampión, una escarlatina, una varicela o una difteria; a veces, la encuesta hay que hacerla extensiva a la familia en una visita domiciliaria. El aislamiento y la vacunación profiláctica son funciones esenciales de estos casos.

Y por fin, como término de su trabajo, el médico de Distrito tiene también bajo su cargo la propaganda higiénica en la escuela. Divulgación de conocimientos sanitarios, no solo entre los maestros y los alumnos, sino también entre los familiares de estos. Muchos Grupos Escolares tienen organizadas «Asociaciones» de padres, que se reúnen periódicamente en pequeñas fiestas culturales. A ellas, muchas veces, concurre el médico-escolar, y les lleva, en forma asequible, los rudimentos de una higiene de que tan necesitada se encuentra la clase proletaria.

Es necesario haber pasado un año bajo el peso de estas serias perspectivas para darse cuenta de la responsabilidad que contraemos con la generación de hoy y la del futuro, los que somos rectores de sus destinos sanitarios. Pero hasta que el hondo y noble sentido de esta responsabilidad no alcance a más altos sectores, el encauce científico de la higiene social española ha de quedar forzosamente diferido.

DR. M. TORRES OLIVEROS.

El Dispensario Médico Escolar

Uno de los más importantes factores de la Inspección médico-escolar es el Dispensario donde un plantel de especialistas aquilata las modalidades de los diferentes procesos patológicos que han sido vistos y orientados por los Inspectores médicos de Distrito. Estos procesos morbosos se pueden dividir principalmente en dos grupos: unos de índole principalmente sensorial y son los que se refieren a trastornos en los órganos de la *vista y oído*, y otros de trascendencia principalmente vegetativa, y son los procesos cutáneos, pulmonares, psíquicos, de desarrollo, bucodentales, etc. Cada una de estas modalidades patológicas tiene sus especialistas que informan al Inspector de Distrito de la importancia y trascendencia del proceso y de la conducta a seguir. En el Dispensario también existen los servicios auxiliares de Rayos X y Laboratorio que, regidos por sus Jefes respectivos, son comunes a todos los profesores del Cuerpo.

El establecimiento del Dispensario ocupa un pabellón independiente en la calle de Olózaga, núm. 1, sitio céntrico y estratégico en vías de comunicación (tranvías, autobuses, metro, etc.), que le hacen sumamente cómodo de arribo para todos los escolares de la urbe. En él existen también los servicios de la Secretaría general del Cuerpo y esta circunstancia le hace ser el punto de reunión diaria de los Profesores de la Inspección médico-escolar, que con entusiasmo

inagotable por la prosperidad de la Institución y alto espíritu de camaradería trabajan en la labor diaria y planean y proyectan nuevos avances en el sagrado cometido de velar por la sanidad de los escolares españoles.

DR. J. GARCÍA VICENTE.
Director del Dispensario.

Para conocimiento de los señores maestros, insertamos a continuación el cuadro de especialidades, con el horario que rige en la actualidad.

CUADRO DE ESPECIALIDADES

Dispensario médico-escolar.—Olózaga, 1
Dermatología. Diaria. 9 mañana.
Odontología. Diaria. 11 mañana.
Oto-rino-laringología. Diaria. 11 mañana.
Trastornos de crecimiento. M. J. y S. 9 mañana.
Oftalmología. L. M. y V. 11 mañana.
Idem. M. J. y S. 9 mañana.
Corazón y Pulmón. M. J. y S. 9 mañana (Distritos Hospicio, Inclusa, Congreso, Hospital y Palacio.)
L. y V. 9 mañana. (Distritos Centro, Buena Vista, Universidad, Chamberí y Latina.)
Psicotecnia. L. M. y V. 9 mañana. (En el Instituto Psicotécnico. Alberto Aguilera, núm. 25.)
Rayos X. Diaria. 9 mañana.
Análisis clínicos. Diaria. 10 mañana.

DIGI-VAL

LABORATORIO

AURELIO GÁMIR

VALENCIA

Crecimiento físico en la edad escolar

El organismo del niño escolar como todo organismo que se halla en vías de crecimiento, sufre un aumento de desarrollo de los tejidos debido principalmente a que la asimilación es superior a la desasimilación, es decir, que aquél se realiza merced al desequilibrio normal del metabolismo en la edad infantil. Y este desarrollo que se produce en todos los órganos es lo que se denomina *crecimiento*, el cual según la definición de Godin es: «La transformación que sufre el cuerpo de un niño en su conjunto y en cada una de sus partes para llegar a adulto».

El crecimiento del niño se caracteriza por su gran irregularidad exteriorizada principalmente en talla y peso. Pues así como durante los nueve meses de vida intrauterina alcanza el feto una talla de cincuenta centímetros, son necesarios cinco años para duplicar esa cifra y diez años más para triplicarla; sucediendo de un modo pare-

cido en cuanto al peso. A tal efecto citaremos la ley Quetelet que dice: «El peso de un niño hacia su nacimiento crece como el cubo de su altura. Después del primer año este crecimiento disminuye; hacia los cinco años ya no tiene más valor que la segunda y tercera potencia de su altura, pero se adelanta y pasa por un máximo hacia los seis años».

Durante la edad escolar el crecimiento del niño se hace por saltos, es decir, por crisis, alternando con pausas, lo que ha hecho que Claparede las compare con el salto de la fiera que antes de darlo se agazapa y recoge como reuniendo fuerzas y energías para conseguir un rendimiento máximo.

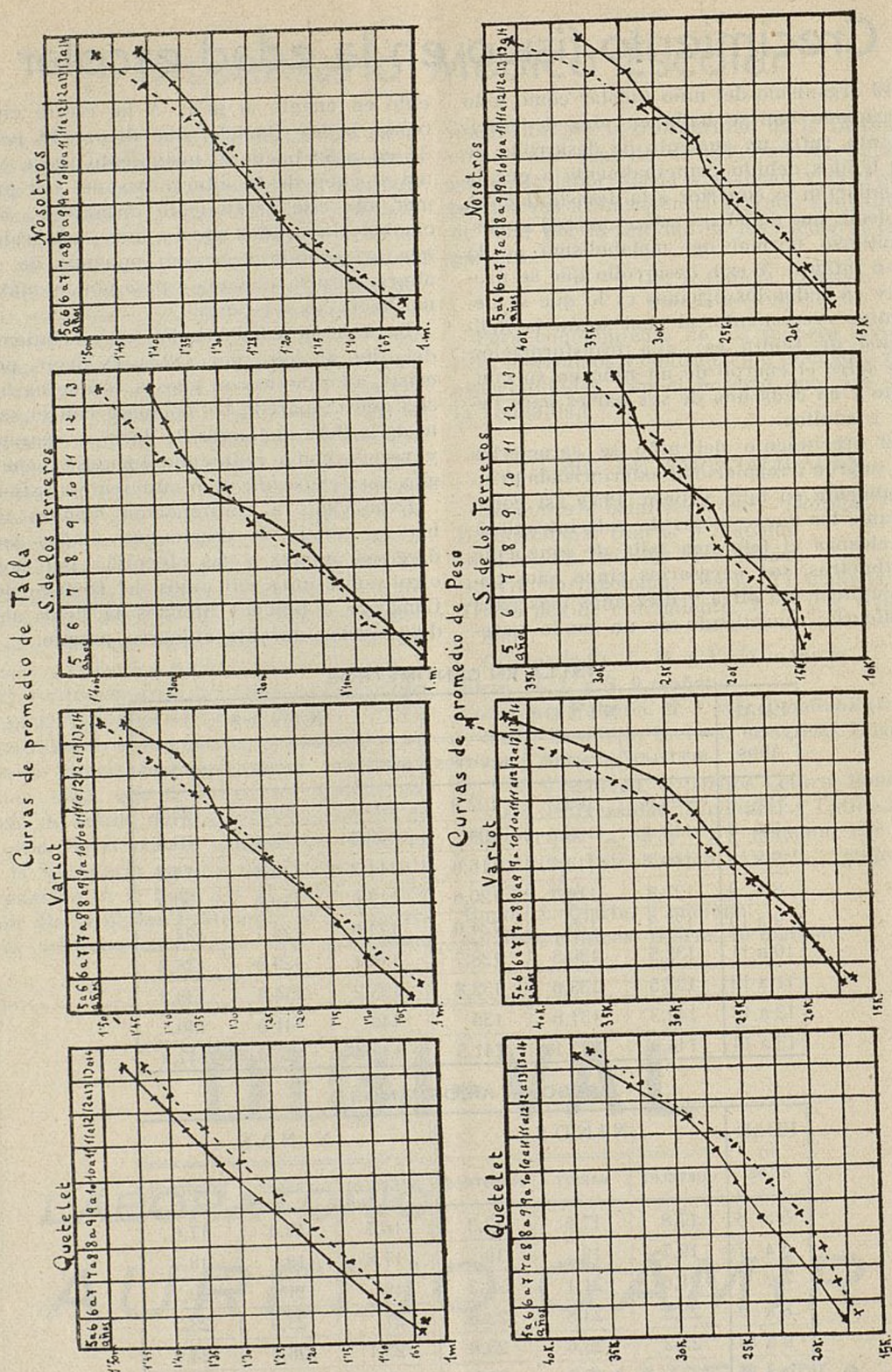
Exponemos a continuación algunas tablas y curvas de crecimiento dadas por diversos autores y las obtenidas por nosotros sobre unos mil niños del Distrito del Congreso a quienes hicimos la ficha médico-escolar durante el curso pasado.

TALLA EN CENTIMETROS

EDAD en años	NIÑOS			NIÑAS		
	QUETELET	VARIOT	NOSOTROS	QUETELET	VARIOT	NOSOTROS
5 a 6	104,6	103,3	102,8	103,1	101,9	102,5
6 a 7	110,4	109,9	109	108,7	108,9	108,3
7 a 8	116,2	114,4	116,6	114,2	113,8	114,3
8 a 9	121,8	119,7	120,6	119,6	119,5	120,6
9 a 10	127,3	125	124,6	124,9	124,7	124
10 a 11	132,5	130,3	128,7	130,1	129,5	128,3
11 a 12	137,5	133,6	132,8	135,2	134,4	133,2
12 a 13	142,3	137,6	136	140	141,5	140,1
13 a 14	146,9	145,1	141,5	144,6	148,6	147,2

PESO EN KILOGRAMOS

EDAD en años	NIÑOS			NIÑAS		
	QUETELET	VARIOT	NOSOTROS	QUETELET	VARIOT	NOSOTROS
5 a 6	17,8	17,5	17,3	16,7	17,4	17,6
6 a 7	19,7	19	19	17,8	19	18,7
7 a 8	21,6	21,1	22,2	19	21,2	20,7
8 a 9	23,5	23,8	23,8	21	23,9	23,3
9 a 10	25,2	25,6	25,8	23,1	26,6	24,9
10 a 11	27	27,7	26,9	25,5	29	26,9
11 a 12	29	30,1	30,4	29	33,8	30,5
12 a 13	33,1	35,7	32,2	32,5	38,3	33,8
13 a 14	37,1	41,9	35,6	36,3	43,2	40,8



En las citadas gráficas no veremos las crisis y pausas a que antes nos hemos referido, porque éstas donde se observan cla-

ramente es en las curvas individuales y no en las de promedio en las que se hallan borradas las características del crecimiento.

to individual en virtud de que las pausas y crisis se producen en cada sujeto en tiempos diferentes.

En las curvas de talla obtenidas por Quetelet en Bélgica, se aprecia que tanto en niños como en niñas, la gráfica es casi una línea recta que muestra la perfecta regularidad del desarrollo estatural en los niños belgas, y marchando sensiblemente paralelas la de niños y niñas, sin que éstas sobrepasen ni alcancen siquiera a aquéllos en ninguna etapa de dicho desarrollo.

Por las de Variot, resultado de observaciones recogidas en niños de las escuelas de París, vemos que niñas y niños se hallan separados al comienzo de la edad escolar por una pequeña diferencia en talla a favor de éstos; siguen ambos con regularidad (salvo un ligerísimo descenso en los siete a ocho años), hasta los once años, en que descienden los niños siendo alcanzados y sobrepasados por las niñas las que, a causa de la iniciación del período puberal en este momento, siguen su avance ascendente sin remisión alguna; mientras que los niños se rezagan como haciendo acopio de energías para el supremo esfuerzo de la pubertad.

De forma muy parecida a la de los niños franceses se comporta el crecimiento en talla de los niños de las escuelas nacionales de Madrid, según gráficas de Sáinz de los Terreros y las obtenidas por nosotros. En éstas, al igual que en las de Variot, niños y niñas caminan a la par hasta los once años, momento en el que los varones frenan su marcha dejando el paso al sexo opuesto, hecho que tiene lugar en virtud de verificarse la pubertad dos años antes en el sexo femenino.

Por lo que respecta al peso, podemos

observar también que el crecimiento ponderal en los niños belgas es asimismo distinto del de franceses y españoles.

Se puede ver en las gráficas de peso de Quetelet que en los niños aumenta su peso con regularidad hasta los once a doce años, en cuyo momento se acelera dicho aumento. En las niñas, hay un descenso a los siete años y lentamente van ascendiendo hasta alcanzar en los once a doce años a los niños, y continuar a pequeña distancia y paralelamente a ellos, pero sin adelantarlos nunca.

Por los de Variot vemos que niños y niñas parten juntos, con regularidad y a los nueve años las niñas se adelantan para conservar ya la ventaja durante el resto de edad escolar.

En los niños madrileños, niños y niñas comienzan muy próximos a así continúan, sufriendo ambos un descenso a los nueve años, después de lo cual los niños adelantan definitivamente. En la curva de S. de los Terreros hay un notable descenso en los cinco-seis años y durante los siete-nueve, las niñas superan ligeramente a los niños.

De lo expuesto se deduce fácilmente que los niños de cada país tienen curvas típicas de desarrollo físico, perfiladas por el *elemento racial* y que cuando este es afín como entre niños franceses y españoles, las diferencias son escasas; mientras que cuando aquél se distancia más, mayores son las diferencias en la marcha del desarrollo, como sucede entre niños belgas y españoles. A este propósito citaremos también el paralelismo del desarrollo entre niños españoles e italianos (según curvas de Ragazzi) y la mayor diferencia entre ambos y los alemanes (curvas de Daffner).

EDAD en años	TALLA				PESO			
	NIÑOS		NIÑAS		NIÑOS		NIÑAS	
	Máxima Cms.	Mínima Cms.	Máxima Cms.	Mínima Cms.	Máxima Kgs.	Mínima Kgs.	Máxima Kgs.	Mínima Kgs.
5 a 6	118	90	112	93	22	14	22	13
6 a 7	122	98	130	87	25	15	28,4	14,5
7 a 8	132	104	130	96	30	15,7	30	14
8 a 9	131	109	139	108	29	18	32	17,5
9 a 10	142	114	143	110	40	18,2	34	20
10 a 11	144	120	142	117	35	22	41	21
11 a 12	152	124	147	117	45	22	41	22
12 a 13	145	126	159	129	41	26,5	45	26
13 a 14	164	129	155	136	47,2	27,2	60	33

Las cifras máximas y mínimas de talla y peso en cada edad obtenidas en nuestras observaciones, son las expuestas en el siguiente cuadro:

Tuvimos la curiosidad de investigar las condiciones que concurrían en estos niños que daban las cifras máximas y mínimas. Y entre los que dieron las máximas de talla y peso encontramos:

Cuatro niños extranjeros. Dando una niña de doce años, hija de alemán, la excesiva talla de 159 centímetros y otra niña austriaca de trece años, una talla de 155 centímetros y 60 kgr. de peso.

Cuatro casos de hipertiroidismo.

Dos niños afectos de cardiopatía (lesión valvular) compensada.

Otro con pseudohipertrofia cardíaca de crecimiento.

Y otro, con una adenopatía traqueobronquial.

Entre los que tenían las mínimas en talla y peso predominaban los mixedematosos (mixedema frustrado) y raquíticos, siguiendo los adenoideos. Un caso que había padecido enfermedad de Heine-Medin y otro de diabetes insípida con peso mínimo, gran desnutrición y 132 centímetros de talla a la edad de nueve años (trastorno hipofisario).

Vemos, pues, que entre los principales factores que regulan el crecimiento físico, tenemos:

La herencia, especialmente la étnica, a la que Broca con demasiado exclusivismo consideró como el único factor de crecimiento. Sin embargo, no deja de tener importancia en este aspecto la herencia patológica, principalmente en la sífilis, tuberculosis y alcoholismo.

Los trastornos endocrinos por ser el sistema incretor el gran regulador del crecimiento.

Las vegetaciones adenoideas que son causa a veces de retraso de desarrollo, si bien no con tanta frecuencia como afirman algunos autores, pues corrientemente tenemos ocasión de observar niños adenoideos con talla superior a la media de su edad.

Las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, sífilis, parálisis infantil, sarampión, tifoidea, etc., unas veces directa y otras indirectamente actuando sobre las glándulas de secreción interna, pues sabida es la facilidad con que la tuberculosis afecta a las suprarrenales y al tiroides, la sífilis a la hipófisis y a los testículos, la toxina diftérica, al tejido suprarrenal, etc., etc.

Y al lado de los factores enumerados y que podemos denominar endógenos, tenemos las causas exógenas derivadas del medio social en que vive el niño, tales como situación económica y sus consecuencias directas: alimentación, características de la vivienda, inversión de horas extraescolares, etc., etc.

Así hemos visto que entre los niños de altas cifras de peso y talla la mayoría disfrutan de viviendas con buenas condiciones y las profesiones de sus padres (maquinistas, abogado, comisionista, etc.), por lo general bien retribuidas. En cambio en los niños de cifras mínimas, hallamos con frecuencia la vivienda reducida e insalubre y el paro forzoso como causantes principales de su retraso físico.

A. RODRÍGUEZ VICENTE.
Del Cuerpo Médico-escolar.

Madrid, marzo de 1935.

CEREGUMIL Fernández

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO A BASE DE CEREALES Y LEGUMINOSAS.—ESPECIAL PARA NIÑOS, ANCIANOS, ENFERMOS DEL ESTOMAGO Y CONVALECIENTES

Insustituible como alimento en los casos de intolerancia gástrica y afecciones intestinales.

Fernández y Canivell

MALAGA

Patología cutánea del escolar ⁽¹⁾

Enfermedades de la piel y cuero cabelludo.—Factores de contagiosidad en las más comunes.—Sarna, liñas, pediculosis, etc.—Los cuidados higiénicos de la piel.

El capítulo de las enfermedades de la piel en el escolar entraña una doble importancia: por la enfermedad en sí y por su aspecto estético. Quizá por este último motivo el escolar dermatópata sea momentáneamente más desgraciado por la repulsión instintiva que provoca entre sus compañeros sanos de la piel, aunque sean portadores de afecciones internas mucho más graves. Un niño tuberculoso febril, con lesiones pulmonares abiertas puede no suscitar en su derredor la menor sospecha y alternar inocentemente con sus compañeros, siendo vector del temible bacilo; en cambio, si ese mismo niño presenta en su cara las repugnantes costras de un insignificante impétigo, inmediatamente provocará la repulsión en su proximidad.

He aquí, pues, que aún las enfermedades dérmicas más inofensivas deban ser especialmente atendidas y sean objeto de separación del escolar hasta que recobre su normalidad estética, aunque la afección de que sea portador no ofrezca peligro alguno para los demás escolares.

Desde este punto de vista nos parece acertado el mayor rigor de maestros y médicos, pero es necesario de todas maneras que puntalicemos qué influencia pueden tener de un lado la convivencia escolar y de otro las condiciones higiénicas de los locales destinados a escuelas en la transmisión de las dermatosis contagiosas, porque nosotros abrigamos la firme convicción de que la escuela ha sido injustamente difamada por ignorancia de los factores y condiciones de contagiosidad de las enfermedades que nos ocupan. Así como las peluquerías han sido y siguen siendo siempre culpadas de intermediarias en la transmisión de afecciones como la pelada, enfermedad, como luego repetiremos jamás contagiosa, a la escuela se achacan contagios que se han producido en otros lugares. Veamos las razones en que nos apoyamos estudiando someramente los modos de transmisión de estas afecciones.

En dos grandes grupos podemos clasificarlas: *enfermedades infectivas* y *enfermedades parasitarias*.

La amplitud extraordinaria del tema nos obliga a circunscribirnos a las más comunes de que deben tener conocimiento nuestros imprescindibles colaboradores, los señores maestros.

En las primeras ocupan lugar preferente la *sífilis* y la *tuberculosis*, pues la lepra es afección mucho más rara, que excepcionalmente se verá en la escuela.

Respecto a la primera, cuando es hereditaria, no ofrece peligros de contagio en la edad escolar. Adquirida es afortunadamente muy rara, pues el medio más frecuente de transmisión en el adulto, el acercamiento sexual, no se produce en el niño escolar, salvo los excepcionales casos de atropellos criminales. En esta enfermedad es siempre más temible el maestro que sus alumnos y aquél está obligado en conciencia a eliminarse del contacto con sus discípulos hasta que desaparezcan sus lesiones contagiosas.

Tanto en el maestro como en el alumno que excepcionalmente haya contraído sífilis, son generalmente peligrosas las lesiones bucales, por la facilidad con que mediante lapiceros o las hojas de los libros manchados por la perniciosa costumbre de colocarse los primeros entre los labios y pasar las segundas con los dedos mojados en saliva, se puede transmitir el virus de maestro a discípulos o de éstos entre sí.

Ante estos hechos varias normas se imponen al maestro: someterse y someter los escolares al reconocimiento de los inspectores médicos en cuanto presenten lesiones en labios, lengua o encías y recomendar diariamente, con machaconería, que no se adquieran aquellas antihigiénicas costumbres a que hemos hecho referencia. Desde luego debe impedirse el intercambio de los materiales de trabajo (libros, lapiceros, plumas, gomas, compases, etc.), que tantas veces han sido vectores del contagio, como los instrumentos de viento entre los músicos, los tubos para soplar el vidrio en los obreros

(1) Conferencia perteneciente al cursillo para maestros, organizado por la I. M. E.

de esta industria, etc. Con relación a esta enfermedad y sus modos de contagio, surge la conveniencia de que el maestro conozca los principios de la lucha antivenérea y de la educación sexual, temas que no debemos abordar en esta conferencia, porque excede del enunciado de la misma.

En fin de cuentas la profilaxis de esta enfermedad no rebasa los principios de la higiene general y particular de la piel y, por tanto, el maestro hará bien en inculcarlas en sus alumnos.

Pero si, como antes decíamos, unos u otros contraen cualquier lesión, sospechosa o no, pero que aparezca en la superficie cutánea, deberán someterse al reconocimiento del inspector escolar y del especialista del Dispensario y sujetarse al tratamiento y a las normas de preservación que éste marque, para evitar la difusión del contagio y los estragos presentes y futuros de la enfermedad en su portador.

De todas formas interesa dejar sentado que no es la escuela la principal responsable de la transmisión sifilítica; como hemos de repetir en otras ocasiones, el hogar de la clase baja española es muchas veces el causante, con sus condiciones antihigiénicas y el hacinamiento de sus moradores.

La *tuberculosis cutánea infantil*, metástasis bacilar de focos internos casi siempre, aunque otras muchas puede ser primitiva por inoculación de contacto, generalmente con bacilo de la tuberculosis bovina, puede presentarse en la infancia escolar bajo muy diversas formas. En realidad, siendo muy raro el contagio por contacto, sólo interesa la tuberculosis cutánea en tanto en cuanto es reveladora de focos internos, en fin de cuentas de la afección general que debe ser sometida a estrecha vigilancia del médico escolar.

Tiene, además, una gran importancia desde el punto de vista estético, por cuanto el lupus tuberculoso, en su periodo activo, se compone de placas, más o menos extensas, que pueden abarcar, a veces, media cara, entonces cubierta de nodulaciones, ulceradas o no, y siempre repulsivas y que aún cuando pueden curar, siempre lo hacen dejando cicatrices, que deforman la zona cutánea donde asientan. Por ambas razones las lesiones tuberculosas de la piel requieren la mayor atención de maestros y médicos y deben ser sometidos al cuidado de éste antes de que su avance y progresión produzca los estragos a que acabamos de referirnos.

En realidad, la buena vigilancia médica de los niños luposos sólo puede hacerse en la *clínica u hospital escolar* que todos debemos reclamar, pues el tratamiento de estas lesiones tuberculosas y el destierro de la escuela a que sus portadores deben ser sometidos, es muy prolongado. Dentro del hospital escolar pueden y deben existir escuelas que recojan a los niños afectados de una misma enfermedad, evitando de esta manera el atraso enorme que para su desarrollo intelectual supondría privar al niño enfermo durante tan largo tiempo de los beneficios educativos de la escuela.

Pero hay otras enfermedades infectivas que careciendo de la gravedad que las anteriores, son, sin embargo, más interesantes en la higiene escolar, porque constituyen, como si dijéramos, el pan nuestro de cada día.

Nos referimos a las afecciones producidas por los microbios de la supuración o piógenos. Estos gérmenes son abundantes y frequentísimos en la superficie cutánea de todas las personas sanas; la contracción de cualquiera de estas enfermedades sólo depende, pues, de un factor determinante, que aumente la virulencia del agente causal, o que disminuya las defensas naturales del sujeto. No podemos entrar en estos detalles científicos, pero sí importa consignar que en la transmisión de las enfermedades piocócicas juega muchas veces, como único factor determinante, la falta de aseo personal, la ausencia de cuidados higiénicos generales y sobre todo de la piel.

Las principales enfermedades de esta naturaleza son el *forúnculo*, lesión dolorosa, conocida de todo el mundo y que, aunque generalmente leve, puede ser mortal cuando asienta en el labio superior, por sus relaciones con la circulación cerebral, y el *impétigo contagioso*, enfermedad leve, pero como su nombre indica, altamente contagiosa.

El *forúnculo*, lesión consistente en un pequeño tumorcito, enrojecido y fuertemente doloroso, con una zona central necrótica, llamada clavo, puede asentar hasta en personas muy aseadas; pues muchas veces es el terreno propicio que el enfermo posee el principal culpable de esas recidivas desesperantes que algunos enfermos presentan. En higiene escolar el niño forunculooso (muchas veces escrofuloso) significa un peligro para sus compañeros, por los rozamientos

con estos y por la facilidad con que las manos del paciente, tantas veces portadoras en las uñas, del virus transmisible, extenderán el contagio. Debe ser, pues, eliminado de la escuela hasta su completa curación y a su reingreso debe recibir recomendaciones respecto a la práctica de rigurosas medidas higiénicas, entre ellas fricciones con alcohol alcanforado de las zonas ya curadas y de sus proximidades.

El *impétigo contagioso*, constituido por esas costras amarillentas que aparecen tan frecuentemente en las zonas descubiertas de la piel, sobre todo en la cara y a veces, hasta en todo el cuerpo, adoptando, a veces, dibujos festoneados más o menos caprichosos, pero que no quitan nada a la repugnancia que inspira, es lesión leve, pero como su propio nombre indica, sumamente contagioso. El niño se lo extiende fácilmente, desde la lesión inicial, con sus rascamientos y puede transmitirse a otros por los roces o por el uso de bufandas o de cualesquiera otras prendas de uso personal.

El impétigo contagioso está incluido entre las dermatosis inestéticas; por ambas condiciones, por su contagiosidad y por el aspecto repulsivo que el enfermo presenta, debe ser eliminado de la escuela hasta su curación. Afortunadamente esta es rapidísima si la cura de las lesiones se hace cuidadosamente.

Por último, la *erisipela*, afección producida por el estreptococo, aunque no es de frecuente aparición en el medio escolar, por su gran contagiosidad y sobre todo, porque puede ser grave, debe merecer la atención del maestro. Todo el mundo la conoce; está constituida por placas rojizas, encendidas de color y de temperatura, de bordes perfectamente limitados, que puede asentar frecuentemente en cualquier zona de la cabeza, aunque también puede presentarse en cualquier otra zona cutánea. El enfermo ordinariamente está febril y no debe asistir a la escuela, porque supone un peligro para sus compañeros.

Tanto en la erisipela como en el impétigo hay que tener en cuenta que muchas veces existe un foco infectado de donde irradia el contagio; las supuraciones de oídos y los corizas repetidos, así como las fisuras que producen en las ventanas nasales y las heridas en las extremidades son punto de partida para estas afecciones. Es necesario, pues, curar estos focos iniciales y después

conviene acentuar los cuidados higiénicos en las partes enfermas; las fricciones que anteriormente hemos recomendado con alcohol alcanforado deben formar parte de la toilette cotidiana en estos niños que hayan padecido cualquiera de estos procesos.

Citemos últimamente como enfermedades infectivas de la piel el *herpes vulgar*, el *herpes zona* y la *varicela*, no refiriéndonos a las enfermedades eruptivas porque exceden de nuestro cometido, como dermatólogos.

El *herpes vulgar*, la vulgar *calentura* que aparece tan frecuentemente en los labios es contagioso, pero su benignidad la hace francamente desdeñable; nosotros no creemos que deba ser eliminado de la escuela su portador.

Otra cosa es el *herpes zona*, esa erupción de vesículas agrupadas siguiendo el trayecto de los nervios y que, aunque *per se* es lesión leve, tiene la importancia de que los modernos estudios de Levaditi, han puesto de manifiesto sus relaciones etiológicas con la varicela de tal modo que muchos casos de esta última afección derivan de un caso inicial de herpes zona. Este hecho nos induce a eliminar inmediatamente de la escuela al enfermo de herpes zona, a fin de evitar una posible epidemia de *varicela*.

Esta última afección, llamada también vulgarmente *viruelas locas* es totalmente distinta morfológicamente al herpes zóster y transcurre en forma muy benigna; dos o tres días de ligero ascenso térmico y erupción de vesículo-pústulas umbilicadas, especialmente diseminadas en cabeza y tronco. En breves días secan las vesículas y el enfermo puede conllevar su enfermedad, la mayoría de las veces sin guardar cama.

En esta benignidad consiste el único peligro que esta afección entraña, por la facilidad de su difusión y sobre todo por la posible localización del virus causal en los trayectos nerviosos, engendrando el herpes-zóster, dermatosis ya no tan desdeñable, pues aparte los dolores grandes que ocasiona en la zona afecta, puede localizarse en una de las ramas del trigémino, atacando al ojo y pudiendo ocasionar lesiones corneales de alguna gravedad.

Dada la imposibilidad de que el maestro diagnostique estas afecciones, no podemos darle más norma profiláctica escolar que la remisión al inspector médico-escolar de todo niño que presente alguna erupción cutánea o que aqueje cualquier suerte de dolor más o menos localizado.

Y llegamos al capítulo, harto ingrato en la práctica, de las enfermedades parasitarias.

Estas pueden ser ocasionadas por parásitos animales (sarna, phtiriasis), o por parásitos vegetales (micosis). Unas y otras tienen una extraordinaria importancia durante la vida escolar.

La sarna, cuyo agente causal es el *ácarus scabiei* y cuyas lesiones típicas son extraordinariamente pruriginosas, ofrece características que permiten librar a la escuela de toda responsabilidad en su transmisión. El *ácarus* tiene costumbres nocturnas; sale de los túneles que se labra en las capas cutáneas, durante las horas del sueño y es entonces cuando la sarna se transmite entre las personas que comparten el mismo lecho. Por eso esta enfermedad es rarísima en las clases acomodadas y, en cambio, es muy frecuente en las clases humildes, cuyo hacinamiento en los cubículos que constituyen ordinariamente sus hogares, favorece el contagio. En estos es frecuentísima la llamada sarna familiar, extendida a todos los miembros de una familia; este hecho permite comprender la razón por qué se eterniza en el seno de tales hogares esta enfermedad cuando no se curan al mismo tiempo todos los familiares enfermos.

Transmitiéndose esta parasitosis por contacto directo o por el uso de ropas interiores contaminadas, hay que insistir en que la escuela no sirve casi nunca de intermediaria; no obstante, al niño que padezca picores se le debe enviar al dermatólogo escolar, pues la persistencia de esta enfermedad y sus picores, por un lado desvía constantemente la atención del escolar y por otro llega a producir, en virtud de los rascamientos, piodermatitis, impétigos y demás lesiones piocóicas.

Phtiriasis.—Patrimonio y baldón de las gentes desaseadas, constituye una verdadera enfermedad en los vagabundos, que llegan a padecer toxemias y pigmentaciones cutáneas, consecutivas estas últimas a los prolongados rascamientos.

Está constituida por la presencia de los vulgares y repugnantes piojos, cuyas características contagiosas son distintas según las zonas de la superficie cutánea en que asientan.

Los *pediculus capitis* se albergan en la cabeza y depositan en los tallos pilosos sus formas de resistencia (liendres), mediante las cuales se reproducen. Se transmiten por contacto directo o por el uso de gorras, sombreros, etc., contaminados.

Es nuevamente el hacinamiento en el lecho y en el hogar, agravado por la ausencia de cuidados higiénicos de la cabellera, el principal responsable del contagio. Sin embargo, es evidente que el contacto directo de los niños en la escuela puede ocasionarlo también; se impone, pues, la eliminación del escolar hasta su completa curación.

Los pedículos del cuerpo se albergan en los pliegues de la ropa interior y producen incentivo al rascamiento sólo en la espalda; su desaparición se consigue fácilmente con un simple baño y cambio de ropa interior. La escuela no interviene pues, en su transmisión.

Por último, los *pediculus pubis* son singularmente difíciles de extirpar, pues no se acantonan simplemente en el vello del pubis, sino que pueden descender por las piernas y ascender a las axilas y en casos de verdadera miseria higiénica hasta las cejas y aún a las pestañas (existen blefaritis producidas por estos parásitos).

Depositan sus formas de resistencia (liendres), en los tallos pilosos y requieren tratamientos especiales.

Sólo se transmiten en el lecho; la escuela, pues, no influye. Estando ocultos por los vestidos, el maestro sólo puede sospechar su existencia por la desazón que producen en los escolares que los padecen.

Micosis.—En la superficie cutánea pueden presentarse la *pitiriasis versicolor* (localizada en el tórax, en forma de pequeñas placas redondas y parduzcas), y el *eritrasma* (localizado en placas simétricas yuxtaponeales en ambos muslos).

Ambas carecen de importancia escolar, pues se transmiten en el lecho o por intermedio de la ropa interior. En cambio la *tricroficia* aparece en las partes descubiertas (cabeza, manos); se contagia directamente por contacto y el foco inicial lo constituye algún gato o perro afecto de igual enfermedad. Se contagia, pues, principalmente en el hogar, pero en la escuela puede también transmitirse por contacto.

También pueden localizarse en la piel lampiña las microsporias y la tiña favosa, pero en ella carecen de la gravedad que en el cuero cabelludo.

En este son tres las clases de tiñas que pueden presentarse: la *tiña favosa* o *favus*, producida por un hongo (el *achorion schoenleini*), la *tiña microspórica* (producida por un microsporo) y la *tiña tricrofítica* (producida por un tricófito).

La primera es muy grave desde el punto

de vista estético, pues conduce fatalmente a la alopecia definitiva de las zonas afectas, por convertirlas en tejido cicatricial, que solo respeta escasos mechones y una orla que bordea todo el cuero cabelludo.

Las otras tiñas son más benignas, porque no conducen a la alopecia definitiva, aunque quiebran el pelo cerca de su raíz.

El contagio es directo o por intermedio de gorras, sombreros o cuellos de americanas y abrigos.

La gravedad de estas tiñas reside, no sólo en sus consecuencias estéticas, sino en el largo plazo que exige su curación (años, a veces), durante el cual no puede continuar en la escuela el niño que las padezca.

Hoy día, mediante la depilación por rayos X o por las sales de talio, se acortan considerablemente los plazos de tratamiento.

Pero de todas formas se impone, como en los luposos, la creación de la *clínica escolar* donde se traten adecuadamente estos niños, sin privarlos de los beneficios de la enseñanza.

Otras enfermedades asientan en el cuero cabelludo, que no siendo contagiosas, tienen importancia escolar por sus efectos estéticos. Son las alopecias. Entre ellas las vulgares placas de pelada (parecidas a tonsuras de sacerdotes), han arrastrado mucho tiempo el estigma de contagiosas y han sido culpables de acusaciones infundadas contra las peluquerías, a las que se ha achacado siempre la transmisión.

Pues bien, estas placas de pelada, que pueden llegar a invadir todo el cuero cabelludo y aún la barba en los adultos, pudiendo a veces, convertirse en alopecia universal, no son contagiosas en absoluto y por tanto, desde el punto de vista de su transmisibilidad, no deben impedir el acceso del niño a la escuela y la convivencia con sus compañeros. De todas formas el defecto estético debe aconsejar la utilización de ciertos recursos que permitan disimular dichas placas durante el tiempo prolongado que han de permanecer sin pelo. Bien dejar largo el cabello en otras zonas sanas, para cubrir con mechones largos las placas alopécicas, o bien teñir estas con algún colorante del color de los cabellos.

Con ligeras variantes, cabe aconsejar algo semejante en las demás clases de alopecias del cuero cabelludo, unas definitivas (como la pseudo pelada de Brocq), y otras transitorias (como las pos-tíficas y post-infecciosas en general).

Por último, para terminar, sólo nos resta exponer algunas nociones acerca de los cuidados higiénicos que deben consagrarse a la piel del niño escolar, para cuyo mejor conocimiento debe dividirse aquella en varias zonas; piel del tronco, de los pies, de las manos y cara y cuero cabelludo.

La limpieza de la piel del tronco no requiere el baño diario, aunque este no deje de ser conveniente. En este caso, no debe acompañarse de jabonado más que cada cuatro o cinco días. La temperatura del agua no es indiferente y el maestro obrará cuerdaamente pidiendo consejo al médico inspector, pues aquella variará según la constitución del escolar. En general el baño de limpieza debe ser templado, entre 34° y 36°, así se eliminan más fácilmente las capas córneas del tegumento cutáneo, pero el baño diario debemos convertirlo en práctica profiláctica y aún curativa. A los niños, desde este punto de vista, le convienen los baños frescos (25° a 30°), de muy corta duración (cinco minutos); pero en la escuela es mucho más recomendable la aplicación de duchas, práctica higiénica que podría favorecer a las clases menesterosas, cuyos niños carecen de las condiciones económicas o del buen gobierno doméstico necesarios para disfrutar de esos cuidados higiénicos.

Un juego de duchas no sería oneroso para los grupos escolares y permiten en breve tiempo hacer el lavado cutáneo de todos los escolares. Como norma general nos parece útil la práctica hidroterápica siguiente: ducha tibia (32°), durante tres a cinco minutos, seguida o no de jabonado y de otra ducha tibia para arrastrar el jabón, terminando con una ducha fría ((20° a 25°), durante medio minuto y fricción con sábana afelpada.

Los pies requieren cuidados especiales en aquellos niños que padezcan hiperhidrosis (exceso de sudor). En este caso, a más del lavado diario y del uso de calcetines de hilo (nunca de lana ni algodón), deberá recomendárseles la inmersión en agua fresca adicionada de una a dos cucharadas de solución comercial de formol al 40 por 100; al mismo tiempo deberán espolvorearse varias veces al día con la siguiente fórmula (talco, 20 gramos.—Acido salicílico, 2 gramos). En caso de que padezcan durezas o callosidades, al agua del lavado (que deberá ser en este caso muy caliente; 38°), se añadirá una cucharadita de bicarbonato de sosa y se ex-

tirparán aquellas. procurando que el niño lleve calzado cómodo.

Las manos deben lavarse innumeradas veces al día; siempre, desde luego, que aquellas se hayan manchado de cualquier suciedad. Conviene advertir que debe elegirse un jabón que no irrite la piel, a fin de evitar que las numerosas jabonaduras lleguen a provocar la aparición de las molestísimas y rebeldes dermatitis del lavado. A este fin son recomendables los jabones duros, a base de sosa, el llamado por los franceses jabón blanco de Marsella; en general, los corrientemente expedidos por las buenas fábricas de perfumería.

En las manos deben cuidarse sobre todo las uñas, que deben jabonarse con cepillo, a diario y cortarse al ras con frecuencia, para evitar que se constituyan en depósito de inmundicia. En cuanto al cuidado de la piel de la cara y del cuero cabelludo, hay que tener en cuenta que en unas personas estas partes son grasientas (en los niños puberes pueden empezar a serlo), y en otras son secas. Esta distinta condición exige lavados jabonosos frecuentes con agua tibia y lociones alcohólicas en los primeros y lavados con agua fría y rara vez con jabón en los segundos, en los que siempre deberán completarse con unções de cremas o aceites.

DR. J. GARCÍA AYUSO

Dermatólogo jefe del Dispensario médico-escolar.

Labor del Cuerpo Médico-Escolar en el curso de 1934-35

Aparte el desarrollo diario de la labor que el Cuerpo realiza en los distritos escolares y en el Dispensario de Especialidades, cuyos resultados científicos y prácticos serán publicados en los números sucesivos de esta Revista, se ha llevado a cabo una intensa labor social mediante cursillos de divulgación en distintos grupos escolares. Singularmente interesante fué el cursillo iniciado en el grupo escolar Unamuno el día 15 de mayo próximo pasado, en el cual tomaron parte los doctores Oliver Cobeña, Mayoral, García Ayuso y Barnés, que en sucesivas conferencias semanales ilustraron a un atento auditorio compuesto de maestros,

pero principalmente de familias de los escolares, en temas higiénicos de la mayor importancia para el desarrollo del niño y aún para la conveniencia de las personas que le rodean.

Pero la labor más interesante que el Cuerpo desarrolló en el pasado curso académico está constituida por el ciclo de conferencias para maestros que se inauguró en 3 de junio y quedó clausurada el día 29 del mismo.

El programa del cursillo, compuesto de 21 lecciones, fué desarrollado por otros tantos conferenciantes del Cuerpo médico-escolar y a él asistió con rara continuidad, dado lo avanzado de la estación, un nutrido auditorio, constituido principalmente de maestros. Al final se expidió un certificado de asistencia a todos los concurrentes.

Las conferencias de este ciclo serán conocidas por nuestros lectores en los números de esta Revista.

De interés para los aspirantes a médicos escolares.

Para conocimiento de cuantos aspiren a pertenecer en su día al Cuerpo médico-escolar del Estado, transcribimos a continuación el siguiente oficio:

—Servicio médico-escolar del Estado.-Madrid.-Secretaría. Tengo el honor de comunicarle que al objeto de cumplimentar el artículo 13 de nuestro Reglamento, la Junta Directiva acordó dictar las siguientes normas para la admisión de Médicos temporeros, en calidad de alumnos:

1.^a Habrán de elevar una solicitud a esta Inspección Central, indicando en la Consulta que deseen practicar.

2.^a Esta solicitud será pasada a informe del Médico-jefe Especialista de la consulta donde desee practicar.

3.^a Se les comunicará que para tener derecho a certificación acreditativa de su cargo de Médico temporero habrán de asistir asiduamente durante dos cursos completos.

4.^a Durante todo el tiempo se someterán al régimen establecido en la Consulta.

Lo que le notifico para los efectos oportunos.—Madrid, 18 de enero de 1935.—P. O. El Secretario, L. Munuera.—Señores especialistas del Dispensario médico-escolar.

ADVERTENCIA A LOS SEÑORES COLABORADORES.—La Dirección se reserva la facultad de ordenar cronológicamente la publicación de los originales y de adaptarlos a las dimensiones de la Revista. No se admiten trabajos de tendencia política.

SECCION OFICIAL

—Orden convocando concurso-oposición para proveer la vacante de Médico oftalmólogo auxiliar del Dispensario médico-escolar de Madrid. (6 de junio de 1935. *Gaceta* del 17.)

Anexo de la *Gaceta* de 5 de julio de 1935 con el Cuestionario de las oposiciones a que se refiere la orden anterior.

—Orden nombrando, en virtud de ascenso, inspector médico-escolar de Madrid a D. José G. Amaniél Domínguez, número 1 de los auxiliares médicos escolares, en plaza creada por ampliación de plantilla en el vigente presupuesto semestral. (15 de julio de 1935. *Gaceta* del 20.)

—Orden nombrando con carácter interino a D. Ricardo González y González para la plaza de auxiliar médico escolar, vacante por ascenso de D. José G. de Amaniél Domínguez. (15 de julio de 1935. *Gaceta* del 20.)

—Orden convocando a concurso-oposición la plaza vacante de Inspector médico auxiliar, de acuerdo con lo preceptuado en el Reglamento del Cuerpo, aprobado en 18 de diciembre último. (27 de julio de 1935. *Gaceta* del 6 de agosto.)

Reglamento del Cuerpo Médico Escolar del Estado

PREAMBULO

Inspirados en el preámbulo del Decreto de 5 de junio de 1933, que reorganiza el Cuerpo Médico-Escolar y para cumplir lo que en su art. 10 se determina, referente a la elevación a V. E. de un Proyecto de Reglamento orgánico del Cuerpo Médico-Escolar, se anticipan las presentes consideraciones, que pretenden justificar y aclarar las ideas y el sentido directriz que lo han informado.

Se trata, lo primero, de atender lo que en el referido Decreto se encarece, o sea, *la amplitud del problema*; pero con un criterio aun más generoso, puesto que no se limita lo proyectado a Madrid, sino que procura extenderlo a toda España, cumpliendo de esta manera, por otra parte, lo legislado ya (RR. DD. de 20 de septiembre de 1913 y 23 de abril de 1915) y nunca derogado: es decir, deseando dar realidad a lo que está en vigor sólo en la Ley. Esa extensión a toda la Nación no contradice lo también expuesto en el mencionado preámbulo de «atribuir al Servicio de Inspección Médica una extensión incompatible con la notoria esca-

sez de personal debidamente especializado y con las disponibilidades presupuestarias» porque se dispone con características análogas a las de Madrid sólo las de las capitales, y con otras particulares las de los distritos rurales y las de los pueblos. Con ello se provee al Organismo de una *flexibilidad* en un todo contraria a la *rigidez* lamentada en el repetido preámbulo, y al mismo tiempo se huye de la centralización excesiva, también anatematizada en lo que precede a la parte dispositiva del Decreto que se está cumplimentando.

Por otra parte, se estima de absoluta necesidad para el desenvolvimiento del Organismo Médico-Escolar en todo el país, el criterio amplio, reflejado en el Reglamento que se propone, sin que por ello caiga en el defecto impugnado de «grandes proyectos sin base presupuestaria», por dos razones: una la de que se impone de modo urgente atajar la fragmentariedad y el caos en que actualmente se encuentran los análogos Servicios que en España actúan, adoptando, al fin, un código regulador y coordinador; y otra, la de que existe un medio de *no ser gravosa en nada para el Erario Público* la implantación del Servicio en toda España, aceptando lo que se sugiere en el Reglamento que se presenta, de incorporar al mismo la inspección de las escuelas privadas, mediante un exíguo canon que cada uno de sus escolares había de satisfacer al Estado por su ficha Médico-Escolar. Mediante él, queda con holgura colmada toda la exigencia económica del Organismo Médico-Escolar Nacional. En consonancia con esto que antecede, y siempre con la finalidad de una mayor eficacia de la función, se propone la ampliación del Servicio a la Segunda Enseñanza, puesto que es la que, en realidad, corresponde en otros Centros a la total inspeccionada en las Escuelas Públicas Nacionales y Municipales; o sea, abarcando las edades de tres a quince años.

Finalmente, hace hincapié marcado sobre el hecho de que la función del Servicio ha de ser no puramente sanitaria, sino sanitario-pedagógica, es decir, *genuinamente médico-escolar*, dependiendo, por lo tanto, absolutamente y nada más que del Ministerio de Instrucción Pública, al que solicitamos la aprobación del Reglamento que a continuación se expone:

ARTICULADO

Artículo 1.º De acuerdo con los Reales decretos de 16 de junio de 1911, 20 de sep-

tiembre de 1913, y 23 de abril de 1915, se ratifica el carácter nacional y obligatorio de la Inspección Médico-Escolar del Estado en todo el territorio español.

Constitución y organización del Cuerpo

Art. 2.º La Inspección Médico-Escolar del Estado estará formada por los Médicos-Escolares y Especialistas que actualmente la integran, como consecuencia de las oposiciones de 1918 y 1934, y los que posteriormente ingresen según las normas que más adelante se establecen.

Todos los Médicos-escolares formarán un escalafón único, cuyo número 1 será el Decano del Cuerpo, con las categorías impuestas por el orden de antigüedad en el ingreso y las puntuaciones de su calificación. Los Especialistas tendrán un escalafón aparte del Cuerpo general y los ascensos serán, exclusivamente, dentro de su especialidad respectiva, por orden de antigüedad y número.

Art. 3.º La Inspección Médico-Escolar del Estado tendrá un «Núcleo Inspector Central» en Madrid, y tantas representaciones provinciales del escalafón general y otras auxiliares como permita la progresiva implantación de estos Servicios en el resto de España.

Art. 4.º Este «Núcleo Inspector Central» quedará constituido por:

- a) Inspectores Médico-Escolares, Jefes de Distrito.
- b) Inspectores Médico-Escolares Auxiliares.
- c) Médicos Especialistas de Dispensario.
- d) Médicos auxiliares de Dispensario.

Los Especialistas serán:

Un dermatólogo, un laringólogo, uno de morfología y constitución, uno de pulmón y corazón, un psiquiatra psico-técnico, uno de análisis clínicos, un radiólogo, un oftalmólogo y dos odontólogos.

Los cinco auxiliares de Dispensario serán: un dermatólogo, un laringólogo, uno de pulmón y corazón, un oftalmólogo y un odontólogo.

Art. 5.º A medida que los medios económicos lo permitan se ha de aumentar este número hasta conseguir el más completo Servicio de la Inspección Médica de los escolares.

Art. 6.º Esta organización en Madrid, servirá de modelo para los núcleos provinciales que en su día se formen.

Art. 7.º El número de Distritos Médico-Escolares será proporcional a la población escolar.

Art. 8.º Existirá una ficha Médico-Esco-

lar general para toda España, y tantas fichas especiales como convenga a los fines de la Inspección Médico-Escolar del Estado.

Art. 9.º La Inspección Médico-Escolar del Estado dependerá exclusivamente del Ministerio de Instrucción Pública y en él tendrá sus oficinas.

Por el Ministerio de Instrucción Pública se arbitrarán los elementos y el personal subalterno de oficinas necesario para las labores de Estadística, Traducciones, Propaganda, Copias, etc., inherentes a los trabajos que ha de desenvolver la Inspección Médico-Escolar.

Art. 10. El Cuerpo Médico-Escolar del Estado confeccionará un Reglamento interno, para la buena marcha y cumplimiento de sus funciones.

Ingreso en el Cuerpo

Art. 11. El ingreso en el Cuerpo será siempre por concurso-oposición, ya libre o restringida, en turno alterno.

Art. 12. El concurso-oposición, en cada caso, se regirá por lo preceptuado en el artículo 4.º del Decreto de 5 de junio, publicado en la *Gaceta* del día 7 de junio de 1933, y según los preceptos generales que regulan las oposiciones a cátedras en aquellos extremos que no hubiesen sido previstos en el citado Decreto.

Art. 13. El Médico-Escolar está autorizado a tener Médicos temporeros en calidad de alumnos, que le auxilien en su labor práctica de Distrito o Dispensario; y estos alumnos no contraerán por ello mérito alguno que les permita entrar en el Cuerpo de otra forma que no sea el de concurso-oposición.

Ascensos y vacantes

Art. 14. Se ascenderá en el Cuerpo por orden riguroso de antigüedad en el escalafón; tanto para los Médicos-Escolares, como para los Especialistas.

Art. 15. Las vacantes se anunciarán a concurso de traslado en el plazo máximo de seis meses, y en ningún caso serán nombrados interinos que las desempeñen, siquiera sea transitoriamente.

Art. 16. Todas las vacantes y plazas de nueva creación se cubrirán por concurso general entre los Médicos del escalafón correspondiente, por turno de antigüedad, y la resulta de este concurso se proveerá con arreglo a lo preceptuado en los artículos 11 y 12.

Permutas, excedencias y permisos

Art. 17. Por causas justificadas podrán establecerse permutas entre los individuos del Cuerpo de la misma categoría, siempre que éstas se tramiten por conducto reglamentario y con informe favorable del Inspector-Jefe.

Art. 18. Las excedencias podrán solicitarse desde el primer día de ejercicio, pero sólo por motivo ineludible, siendo informada por el Inspector-Jefe y concedida por el Director general de Primera Enseñanza. Pasado un año, como mínimo, el excedente podrá volver al servicio activo, teniendo derecho a ocupar la primera plaza desierta en el concurso de traslado a que se refiere el art. 15 de este Reglamento.

Art. 19. El Inspector-Jefe del Cuerpo podrá conceder permisos de ocho días improrrogables, para asuntos propios, en cada semestre. Los permisos de más de ocho días y menos de un mes los concederá el Director de Primera Enseñanza, con iguales limitaciones y las licencias por término de un mes, el Ministro, a propuesta del Director de Primera Enseñanza. En ambos casos, necesitará el informe del Inspector-Jefe del Cuerpo.

Separación y jubilación

Art. 20. *Separación.*—Según se dispone en los Cuerpos similares, y teniendo en cuenta los RR. DD. referidos en el art. 1.º los individuos que compongan el Cuerpo Médico-Escolar del Estado se considerarán inamovibles, y, por lo tanto, para su separación será necesario formar el oportuno expediente con audiencia del interesado.

Art. 21. *Jubilación.*—Las jubilaciones se atenderán, por completo, a la vigente Ley de Bases de Funcionarios públicos.

Atribuciones del Cuerpo

Art. 22. Los Inspectores Médico-Escolares y los Médicos-Especialistas constituirán una Junta Técnica, cuya presidencia corresponde al Inspector-Jefe del Cuerpo.

El cargo de Inspector-Jefe, que será a su vez Director nato del Dispensario, recaerá en el Inspector Médico-Escolar que designe el Ministro de Instrucción Pública.

Art. 23. La Junta Técnica queda constituida con arreglo al art. 7.º del Decreto de 5 de junio de 1933 publicado en la *Gaceta* del día 7.

Art. 24. Por el Ministro de Instrucción

Pública o por la Junta Técnica se designará de su seno un Subinspector-Jefe, un Secretario y el Director de «Boletín» y Prensa. A propuesta de la Junta o por resolución del Ministro podrán ser depuestos de sus cargos.

Art. 25. *Corresponde a la Junta Técnica:* Evacuar los informes que de ella solicite el Ministerio de Instrucción Pública, realizar los estudios que por el mismo se le encomienden y elevar a la Superioridad la propuesta de cuantas medidas y resoluciones estime convenientes para el mejor cumplimiento de los fines que con la Inspección Médico-Escolar se persigue.

Art. 26. a) *Corresponde al Inspector-Jefe del Cuerpo:* Representar al Cuerpo en los Centros Consultivos de que forme parte en concepto de Inspector-Jefe, pudiendo delegar sus facultades en el Sub-Inspector.

Proponer a la Superioridad cuantas reformas estime convenientes en el Cuerpo Médico-Escolar para cumplir sus fines.

Designar un Director-Delegado del Dispensario del Cuerpo de Especialistas.

Convocar y presidir todas las reuniones ordinarias y extraordinarias que celebre el Cuerpo Médico-Escolar.

Girar las visitas que considere precisas para la organización, buena marcha y desarrollo de la Inspección Médico-Escolar en España.

Cumplir y hacer cumplir al personal a sus órdenes las disposiciones sanitarias vigentes, los mandatos de la Superioridad y los preceptos contenidos en este Reglamento.

El Inspector-Jefe del Cuerpo queda relevado de las funciones que desempeñan los demás Inspectores Médicos-Escolares. Al cesar en el cargo se reintegrará a la plaza que ocupaba.

b) *Corresponde al Sub-Inspector:* Sustituir al Inspector-Jefe en sus ausencias y enfermedades y desempeñar funciones por Delegación.

El cargo de Sub-Inspector es compatible con sus funciones técnicas y recaerá en un Inspector Médico-Escolar.

c) *Corresponde al Secretario:* Tener a su cargo la documentación general del Cuerpo, así como todos los Servicios de Estadística, Archivos, Actas y Correspondencia.

De acuerdo con el Inspector-Jefe contribuirá a la organización general del Cuerpo.

El cargo de Secretario es compatible con sus funciones técnicas y será elegido del Cuerpo general de Inspectores Médicos-Escolares.

d) *Corresponde al Director de Boletín y*

Prensa: Será elegido indistintamente del Cuerpo general de Inspectores o de Especialistas. El cargo será compatible con sus funciones Médico-Escolares.

Llevará la confección del Boletín Oficial del Cuerpo, el movimiento de Prensa mundial de la Especialidad, que pasará al Archivo de Secretaría, así como un índice bibliográfico de actualidad.

Tendrá a su cargo la organización y custodia de la Biblioteca del Cuerpo.

Como auxiliares dispondrá de los traductores y personal subalterno que las exigencias del Servicio reclamen.

Función Médico-Escolar

Art. 28. La Inspección Médico-Escolar del Estado tendrá a su cargo las siguientes funciones:

a) Reconocimiento médico de los niños que asistan a los Centros de enseñanza primaria, nacionales, municipales y privados. Igualmente tendrá la alta inspección de los Centros de Segunda Enseñanza oficial y privada.

b) Reconocimiento de los maestros cuando los interesados o el Estado estime necesario un informe sanitario de los mismos.

c) Dictamen higiénico de los edificios de enseñanza.

d) Labor profiláctica en todos sus aspectos.

e) Organización de todos los servicios sanitarios afectos a la enseñanza.

f) Organización de la educación física escolar.

g) Asesorará a los elementos encargados de las cantinas sobre el régimen alimenticio de los niños.

h) Organización de la enseñanza para la preparación de los médicos que han de ocupar las plazas que vayan creándose en la progresiva ampliación del Cuerpo, o las que vayan, así como los cursos para la preparación de las auxiliares sanitarias escolares.

i) Organización de cursillos libres para médicos y maestros.

j) Labor divulgadora general en Centros docentes y sanitarios.

k) Formación de los Tribunales para todas las oposiciones de ingreso en el Cuerpo, concursos o selecciones, así como en el de Auxiliares sanitarias escolares.

l) Órgano asesor del Ministerio de Instrucción Pública con representación del Cuerpo Médico-Escolar en cada una de las

Juntas, Comisiones, etc., que tengan relación con los problemas de la enseñanza.

m) Instrumento de enlace con otras Instituciones sanitarias pedagógicas nacionales y extranjeras.

n) Redacción del Boletín Médico-Escolar, órgano oficial del Cuerpo.

ñ) Reconocimiento y selección de los niños que formen parte de las Colonias escolares.

Deberes y derechos de los Inspectores Médico-Escolares y los Especialistas

Art. 29. Los Inspectores Médico-Escolares y los Inspectores Médicos auxiliares tendrán los siguientes derechos y deberes:

a) El reconocimiento médico de los alumnos a su ingreso en las escuelas, confeccionando la ficha correspondiente de acuerdo con las normas generales establecidas por el Cuerpo, así como revisar, cada seis meses, todas las fichas de su zona correspondiente.

b) Una visita trimestral, por lo menos, a todas y cada una de las escuelas de la zona correspondiente a su distrito.

c) Practicar las vacunas profilácticas obligatorias y contribuir a que lo sean en lo sucesivo las que científicamente vayan demostrando su utilidad.

d) Designar para colonias, casas de reposo, sanatorios, escuelas especiales, etc., en su primer reconocimiento a todos los escolares que lo necesiten y comprobar nuevamente esa necesidad, con otro reconocimiento, de incorporación a colonias, sanatorios, etcétera.

e) Como Director técnico de educación física hará una ficha especial de cada alumno en la que se indiquen los juegos y ejercicios físicos que le conviene, procurando que esto se cumpla.

f) Proponer a la Superioridad el pase de los niños anormales físicos y psíquicos a las escuelas especiales y enviar a los Especialistas Médicos-Escolares aquellos alumnos que requieran un estudio, diagnóstico o tratamiento especiales.

g) El cierre de locales por causas infecciosas u otras de tipo profiláctico.

h) Resolver las consultas de carácter médico-higiénico que les hagan los maestros de su zona.

i) Dar cuenta por escrito a la Superioridad de los focos epidémicos que observen en su zona, así como de las deficiencias higiénicas que encuentren, remitiendo toda clase de datos estadísticos y una memoria

anual, resumen de su labor general, lo mismo que cuantos trabajos de iniciativa juzgue convenientes al mejor desenvolvimiento de su función.

j) Será el Jefe inmediato de todo el personal auxiliar a sus órdenes.

k) Su jefe inmediato superior será el Inspector-Jefe del Cuerpo.

Art. 30. Los Inspectores Médicos auxiliares, serán adscritos a los Distritos escolares, previo concurso de antigüedad y colaboración con el Inspector Médico-Escolar, en la forma que éste designe, para la buena marcha del Servicio, de acuerdo con la Superioridad.

Art. 31. Los Médicos Especialistas de Dispensarios y los Médicos auxiliares del mismo tendrán los siguientes deberes y derechos:

a) Reconocer en los Dispensarios nacionales a los escolares que les sean enviados por los Inspectores Médico-Escolares, remitiendo a éstos el informe correspondiente.

b) Evacuar cuantas consultas les sean hechas por la Superioridad, en relación con el Servicio Médico-Escolar, referido a la especialidad respectiva.

c) Girar a los Grupos escolares o escuelas de cualquier naturaleza las visitas de inspección que la Superioridad les encomiende, cuando las circunstancias sanitarias o las conveniencias del Servicio Médico-Escolar así lo requiera.

Art. 32. Los Médicos auxiliares de Dispensario cooperarán a toda labor que el Médico Especialista realice en la medida que la Superioridad crea necesario. Cuando el buen gobierno del servicio en el Dispensario lo requiera se les podrá confiar por la Superioridad la dirección de una Consulta de su especialidad, con carácter autónomo y responsabilidad propia.

Art. 33. El cargo de Inspector Médico-Escolar, será incompatible con el ejercicio privado de iguales funciones en los Centros de Enseñanza no oficial de su demarcación.

Art. 34. Todo miembro del Cuerpo Médico-Escolar puede y debe recurrir a la Superioridad en el caso de cualquier anomalía que observase en relación con su cometido.

Juntas del Cuerpo Médico-Escolar

Art. 35. El Cuerpo Médico-Escolar se regirá por el Comité Directivo, la Junta Técnica y el Pleno del Cuerpo.

Art. 36. Se considerará Comité Directivo al integrado por el Inspector-Jefe, el Sub-

inspector, el Secretario y el Director del Boletín y Prensa.

Art. 37. El Comité Directivo se reunirá mensualmente, con carácter ordinario, para tratar asuntos de trámite o las distintas incidencias que puedan presentarse a su estudio o deliberación.

Igualmente se reunirá con carácter extraordinario cuando alguno de sus miembros considere de urgencia cualquier asunto a tratar.

Los acuerdos que recaigan en estas reuniones serán dadas a conocer a la Junta Técnica o al Pleno, bien en la primera Junta ordinaria que se celebre o bien convocando una extraordinaria para tal fin.

Art. 38. La Junta Técnica se reunirá para tratar de evacuar los informes que de ella solicite el Ministerio de Instrucción Pública, realizar los estudios que por el mismo se le encomienden y elevar a la Superioridad la propuesta de cuantas medidas y resoluciones estime convenientes para el mejor cumplimiento de los fines que con la inspección Médico-Escolar se persiguen.

Art. 39. Además del estudio y resolución de lo expuesto en el artículo anterior se reunirá con carácter ordinario cada dos meses para tratar asuntos de trámite y conocer aquellas iniciativas o sugerencias que alguno de sus componentes quisiera proponer, y con carácter extraordinario cuando la importancia o urgencia de algún asunto lo requiera.

Art. 40. Se considera como Pleno a la reunión de todo el personal facultativo, que, convocada por el Comité Directivo, se celebrará con carácter ordinario semestralmente y con carácter extraordinario cuando lo juzgue oportuno el Comité Directivo o a petición de la mitad más uno de los miembros que componen el Cuerpo Médico-Escolar.

Art. 41. Todos los acuerdos que recaigan en las reuniones a que se refieren los artículos anteriores, serán tomados por votación nominal o secreta, según cada caso exija, por mayoría de votos.

Tendrán voz todos cuantos compongan el personal facultativo del Cuerpo Médico-Escolar y voto los que integran la Junta Técnica.

Personal sanitario femenino y sanitario administrativo

Art. 42. El personal sanitario femenino y sanitario administrativo estará integrado por:

Sección bibliográfica ⁽¹⁾

BOLETIN DE LA ASOCIACION NACIONAL DE MEDICOS MAESTROS. Esta naciente Asociación, cuyos miembros laboran con gran entusiasmo en el campo de la higiene escolar, demuestra con esta publicación, no por modesta, menos digna de alabanza que dichosamente para el porvenir de los estudios médicos-escolares, hay ya en España, en las lindes del Cuerpo oficial médico-escolar una entusiasta pléyade de médicos, consagrados con vocación desinteresada al estudio de los problemas que la infancia escolar promueven y que, por tanto, la gran misión que la Inspección médico-escolar del Estado ha de llenar está asegurada en el porvenir.

Felicitemos a los doctores Comendador y Gutiérrez-Ravé por su loable esfuerzo y les estimulamos a que perseveren con entusiasmo en esta primera etapa de sacrificio que para todos ha de ser la implantación en toda España del servicio médico-escolar.

* * *

DR. JOSÉ DE ELEIZEGUI.—*La sexualidad infantil (normas de educación)*.—Biblioteca médico-pedagógica.

El autor de este interesantísimo manual está ya en la cima de la notoriedad, que se ha granjeado principalmente con una inteligente labor médico-pedagógica, representada por variedad de libros y de conferencias sobre temas todos dedicados a la infancia.

Este que tenemos el honor de recomendar a nuestros lectores es uno de tantos libros que permanecen latentes en la necesidad del ambiente hasta que por fin fragua en la inteligencia despierta de algún talento asomado constantemente a las atalayas del mundo.

La sexualidad infantil ha constituido siempre un coto cerrado a las investigaciones. No es nada extraño, puesto que la sexualidad del adulto ha sido también, sobre todo, en nuestro país, predio vedado en donde estaba prohibido cultivar la planta de la verdad. En efecto, como dice certeramente el autor «Se ha equivocado fundamentalmente el camino, realizando sobre él (el instinto sexual) una intervención tan funesta, que la humanidad sufre hoy, no las fatalidades de un instinto sin freno, sino las fatalidades de un proceder que nos llevó a la catástrofe».

Esta catástrofe está representada por to-

das las desviaciones morbosas que un instinto natural y arrollador ha sufrido por culpa de una desacertada política educativa, mejor dicho por la ausencia de toda norma educativa de un instinto que estúpidamente ha sido infamado con el anatema religioso. «Nuestro afán, es aniquilar, extinguir un instinto de necesidad vital, no consintiéndole otra salida que la muy restringida del grifo matrimonial».

Pero la humanidad actual, que quizá tenga otros defectos morales, ha tenido, en cambio, el insuperable acierto, en defensa de su normal desenvolvimiento, de volverse de cara a la naturaleza, encontrándose a sí misma, después de haberse esforzado torpemente durante siglos en deformar y encubrir como algo vituperable el instinto de más alta estirpe, a cuya merced la humanidad puede perpetuarse.

En este retorno a la naturaleza es la sexualidad infantil uno de los hallazgos más inesperados y más fecundos en consecuencias. Desde Freud sabemos ya que el niño incuba toda la vida sexual del hombre futuro; desconocer esta verdad o desdeñarla supone exponer a éste a una serie ininterrumpida de fracasos y desviaciones vitales. La sexualidad infantil requiere, pues, la atención vigilante de los educadores, que habrán de esgrimir sus más finas armas pedagógicas en el cultivo delicado y preñado de dificultades del complejo sexual que el niño porta en su feble organismo.

José de Eleizgui, experto paidólogo y escritor ameno desenvuelve en doscientas páginas de lectura culta e interesante las normas que deben servir a padres y maestros para encauzar por álveos puros y naturales el curso soterrado de ese rico caudal que desde la peña viva de la infancia en floración discurre con fuerza incontenible hacia la amplia llanura de la juventud en sazón sexual.

Eleizgui en su libro se abstiene de marcar reglas fijas para la educación sexual infantil; no sería sensato; se limita a exponer el problema y a inferir normas que sólo pueden ser reveladas, mejor diríamos improvisadas por el padre o el maestro en el momento oportuno que la propia curiosidad infantil nos brinda.

Como manual de sugerencias nos parece totalmente acertado; su lectura, pues, no puede ser más interesante para quienes han de asumir la grave responsabilidad de encauzar el desenvolvimiento sexual del niño.

J. GARCÍA AYUSO.

(1) En esta sección se dará cuenta de aquellos libros o publicaciones de las cuales recibamos un ejemplar. El envío de dos ejemplares dará derecho a una amplia crítica en esta revista.

Tarifa de publicidad en esta Revista

Precios por inserción (1):

1. ^a	plana de cubiertas (espacio disponible)	.....	150 pesetas.
2. ^a	" " (entera)	.....	100 "
3. ^a	" " "	.....	75 "
4. ^a	" " "	.....	100 "

ENTRE TEXTO

Una página	.....	75 pesetas.
Media página	.....	50 "
Cuarto de página	.....	30 "

(1) Descuentos... { 25 % en los contratos por 12 inserciones.
10 % " " 6 "

La correspondencia debe dirigirse al Director: Olózaga, 1.—Madrid.

LIBROS DE MEDICINA
LIBROS DE CIENCIAS
LIBROS DE ARTE
N O V E L A S

AL CONTADO
Y A PLAZOS



Objetos de escritorio-Impresos de todas clases



EDITORIAL PLUS-ULTRA

LIBRERIA-PAPELERIA
ARTES GRAFICAS

Olózaga, 13 (Esquina a Plaza de la Independencia)

Teléfono 55827

MADRID