



PUBLICACIONES

"AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"

EDITADAS POR LOS SERVICIOS
CENTRALES DE HIGIENE INFANTIL

Año XIX

Junio, 1956

Núm. 220

PROBLEMAS
DE HIGIENE ESCOLAR

Director:

DR. D. J. BOSCH-MARÍN

Redactor-Jefe:

DR. D. MANUEL BLANCO OTERO

Comité de Redacción:

DRES. CAÑELLAS DOMENECH y MINGO DE BENITO

Administrador:

DR. ENRIQUE BRAVO SÁNCHEZ DEL PERAL

POR EL DOCTOR

RAFAEL FERNANDEZ CREHUET

Médico Puericultor del Estado,
Inspector Médico-Escolar (Granada)

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

M A D R I D

21cm

UNIVERSITAT DE VALENCIA
BIBLIOTECA CC. SALUT
Nº Registro..... 9135.....
DATA..... 26/1.1.106.....
SIGNATURA..... 110.7.4.2.8
DOIIS: b 16967008
LIBIS: 19351835

PROBLEMAS DE HIGIENE ESCOLAR

POR EL DOCTOR

RAFAEL FERNANDEZ CREHUET

Médico Puericultor del Estado, Inspector Médico-Escolar (Granada).

Con este mismo título ha tenido lugar en el Centro Internacional de la Infancia de París un curso para médicos, celebrado durante los días 9 de enero al 4 de febrero del año actual. A dicho curso han asistido 28 médicos enviados por los países siguientes: Alemania, Austria, Bélgica, Checoslovaquia, España, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Irán, Italia, Madagascar, Marruecos francés, Noruega, Países Bajos, Polonia, Perú, Suiza, Túnez, Turquía, Yugoslavia y Argentina.

De España hemos tenido el honor de asistir al mismo en unión del Dr. SANZ, de Bilbao. Las presentes líneas no tienen otro objeto que informar a nuestros colegas españoles de la marcha de dicho curso, dejando para otro trabajo algún comentario particular sobre nuestros puntos de vista de lo que podría ser nuestro Servicio Médico-Escolar.

Señalaba el Dr. BERTHET, Director general del Centro Internacional de la Infancia, en su discurso de apertura, cuáles eran las misiones fundamentales de este Organismo, señalando como tales:

- 1.^a Formación de personal técnico en su doble aspecto médico-social.
- 2.^a Puesta al día de las adquisiciones médico-sociales relacionadas con la infancia.

3.^a Relaciones cordiales entre profesionales de distintos países e información entre ellos de su experiencia personal.

4.^a Documentación sobre problemas de la infancia y difusión de esta documentación.

Estos objetivos han sido plenamente alcanzados no sólo en su aspecto profesional, sino también en su aspecto humano. Una convivencia de cuatro semanas entre profesionales de grandes diferencias raciales, religiosas o políticas, ha creado, sin embargo, entre todos una atmósfera de amistad y cordialidad tal que estimo constituye uno de los mayores éxitos del Centro Internacional de la Infancia.

En cuanto al curso en sí, de cuatro semanas de duración, comprende un doble aspecto: Teórico de exposición de los diferentes problemas de la Higiene Escolar, con intervención ulterior de la mayor parte de los asistentes, destinada a exponer sus puntos de vista, solicitar aclaraciones o mostrar la experiencia de sus respectivos países, y una parte práctica consistente en la visita de diferentes instituciones, todas ellas del más alto interés.

Los temas tratados en la parte teórica podemos agruparlos en las siguientes materias:

1. Organización general de la Higiene Escolar y Servicio Médico-Escolar.
2. Patología más frecuente en la edad escolar.
3. Higiene mental de los escolares.
4. Los médicos ante los problemas de la enseñanza.
5. Educación especializada.
6. Instituciones para-escolares: cantinas, clubs, colonias de vacaciones, etc.
7. Educación sanitaria y sexual en la escuela.
8. Instalaciones escolares.

1. ORGANIZACION GENERAL DE LA HIGIENE ESCOLAR Y SERVICIO MEDICO-ESCOLAR

Fueron desarrollados los distintos temas por los Dres. DOUDY, SAPPEY, ROBERT, AUREGAN, PEYROT y ROCHAT. Fué tomada como base los resultados de la Conferencia de Grenoble de 1954, reunida bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. Fueron examinados los siguientes puntos:

1. CAMPO DE ACCIÓN Y ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA HIGIENE ESCOLAR.—El Servicio de Higiene Escolar constituye un servicio bien definido específicamente y así ha sido considerado en la Conferencia de Grenoble. Su campo de acción es muy amplio, toda vez que ha de comprender la vigilancia sanitaria de la totalidad de la población escolar, tanto de la enseñanza primaria, como de la enseñanza secundaria y la superior (universitaria o escuelas especiales), y abarcando asimismo tanto la enseñanza pública u oficial como la enseñanza privada. Junto a la vigilancia sanitaria del escolar, la vigilancia del profesorado, cualquiera que sea el grado a que pertenezca. De ahí la denominación francesa de Higiene Escolar y Universitaria.

En la casi totalidad de los países europeos cubre a los alumnos de la enseñanza primaria, pero aún son muchos en que su campo de acción no alcanza a la enseñanza secundaria y menos aún a la universitaria o técnica, laguna que debiera desaparecer para hacer partícipe de sus beneficios a toda la población escolar, en la forma en que lo hace Francia y otros países.

El carácter fundamental de la Higiene Escolar es el de ser Medicina Preventiva, colocándose deliberadamente fuera de la medicina propiamente dicha. Solamente en casos aislados tiene un carácter terapéutico; tal ocurre en los casos de reeducación funcional, trastornos de la palabra o del carácter, etc., así como también en algunas zonas (Norte de África, Sudeste europeo) ac-

túa en el tratamiento de determinadas enfermedades sociales de tipo endémico, tales como paludismo, tracoma, etc.

En cuanto a su origen, ha sido en unos casos el organizar un servicio de despistaje de la tuberculosis en el ambiente escolar; otras veces fué el buscar la adaptación del niño a la escuela, y viceversa; en otras, por último, ha sido la consecuencia del progreso sanitario actual.

Es variable en los distintos países su sistema legislativo. Así, en gran número de ellos depende directamente del Ministerio de Educación Nacional; en otros está bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública. En otros, por fin, y es el caso de España, ambos organismos colaboran en el Servicio de Higiene Escolar. Cada cual tiene sus razones de interés para defender la dependencia de tal o cual organismo; en general, podemos señalar que la Higiene Escolar vendría a ser un lazo de unión entre ambos organismos (Educación Nacional y Sanidad), debiendo participar en las actividades de ambos.

Es asimismo variable su aspecto administrativo. Es cierto que en sus comienzos tuvo en todos los países una organización local, dependiente generalmente de los Ayuntamientos o, cuando más, de los Departamentos o Provincias. En la época actual lo podemos clasificar a este respecto en dos grupos: Unos países cuya organización es fundamentalmente local, si bien con coordinación nacional, del que es buen ejemplo Gran Bretaña e Italia; en la mayor parte de los países, por el contrario, la organización es de tipo nacional. Parece ser más conveniente este tipo de organización nacional, ya que con ello se beneficiaría de modo uniforme la población escolar de cada país. Asimismo, y en relación con esta organización de tipo local o nacional, varía la forma de financiamiento, ya sea por la colectividad local (Ayuntamiento) o nacional (presupuestos del Estado).

2. PERSONAL.—Señala con interés la Conferencia de Grenoble la necesidad del trabajo no individual, sino de equipo, co-

laborando con el Médico escolar todos aquellos elementos interesados en el desarrollo físico-psíquico y pedagógico del niño; tales son la enfermera escolar, el pedagogo, el psicólogo y la propia familia del niño. Solamente con una compenetración y leal colaboración entre todos ellos pueden obtenerse resultados ventajosos para el niño con un trabajo que, realizado individualmente, resultaría muchas veces ineficaz.

El médico escolar, en cuanto al punto de vista administrativo, puede clasificarse en varias categorías:

- a) Médico escolar a tiempo completo, es decir, cuyas actividades están dedicadas de modo exclusivo a la Higiene Escolar.
- b) Médicos que consagran solamente parte de su tiempo a la Higiene Escolar.
- c) Médicos de clientela privada, contratados temporalmente para estos servicios.
- d) Médicos de Salud Pública (nuestra A. P. D.), que tienen asignada como parte de su ocupación la labor de Higiene Escolar.
- e) Especialistas que consagran parte de su tiempo a esta actividad.

En resumen, son dos tipos: unos que consagran la totalidad de su actividad profesional a la Higiene Escolar y otros médicos polivalentes, una de cuyas valencias es la Sanidad Escolar. Hay defensores de uno y otro tipo.

En pro del médico a tiempo completo está el hecho de que para el examen del mismo número de escolares el número de médicos necesarios sería mucho menor, lo que facilita la uniformidad de los exámenes y el control de los mismos. Asimismo su trabajo es más fácil y regular. Pero no deja de tener serios inconvenientes, uno de ellos es la monotonía de la labor, que conduce, al cabo de algún tiempo, a una verdadera esclerosis pro-

gresiva de su poder creador, lo que, en parte, se evitaría invitándole a realizar investigación científica en su trabajo.

La labor del médico polivalente puede resultar excelente a condición de que dedique a las tareas de su trabajo médico-escolar el tiempo suficiente para realizarla satisfactoriamente.

De todos modos, estos médicos escolares deben cursar una especialización que le haga adquirir los conocimientos necesarios para la realización de su misión, tanto en su aspecto médico como en el aspecto social y administrativo.

El número de escolares a cargo de un médico a tiempo completo no debiera exceder de 4.000.

En cuanto a la enfermera escolar, cuyo trabajo está íntimamente relacionado con el trabajo del médico y del cual es su mejor colaborador, tiene un papel primordial en la Higiene Escolar. Debe tener una profunda formación tanto en el campo sanitario como en el social; todas ellas debieran trabajar a tiempo completo, y los niños confiados a sus cuidados no deben exceder de 1.500 a 2.000.

3. ACTIVIDADES DEL SERVICIO MÉDICO-ESCOLAR.—Son múltiples, pudiendo resumirse en los siguientes puntos:

- a) Examen somático y psíquico del escolar a su ingreso a la escuela.
- b) Exámenes periódicos del mismo.
- c) Examen periódico del personal de enseñanza.
- d) Vacunación de la población escolar, especialmente B. C. G., viruela, difteria y coqueluche, especialmente en aquellos países en que esta labor no esté claramente definida como misión de la Sanidad Nacional.
- e) Nutrición y dietética del escolar (cantinas escolares).
- f) Reglamentación del trabajo escolar.
- g) Educación física, deportes, vacaciones.

- h) Educación sanitaria y sexual.
- i) Higiene general de la escuela (locales, mobiliario).
- j) Escuelas especiales para anormales sensoriales, físicos, psíquicos u orgánicos (cardiopatías, diabetes).

4. EXAMEN MÉDICO-ESCOLAR.—Comprende fundamentalmente lo siguiente:

1. Examen físico.
2. Examen psíquico.
3. Exámenes complementarios (Rayos X. Laboratorio).
4. Examen especializado.

El examen médico irá precedido de la preparación de la visita médica, para lo cual la enfermera se desplazará a la escuela el día antes del examen, al objeto de realizar la prueba tuberculínica a los sujetos que al día siguiente van a sufrir el examen médico.

La visita médica propiamente dicha consta de dos partes: una a cargo de la enfermera y otra a cargo del médico:

<i>Enfermera...</i>	Datos generales.....	Datos generales: Nombre, edad, domicilio. Composición y ocupación de la familia. Situación económica y medio ambientes. Antecedentes personales. Vacunaciones. Vacaciones.
	Datos personales.....	Peso. Talla. Análisis de orina: Albúmina. Glucosa. Espirometría. Agudeza visual. Agudeza auditiva.
<i>Médico</i>		Exploración clínica completa. Exploración de garganta y oídos. Examen dental. Exploración ojos. Rayos X: Radioscopia o foto. Exámenes complementarios. Lectura de las reacciones tuberculinicas. (Para primera enseñanza, Pirquet o Parche; para segunda enseñanza, y Universitaria Mantoux).

Es conveniente que a la primera visita el niño acuda acompañado de sus familiares, lo que tiene tanto más interés cuanto más pequeño es el niño, ya que de ese modo podremos obtener datos y antecedentes que de otra forma serían desconocidos.

También debe colaborar en el mismo el educador, dando cuenta al médico del comportamiento físico, psíquico e intelectual del escolar.

De esta forma la duración del examen viene a ser aproximadamente de cinco minutos por niño, si bien cuando van acompañados de los familiares este tiempo se eleva a quince minutos (cinco de interrogatorio, cinco de exploración y cinco de consejos).

Periodicidad de los exámenes.—Si bien es cierto que la mayoría de las legislaciones imponen un examen anual, lo cierto es que este hecho es variable en su aplicación práctica, ya que dependerá, de un lado, de la cantidad y calidad de los niños a examinar, y de otro, del número de médicos dedicado a esta labor, número que con frecuencia es insuficiente, por lo que se encuentran sobrecargados de trabajo. De ahí que en la actualidad se tienda al tipo de consulta abierta en oposición de la clásica consulta periódica. Es decir, que el niño sufriría un examen sistemático a la entrada y a la salida de la escuela primaria (si es posible otro intermedio). Anualmente se le haría un examen simplemente para despistaje de la tuberculosis (tubercolinorreacción y rayos X). Ahora bien, si en cualquier momento la familia o el educador encuentran en el niño la menor alteración en su comportamiento físico, psíquico o intelectual, será enviado a practicársele nuevo examen, cualquiera que fuese el tiempo en que anteriormente hubiese sido examinado.

Locales de examen.—Es variable. Unas veces es un centro médico-escolar; en otras es un centro sanitario de la Sanidad Nacional; en otras un centro de la Sanidad Municipal, y en otras, por fin, el examen se practica en la misma escuela.

El centro médico-escolar ha de constar, como mínimo, de sala

de espera, sala para desnudarse, local para enfermera (ficha médica, peso, talla, etc.), gabinete de reconocimiento médico, pequeño laboratorio y W. C. En los más completos se agregará a lo anterior gabinete de radiodiagnóstico y consultas de especialidades.

En otras ocasiones el examen se practica en la misma escuela, desplazándose a la misma el equipo médico-escolar provisto del material necesario, llegando en ocasiones a equipos móviles sobre camiones equipados incluso con aparatos de rayos X.

En Alemania el examen se realiza en la escuela, para lo cual todas ellas disponen de dos piezas destinadas a este fin. Igualmente se hace en Holanda, cuyo examen somero se realiza en la escuela, enviándose al centro médico-escolar cuando precisa un examen más profundo.

En Bélgica, Dinamarca y España se hacen, por lo general, en centros dependientes de Sanidad, si bien existen algunos centros de Higiene Escolar. En Suiza es variable según los cantones.

En cuanto a Francia, la tendencia es organizar centros de Higiene Escolar en las ciudades importantes, ya sea por su población o por su industria. Su organización corre a cargo del Municipio, con la aprobación y ayuda económica del Estado. Cuando existe cierta distancia entre la escuela y el centro médico-escolar, los alumnos son transportados a éste en autobuses. Si la distancia es grande, el médico escolar se desplaza a la escuela, bien en su propio vehículo, subvencionado por el Estado a razón de 20 francos por kilómetro, bien en automóvil alquilado en caso de no poseerlo el médico. En algún caso se emplean equipos móviles con camiones equipados de todo lo necesario para un servicio completo de examen médico-escolar.

Resultado del examen. Información a la familia.—El examen médico cumple la finalidad del despistaje de aquellos procesos que pueden comprometer un buen desarrollo físico, psíquico o intelectual del niño. De ello se desprende que sus resultados

deben ser conocidos por los familiares del niño, toda vez que ellos tienen pleno derecho a saber lo que el facultativo encontró a su hijo, como asimismo a su vez tiene la obligación de poner en práctica las normas o consejos que el facultativo les da como resultado de su visita. Así pues, la comunicación con la familia es necesaria.

Pero surge una cuestión. El maestro ¿debe conocer asimismo el resultado del examen? Por un lado no hay obligación de ello, en virtud del secreto profesional, pero por otro es indudable que en muchos aspectos puede ser conveniente. La mayor parte de los asistentes al curso se inclinan por la opinión de que deben comunicarse al maestro aquellos procesos que puedan tener una repercusión pedagógica (desviación de la columna vertebral, alteración de la visión o audición) y en cuya corrección el maestro puede jugar un importante papel.

La información a los familiares puede hacerse de diversas formas. Unas veces es haciéndolo directamente si acuden con el niño; en otras se hace mediante una llamada telefónica, y por último, lo más frecuente es que la comunicación de los resultados de la visita sea escrita, en la que se le expresa, en caso de haber encontrado alguna anormalidad, la necesidad de consultar con el médico de familia para que éste señale, si lo cree necesario, el reconocimiento ulterior por un especialista elegido libremente por los familiares. Con esto se logra establecer no sólo relación con la familia, sino también con su médico, y a ambos se les hace partícipes de la colaboración médico-escolar.

Seguidamente varios de los asistentes exponen los medios empleados en sus respectivos países para comunicar a los familiares los resultados del examen:

Inglaterra.—La relación con la familia no es escrita, sino personal. En general encuentran una cierta dificultad en la relación entre el médico escolar y el médico de familia.

Bélgica.—Los datos del examen son anotados en el carnet sanitario.

España.—No hay normas definidas. Personalmente en Granada se entrega el resultado de los exámenes a los niños que se les ha encontrado alguna anormalidad. Se les hace llegar a la familia a través de los maestros.

Argentina.—No hace envío de informe a los familiares.

Algeria.—Se comunica a los familiares generalmente por escrito.

Austria.—Envían a la familia carta de información; en el dorso de la misma la familia o su médico comunican la respuesta. En caso de afección tuberculosa, envían también información al Dispensario Antituberculoso.

Noruega.—Envían carta de información a la familia para que ésta la haga llegar a su médico. La enfermera escolar controla que se haga el tratamiento prescrito por el facultativo.

Africa ecuatorial francesa.—Se envía carta en la que se comunica haberse realizado la visita y resultado de la misma. En caso de encontrarse alguna anormalidad, se envía al maestro relación de aquellos alumnos que deben pasar por el Dispensario para un examen más rígido.

Alemania.—Se envía carta de notificación a la familia. No hay problema en la relación con los organismos sanitarios, toda vez que el médico escolar lo es de Sanidad.

Yugoslavia.—El niño patológico es enviado directamente a un servicio clínico.

Italia.—Aunque, dado su carácter comunal, cada ciudad tiene sus propias iniciativas, en general se envía comunicación solamente de los niños no normales.

Grecia.—En las ciudades se hace comunicación a los familiares en caso de anormalidad.

Perú.—El Ministerio de la Salud Pública se ocupa de la Higiene Escolar. La relación con la familia se establece bien directamente en el momento del examen, bien cuando los familiares no acuden por medio de la enfermera escolar.

Países Bajos, Turquía y otros envían informe a los familiares, aunque el niño sea normal.

Como complemento a esta materia de Servicios de Higiene Escolar, fueron realizadas dos visitas. Una al Centro Médico-Escolar de Meaux (Seine-et-Marne), magnífico centro provisto de sala de espera, sala de desnudarse, gabinete médico, servicio de rayos X, salas de conferencias, gimnasio, duchas y salas de deportes cubierta. En dicho centro los asistentes fuimos recibidos por el cuadro médico del mismo e invitados por el señor Alcalde de la ciudad, tras un discurso de bienvenida, al que contestó el Dr. BONET. Por la tarde fué realizada una visita a la escuela rural de Dammartin en Goele, donde se presenció el reconocimiento de los escolares realizado en la misma escuela.

2. PATOLOGIA MAS FRECUENTE EN LA EDAD ESCOLAR

Sobre la *estática, su desarrollo y trastornos* trató el profesor CHAILLEYBERT, de la Facultad de Medicina de París, quien expuso de modo magistral las condiciones de la estética del niño normal, así como la influencia sobre la misma de los factores óseos, articulares y musculares, concediendo gran importancia a la arquitectura del pie y a la marcha de las curvaduras normales de la columna vertebral, señalando a este respecto el papel importante que juega la quinta vértebra lumbar, extremadamente móvil, al bascular sobre la cara superior fija del sacro y cómo por ello las alteraciones de la musculatura de la pared abdominal o de los músculos de los canales vertebrales es suficiente para dar origen a malformaciones. Señala la diferencia entre actitud escoliosisca y en que la escoliosis desaparece al flexionar el tronco, y escoliosis verdadera, en que esa deformidad no desaparece a la flexión por haberse constituido un trastorno óseo definitivo.

Sobre los *trastornos de la visión* trata la doctora DELTHIL-LACAN, oftalmóloga del Hospital de Saint-Denis. Señala la importancia que tiene la visión en el niño, ya que por ella adquiere la mayor parte de las imágenes, y cómo muchos de los niños que se califican de inatentos o con alteraciones pedagógicas no son más que niños con alteraciones de visión.

Los trastornos más frecuentes son los vicios de refracción: astigmatismo, hipermetropía, miopía, haciendo a continuación una ligera descripción de cada uno de ellos.

La importancia y frecuencia de estos trastornos explica la necesidad de hacer un examen de visión en el escolar al menos cada dos años. En Francia este examen es realizado por la enfermera escolar, enviándose al niño al especialista en caso de encontrarle alguna alteración.

Hace a continuación un estudio de los niños amblíopes, es decir, de aquellos cuya agudeza visual sufre un gran quebranto, al estar comprendida entre 4/10 y 1/10 de la visión normal. Estos niños exigen una escuela con sistema pedagógico especial (París cuenta con siete de estas escuelas), donde son enviados por los especialistas de oftalmología. Se emplean en ellos métodos especiales de enseñanza de lectura, escritura, dibujo, cálculo, etc., siendo más tarde orientados a una actividad profesional de acuerdo con sus posibilidades. El número de alumnos en cada clase es muy reducido, ya que en ellas la enseñanza ha de ser individual y no colectiva.

Completa su exposición con la proyección de un film sobre escuelas para niños amblíopes, realizándose asimismo durante el curso una visita a la Escuela mixta para amblíopes situada en: 9, Rue Gustave Rouanet, París.

Sobre el tema del *Crecimiento y sus trastornos* disertó la doctora M. PERNOT, encargada por el C. I. E. para el estudio del crecimiento en la infancia, en la visita realizada a dicho centro, situado en la Escuela de Puericultura, y en cuyo centro se estudia el crecimiento del niño basándose primordialmente en peso,

talla, fotografía y radiografía, además de los exámenes complementarios de ojos, cabellos, etc. Asimismo se realiza el control de su desarrollo psíquico por medio de *tests* adecuados a cada edad.

Los *Trastornos de la palabra* fueron expuestos por la doctora BOREL-MAISONNY, directora del Servicio de Reeducación de la Palabra en el Hospital des Enfants-Assistés. Señala la importancia de la palabra, que supone previamente la comprensión de una idea. Trata después del diagnóstico de dichos trastornos, generalmente realizado primeramente por los propios parientes del niño, y da cuenta de los diferentes medios de exploración y *tests* gráficos empleados para su examen, mostrando algunos de ellos. Clasifica los trastornos de la palabra en graves, medianos y leves, y da cuenta de las normas pedagógicas a seguir en cada caso.

El Dr. LESTRADET, Jefe del Laboratorio del Hospital des Enfants-Malades, expone el tema de *Diabetes y edad escolar*. Señala la importancia de esta enfermedad, que afecta a 5.000 escolares franceses, así como la importancia que para su *depistage* tiene el examen sistemático de la orina del escolar. Hace un examen clínico de la enfermedad, señalando las observaciones sistemáticas que han de hacerse en estos niños, tales como determinación de Glucemia, Glucosuria, Acetonuria y tensión arterial.

Señala cómo el niño diabético debe llegar a poder realizar la vida del niño normal y estudia el problema de las vacunaciones sobre el que existen diferentes opiniones, centrando sus conclusiones en lo siguiente: La vacunación antivariólica, puede hacerse la revacunación, no siendo conveniente practicar la primovacunación; en cuanto a las vacunaciones antitífica y antidiftérica, dada la franca disminución de estas enfermedades, es preferible abstenerse de ellas.

Señala la labor pedagógica de estos niños, orientada al aprendizaje de una profesión adecuada. Por último, señala la conve-

niencia de establecer colonias de vacaciones especiales para niños diabéticos.

El Dr. Bahá ARKAN, Director de Higiene Escolar del Ministerio de Educación Nacional de Turquía, asistente por su país a este curso, presenta un estudio sobre la diabetes azucarada en los niños de edad preescolar y escolar, recalando el papel de la herencia y los traumas tanto físicos como psíquicos, así como sus alteraciones hormonales. Señala las consecuencias de la diabetes en el niño y la evolución de dicha enfermedad, estudiando, por último, las medidas a tomar en el orden médico, social y pedagógico.

Las *Enfermedades alérgicas* son estudiadas por el Dr. SCLAFER, ex jefe de clínica de la Facultad de Medicina de París. Señala el concepto actual de la alergia, enumerando los principales cuadros alérgicos de los diferentes aparatos, con un somero estudio clínico de ellos, para terminar exponiendo el tratamiento general de los procesos alérgicos.

En el estudio de los *Trastornos viscerales y endocrinos*, expuesto por el Dr. BOLTANSKI, señaló los más importantes, especialmente del aparato digestivo (colopatías, apendicitis crónica, parasitosis intestinal, afecciones hepáticas), del riñón (pielonefritis, nefritis, albuminuria ortostática), trastornos del crecimiento (enanismo, gigantismo) y trastornos sexuales. Termina con un estudio sobre el alcoholismo infantil, observable en algunas regiones de Francia.

Los *Problemas dentarios de los escolares* fueron examinados en la visita realizada al Instituto Eastman, fundación realizada con la donación de ese filántropo a la ciudad de París y destinada a la vigilancia dental de la población escolar, y donde son visitados diariamente de 400 a 500 niños. La tendencia es fundamentalmente conservadora, de forma que viene a practicarse una extracción por cada cuatro molares averiados que se presentan. En dicho Instituto se practica toda la especialidad de diagnóstico, tratamiento y prótesis, así como cirugía maxilofa-

cial. Tiene cinco salas de operaciones y un gran salón de sesenta equipos dentarios, en los que trabajan otros tantos médicos; tiene, asimismo, diez equipos para prótesis y cuatro salas de hospitalización.

Con motivo de la visita al Centro de Tratamiento de Reumatismo poliarticular agudo de La-Roche-Guyon, fueron expuestos los puntos esenciales del *Reumatismo articular agudo en la infancia* por los Dres. Mozziconacci, Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París, y la Dra. LABESSE, Médico Directora del Centro.

Este Centro está destinado al tratamiento de los niños reumáticos, así como a la profilaxis de dicha enfermedad.

Recuerdan cómo la enfermedad reumática es el resultado de una infección por el *Estreptococo Hemolítico* (E. H.).

Sabido es que existen varios tipos de Estreptococos: El Alfa-hemolítico o viridans, el Beta-hemolítico, en el que se encuentra el productor de la enfermedad reumática y el Gamma-hemolítico. Dentro del grupo beta existen numerosas variedades (hasta 40), de las que el tipo A es fundamentalmente el productor de la enfermedad.

Se estudia el estreptococo beta-hemolítico y se recuerda cómo está constituido por un núcleo central de ácido desoxynucleínico, rodeado de una corona formada de hidratos de carbono, proteínas M y proteínas T que constituyen los compuestos somáticos y que actúan como antígenos, capa que a su vez está envuelta por otra de ácido hyalurónico y rodeando a todo tiene una cápsula. Este estreptococo tiene una serie de secreciones de las que son las más importantes: Toxina eritrógena, Estreptolisina, Estreptokinasa, Estreptodornasa y Proteinasa.

Por otra parte, hay que recordar que la infección por el E. H. puede dar lugar a infecciones locales (anginas, rinofaringitis, erisipela, celulitis) o a infecciones generales, ya sean supuradas (otitis, sinusitis, adenitis supuradas) o no supuradas (reumatismo poliarticular agudo, nefritis, eritema nudoso).

Tiene interés el considerar el porcentaje de sujetos que enferman ante la infección por el E. H. De esta forma, puede afirmarse que de 100 sujetos infectados por dicho germe, 20 no enferman, 20 lo hacen ligeramente y 60 lo hacen de procesos graves, lo que demuestra el poder patógeno del mismo. De los enfermos, diez lo son de otitis y sinusitis, cuatro de reumatismo poliarticular, cuatro de nefritis clínica y veinticinco de nefritis subclínica.

El porqué se considera al E. H. como responsable de la infección reumática se basa en los siguientes hechos:

a) Generalmente a la crisis aguda reumática precede la presencia de una angina estreptocócica, caracterizada por fiebre, cefalalgia, garganta roja con exudado, adenopatía cervical dolorosa, náuseas, vómitos, reacción escarlatiniforme, leucocitosis con polinucleosis y a veces otitis.

b) El E. H. puede aislar frecuentemente en la garganta de los enfermos con Reumatismo articular agudo.

c) Las reacciones serológicas de la sangre de los enfermos reumáticos. En la sangre de estos enfermos se desarrollan anticuerpos estreptocócicos, especialmente antisstreptolisinas, que se ponen de manifiesto en el 75 por 100 de los enfermos; pero aun en el 25 por 100 de los casos en que no aparecen se puede determinar con resultado positivo la presencia de Estreptokinasa y Antihiarudinasa.

Respecto al diagnóstico, puede agruparse la sintomatología en tres grupos:

a) Síntomas fundamentales: Artritis, Carditis, Eritema marginado, Nódulos reumáticos y Corea.

b) Síntomas secundarios: Elevación de velocidad de sedimentación, Artralgia, infecciones previas por el E. H. (deducible por la historia clínica), crisis anteriores reumá-

ticas, estudio del electrocardiograma (alargamiento P-R y disociación aurículo-ventricular).

c) Síntomas accesorios: Antecedentes reumáticos, mal estado general, epistaxis, sudores, dolores abdominales, eritema nudoso, anemia.

Un diagnóstico cierto viene manifestado por la presencia de un signo principal y dos secundarios o bien por dos signos principales. Un diagnóstico probable lo da la presencia de tres signos secundarios y un accesorio o bien cuatro signos accesorios.

La reacción del individuo ante la infección por el E. H. es diferente según se emplee o no profilaxis penicilínica. En el sujeto normal la infección por el E. H. provoca en un 4 por 100 de casos la aparición de un cuadro de Reumatismo poliarticular agudo; pero si ese sujeto es tratado convenientemente con penicilina, no aparece ningún caso de reumatismo. Asimismo en el sujeto reumático la misma infección por el E. H. provoca un 50 por 100 de recaídas de la enfermedad si no es precozmente tratado con penicilina, en tanto que en los tratados el número de recaídas es sólo del 10 por 100.

La profilaxis de los brotes reumáticos tiene la mayor importancia. Lo importante de ella es no interrumpirla una vez curado el sujeto, sino que debe ser mantenida largo tiempo (hasta cinco años), repitiéndola especialmente en la época de la pubertad. La profilaxis es de dos tipos:

a) Medicamentosa: Empleando bien los preparados de Diazina a la dosis de 1 gr. diario, o, mejor aún, Penicilina bien oral a la dosis de dos comprimidos diarios de 200.000 U. O., o bien Penicilina-Benzatina a la dosis de 1.200.000 U. al mes.

b) Supresión de focos infecciosos (amigdalinos, dentarios, etc.) previo tratamiento con penicilina.

En cuanto al tratamiento de la infección con el E. H., se realizará fundamentalmente con Penicilina, bien oral a dosis diaria de seis comprimidos de 200.000 U. O., bien con preparados de Penicilina-Procaína (300.000 U. O. en días alternos) o Penicilina-Benzatina a la dosis de 1.200.000 U. O. en inyección única.

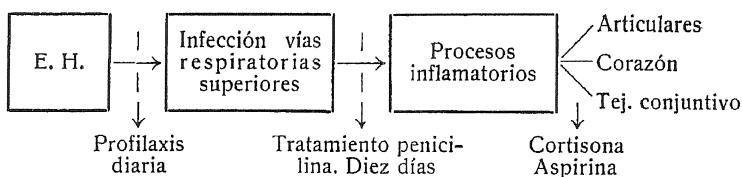
Constituída la enfermedad, es conveniente el empleo de la siguiente medicación:

1. *Cortisona*.—Emplearla hasta la normalización de la velocidad de sedimentación. En el Centro antirreumático se prefiere al A. C. T. H., por la facilidad de administración. Como dosis se aconseja comenzar con 150-200 mgr., para ir descendiendo paulatinamente a medida que mejora el cuadro; hay que tener en cuenta que al suprimirla suele haber una subida transitoria de la velocidad de sedimentación, que vuelve a descender más tarde de modo definitivo. Asimismo conviene tener presente sus equivalencias: 100 mgr. Cortisona = 75 mgr. de Hidrocortisona = 25 mgr. Cortancyl.

2. *Acido acetil salicílico, piramidón o salicilatos*, que sólo actúan en las fases de agudización.

3. *Penicilina*, en las dosis señaladas anteriormente.

Si quisieramos señalar la conducta a seguir en cada fase de la evolución de la infección por el E. H., podríamos señalar el siguiente esquema:



La *Tuberculosis* fué objeto de un detenido estudio, dado el interés del problema en la Higiene Escolar.

1. *La Tuberculosis en la edad escolar*.—Expuesto por el doc-

tor BRISSAUD, quien señala la evolución sufrida en los últimos años con la aparición de antibióticos y quimioterápicos. Señala las características generales, evolución y posibles complicaciones de los cuadros clínicos más frecuentes de la tuberculosis infantil. Estudia el tratamiento actual de los procesos tuberculosos infantiles, señalando la importancia del empleo de la Cortisona en el tratamiento precoz de las reactivaciones, así como en las adenitis fírmicas fistulizadas y, por último, problemas que plantea la profilaxis de la tuberculosis.

2. *La lucha antituberculosa en los estudiantes y adolescentes escolares en Francia* fué claramente expuesta por el doctor DOUADY. Señala cómo la población a proteger es de 360.000 sujetos, representados por 160.000 de Facultades y escuelas superiores y aproximadamente 200.000 de escolares de segunda enseñanza y bachillerato.

Señala los antecedentes históricos y legislativos de esta lucha, observándose en ella cómo desde 1945 fué decretada la obligación de sufrir un *examen* sistemático dichos alumnos al menos una vez al año.

En la actualidad existen en Francia 29 Centros de Medicina Preventiva Universitaria, de los cuales tres radican en París.

El *depistage* se realiza mediante la visita obligatoria realizada una vez al año a dicha población escolar, siendo necesaria tal visita antes de sufrir los exámenes de sus respectivos estudios. A ellos se les realiza control tuberculínico (cuti-reacción o intradermo-reacción) y examen radiológico (radioescopia o fotorradioscopia y cada vez más, y especialmente a los estudiantes de medicina, radiografía). Como balance de este examen presenta el siguiente:

Curso 1951-52.....	Matriculados: 124.377	Examinados: 97.209	78 %
» 1952-53.....	» 131.533	» 104.649	79 »
» 1953-54.....	» 131.415	» 109.332	82,7 »
» 1954-55.....	» 138.390	» 112.332	81,2 »

Esto representa prácticamente el 100 por 100 si se tiene en cuenta que son muchos los alumnos que se matriculan y luego no se examinan y que asimismo son muchos los alumnos que estudian en dos facultades simultáneamente (Derecho y Letras; Ciencias y Farmacia, etc.).

El resultado de las reacciones tuberculínicas fué el siguiente:

Curso 1951-52.—Cuti negativas: 68 %	Cuti positivas: 32 %
» 1952-53.— » » 67 » » » 33 »	
» 1953-54.— » » 65 » » » 35 »	
» 1954-55.— » » 67 » » » 33 »	

Se observa una manifiesta superioridad en los estudiantes de medicina.

El resultado de los exámenes radiológicos fué el siguiente:

	1951-52 Por 100	1952-53 Por 100	1953-54 Por 100	1954-55 Por 100
Tuberculosis evolutiva.....	5,5	5,2	4,5	4,1
Dudosos.....	0,3	0,3	0,3	1
Tuberculosis residuales inactivas.	3,5	2,8	1,3	

Se da un número ligeramente superior en varones (5,1 por 1.000) que en hembras (4,2 por 1.000). Asimismo es más elevada en los estudiantes extranjeros (6,1 por 1.000) que en los franceses de la metrópolis (4,6 por 1.000), debido a las dificultades materiales y sociales.

Este primer examen es realizado en el Centro de Medicina Preventiva Universitaria.

Como consecuencia de este examen de *depistage*, los casos de enfermos son enviados en su mayor parte a los establecimientos de la Fundación "Sanatorios de los Estudiantes de Francia", que constan de los siguientes establecimientos:

- a) Clínica de Pre-cura, que consta de 115 camas, en París para estudiantes de ambos sexos y sirven para hospitalización inmediata.

- b) Sanatorios, de los que existen siete en Francia, con un total de 1.000 camas aproximadamente.
- c) Centro de postura, de los que hay cinco, con un total aproximado de 500 camas.

El coste medio por cama en estos centros es aproximadamente de 1.000 francos diarios, costando la organización general de dicha organización antituberculosa unos mil millones de francos anuales.

Los gastos de estancia se pagan del siguiente modo:

Seguridad social o Asistencia médica gratuita....	81 por 100
Educación nacional.....	12 ,
Sanidad militar.....	5 ,
Totalidad de ingreso de anciamados (por no tener derecho a Seguridad social).....	2 ,

Característica extraordinariamente importante de estos centros, que pudimos comprobar en la visita realizada al magnífico Sanatorium de Lycéens de Neufmoutiers-en-Brie, establecimiento verdaderamente modelo, cuya magnífica construcción no puede menos que impresionar al visitante, es el hecho de que los estudiantes pueden continuar en estos centros sus estudios respectivos, para lo cual existen en los establecimientos 38 profesores residentes pagados por Educación Nacional que sirven de intermediarios entre el estudiante enfermo y el Centro Nacional de enseñanza por correspondencia, que le permite ponerse en condiciones de sufrir los exámenes a final de curso. Cuentan con instalación de Biblioteca, Discoteca, Actividades culturales, etcétera, e incluso editando su periódico propio (*Chao*) por los mismos estudiantes.

Después de la curación, no cesa la protección social, realizándose mediante:

- a) Restaurantes médico-sociales, en los que pagan una pequeña cantidad (75 francos) por una excelente comida cuyo coste normal es 300-400 francos.

- b) Ayuda para alojamiento en la Ciudad Universitaria.
- c) Dispensario Guy-Renard, especial para ellos, donde llega el resumen de su historia clínica.
- d) Ayuda financiera.
- e) Orientación y busca de trabajo.

3. *Vigilancia sanitaria del personal de enseñanza y en contacto con el alumno*, es orientada de modo especial hacia la tuberculosis y enfermedades transmisibles.

Tiene el mayor interés, toda vez que el profesor enfermo puede ser la fuente de contagio para sus alumnos, así como el profesor sano puede ser contagiado por alguno de ellos.

Este servicio atiende a la vigilancia de una población aproximada de 300.000 sujetos, representados por maestros y profesores de todos los grados de enseñanza, tanto de la enseñanza pública como privada, así como del personal médico y social de la Higiene Escolar y Universitaria.

Tiene su origen en decreto aparecido en 1945, según el cual establece la obligación de examinar por lo menos cada dos años a toda persona que conviva o trabaje en contacto con los alumnos en todos los centros de enseñanza pública o privada; tendrá por objeto primordial el *depistage* de las enfermedades transmisibles al escolar, especialmente la tuberculosis. En la actualidad este examen se practica en la mayor parte de los Departamentos cada año.

A este respecto el profesorado es convocado y se le realiza un examen radiológico de pulmón (radioscopia, fotoradioscopia y, en ocasiones, radiografía). El examen puede realizarse por un tisiólogo público o privado o de la Higiene Escolar y Universitaria, bien en un Centro hospitalario, en Dispensario antituberculoso de Higiene Social, en un centro médico-escolar y en la zona rural con camiones provistos de equipos radiológicos.

Independientemente de este examen periódico es imprescindible

dible realizar el examen: antes de tomar posesión de su plaza; a la terminación de época de licencias, especialmente cuando ha sido por enfermedad; cada seis meses durante dos años si anteriormente estuvo enfermo de tuberculosis; cuando lo pide el inspector médico-escolar o el jefe del establecimiento.

Estos exámenes son gratuitos para el interesado.

No puede negarse tiene algunos inconvenientes, especialmente derivados de la diversidad de organismos encargados de esta labor y la falta de personal para la misma, así como en la enseñanza privada, por los frecuentes cambios del personal, especialmente en segunda enseñanza.

Los maestros o profesores enfermos son separados inmediatamente de su labor docente y puestos en tratamiento en sana-torios apropiados.

Una vez dado de alta en los mismos y antes de incorporarse a sus tareas docentes, pueden pasar a los centros de postcura. A este respecto tuvimos ocasión de visitar los Centros de postura de la Mutual General de Educación Nacional de Maisons-Laffite. En ellos se realiza una intensa vigilancia sobre los interesados para depistaje de recaídas, realizando una vida de reposo relativo. En dicha localidad existen dos: uno para hombres (Hôtel Royal), con 80 camas, y otro para mujeres, de edificación modernísima y estupenda instalación, con 80 plazas. Tiene habitaciones individuales con cama, mesa de trabajo, armario empotrado, teléfono, cuarto de aseo. El costo de este último establecimiento ha sido de 400 millones de francos y el gasto de estancia por plaza es, aproximadamente, de 1.800 francos diarios, incluyendo en ello honorarios médicos, etc.

Sobre *Vacunación y la escuela (Posición actual del problema)* disertó el Dr. MANDE, examinando la actitud actual en la práctica de las diferentes vacunaciones, mostrándose decidido partidario de vacunar, con carácter obligatorio, contra la viruela, difteria, tétanos, tos ferina, no mostrando entusiasmo por la vacuna antitífica, debido fundamentalmente a la disminución

constante de la enfermedad y los excelentes resultados de los actuales antibióticos.

Examina la vacunación B. C. G., cuyas características describe, y se muestra decidido partidario de realizar la vacunación B. C. G. en todo escolar tuberculino negativo, sea por el método de escarificaciones, sea por inyección intradérmica.

3. EVOLUCION PSIQUICA Y SUS PROBLEMAS

El Dr. LAUNAY estudia el desarrollo afectivo, intelectual y de la personalidad del niño. Señala cómo en la personalidad infantil intervienen una serie de causas, de las cuales son primordiales los factores físicos, intelectuales, pedagógicos, afectivos y motores.

Los factores médicos, representados por enfermedades crónicas o de repetición, que hacen que el niño acuda menos a la escuela y tenga, por tanto, menor actividad escolar; asimismo el niño es más propicio a cansarse, realizando sus tareas con menos agrado; por último, los procesos patológicos repercuten sobre su estado de ánimo y propia personalidad.

Los factores intelectuales tienen gran interés, pues de su desarrollo depende en buena parte la personalidad del sujeto. Se determinan por medio de *test* (BINET-SIMON, THELMANN, etcétera).

Los factores pedagógicos tienen su importancia. Pueden proceder del propio niño, de sus maestros o de los familiares. Por parte del escolar, porque hay niños con alteraciones del lenguaje o dificultad para escritura o lectura generalmente por déficit intelectual que no pueden seguir la marcha de los niños normales de su edad. Por parte de los pedagogos al pretender que el niño siga sus clases, sin tener en cuenta su desarrollo intelectual y guiándose sólo de su edad cronológica, y por parte de la familia por educación inadecuada.

Otras veces son factores afectivos relacionados especialmente con el medio ambiente que rodea al niño, tales como la familia, el barrio o las circunstancias económicas.

Seguidamente el Dr. W. D. WALL, de la U. N. E. S. C. O., estudia algunas dificultades que surgen en el desarrollo psíquico normal del niño.

Una de ellas es la primera entrada del niño a la escuela, lo que supone un profundo cambio en la vida afectiva del niño. Este se separa de sus padres y comienza una vida en un nuevo mundo desconocido para él. Hacia este nuevo medio se orienta bien con introversión o extroversión, que es un viraje emotivo base de su vida intelectual.

La reacción del niño a la entrada varía según la forma como lo hace; si llegó a ella con un aprendizaje de vocabulario, aprenderá pronto; en caso contrario tendrá que adquirir previamente ese conocimiento de vocabulario suficiente. Por otra parte, la vida familiar estimula no sólo su vocabulario, sino también su vida emotiva e intelectual; así, se observa con frecuencia cómo en el niño hay un cierto paralelismo entre su inteligencia y la de sus familiares.

Al entrar el niño pequeño en la escuela busca en sus maestros las mismas cosas que normalmente busca en su madre, lo que es frecuente que durante el primer mes de vida escolar el niño manifieste en la escuela un distinto comportamiento al suyo real, comportamiento que no pocas veces se refleja también en las relaciones con su familia.

Es cosa sobradamente conocida la mayor morbilidad del niño en el primer año escolar.

Más tarde, en el transcurso de la vida escolar, hay también circunstancias que influyen desfavorablemente en la evolución psíquica del niño, haciendo pensar en ocasiones que se trata de un inadaptado; tales son la sobrecarga escolar, tan frecuente en la época actual en la mayor parte de los países y que le exige

continuar las tareas escolares en su domicilio, privándole de horas de juego y expansión necesaria a la vida psíquica. Otras veces hay clases que producen repulsa al escolar, ya sea por las materias a estudiar a causa del profesorado.

Por último, el niño llega a la edad de la pubertad, donde los problemas psíquicos son más violentos, surgiendo en el adolescente una serie de problemas de los cuales son los más frecuentes los problemas filosóficos, los problemas intelectuales relacionados con su futuro y los problemas sexuales.

4. LOS PROBLEMAS DE LA ENSEÑANZA

1. "SURMENAGE" ESCOLAR.—En Francia, como en la mayoría de los países, el nivel actual de la enseñanza es muy elevado; esto, que tendrá una influencia favorable para la formación intelectual de las futuras generaciones, tiene también el grave inconveniente que lo sobrecarga de trabajo, produciendo en gran número de casos el *surmenage*.

En efecto, los alumnos de las escuelas primarias trabajan treinta horas semanales, lo que es mucho para estos niños dada su edad; hay ocasiones, ello es cierto, que parte de este tiempo se dedica a ejercicio físico, tiempo libre, ejercicios manuales, etcétera, es decir, lo que supone una pedagogía correcta; pero también es cierto que muchas veces falta este tiempo consagrado a ejercicio dedicando todo él al trabajo intelectual, cuando no se exagera con un complemento de tareas a realizar en su domicilio.

En segunda enseñanza las horas de trabajo son aún mayores, siendo de treinta a cuarenta horas semanales, llegando posteriormente en la enseñanza técnica a alcanzar en ocasiones la cifra de cincuenta horas semanales. Ello supone un grave perjuicio, puesto que es una jornada de trabajo análoga a la del adulto, con la desventaja, de un lado, de la edad del sujeto, y de

otro, de que se trata de trabajo intelectual, más agotador que el trabajo manual.

Si se tiene en cuenta que existen aproximadamente un 40 por 100 de alumnos que no son capaces de seguir regularmente sus estudios, comprenderemos que algo debe ir mal, y este algo es la sobrecarga escolar.

Sin embargo, el suprimir las tareas de trabajo en las casas es cosa difícil, pues a ello se oponen profesorado y los propios padres, pese a las críticas que normalmente hacen en este sentido.

El profesorado porque ello supondría reducción de los programas con el consiguiente peligro de fracaso en el momento del examen. Pero también los mismos padres se oponen a esto por un error psicológico al suponer que si el hijo llega a la casa y se dedica a jugar en lugar de estudiar, es porque no estudia nada ni en el colegio le enseñan. De ahí el resultado de unas interesantes encuestas realizadas en Francia sobre el trabajo en la casa por los escolares, que arrojó las cifras siguientes: 70 por 100 de los familiares se mostraron partidarios de que continuase el trabajo en la casa; 18 por 100 de que continuase, aunque más reducido, y sólo un 2 por 100 se mostraron partidarios de la supresión.

Pero, analizando más la cuestión, ¿los niños están en condiciones de realizar este trabajo? Existe un hecho, y es que pese a esta abrumadora mayoría de los partidarios de mantener las tareas en los domicilios, el hecho es que son ellos mismos los que se quejan del trabajo de sus hijos y de que los propios padres han de ayudarles a hacer estas tareas cuando no a realizarlas totalmente.

Por otra parte, los planes de enseñanza de la casi totalidad de los países son altamente racionales, pues dedican determinadas horas semanales a los ejercicios físicos, trabajos manuales, etcétera, pero el hecho cierto es que ante la carga de materias que ha de estudiar el escolar, poco a poco se van modificando

estos horarios, suprimiendo estas clases que consideran accesorias, y entonces un plan de estudios que se consideraba al menos aceptable se convierte en totalmente inadmisible.

En los estudiantes universitarios el problema no es tan grave, por un lado, porque parte de las horas dedicadas al trabajo lo son en laboratorios, clínicas, etc., que es más llevadero, y en parte porque el trabajo de estudio no es tan regular a lo largo del curso como en los otros grados de enseñanza, sino que, por lo general, la intensidad del trabajo está en relación directa con la proximidad de los exámenes.

Consecuencia de los hechos que se han dejado apuntados son las cifras de alumnos normales desde el punto de vista físico e intelectual que no son capaces de seguir la marcha del resto de la clase:

Clase primaria	—30	por 100 niños retrasados con el resto de la clase.
Clase elemental.....	—26	» » » »
Ingreso.....	—48	» » » »
Superior (Bachiller)...	—60	» » » »

(Cifras referidas a Francia).

Por otra parte, en el bachillerato sólo llegan al final uno por cada tres de los que comenzaron los estudios y de los alumnos que llegan al 40 por 100 lo finalizan a la edad normal, mientras que el resto precisan más años para terminarlo.

Ante ello se ha ensayado en alguna escuela en dejar libre la tarde para ejercicios físicos, trabajo manual y estudio de las tareas, observándose que pasaban los exámenes con el mismo porcentaje de éxitos que los que hacían la jornada escolar completa.

Como causa de lo que antecede hemos de buscarla, de un lado, en la familia, y de otro, en la escuela o colegio.

A) *Familia*.—El trabajo de los padres, más aún cuando son ambos los que trabajan, es causa de un menor control sobre el niño, el cual pierde parte del tiempo que debiese dedicar al es-

tudio. Asimismo los padres excesivamente complacientes que dejan ir, por ejemplo, al cine al niño a la salida de la escuela dejando sus tareas para más tarde, ello hace que ese niño, además de encontrarse sobrecargado de trabajo, se le quiten horas de descanso destinadas al sueño.

B) *Escuela*.—Es sin duda el factor más importante y que requiere urgente modificación.

a) Hay que reducir horas de trabajo al escolar, de forma tal que quede:

Quince horas semanales de trabajo en niños de escuela primaria.

Veinte horas semanales de trabajo para niños de once a quince años.

Treinta horas semanales de trabajo para niños mayores.

b) Descargar los programas de estudio. Es un hecho claro que todos los programas se encuentran sobrecargados. A ello se agrega que el profesor especializado, como es lógico, en la materia que explica pretende que sus alumnos lleguen al perfecto dominio de esa materia, lo que no es posible dada la diversidad de asignaturas de cada curso.

c) Modificar el horario de las clases de forma que el alumno tenga poco que hacer terminada la jornada escolar.

d) Los exámenes tienen influencia perniciosa, toda vez que el profesorado, la familia y el niño tienen como único objetivo no la formación del escolar, sino rebasar con éxito el momento del examen.

La solución dada a estos problemas por algunos países (algunos cantones de Suiza, África ecuatorial francesa, algunos sectores de Alemania, etc.), es que el niño da sus clases por la mañana, dedicando la tarde para ejercicios físicos y a preparar sus tareas en la propia escuela bajo la vigilancia del profesor hecho que nos parece excelente y que merece la pena ser puesto en práctica.

2. ORIENTACIÓN PROFESIONAL (Dr. BIZE).—Responde a una necesidad de la época actual de orientar a cada uno con arreglo a sus condiciones. Hubo una época que la selección de profesión no existía, sino que los conocimientos profesionales eran una herencia que se transmitía de padre a hijo. Más tarde el maquinismo condujo, junto a la concentración humana en las grandes ciudades y la emancipación de la mujer, a la necesidad de una formación técnica, formación cada día más necesaria.

Pero esta formación técnica ha de ir precedida de una formación escolar obligatoria para todos los ciudadanos, al final de la cual podrá orientarse hacia una formación profesional.

Este problema de orientación puede orientarse en dos sentidos: Uno de orientación escolar, es decir, orientar al joven en las disciplinas de acuerdo con sus aptitudes, vocación y de acuerdo también con las posibilidades familiares. De otro lado, la orientación profesional propiamente dicha en que junto a las condiciones físicas, psíquicas y morales del individuo debe tenerse en cuenta también las necesidades de la nación.

Exige dar a la escuela una organización tal que permita al joven una orientación profesional, si bien no excesivamente precoz, por ser ello perjudicial, de forma que el niño no debe orientarse hacia una profesión hasta tener como mínimo quince años; ello supone un cambio en la organización tradicional de la enseñanza.

Para ello se han propuesto varias soluciones: una de las más aceptadas es la organización dualista de la enseñanza, es decir, en la escuela habría dos tipos de enseñanza: una teórica y otra de trabajos sencillos que permitiría al joven su selección y posterior especialización.

Pero no es suficiente que el niño se incline hacia tal o cual profesión, sino que exige un estudio más completo del mismo realizado en equipo por el médico, el maestro y el psicotécnico. Hay que estudiar en el sujeto fundamentalmente tres factores: aptitudes, vocación y personalidad.

a) *Aptitudes.*—Supone el estudio de las aptitudes, tanto generales (cociente intelectual) como aptitudes particulares (factor verbal, espacial, matemático, manual, memoria, rapidez, percepción, facilidad resolución problemas, etc.), que nos permitirá agrupar al joven bien como adecuado a trabajos teóricos o intelectuales, bien a profesiones manuales.

b) *Vocación.*—Exige por qué el niño se inclina realmente hacia una profesión. Generalmente lo hace porque se gana más o da más prestancia social, o bien influído por familiares o amigos; son causas extrínsecas de poco valor. Otras, por el contrario, la elige por propias aficiones personales; son las causas intrínsecas de verdadero valor.

c) *Personalidad.*—No puede pasar inadvertida en este tipo de examen; requiere el estudio físico del sujeto (sistema nervioso, reflejos, sensibilidad, examen visual, predisposición a determinadas enfermedades, etc.) y psíquico (atención, memoria, conducta, etc.).

A la vista de ello podrá dársele un consejo, pero nunca una imposición.

5. EDUCACION ESPECIALIZADA

Dedicada a cierta clase de escolares no aptos a seguir las enseñanzas en las clases de niños normales, por poseer cierta anormalidad que puede ser generalmente motriz, sensorial (visual o auditiva) o mental. En otros casos la razón estriba en la edad del niño (Escuelas maternales) o en su estado de debilidad orgánica (Escuelas al aire libre).

1. NIÑOS AFECTOS DE ENFERMEDAD MOTRIZ.—Lógicamente estos niños, dado su estado, no deben seguir de momento sus estudios en una escuela normal, sino que es preferible hacerlo en un centro donde, junto a la labor pedagógica adecuada a cada

caso, se siga un régimen de reeducación funcional. Los niños afectos de enfermedad motriz pueden serlo bien por procesos que no afecten a las funciones psíquicas (poliomielitis, traumatismos, etc.), bien que junto a las alteraciones psíquicas más o menos pronunciadas (encefalopatías congénitas), toda vez que la conducta pedagógica a seguir en cada caso será diferente.

Nos ocuparemos preferentemente, por su importancia y frecuencia, del problema del niño poliomielítico, estudio que fué realizado en la visita efectuada al Centro de Raymond-Poincaré en Garches.

El niño poliomielítico puede ir: 1.^o A un centro donde sea tratado en su fase aguda. 2.^o A un establecimiento para recuperación motriz (desde un mes de la fase aguda hasta su recuperación). 3.^o A una casa de recuperación que sea intermedia entre el anterior y la familia o sustitutivo de ésta cuando es difícil continuar en ambiente familiar (razón de distancia, mal ambiente familiar, etc.).

El Centro de Raymond-Poincaré fué creado en 1949 y alberga a 470 niños de todas las edades. Tiene una parte hospitalaria y una parte de centro de recuperación propiamente dicha y una parte escolar.

El tratamiento de recuperación se basa en los siguientes métodos:

- a) Gimnasia: ejercitar esfuerzo de la voluntad para hacer funcionar individualmente cada músculo.
- b) Tratamiento funcional; pasivo y activo.
- c) Hidroterapia, balneoterapia, masaje.
- d) Electroterapia.
- e) Recuperación por el trabajo.

El gran principio del centro es que ningún niño debe permanecer en la cama, sino que debe estar fuera de ella, ya sea en la parte médica, ya en la escolar. Forman un grupo escolar cons-

tituído por cuatro escuelas maternales, seis escuelas primarias y dos clases de formación profesional, pudiendo además seguir los enfermos los estudios de bachillerato o de escuelas superiores.

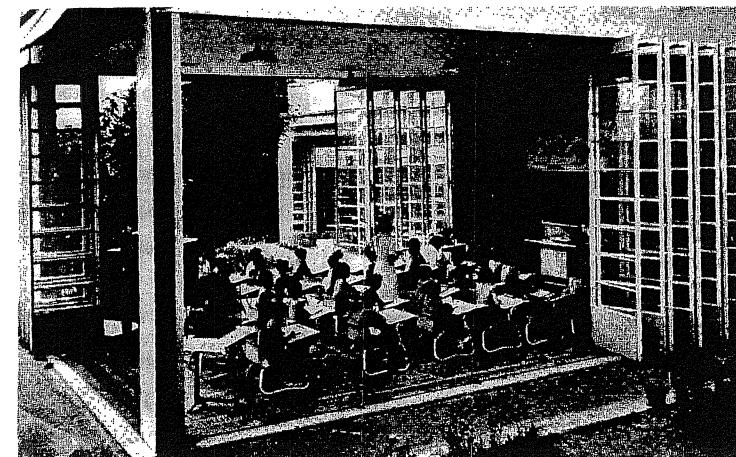
El profesorado tiene una especialización, ya que estos enfermos tienen más facilidad para la fatiga, a lo que se une la fatiga originada por el tratamiento médico, que le exige una gran concentración para realizar la contracción del grupo muscular que se desea.

No pocas veces junto a su proceso motriz existe en ellos una verdadera inadaptación, por un lado manifestable por trastorno de carácter, provocado no sólo por la enfermedad, sino también de influencia familiar. Otras veces es una inadaptación intelectual, como consecuencia de haber permanecido largo tiempo al margen de las tareas escolares.

La misión del Centro es lograr que estos niños sean útiles a la sociedad y capaces de ganarse el sustento. De ahí que el tratamiento pedagógico y el médico se complementan, pues con la enseñanza ejercitan el mecanismo psíquico y se educan en vivir en sociedad, aparte de que le obliga a realizar simultáneamente un ejercicio físico. Así, por ejemplo, el hacer una obra le exige pensar qué va a hacer (ejercicio psíquico), realizarla (ejercicio motriz), buscar sus errores (ejercicio psíquico) y corregirlo (ejercicio motriz); es decir, vemos que unos y otros son inseparables.

Asimismo, y en relación con este tema, tuvimos ocasión de contemplar un film sobre el Centro de reeducación psíquico-física del Profesor LEROY y del Profesor CATHALÁ en Rennes.

2. NIÑOS AFECTOS DE ANORMALIDAD SENSORIAL.—Dejamos señalado anteriormente el problema de los trastornos de la visión y de la palabra. Fué completado este estudio con la visita realizada a la Escuela de amblíopes de 9, Rue Gustave Rouanet, París 18, así como a la Escuela de reeducación de sordomudos:



Escuela a pleno aire. Una clase primaria.

35, Rue de Nanterre, Asniere (Sena). En una y otra fueron señalados los métodos pedagógicos especiales de este tipo de escolares.

3. ESCUELAS AL AIRE LIBRE.—Fué estudiado este tema con motivo de la visita a las magníficas escuelas al aire libre de *Suresnes*, una de las instalaciones que más nos llamó la atención de nuestras visitas a lo largo del curso. Se trata de una grandiosa edificación modernísima que acoge a 300 niños propuestos por los Servicios de Higiene Escolar y seleccionados entre niños débiles.

En ella se les da enseñanza como en la escuela primaria, pero, además, se les proporciona desayuno, comida, merienda y se dedica parte de la jornada diaria a reposo o siesta.

Los niños son transportados a la escuela en autocar; las aulas, bien iluminadas, son de puertas abatibles, de forma que pueden quedar en comunicación con los grandes patios y jardines, con buena calefacción; posee además una pequeña piscina, sala de duchas, salas de gimnasia, salas de juego, etc.

La maestra posee título especial de maestra de escuela de aire libre, y el trabajo escolar se realiza adaptado al niño, buscando en el mismo la adaptación social. Para el logro de ese título especial requiere que la maestra trabaje previamente durante siete meses en una de estas escuelas de aire libre.

Junto a la maestra actúa la asistenta social, que cuida del baño, reposo, comida, etc., de estos niños, así como conducirlos periódicamente a la vigilancia médica, cuyo gabinete está situado en la misma escuela. Cada tres meses se le practica reconocimiento a rayos X y cada año reconocimiento por especialista de oftalmología y garganta.

En ella las escaleras quedan reducidas a lo indispensable, para evitar posibles accidentes, siendo sustituidas en la mayor parte por rampas.

4. JARDINES ESCOLARES. ESCUELAS MATERNALES (Mdme. HERBINIERE LEBERT).—Tienen por objeto recoger al niño antes de su entrada en la escuela primaria. Su origen fué el problema que planteaba el atender a los niños por parte de la madre trabajadora. De ahí que al principio fuesen organizados por instituciones privadas y situadas en los mismos locales de trabajo hasta que fué reglamentada la creación de las llamadas salas de asilados que recogía a los niños entre dos y seis años para favorecer su desarrollo físico e intelectual.

Se le denominan impropiamente escuelas sin serlo, ya que la asistencia a la misma no es obligatoria y su orientación pedagógica difiere de la escuela clásica. Tienen un alto interés social, pues permite recoger al niño durante la jornada de trabajo de la madre, a cuyo fin las horas de entrada y salida coinciden con el horario de trabajo normal; pero junto a su interés social lo tiene educativo.

Acoge al niño maternalmente, tratando de sustituir a la madre durante su permanencia en la escuela; se les da comida y suplementos alimenticios y se les proporciona horas de sueño. Existen en Francia 70.000 alumnos en este tipo de escuela.

Los locales son costeados por la Municipalidad, y en cuanto al personal, lo hay de dos tipos:

a) Personal educativo costeado por el Estado, con jornada de trabajo de seis horas y cuya labor es puramente pedagógica.

b) Personal social, costeado generalmente por la Municipalidad; se denominan guardadoras, y su misión es realizar las funciones de madres (cuidar comida, bañarlos, cuidar el sueño, etc.); su jornada es toda la que la escuela permanece abierta, incluso el jueves por la tarde que estas escuelas siguen funcionando.

Recoge a los niños entre dos y cinco años para ayudar y asegurar su desarrollo físico y moral. Pedagógicamente está dividida en tres Secciones:

- a) Niños de dos a cuatro años o pequeña sección.
- b) Niños de cuatro a cinco años o segunda sección.
- c) Niños de cinco a seis años o gran sección.

En los niños pequeños sólo se dedican a cultivar y facilitar los medios de expresión, prodigándose en ellos el canto, baile y marionetas, así como fomentar los buenos hábitos, educándolos con el ejemplo. En los niños mayores inician la lectura y escritura y cálculo como transición a la escuela primaria.

En la formación del personal pedagógico sólo existe el especialista en dirección de Escuela Maternal, que exige el trabajar cinco años en este tipo de escuelas. Asimismo hay inspectoras especializadas que controlan el trabajo de las maestras de escuelas maternales.

En Francia el 80 por 100 de los niños de edad preescolar asisten a estas escuelas, de las que hay 15.000 clases. En general en cada grupo escolar existe una escuela maternal.

Como complemento fué proyectada una película sobre las escuelas maternales francesas.

6. INSTITUCIONES PARA-ESCOLARES

1. CANTINAS ESCOLARES.—La alimentación de los escolares en Francia se realiza, en parte, en medio familiar, y en gran parte gracias a la organización de las cantinas o restaurantes escolares.

Tienen como uno de sus fundamentos legales la recomendación núm. 33 de la XIV Conferencia Internacional de Instrucción Pública, convocada por la U. N. E. S. C. O. y el B. I. E. y

reunida en Ginebra del 12 al 21 de julio de 1951. En ella se considera cómo en numerosos países el factor distancia tiene una gran importancia en la asistencia escolar, como asimismo la escolaridad obligatoria no debe provocar en la familia gastos suplementarios. Por otra parte, el trabajo de la mujer fuera de su domicilio impide la confección y vigilancia adecuada de la comida y siendo la alimentación uno de los factores más importantes para la salud del alumno, así como de su rendimiento escolar, exigiendo un aporte suficiente de calorías y una adecuada distribución de los diversos principios inmediatos, somete a los Ministerios de Instrucción Pública de los diferentes países lo siguiente:

- a) Que en cada nueva escuela o grupo escolar se prevenga la instalación de cantina o, al menos, de local destinado a comedor.
- b) Que, en la medida de lo posible, se agregue a cada grupo escolar existente.
- c) Que los gastos de funcionamiento de esa cantina sean a cargo de las autoridades centrales o locales que cargan con los gastos de la escuela.
- d) Que las cantinas se instalen de forma análoga al medio familiar, en pequeñas mesas y pequeños grupos que recuerden dicho ambiente; el mobiliario será de tipo utilitario para que el niño ame los objetos bellos y limpios.
- e) Estará abierta a toda clase de niños, sin distinción en razón del beneficio que ella proporciona, tanto alimenticio como educativo.
- f) Cuando no sea posible suministrar la comida gratuitamente, los gastos familiares no serán mayores que el costo del alimento.
- g) Sus menús serán compuestos racionalmente, de forma que favorezca el crecimiento y desarrollo fisiológico del niño.

Para el estudio del presente tema fué visitado el Restaurant escolar La Roseraie, en Montgeron, siendo el ponente M. PAUMIER, del Ministerio de Educación Nacional.

Los niños que comen en el mismo pertenecen a todas las clases sociales (comerciantes, profesiones libres, obreros, etc.). La mayor parte de las familias los envían a estos restaurantes no sólo por ser más económicos, sino porque tienen la seguridad de que de esa forma sus hijos tienen una alimentación cuantitativa y cualitativamente suficiente.

Pero a su vez esta alimentación racional repercute posteriormente sobre la familia, quien acaba estableciendo también una alimentación racional.

Pero aún hay otra razón, y es de tipo social. La cocina francesa la hace la mujer; pero ésta, por motivo de su trabajo, cada día más frecuente, realiza la comida de modo rápido a base de alimentos prefabricados, peores, como es lógico, tanto desde el punto alimenticio como gastronómico.

Cada cantina de gran ciudad o pueblo tiene autonomía administrativa, no siendo ésta de tipo central, sino local, y siendo su relación con la administración central solamente a efectos de normas directrices.

Los gastos de instalación y sostenimiento recaen fundamentalmente sobre la municipalidad; tiene esta descentralización también la ventaja de que cada región mantiene su régimen de comida habitual.

El control de la cantina es doble: por un lado, control médico escolar, y por otro, derivado de la Inspección de enseñanza.

Su dieta es de 2.200 a 2.400 calorías: la ración del medio día, que es la que hacen en la cantina, será superior a la mitad del total de calorías y contendrá la mayor parte de los elementos proteicos de la dieta. Esas proteínas se le suministran en forma de carne y suplementos de leche y queso; dos veces en

semana se le suministran filetes de pescado limpio de espinas; el resto de la semana se le da carne.

El gasto diario por ración y niño, incluyendo toda clase de gastos, es de 150 francos. De ellos parte es abonado por la familia, para lo cual se establece un índice resultante de dividir la totalidad de ingresos familiares por el número de miembros de la familia. Con arreglo a ese índice varía la aportación familiar: desde no pagar nada a pagar como máximo 125 francos. El Consejo General Departamental abona 15 francos por niño y día y la Municipalidad 10 francos por niño y día. Lo que falta es abonado por la Caja de Seguridad Social.

Desde 1944 funciona el desayuno escolar, consistente en leche, mantequilla, fruta y chocolate, por lo que pagan 15 francos.

La organización consiste en una serie de pequeños comedores, en cada uno de los cuales hay varias mesitas con capacidad para cinco plazas; en ellas comen cuatro niños pequeños y una niña mayorcita que hará de mamá, es decir, cuidará de llevar la comida, partirlas la carne a los más pequeños, hacer la distribución de las raciones, etc. La decoración es semejante a la familiar de una familia de clase media y en toda su organización se asemeja a la que existe en la familia francesa.

2. COLONIAS DE VACACIONES.—Expuesto el tema por N. ARENTS, Inspector general de Educación Popular, que señala los beneficios que desde el orden físico, psíquico y social tienen estas colonias, así como el régimen de las mismas al aire libre en contemplación con la naturaleza, sirviendo ello como medio de educación.

Fueron proyectados dos films: uno de colonias de vacaciones de Argel, presentado por el Dr. DUVERDIER, y otro de colonias de vacaciones en Suiza, presentado por el Dr. ROCHE.

7. EDUCACION SANITARIA Y SEXUAL

1. EDUCACIÓN SANITARIA.—Es expuesto este tema por el doctor BERTHET.

La educación sanitaria tiene el mayor interés en los escolares, ya que constituyen el fundamento de una formación sanitaria del futuro. Los programas de enseñanza se basarán en el conocimiento de las ciencias básicas (anatomía, fisiología e higiene), así como el estudio del estado normal de salud (higiene general y algunas especialidades, como deportes, etc.), para terminar con un conocimiento elemental de medicina preventiva.

Pero, como es lógico, para que esta educación sanitaria, que ha de darla fundamentalmente el maestro, sea eficaz, requerirá un conocimiento exacto de la cuestión por parte del profesorado; de ahí que la labor primordial sea preparar sanitariamente al profesorado, que podría consistir, en previos determinados cursos, adquirir el diploma de educación sanitaria, que deberá consagrarse este conocimiento.

La técnica de enseñanza será fundamentalmente auditivo-visual mediante imágenes, cuadros gráficos apropiados al tipo de alumnos.

Por su importancia, en la hora actual creemos no debiera emitirse nunca en esta enseñanza sanitaria los peligros de la circulación, causa que actualmente origina cifras altas de mortalidad y morbilidad en la edad escolar.

2. EDUCACIÓN SEXUAL (Dr. MAUCO).—El problema de la educación sexual es altamente difícil y delicado, y tema que, por otra parte, nadie se atreve a abordar plenamente. Por otra parte, es indispensable la colaboración familiar; la escuela aisladamente poco puede hacer sin la colaboración familiar. Creemos que en los países católicos hay que contar con otro factor de

importancia: el asesoramiento religioso a través del confesor del propio niño.

La base fundamental es no engañar jamás al niño, desviando la cuestión a las preguntas que formula, y haciéndole observar lo que ocurre con otros seres de la naturaleza, vegetales y animales. Pero el decirle la verdad no quiere decir tampoco que haya que explicarle los problemas sexuales con toda la crudeza, sino paulatinamente, de forma que de modo progresivo comprenda el gran problema de la vida.

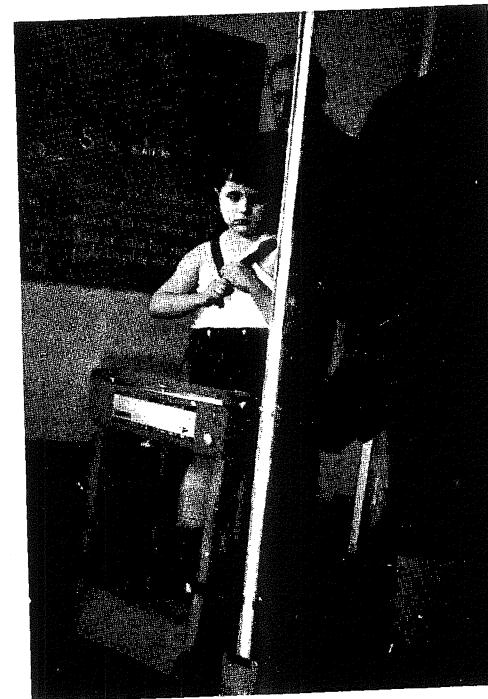
8. INSTALACIONES ESCOLARES

Comprende las cuestiones relativas a la arquitectura escolar y mobiliario escolar, así como la higiene de la escuela y material escolar.

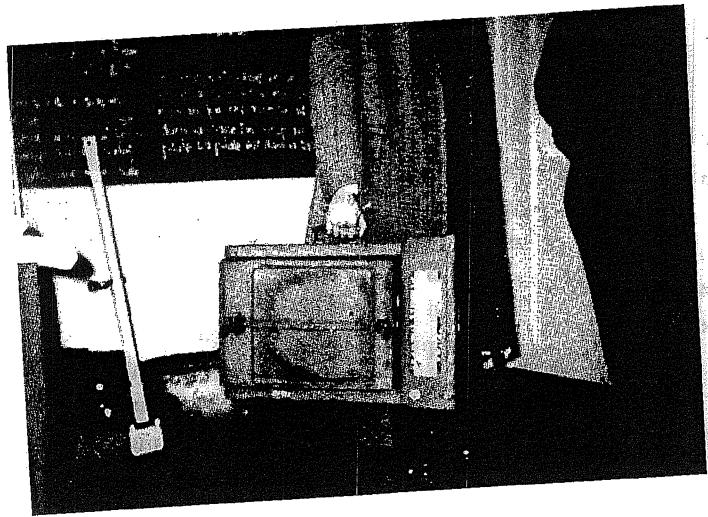
El estudio se basa fundamentalmente en el hecho de que la escuela debe tener amplitud suficiente, dotada de patios de recreo para los escolares, tanto al aire libre como cubiertos para cuando el tiempo impida la permanencia al aire libre. Debe estar dotado de luz natural suficiente, buena aireación y con emplazamiento higiénico adecuado. Estará dotado de calefacción para tiempo frío, siendo variable su forma según las escuelas (central, por aire, eléctrica o por petróleo), y luz artificial suficiente para cuando sea necesario su empleo.

El mobiliario escolar se adaptará a las condiciones fisiológicas de la estética del escolar; deberá ser apropiado a cada niño con arreglo a su talla, a fin de evitar desviaciones de la columna vertebral.

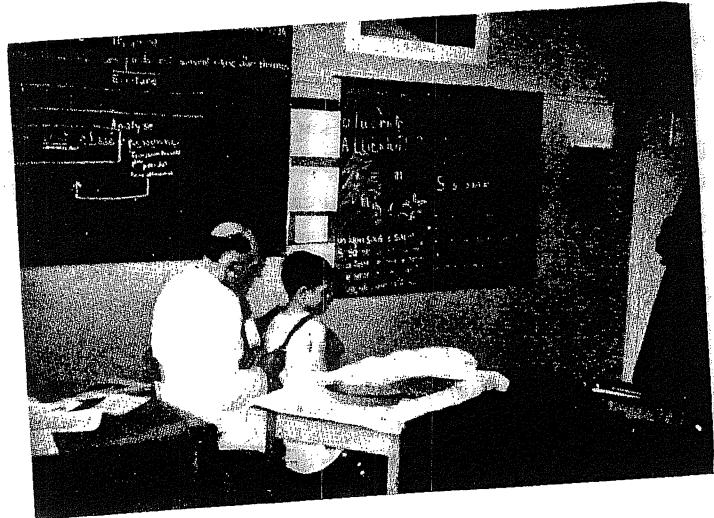
Por último, tanto la edificación como mobiliario y material, serán construidos de material fácilmente lavable que reúna buenas condiciones higiénicas.



Modelo de báscula portátil empleada para el reconocimiento médico-escolar en las escuelas.
Báscula abierta preparada para su empleo.



La misma, cerrada, preparada para su transporte.



La visita médico-escolar en una escuela rural.

RESUMEN

Se describe el desarrollo del Curso sobre problemas de Higiene Escolar para Médicos, celebrado en el Centro Internacional de la Infancia durante los días 9 de enero al 4 de febrero de 1956.

La Higiene Escolar debe tener una misión fundamentalmente preventiva. De ella se beneficiará toda la población escolar desde la edad de preescolares, a través de las Escuelas Maternales, hasta el fin de la enseñanza superior o universitaria. Asimismo establecerá la vigilancia del profesorado de toda clase para el *depistage* precoz de las enfermedades transmisibles, y de modo especial de la Tuberculosis.

Se estudia la organización de la Higiene Escolar, variable de unos países a otros, toda vez que en unos es organizado por el Ministerio de Sanidad, en otros por el de Educación Nacional y en otros (España entre ellos) por ambos organismos.

No se concibe en la actualidad el trabajo aislado del médico escolar, sino el trabajo de equipo, en el que colaborará el pedagogo, la familia y la enfermera escolar, cuya importancia es fundamental.

Se estudia la visita médica, forma de realizarla, locales, organización y papel desempeñado por cada uno de los elementos que intervienen en la misma.

Las enfermedades de esta edad son examinadas y de modo especial la tuberculosis, tanto los problemas que plantea para el escolar como los que plantea esta enfermedad en el profesorado, así como los diversos tipos de establecimientos destinados tanto a su curación como a su vigilancia ulterior.

Los problemas de la enseñanza son asimismo objeto de examen, especialmente el problema actual de la sobrecarga de trabajo escolar y el de orientación profesional.

Se examinan, por último, algunos problemas de enseñanza especial, tales como de niños en edad preescolar, escuelas de aire libre, escuelas para amblíopes, sordomudos o niños afectos de alteraciones motores.

E P I L O G O

En una de las reuniones del curso que precede se estudiaba la organización de la Higiene Escolar. Cada uno de los asistentes exponía a continuación la organización practicada en su respectivo país. Al tocarnos el turno expusimos la organización general en España y cómo en la misma, junto a la labor realizada por el cuadro de facultativos del Servicio Médico-Escolar dependiente del Ministerio de Educación Nacional, existía una labor de gran eficacia en colaboración con Sanidad Nacional.

Exponíamos como ejemplo el trabajo realizado en la provincia de Granada, a nosotros encomendado, y como precisamente por esta colaboración y por el hecho de estar enclavado el Servicio Médico-Escolar en el edificio de la Jefatura Provincial de Sanidad, podíamos realizar una vigilancia a la población escolar altamente eficaz, ya que no se limita al reconocimiento general del niño, sino que se le hace pasar al escolar por los diferentes servicios de especialidades, lo que permite un *depistage* más exacto de posibles afecciones. Buen ejemplo de ello ha sido el descubrimiento de un importante foco de tracoma entre la población escolar granadina, cuya importancia ha sido tal que en la actualidad se está realizando una importante lucha antitracomatosa escolar por los organismos sanitarios en colaboración y ayuda de la U. N. I. C. E. F.

Terminada nuestra exposición, uno de nuestros colegas nos manifestaba estar altamente interesado en esta colaboración entre Sanidad y Educación Nacional, y me solicitaba ampliación de datos, de cómo llevábamos a efecto esta labor en la

zona rural. Hube de confesar que, pese a la importancia de la población rural con respecto a la totalidad de la población española, nuestro trabajo en ella dejaba mucho que desear, por lo que, de momento, no podía indicarle unas normas concretas.

Pero ello me creó un estado de inquietud de conciencia, al comprender que, efectivamente, teníamos en España en un grado de abandono a esos niños de nuestras aldeas, polarizándonos casi exclusivamente de los pobladores de las grandes urbes. Estudiado el problema, le expuse al señor Jefe provincial de Sanidad, Dr. Rafael IBÁÑEZ GONZALEZ, cuyo celo sanitario es sobradamente conocido, posibles soluciones. La aceptada fué dirigir a los médicos de la zona rural la circular que se adjunta, confiando que con su cumplimiento podremos realizar una importante labor en dichas zonas rurales. En su día daremos cuenta del resultado de esta experiencia. Sirvan tan sólo estas líneas de justificación del impreso circular que acompaña a esta información sobre el Curso sobre problemas de Higiene Escolar del Centro Internacional de la Infancia.

INSTRUCCIONES PARA LA VIGILANCIA SANITARIA DE LA POBLACION ESCOLAR DE LAS ZONAS RURALES DE LA PROVINCIA DE GRANADA

Objeto

Es realizar la vigilancia médico-sanitaria anual de los escolares de su demarcación.

En lo sucesivo no podrá ningún niño entrar en la escuela sin haber sufrido previamente el examen médico, así como acompañar el certificado de vacunación y revacunación antivariólica y antidiftérica.

Hay que tener en cuenta que la labor a efecto de vigilancia sanitaria es puramente preventiva o de *depistaje* de procesos que puedan perturbar la vida escolar del niño o ser un peligro para la colectividad.

Examen del escolar

Consistirá en determinación de: peso, talla, reacción tuberculina (Cuti-reacción de Pirquet), examen corazón, trastornos visuales, trastornos auditivos, trastornos motores y trastornos mentales (estos últimos señalados por el maestro).

En el primer examen, los niños acudirán con sus maestros, y a ser posible con sus madres, para señalar antecedentes; en exámenes posteriores no es necesario esto último.

Para su trabajo puede el médico solicitar la colaboración de los señores maestros, practicantes y divulgadora rural de la Sección Femenina.

Todos los datos recogidos médicos y sociales serán llevados a la ficha sanitario-escolar, que quedará en poder del médico para en años sucesivos anotar las diversas observaciones.

Como local de examen, de no haber centro sanitario o casa del médico, será en los mismos locales de la escuela.

Resultados del examen

1.—Niños con reconocimiento médico normal y reacción tuberculínica negativa, no precisan actuación ulterior.

2.—Niños con reacción tuberculínica positiva o antecedentes cargados de tuberculosis, serán enviados al Centro más próximo para examen radioscópico de tórax, rogando a dicho Centro comunicar a Vd. resultado de la exploración.

3.—Niños sospechosos de otras afecciones (cardiopatías, trastornos auditivos, oculares, motores, etc.), se aconsejará a la familia lo conduzca a su especialista (Beneficencia, Seguro de Enfermedad o privado, según posición económica), rogando a dicho especialista le comunique resultados.

4.—De padecer alguna enfermedad contagiosa, no autorizar volver a la escuela en tanto no haya pasado el peligro de contagio.

En cada curso y antes del 1.^o de mayo, se servirá remitir a la Jefatura Provincial de Sanidad, Servicio de Higiene Escolar, los datos estadísticos de los exámenes en los impresos adecuados que se les envía.

Otras actuaciones

Asesorar a los señores maestros en las instituciones para-escolares (cantinas, selección de niños para colonias de vacaciones, etc.).

Indicar a los mismos los cuidados a tener con los

niños sobre ejercicios físicos, colocación en los sitios preferentes de la clase de los niños con defectos auditivos o visuales, etc.

Observaciones

En los sitios donde haya más de un médico de A. P. D., el Secretario de la Junta Municipal de Sanidad distribuirá entre ellos las distintas escuelas. Donde haya Centro Secundario, será éste el encargado de la vigilancia sanitaria de los escolares.

EL JEFE PROVINCIAL DE SANIDAD,

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

Cours sur les problèmes d'Hygiène Scolaire (pour médecins)

(du 9 Janvier au 5 Février 1956)

LISTE DES AUDITEURS

A. E. F. (O. M. S.) ...	Dr. Robert H. HERAULT.—Chef du Service Jeunesse-Sport-Hygiène scolaire, Brazzaville	Brazzaville R. P. 69.
Allemagne	Dr. Karl TRIEBOLD.—Pédiatre, Médecin scolaire. Médecin-Chef de la Clinique infantile de Dortmund-Derne	Dortmund-Derne. Oberbeckerstrasse 36.
Argentine (and. libre).	Mme. Julia BRENER.—Psychologue-Consultant au Ministère de l'Education Nationale. Direction de la Santé scolaire	Pasteur 556 - 3. ^e Buenos-Aires.
Autriche	Dr. Friedrich GRÜNBERG.—Directeur des Services médico-scolaires à Vienne. Office de Santé publique ...	Freyung 6. Vienne 1.
Belgique	Mme. le Dr. Lucette BERTHOLET-DECROLY.—Médecin-Directeur de la Clinique scolaire d'Anderlecht (Bruxelles)	29, rue de la Vanne. Bruxelles.
Espagne (O. M. S.) ...	Dr. Rafael FERNÁNDEZ CREHUET.—Chef du Service de Puériculture de l'Etat. Médecin-Inspecteur scolaire à Granada	P. Salom 2. Granada.
"	Dr. Santos SANZ.—Inspecteur médico-scolaire. Puériculteur de l'Etat	Alameda de Urquijo 47bis. 2. ^e Bilbao.

<i>France</i>	Dr. Gabriel DOMERGUE.—Médecin-Inspecteur de la Santé
"	Dr. Jean DUVERDIER.—Médecin départemental de l'Hygiène scolaire. Département d'Alger
"	Dr. Pierre SAGOT.—Médecin départemental de l'Hygiène scolaire et universitaire. Département d'Ille & Vilaine
<i>Grande-Bretagne</i>	Dr. Wilfrid Gerald HARDING, Deputy Medical Officer of Health and Deputy Divisional Medical Officer
<i>Greece</i> (O. M. S.)	Mme. le Dr. Egle INGLESI.—Médecin pédiatre, attachée à l'Oeuvre nationale de l'Enfant. Athènes
<i>Iran</i> (O. M. S.)	Dr. Manoutchehr HEDAYAT.—Directeur des Services d'Hygiène scolaire au Ministère de l'Education nationale d'Iran
<i>Italie</i> (O. M. S.)	Dr. Giuseppe CERTANO.—Médecin provincial-Haut Commissariat pour l'Hygiène et la Santé publique. Rome
"	Mme. le Dr. Vera GRATTAROLA GAMBACORTI.—Médecin scolaire de la Municipalité de Monza. Médecin de l'Oeuvre nationale de Protection maternelle et infantile
<i>Madagascar</i> (O. M. S.).	Mme. le Dr. Valentine SCHULTZ.—Médecin-Chef du Service de l'Inspection médicale de Madagascar. Directrice de l'Ecole des Infirmières visiteuses
	Ecole des Infirmières visiteuses. Tamatave.

<i>Maroc</i>	Dr. Jean-Jacques BESSE.—Médecin-Chef du Service régional de l'Hygiène scolaire de Casablanca
<i>Norvege</i>	Dr. Kristian RUDN.—Médecin d'Hygiène scolaire. Médecin du Service sanitaire.
<i>Pays-Bas</i>	Dr. Jean EERelman.—Médecin-Chef du Service de l'Hygiène scolaire. Ville de Groningen
<i>Pologne</i>	Mme. le Dr. Anna ROPOWICZ. Médecin scolaire à Varsovie
<i>Perou</i> (aud. libre)	Dr. Abelardo TEMOCHE.—Médecin-Assistant au Service coopératif inter-américain de Santé publique. Ministère de la Santé publique
<i>Suisse</i>	Dr. Charles de ROCHE.—Médecin des Ecoles de la Ville de Bâle
<i>Tchecoslovaquie</i>	Dr. Vladislav KAPALIN.—Chef du Département de l'Hygiène scolaire à l'Institut d'Hygiène de Prague
<i>Tunisie</i>	Dr. Ahmed ALOUTOU.—Médecin-Assistant. Service de Médecine. Hôpital de Sfax.
<i>Turquie</i> (O. M. S.)	Dr. Baha ARKAN.—Directeur de l'Hygiène scolaire. Ministère de l'Education nationale. Ankara
<i>Yougoslavie</i>	Mme. le Dr. Nada AMBROZIC. Médecin à l'Institut Central d'Hygiène. République de Serbie
"	Mme. le Dr. Meta SKERGET.—Médecin à l'Institut Central d'Hygiène. République de Slovénie
" (O. M. S.)	Mme. le Dr. Jelena VUCO.—Médecin à la Polyclinique centrale scolaire de Belgrade
	Beograd. Kocse Kape-tana I.
	Ljubljana. Levceva 12.
	Beograd. Kataniceva 10.