

MARCELINO DE PAIZ GARCIA



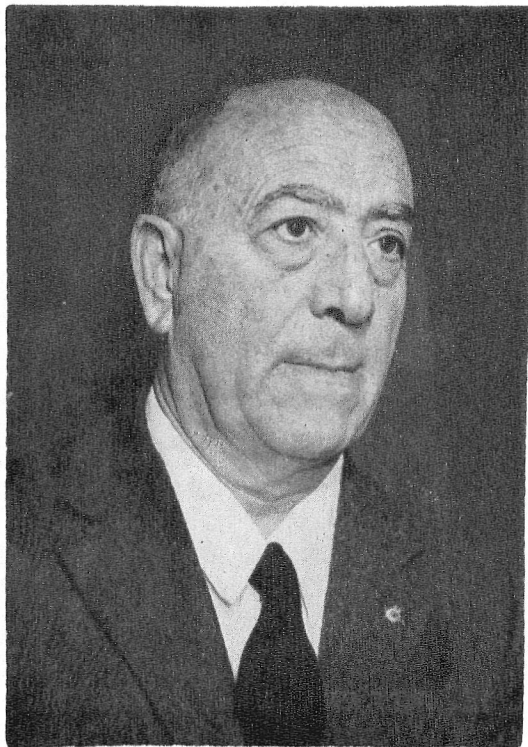
CINCO LECCIONES DE PUERICULTURA

ARRECIFE - LANZAROTE (LAS PALMAS)

1974

[Handwritten signature]

CINCO LECCIONES
DE
PUERICULTURA



MARCELINO DE PAIZ GARCIA
Autor de «Cinco Lecciones de Puericultura»

CINCO LECCIONES DE PUERICULTURA

POR

MARCELINO DE PAIZ GARCIA

DE LA FACULTAD CENTRAL

MEDICO PUERICULTOR DEL ESTADO

JEFE DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE INFANTIL DEL CENTRO

SECUNDARIO DE HIGIENE RURAL DE ARRECIFE

MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

DE LANZAROTE EN ARRECIFE

SOCIO DE HONOR DE LA ASOCIACION DE PEDIATRAS

ESPAÑÓLES

ARRECIFE - LANZAROTE (LAS PALMAS)

1974

**Depósito Legal: G. C. 289-1974 - Imprenta Lezcano
P. Tomás Morales. 15 - Las Palmas de Gran Canaria**

PROLOGO DE LA 1.^a EDICION DE CINCO LECCIONES DE PUERICULTURA

No es mi objeto, escribir un libro de Puericultura en el afán de sobresalir de lo mucho y bueno que se ha escrito sobre esta materia. Mi pretensión es mucho más modesta y responde al sentimiento unánime de mis paisanos, manifestado con motivo de mi primera Conferencia en el Círculo Mercantil de esta Localidad, que me anima a enseñar y divulgar aquellas nociones elementales de Puericultura que toda mujer, máxime si es madre o está próxima a serlo, debe conocer.

En honor de este sexo femenino, que nos honró con su presencia y que como decía el cronista «tenía una inusitada representación en el acto, que puso en la solemnidad del mismo una agradabilísima nota de color y belleza», yo le dedico, con mi homenaje de respetuosa admiración, estas sencillas páginas, en donde más extensamente, trato de los temas que todos los meses explicamos a las asistentes a las Conferencias Maternales en el Dispensario de Puericultura del Centro de Higiene, a cuya terminación concedemos a las más aprovechadas el título de Madre Ejemplar.

Con ello pretendo que estos conocimientos sean adquiridos en breve tiempo y con toda comodidad, aprovechando las horas del descanso que les dejen libres las tareas del hogar, sirviéndoles de consulta en cualquier momento, si tuviesen necesidad de ello. Para otras muchas madres, puede ser además de la iniciación de esta materia tan sugestiva, el estímulo para ampliar en otros libros más extensos sus conocimientos de Puericultura.

Si con mi modesta aportación consigo estos objetivos, me daré por satisfecho, al aumentar la cultura de la mujer lanzaroteña en esta materia, base del bienestar de la familia y por ende de la Sociedad y del pueblo querido que nos vio nacer.

El Autor.

Arrecife, Septiembre de 1946.

PROLOGO DE LA 2.^a EDICION DE CINCO LECCIONES DE PUERICULTURA

Han transcurrido casi 30 años desde que vio la luz pública la 1.^a Edición de «Cinco Lecciones de Puericultura».

Durante este tiempo, nuestra Isla ha experimentado un cambio muy profundo en todos los aspectos, alcanzando un mayor nivel cultural, de vida, etc., con las lógicas repercusiones en el índice de Mortalidad Infantil, que ha pasado a ser de las más altas a las más bajas de España y de Europa.

Sin embargo, diariamente nuevos esposos inician sus pasos en la vida, necesitando conocer las nociones elementales de la Puericultura que les ayudará en la crianza de sus hijos, aborrandoles las preocupaciones y disgustos consiguientes. A ellos van dirigidas estas Lecciones, esperando tengan la excelente acogida que tuvo la 1.^a Edición, ahora ampliada y actualizada.

Aprovecho esta ocasión para agradecer las enseñanzas y consejos de mis ilustres y queridos maestros y amigos los Doctores D. Juan Bosch Marín, ex Jefe Nacional de la Sanidad Infantil y Maternal; D. Manuel Suárez, Catedrático de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Sevilla; D. Antonio Arbelo Curbelo, compañero de Instituto y Médico Puericultor del Estado ocupando un alto cargo actualmente en la Sanidad Nacional; D. Luis Navas Mingueloa, Médico Puericultor del Estado residente en Madrid y a los Dres. canarios D. Juan Bosch Millares, ex Presidente del Colegio de Médicos de Las Palmas y al ya fallecido, tan querido y llorado D. Francisco González Medina, que me inició en la especialidad de Otorrinolaringología, en cuyo honor la Clínica particular del autor lleva su nombre: Clínica del Dr. González Medina.

No puede faltar en esta relación de maestros y amigos, la del gran periodista lanzaroteño, amante de su país, amigo de todos, muchas veces galardonado por sus éxitos periodísticos y gran colaborador del autor en la difusión de los trabajos de Puericultura D. Guillermo Topham Díaz «Guito».

Arrecife a 7 de Junio de 1974.

El Autor.

INDICE DE MATERIAS

PRIMERA LECCION

A) Puericultura y su concepto:

Importancia de la Puericultura. ¿Por qué mueren tantos niños?

¿Cómo evitarlo? Dispensarios de Puericultura.

B) Enfermedades de los padres, peligrosas para la descendencia:

Tuberculosis, Sífilis, Blenorragia, Toxicomanías, Consanguineidad.

C) Edad del Matrimonio. Higiene del Embarazo. Cálculo de la fecha del parto. Equipo o Trousseau del Parto.

D) Ventajas de la asistencia al Parto en Clínicas y Centros de Maternidad.

E) Higiene y alimentación de la parturienta.

SEGUNDA LECCION

A) Alimentación del Niño.

Lactancias y sus clases: Lactancia Materna. Lactancia Mercenaria. Lactancia Mixta. Lactancia Artificial (Leches de vaca o cabra. Leche condensada. Leches en polvos. Leche de burra).

a) Cuidados de la madre y la nodriza. Ventajas de la lactancia materna. b) Caldos de verduras. c) Alimentaciones prohibidas e inoportunas.

TERCERA LECCION

Desarrollo del niño:

A) Recién nacidos y lactantes:

a) Caída del cordón umbilical. b) Pérdida fisiológica del peso. c) Fiebre fisiológica. d) Ictericia del recién nacido. e) Transformaciones del recién nacido. f) Peso. g) Ta-

lla. b) *Deformación craneal.* i) *Erupción dentaria.* j) *Reflejos del recién nacido* k) *Visión.* l) *Audición.* m) *Otras características del recién nacido.* n) *gusto.*

CUARTA LECCION

- a) *Enfermedades de la baba.* b) *Enfermedades de los dientes.*
- c) *El chupete.* d) *¿Qué hacer cuando el niño enferma?*
- e) *Purgantes.* f) *Habitaciones del niño y su cama.* g) *Paseos.* h) *Juguetes* i) *Tablas del peso, talla y aumentos diarios y trimestrales.* j) *Tablas obstétricas.* k) *Enfermedades evitables.* l) *Vacunaciones.* m) *Vegetaciones Adenoideas.* n) *Amigdalitis agudas y crónicas.*

QUINTA LECCION

Mortalidad infantil:

- a) *Gráfica de la mortalidad infantil de España.*
- b) *Idem de Arrecife.*
- c) *Mortalidad infantil de Arrecife desde 1933 a 1970.*
- d) *Conclusiones del interesante trabajo sobre la mortalidad infantil de Arrecife de los Dres. Arbelo Curbelo y Navarro Arozena presentado en la IX Reunión de Médicos Peditras de España (Arrecife Octubre 71).*
- e) *Conferencia del Autor en el Círculo Mercantil de Arrecife en Revista Hablada «Palabras».*
- f) *Mortalidad Infantil de Arrecife por períodos anuales.*
- g) *¿Debe una cabra criar un niño? Artículo periodístico del Autor.*
- h) *Otros artículos periodísticos del Autor sobre divulgación de Puericultura.*
- i) *Felicitaciones de los Jefes de Sanidad como Médico Puericultor al frente de los Servicios de Higiene Infantil del Centro de Higiene.*
- j) *Artículos periodísticos del corresponsal del periódico «La Provincia» de Las Palmas.*

- k) Conferencias del Autor como Médico Puericultor.
- l) Nombramiento del Autor como Médico Puericultor-Pediatra del Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- m) Nombramiento del Autor como Socio de Honor de la Asociación de Médicos Pediatras de España y comentarios y divulgaciones del corresponsal del periódico «La Provincia» de Las Palmas.
- n) Críticas de la Primera Edición de «Cinco Lecciones de Puericultura».
- ñ) Palabras del Dr. Ramos en su libro de Puericultura (El español tiene un exceso de crítica negativa. En los pueblos mueren y enferman más niños que en las ciudades. Necesidades de la Enseñanza Estatal a las mujeres sobre «Puericultura»).

PRIMERA LECCION

Puericultura y su concepto.

Esta palabra proviene etimológicamente del latín Puer, Pueris, niño, de los niños y de Cultura, cultivo o desarrollo. Por lo tanto, es la rama de la Medicina que trata de las normas y reglas higiénicas a seguir para que el niño nazca y crezca sano. Abarca por ello desde que los novios proyectan contraer matrimonio hasta que los hijos cumplan los catorce años de edad.

De aquí que se divida en:

- A) Puericultura Pre-natal o Pre-concepcional, y
- B) Puericultura Post-natal subdividida ésta a su vez en:
 - A) Puericultura de la Primera Infancia, que comprende
 - a) Recién nacidos: menores de 21 días.
 - b) Lactantes: hasta los doce meses.
 - c) Pequeñuelos: desde los doce meses hasta los tres años.
 - B) Puericultura de la 2.^a infancia: Niños de 3 a 6 años.
 - C) Puericultura de la 3.^a infancia o Pre-escolar de 7 a 14 años.

La Puericultura Pre-natal estudia la salud de los futuros contrayentes, las enfermedades que pueden transmitir a sus descendientes, la vigilancia del embarazo, etc.

Se preocupa por lo tanto de que los futuros contrayentes estén sanos y al matrimonio así concebido se le llama *Eugenético*.

Sin embargo hay que reconocer que su práctica lleva consigo muchas dificultades, principalmente en los jóvenes, ya que al casarse no van pensando en la salud de sus futuros hijos, sino en los atractivos físicos, síquicos y en menor grado en los económicos de su pareja.

Humorísticamente y reflejados en dibujos y caricaturas, se ha dicho de la actitud de los contrayentes, según su edad:

A los veinte años: Caminando sobre rosas. La felicidad la cifran en su amor y en la belleza de su pareja.

A los 40 años: Ya reflexivos, piensan más en el paso que van a dar, buscando una seguridad social futura. Se marcha, pues, «sobre billetes de Banco».

A los 60 años: Se hacen la ilusión de que aún tienen el vigor físico y la ilusión les lleva a emplear las cremas de belleza y barras de carmín, por lo tanto caminan gráficamente «sobre botes de pintura».

Una joven tuberculosa puede ser muy bella y atractiva, y desde antiguo está rodeada su imagen por un velo de misterio y romanticismo; ha sido pintada por maestros famosos como la belleza ideal: blanca de piel, cuello largo, más bien delgada, vehemente y apasionada en el amor. La literatura la ha idealizado, y todos de jóvenes nos hemos conmovido y soñado

con la historia de «La Dama de las Camelias», de Alejandro Dumas.

Pero el matrimonio con ella, no es precisamente una fuente de felicidad, los sufrimientos, el embarazo, las fatigas sexuales, agravan su estado general, lleva consigo el peligro de contagio a su esposo y a sus hijos y de aquí el sufrimiento moral, con las separaciones inevitables de ellos para librarlos de la enfermedad, razones de más que van minando su espíritu y su salud.

Lo mismo sucedería en las enfermas cardíacas, cuyo embarazo y parto consiguiente supondría una mayor carga para su corazón dañado.

Los enfermos alcohólicos crónicos, los tarados mentales estarían en las mismas condiciones, no solamente como esposos ideales, sino además con las consecuencias funestas para sus descendientes, de las que hablaremos más tarde, en los capítulos correspondientes.

Si el matrimonio en estas condiciones no es *Eugenético*, tampoco lo es el contraído en edades tempranas o tardías, aunque existen razones, a veces muy poderosas, que lo indica así en los jóvenes un embarazo de la novia y en personas mayores, que bien por timidez o por haber llevado una vida alegre y despreocupada o por una viudez más o menos prematura e incluso con hijos pequeños que atender, que le lleven al convencimiento y a la necesidad de una vida hogareña compartida con otra persona que considere idónea por sus cualidades morales y de carác-

ter que le ayuden a sobrellevar las contrariedades y penalidades de la vida. Si en estas condiciones tal vez no hay una pasión como la juvenil, al menos encontrarían una placidez, un bienestar y unos cuidados, que solos no podrían conseguir. En mi dilatada vida profesional he visto muchos de estos casos, matrimonios que han sido afortunados. Es un error y un egoísmo mal entendido el que algunas veces los hijos se opongan a estos matrimonios, pues indudablemente la fisiología, las miserias fisiopatológicas, la higiene de las personas mayores, sólo pueden ser recibidas de una esposa, y menos de una hija o de una nuera, que además tendrán las preocupaciones y trabajos de sus propios hijos y hogares.

Para conseguir el matrimonio eugenético, en muchas naciones los legisladores han pensado en exigir un certificado médico prematrimonial como un mínimo de garantía para ellos y su descendencia, pero visto que en la práctica es casi una utopía, se ha querido sustituir por el consejo médico prematrimonial; mas lo cierto es, que ni lo uno ni lo otro es posible y práctico si no va acompañado de una cierta cultura y sentido de responsabilidad de los futuros contrayentes.

La Puericultura Post-natal trata al niño desde que nace, prodigándole los cuidados y la alimentación adecuada a su edad, combatiendo los errores y prejuicios que desde antiguo existen a este respecto.

Importancia de la Puericultura.

Nadie nace sabiendo las cosas; éstas se aprenden por el estudio y por la cultura así adquirida y si el objeto final de la Puericultura es el lograr niños sanos que constituyan la alegría de sus padres y familiares y más tarde convertidos en ciudadanos útiles a la sociedad, no hay más remedio que aprender a criarlos, educarlos. Por ello se dice con razón que la cultura de un pueblo se mide por su índice de mortalidad infantil. En efecto, las naciones más cultas que van a la cabeza del progreso humano, científico, son las que tienen menos mortalidad de niños y en general un promedio mayor de vida de sus ciudadanos.

¿Por qué mueren tantos niños?

Por la ignorancia de sus madres en la manera de criarlos.

¿Cómo evitarlo?

Aumentando los conocimientos y la cultura de sus madres y de las mujeres en general. Esto es labor no sólo del Médico, sino también del Maestro y del Estado, procurando leer obras sencillas de Puericultura, no dando oídos a vecinas y comadres si

son tan ignorantes como ellas y sobre todo si tienen cierta edad, más apegadas a viejos errores y prejuicios, acudiendo con sus hijos tan pronto les sea posible a los Dispensarios de Puericultura, diseminados por todo el territorio nacional, ya por las instituciones para-estatales, como los de la Seguridad Social, o bien por el mismo Estado en los Centros de Higiene.

Dispensarios de Puericultura.

Los Dispensarios de Puericultura se encuentran diseminados por todo el territorio nacional, con un total en el año 1954 de 500. Son de tres clases:

- A) En los Centros Provinciales de Sanidad, llamados Terciarios. Capitales de Provincia y grandes poblaciones en número de 62 de Puericultura y 62 de Maternología.
- B) En los Centros Comarcales o Secundarios de ciertos núcleos de población: 91 de Puericultura y 91 de Maternología.
- C) En los llamados Centros Primarios o Rurales de las pequeñas poblaciones: 200 de cada clase.

Los Dispensarios A y B, Terciarios y Secundarios, son atendidos por un Médico Puericultor y Maternólogo del Estado, seleccionados por oposición dura y difícil, siempre, y por lo tanto con el máximo de garantía de suficiencia, los cuales prestan sus ser-

vicios en ellos gratuitamente por ser funcionarios del Estado. Los Dispensarios Rurales están a cargo de los Médicos Titulares preparados para su misión.

Enfermedades de los Padres peligrosas para la descendencia.

Tuberculosis:

Esta enfermedad, como nadie ignora, es muy contagiosa y es producida por el bacilo de *Koch*, descubierto por este autor a fines del siglo pasado. Su contagio es muy frecuente, aumentando con la edad de la persona, habiéndose dicho que en las grandes poblaciones, un noventa por ciento de los niños la han sufrido.

Esta infección es prácticamente nula en el primer año de la vida, aunque, si se presenta, es entonces más peligrosa y mortífera.

El origen de esta infección se encuentra, en primer lugar, en las personas enfermas que se hallen a su alrededor: los padres, parientes, sirvientes, los cuales al toser esparcen los microbios, máxime si se prodigan las muestras de afecto y cariño, como los besos o abrazos. Se ha hablado de un contagio por la leche de vaca, sobre todo tomada cruda, lo que ha sido muy discutido y puesto en duda, existiendo razones para ello.

El contagio del niño durante el embarazo podría

existir si la madre padece la afección en la matriz, ovarios o anexos (trompas) que pueden alcanzar la placenta y transmitirla al feto por los vasos sanguíneos (tuberculosis congénita), puesto que algunas veces los niños afectados nacen vivos, aunque lo más corriente es que la afección tuberculosa de la madre provoque la interrupción del embarazo o aborto o partos prematuros.

En la práctica, sin embargo, esta forma de contagio no tiene gran importancia por no ser frecuente, ya que es el contacto de los hijos el que produce la afección, una vez nacidos, viéndose por eso que basta separarlos de la madre enferma para que vivan y crezcan sanos, evitándoles las ocasiones de contagio, máxime si son criados al pecho, que además agravarían por activación las lesiones maternas y su estado físico.

La Sífilis.

Es la infección del organismo por el Spiroqueta o Treponema Palido, la cual puede transmitirse al niño ya durante el embarazo (Sífilis congénita) o después del parto (Sífilis adquirida).

La primera o congénita es, con mucho, la causa más importante y frecuente. Ocasionada por la madre, infectada a su vez por el marido. Algunas veces sin síntomas clínicos, siendo más peligrosa para el feto, cuanto menos meses tenga, provocando el aborto. Siempre que en los antecedentes de la madre

aparezcan abortos sucesivos, hay que pensar en la posibilidad de esta infección.

De lo dicho se infiere la prohibición absoluta de contraer matrimonio una pareja, si uno de ellos estuviese sifilítico, hasta que no esté totalmente curado. Si el niño nace enfermo es necesario tratarlo convenientemente, al mismo tiempo que a sus padres.

Si en estas condiciones, la madre puede criar a su hijo deberá hacerlo, ya que no lo puede contagiar, por estarlo ya. Si desea realizarlo por medio de una nodriza deberá ésta ser también enferma y en tratamiento evitando así ser contagiada por el lactante. En defecto de ambas, una alimentación artificial bien llevada proporcionará también buenos resultados.

La madre sifilítica tiene muchas veces la matriz enferma (endometritis sifilítica) afectando la continuación del embarazo y provocando el aborto, pero en ocasiones a partir del 5.º mes lesiona la placenta, contagiando al feto. Este contagio puede también hacerse en el momento del parto por las heridas producidas en el mismo y a través de los vasos sanguíneos y linfáticos y del mismo cordón umbilical.

Si la infección se produce a partir del 5.º mes del embarazo daría lugar a los abortos y partos prematuros. Si se produce en el momento del parto el niño puede aparecer sano, para, más tarde, presentársele los síntomas de la enfermedad: aumento de bazo, manchas en el cuerpo (sifilides), lesiones óseas, hemorragias nasales, etc. Por todo ello, si la madre es si-

filítica hay que tratarlo convenientemente, aunque no presente ningún síntoma de la enfermedad.

El tratamiento de la madre embarazada debe de hacerse lo más pronto posible, ya que cuanto más avanzado se halle en su período de embarazo el efecto profiláctico es menor. De ser posible deberá tratarse antes del 5.º mes de la gestación.

Blenorragia.

Es la infección producida por el gonococo. Produce en la madre diferentes afecciones, atacando los órganos genitales (ovarios, trompas de Falopio, metritis, etc.) provocando la esterilidad y en el hombre inflamaciones testiculares, flujos uretrales, etc. y también la esterilidad.

Si la madre termina el embarazo puede contagiar al niño en el momento de nacer, en los ojos, originando la llamada Oftalmía purulenta de los recién nacidos, afección grave que puede provocar la ceguera si no se hace un buen tratamiento profiláctico, instilando unas gotas de un determinado medicamento (argirol, protargol, etc.) o profilaxis de Credé. De aquí la costumbre de hacerla siempre que se sospeche que la madre se halle enferma. Esta práctica se ha extendido y sustituido, sin embargo, por la costumbre popular, en los medios ignorantes, por la instilación de zumos de limón, sin ninguna eficacia preventiva, provocando la irritación de los ojos.

Además de la Profilaxis de Credé, al recién na-

cido de madre enferma se le tratará como corresponde.

De lo dicho se infiere que los futuros esposos no deben padecerla, evitando el matrimonio hasta su curación total, lo cual actualmente se consigue de una manera más rápida y menos dolorosa.

En ocasiones se ha visto el contagio de los niños por dormir con sus padres enfermos, de ahí la necesidad y conveniencia de la camita propia para los pequeños.

Toxicomanías.

Alcoholismo: Cuando se abusa del alcohol, se produce, tanto en el individuo como en la sociedad, efectos desastrosos, necesitándose frecuentemente internar al individuo afectado en un Centro especial para su tratamiento. Muchas veces con delirium tremens (en ocasiones mortales), abandonos de familia, inestabilidad conyugal, habituación a ingerirlo, irritabilidad de carácter, ansiedad desmedida por conseguirlo, labrando la infelicidad del hogar y el mal ejemplo a sus hijos.

En opinión de los expertos, el alcohol es un alimento mientras no exceda de cierta cantidad en su consumo, alrededor de un litro de mesa en las 24 horas. Sin embargo, aun así, resulta un alimento caro, reemplazable con ventajas por otros: arroz, grasas, patatas, azúcar, observándose que el trabajo realizado bajo sus efectos es inferior al de otras personas pri-

vados del mismo. Lesiona órganos importantes y vitales como el estómago, que es el primero en recibirlo y además concentrado, el hígado, sistema nervioso, etc.

En las mujeres, su ingestión abundante pasa a la leche, dejando sentir sus efectos en los lactantes, como cierto adormecimiento.

Se ha dicho igualmente que el alcohol ingerido en pequeñas dosis, excita las secreciones gástricas, aumentando el ácido clorhídrico, siendo por lo tanto estomático o aperitivo, pero lo mismo sucede con los ácidos y sustancias irritantes, comprobándose que tomado después de las comidas retarda su digestión.

Aparte de lo dicho, el alcohol disminuye las resistencias orgánicas contra las enfermedades y repercute en sus descendientes dando lugar a taras síquicas y físicas, deformaciones craneales, atrofas, convulsiones, epilepsia, debilidades mentales y hábito a las bebidas alcohólicas.

Consanguinidad.

El matrimonio entre parientes muy próximos: tíos, primos, que en algunos pueblos es cosa corriente acaso por intereses económicos, influencias personales, debe evitarse totalmente, pues sus descendientes heredarán las taras familiares que suman ambos cónyuges, de la misma manera que se heredan las predisposiciones artísticas: músicos, pintores, rasgos físicos,

y por lo tanto las afecciones orgánicas, nerviosas, síquicas, epilepsia, debilidad mental y otras.

Edad del matrimonio.

Es recomendable que los futuros esposos no sean muy jóvenes, mal preparados aún fisiológica y psicológicamente para asumir la responsabilidad de la creación y sostenimiento de una familia con los sacrificios y sinsabores que ello supone. Pero tampoco deben contraer matrimonio en edad avanzada, con las naturales consecuencias futuras. Es verdad, sin embargo, que hoy los hombres y mujeres se casan más jóvenes que anteriormente, incluso sin haberse creado antes una posición económica independiente que les permita hacer frente a sus necesidades más perentorias, debido muchas veces a la impaciencia ocasionada con motivo de los estudios que les parecen interminables y en otras ocasiones a causa de las facilidades actuales para la obtención de un puesto de trabajo. Asimismo al hecho de que la mujer lo hace también fuera de su hogar, infundiéndole una cierta ilusión, aparecida muchas veces con lo que creen el único amor de su vida, pero todos sabemos cómo por desgracia no siempre salen bien las cosas; la monotonía de la vida conyugal, las privaciones, otros nuevos atractivos, o el conocimiento de aventuras femeninas, anteriormente ignoradas. Existe además un dicho popular muy significativo: «El hombre que no la corre antes de casarse, lo hace después».

La edad ideal para contraer nupcias es los 22 años en la mujer y 27 en los hombres.

Higiene del embarazo.

La embarazada debe hacer su vida ordinaria, ya que no se trata de una enferma, pero debe vivir en unas condiciones higiénicas mínimas para asegurar su salud y la del producto de su concepción. A veces padece de una cierta irritabilidad síquica, que debemos tolerar y que algunas explotan para hacer su voluntad y sus caprichos, los llamadas antojos, que realmente sólo traduce su educación, sin justificación científica, lo mismo que la aparición de las manchas lunares o nevus, que la fantasía popular atribuye a la privación durante el embarazo de algunos de esos antojos.

Las comidas de las embarazadas deben ser muy variadas, simples y nutritivas, sin especias abundantes y con preferencia a base de verduras y frutas crudas, leche, mantequilla (no margarinas), huevos. No deben ser saladas, al contrario más bien sosas, en abundancia, pero sin exageraciones, pues pasados ciertos límites la alimentación sólo sirve para engordar a la madre. De aquí, que, más que la cantidad, importa la calidad de la misma y su riqueza en vitaminas A, B, C, D, que necesita más la mujer embarazada. Es indudable que la alimentación de la madre tiene una gran influencia en la salud de sus hijos, siendo más deficientes aquéllos en los que el embarazo

es mal llevado, con vómitos o manchas en la cara, estreñimiento, que deben corregirse con la alimentación idónea ya señalada, con la adición de los preparados vitamínicos comerciales.

Los baños pueden ser tomados todos los días y hasta el final del embarazo, siempre que no produzcan una impresión desagradable y no existan heridas vaginales o de cualquier índole que sean una puerta de entrada de la infección y que no obliguen a la mujer a tomar actitudes forzadas en los baños, tales como al cortarse las uñas, frotarse las espaldas, etc.

Los purgantes no han de utilizarse y en casos necesarios se sustituirán por los enemas, laxantes y supositorios.

Los vestidos serán amplios y cómodos, ligeros en verano y más abrigados en invierno. Deben usar una faja suave y elástica para reforzar la tonicidad muscular de las paredes del vientre, ayudando a las mismas en el encajamiento fetal. Esta faja es incluso necesaria en las multíparas o en las que han dado a luz anteriormente corrigiendo la sensación de peso. Las fajas deben utilizarse hasta el final del embarazo, siempre que no produzcan impresión desagradable facilitando el encajamiento de la cabeza fetal que en las multíparas se hace más tarde, por la pérdida de la elasticidad muscular, a consecuencia de los anteriores embarazos y que muchas veces sólo se produce poco tiempo antes del parto. Siempre he recordado a una de ellas que me llamó para que la examinara y al reconocerla observé que la criatura no sólo no estaba

encajada sino que flotaba en el vientre muy voluminoso que tenía, en vista de lo cual y pensando que aún tardaría algún tiempo para encajarse y dar a luz, decidí volver al Despacho y mi asombro fue enorme cuando pocos minutos más tarde me vuelve a llamar para que la asistiera en su parto. Tal vez fuera esto en mis comienzos, debido a la poca experiencia... pero naturalmente no me volvió a coger de sorpresa en lo sucesivo.

Las ligas, máxime si son redondas, deben evitarse por la compresión vascular que producen, favoreciendo la aparición de los edemas o hinchazones de los pies y las varices.

Antiguamente, —hablo de los comienzos de vida profesional— era muy frecuente en las clases humildes del pueblo y en medio rural, el uso de un cordón que comprimía el vientre por encima del fondo de la matriz, en la creencia de que con ello se eludía la subida o deslizamiento de la criatura hacia arriba y se hiciera más difícil su encajamiento. Esta práctica absurda y perjudicial producían, naturalmente, un sufrimiento físico a la madre y luego, al dar a luz, presentaban esos vientres alargados, flácidos y resquebrajados que se veían con tanta frecuencia y que en los partos sucesivos dificultaban todavía más el encajamiento de la cabeza fetal, razón por lo que aconsejamos el uso de las fajas elásticas.

La embarazada deberá pasear mañana y tarde al aire libre, sin llegar a fatigarse, incluso hasta el día

del parto, siempre que tenga gusto en ello y las fuerzas suficientes para hacerlo.

Los deportes violentos, viajes, etc., deben prohibirse por el peligro que llevan consigo para la madre y el feto, pudiendo ocasionar vómitos, hemorragias y hasta abortos.

La embarazada debe hacer una vida tranquila, libre de sobresaltos e impresiones, evitando los malos humores y violencias explosivas de carácter. Permanecerá en cama por la noche, por la menos diez horas y otra más después del almuerzo, dada la tendencia que tiene al sueño que no debe impedirle y que muchas veces es el primer síntoma del embarazo.

La forma y el tamaño de los pechos varía mucho en las mujeres embarazadas, no guardando relación con la capacidad para la lactancia, la cual depende del desarrollo de las glándulas secretoras de la leche. Así vemos pechos grandes debidos a las grasas acumuladas, con poca secreción láctea y otros pequeños con gran abundancia de leche, con venas pronunciadas y una temperatura superior a la de la axila en cinco a diez décimas.

En caso de pezones muy planos se procederá a provocar su prominencia en los últimos meses del embarazo, en forma suave y progresiva, aconsejándose hacerlo al principio media docena de veces para llegar hasta veinte o más, y si bien en los primeros momentos después de cada sesión se retraen de nuevo, al nacer el niño la succión de éste los hace permanecer prominentes.

Es una práctica desechada por perjudicial la de endurecer la piel de los pezones por la acción del alcohol, viéndose que con ello se consigue volverla más frágil y resquebradiza, dando lugar a la aparición de las grietas que se trataba de evitar, por haberle restado las grasas y su elasticidad, siendo este el primer paso a las infecciones y supuraciones de los pechos (mastitis). Hoy aconsejamos las aplicaciones de los rayos solares o violetas, los masajes con vaselina estéril o glicerina desde los últimos meses del embarazo, las duchas frías y el régimen rico en vitaminas. En caso de presentarse las grietas del pezón, los mejores resultados los obtenemos con las pincelaciones mediante una solución de nitrato de plata y pomadas de la misma o parecida acción y si llega a aparecer la mastitis, evitaremos hacer lo que antes era muy corriente, los fomentos y la supresión de la lactancia, ya que son precisamente esas las condiciones que necesitan los microbios para desarrollarse. De aquí el empleo de las bolsas de hielo y el vaciamiento del pecho, a pesar de los dolores que ocasionen, bien por el mismo niño o utilizándose las ventosas o el ordeño manual, acompañado con el tratamiento adecuado medicamentoso.

En verano la embarazada deberá tomar baños de sol y de mar, de una manera progresiva, empezando por unos pocos minutos hasta llegar a media hora.

En invierno, si no son posibles ambos, tomará la embarazada dosis convenientes de vitaminas, sobre todo la D, para evitar el raquitismo de sus hijos, la

pérdida y caries de sus dientes, las molestias dolorosas de las espaldas y el reblandecimiento de sus propios huesos.

Si la embarazada tiene vómitos ha de volver a comer algo de nuevo y si retiene una cantidad del alimento no existe el peligro de la desnutrición. De presentarse los vómitos por las mañanas deberá guardar cama hasta que se desayune, continuando en el lecho a ser posible una hora.

La embarazada debe ser reconocida periódicamente por el Médico y poder seguir su proceso de estación o detectar la aparición de cualquier anomalía como la cefalalgia o dolores de cabeza, los edemas o hinchazones de los pies, los flujos vaginales, malestar o cansancio, etc.

Es conveniente que la embarazada mantenga una rigurosa limpieza de la boca después de las comidas, vigilando las caries y piorreas para evitar la pérdida de las piezas dentarias si no son atendidas debidamente.

Cálculo de la fecha del parto.

El parto puede determinarse frecuentemente, casi con precisión matemática aunque no siempre; para ello se añaden diez días al último del periodo menstrual y se restan tres meses. Así por ejemplo:

Si una mujer vio finalizar su último periodo el 10 de Enero, añadiendo otros 10 días resultará el día 20 de Enero. Si restamos 3 meses (Diciembre, Noviembre, Octubre) se observará que debe dar a luz el 20 de Octubre.

Existen además unas tablas, llamadas obstétricas, de fácil manejo, de las cuales expongo una (véase el índice de materias) pero que no son absolutamente necesarias, según vemos en la práctica diaria, pues no hay una seguridad completa y sólo la presunción, obtenida de la manera ya indicada, que tiene un valor muy considerable a los efectos de tomar las medidas convenientes en cada caso, cambios de residencia, viajes y preparación del equipo o «trousseau» del parto.

Equipo o «trousseau» del parto.

Este equipo comprende las cosas mínimas e indispensables que se requieren para ayudar al personal que atiende al parto y que pueden ser las siguientes:

Algodón hidrófilo	200 grs.
Alcohol de 95°	200 —
Compresas estériles	1 bote
Vendas Cambric de 7 x 5 n.º	4
Cordón umbilical.	1
Tintura de yodo	25 grs.
Dermatol en polvo	10 —
Talco estéril	1 bote

Los inyectables de ergotina, pituitrina 7, se usarán solamente bajo receta y por el técnico correspondiente.

Ventajas de la asistencia al parto en Clínicas y Maternidades.

Hoy en día se está imponiendo la costumbre de dar a luz en las Clínicas o Centros de Maternidad, por las grandes ventajas que ello supone: Personal Médico y auxiliar especializado, rapidez de la intervención que fuese precisa, la preferencia del parto a goteo o indoloro, y en estos momentos de penuria del servicio doméstico la despreocupación por el cuidado y limpieza del hogar.

Esta asistencia tropieza algunas veces con dificultades, como las de tipo económico; sin embargo, actualmente se hace más factible a las clases más modestas por la extensión que alcanza en el territorio nacional la Seguridad Social y debido a la creación por el Estado de las Clínicas Maternales de Urgencia en los Centros de Higiene.

Los Médicos que hemos llevado muchos años ejerciendo la profesión recordamos con emoción la asistencia a partos dentro de los medios rurales en los domicilios de las parturientas sin personal auxiliar profesional, casi sin luz, muchas veces con una vela, donde no brillaba a veces el confort y la higiene, y en tales condiciones aplicar un forceps, ya que sólo éramos requeridos cuando la llamada comadrona del pueblo no podía resolver el caso. Mujeres indudablemente valerosas, que desempeñaban su misión en los pueblos pequeños donde no había Médicos, ni comadronas tituladas, no existiendo la posibilidad del

traslado de la parturienta pues siempre la intervención tenía carácter de urgencia. Y lo que era admirable y milagroso es que en estas condiciones no tuviéramos que lamentar la pérdida de una sola mujer o del hijo, ni apareciera tampoco la temible «Fiebres pauperales» en una época en la que se desconocía los antibióticos e incluso las sulfamidas. Teniendo en cuenta las faltas cometidas anteriormente a nuestra llegada o intentadas inconscientemente en nuestra presencia, recuerdo por ejemplo las prisas que se daban las referidas comadronas para cortar el cordón umbilical inmediatamente después de nacido el niño con unas tijeras de dudosa limpieza, que momentos antes se encontraban encima de una silla o incluso en el suelo, sin que nadie se preocupase de hervirlas o meterlas en alcohol. La ligadura del cordón umbilical la hacían con un hilo de coser varias veces plegado en forma de torcida, hechura casera en iguales condiciones de asepsia envolviendo luego el cordón con unos trapitos rehilados hechos en la casa y colocados en una caja de cartón guardada en la cómoda de la habitación muchos días antes. La untura del citado cordón umbilical con aceite de oliva introducido en una tacita porque así se amorosaba mejor y se caía pronto.

El cordón umbilical no se debe ligar inmediatamente tras el parto sino aproximadamente diez o quince minutos después, cuando cesan los latidos arteriales, porque de esta forma el niño recibe una cantidad de sangre de la placenta que puede ser del

orden del cuarto litro, con lo cual, además de aumentar de peso, recibe una resistencia mayor para empezar su nueva vida.

Otra de las faltas graves que observamos en la asistencia al parto por esas improvisadas comadronas, era la rasgadura del periné o suelo de la pelvis, de la vulva, pues no sabían realizar la protección de las mismas, con lo cual, preocupadas más bien en darles las manos a la parturienta en el momento doloroso y último del parto, el niño salía bruscamente, desgarrando los tejidos que se encontraba a su salida, vagina, vulva, piel, de gran importancia para el futuro de la madre, que de esa manera, faltándole el apoyo y sostén de los mismos, producían los prolapsos o caída de la matriz, llegando incluso en su ignorancia a aconsejarles el que no se dejaran coser...

Higiene y alimentación de la parturienta.

Una vez que haya dado a luz la mujer, lo que más le conviene y necesita es el descanso por lo que se debe evitar las visitas de las amigas y familiares que son entonces inoportunas, dejando la alcoba en semipenumbra por si llega a conciliar el sueño.

Durante unas cinco horas no se le dará nada de comer; sólo un poco de agua fría si la pidiera. Más tarde se le podrá proporcionar un vaso de leche sola, con café o algo de zumo de frutas. Se evitará en lo posible los movimientos y deposiciones y el acto de orinar lo efectuará en la cama utilizando un chato.

Durante el primer día se le dará de comer cada cuatro horas, a base de compotas, galletas, purés, sopas, jamón y en los días sucesivos pescados cocidos, huevos, carnes guisadas, etc.

En cuanto al uso de purgantes, únicamente se recomienda en casos de estreñimientos y siempre que sea suave, ricino, y mejor los laxantes, enemas y supositorios.

Deberá llevar durante varios días una faja de tela que recubra todo el vientre y ejerza cierta presión que complemente la tonicidad de las paredes musculares y más tarde se le proveerá de una faja elástica en el transcurso de una buena temporada.

Antes y después de mamar el niño se lavarán los pezones con agua hervida, tibia, secándolos inmediatamente con una gasa estéril al terminar la succión, recubriendo luego el pecho con un paño estéril, un pañuelo triangular o el sostén.

La habitación ha de encontrarse bien ventilada, aireándola en las mejores horas del día.

En cuanto al momento de levantarse de la cama, el método ha variado muchísimo en la actualidad, igual que la salida a la calle. Por eso es muy frecuente levantarse del lecho el 2.º o 3.º día, para ser observadas en los consultorios a los siete u ocho días sin ningún peligro. Sin embargo, siempre recuerdo a una múltipara que levantada el mismo día del parto tuvo un prolapso o caída de la matriz que hubo que reducir, padeciendo con fiebre de 40 grados.

SEGUNDA LECCION

Alimentación del niño: Lactancias y sus clases:

Estas se dividen en:

- A) Lactancia materna y por nodrizas: Por la madre o por una nodriza.
- B) Lactancia artificial: Por leches diferentes a la de la mujer.
- C) Lactancia mixta: Combinación de las dos anteriores.

Lactancia materna.

Es la lactancia proporcionada al niño por la leche de su propia madre.

En las primeras veinticuatro horas de nacido el pequeño, debe dejársele tranquilo en su propia cunita, no molestándole ni cogiéndole en los brazos. Si horas más tarde empieza a llorar se comprobará si ha realizado su primera deposición, llamada meconio, de color negruzco pegadizo, parecido a la pez; si se ha orinado mojando los pañales, hay que cambiárselos. En ambos casos después de lavar las nalguitas con agua tibia se le dejará dormir de nuevo. De notársele frías las manos o los pies, se les calentarán con paños puestos en la plancha o con una mantita eléctrica.

Si el chico es llorón se le darán unas cucharaditas de agua hervida o mineral, templada o una infusión de manzanilla sin azúcar, repitiendo las tomas las veces necesarias con intervalos de 2 a 3 horas.

A las 24 horas de nacido se empezará a poner el niño al pecho de la madre y en forma sistemática, cada 3 horas durante el día, con un descanso de 6 horas por la noche. Ejemplo del horario:

6 de la mañana . . .	1.º	pecho
9 " " " . . .	2.º	"
12 " " " . . .	3.º	"
3 " " tarde . . .	4.º	"
6 " " " . . .	5.º	"
9 " " noche . . .	6.º	"
12 " " " . . .	7.º	y último pecho

El pecho se le dará siempre a las mismas horas, despertándole si está dormido y le corresponde tomarlo, pues una vez que mame vuelve de nuevo a quedarse dormido. Así se le acostumbra y disciplina desde el principio y más tarde él mismo, cuando llega la hora, lo indicará con su llanto, si es que a la madre se le ha pasado desapercibido, constituyéndose en el mejor reloj de la casa.

Para que ambos se hallen cómodos en el momento de darle el pecho, se colocará su cabecita encima del brazo de la madre inclinada hacia él entrelazando el pezón del pecho con los dedos índice y medio de la mano libre, e introduciéndolo en la boca que lo coge enseguida y empieza a mamar. Sin embargo, no

siempre lo hace, pero con paciencia y tranquilidad por parte de la madre y familia aprende a efectuarlo. Si el niño se niega a mamar y rechaza el pecho, otra persona le matendrá fija la cabeza, impidiéndole la retira del pecho, y al mismo tiempo le sujetará las manos para evitar su defensa. De esta manera y poco a poco se acabará por vencer la resistencia del recién nacido, el cual no tardará en cogerlo voluntariamente.

Se le matendrá cinco minutos en el pecho, retirándole otros cinco y colocándole en posición vertical, para que erupite, si ha tragado aire y dé tiempo a que el estómago dilatado por la llegada de la leche se contraiga de nuevo, lo que suele hacer bruscamente. Es el llamado perístole. Una vez pasado esos cinco minutos de descanso se le vuelve a poner el pecho otros cinco minutos.

De modo que la técnica consistirá en:

5 minutos el pecho.

5 minutos de descanso, en posición vertical.

5 minutos de pecho.

Durante el descanso expulsaría el chico todos los gases ingeridos con la leche y también algunos buches del alimento, después de contraído el estómago tras el descanso. Durante los 5 minutos primeros el niño ingiere el 80 por ciento de la cantidad de leche que le correspondería y en los otros cinco minutos finales el 20 por ciento restante. De no retirarle el pecho la madre, el pequeño se quedaría adormilado,

descansando, y pasados unos minutos volvería de nuevo a mamar con bríos. Pero de no hacer la pauta dicha, se expone a que la contracción brusca del estómago (el perístole) expulse toda la leche ingerida, máxime si se le coloca en posición horizontal, al acostarse, quedando la boca a la altura del estómago. Por ello no debe acostarse enseguida al niño, sino mantenerlo unos minutos en posición vertical.

Durante los primeros días, la criatura sólo obtendrá una pequeña cantidad de alimento que no es la verdadera leche, llamado Calostro, que sin embargo por su riqueza en grasas es suficiente para sus necesidades alimenticias, muy pequeñas en esos primeros días, siendo además bastante rico en vitaminas y fermentos, así como de ligeros efectos laxantes, muy convenientes al principio.

La verdadera leche solamente aparece al 4.º día (subida de la leche) en las primíparas, es decir en las mujeres que dan a luz por primera vez, y más pronto en las multíparas o que han tenido más hijos.

Algunas madres suelen dar biberones o el pecho de otras mujeres a sus hijos en esos días en espera de la llegada de la leche, lo que constituye un grave error, porque aparte de privar al chico de las defensas contra las infecciones que lleva el Calostro, quita el estímulo de la succión a los pechos, retardando la llegada de la leche o impidiéndola. Por otra parte puede dársele al pequeño una leche abundante, con la consiguiente sobrecarga alimenticia que ello supone y si por otra parte se hace uso del chupo

del biberón, más tarde rechazaría el pezón del pecho de la madre.

En estos casos lo más recomendable es darle unos pocos gramos de agua mineral, hervida o infusión de manzanilla, o bien una cucharadita pequeña de leche de las de café en una o dos cucharas grandes de agua hervida tibia, a continuación del pecho, y facilitándoseles por cucharaditas, nunca por chupo. De esta manera se le mantendrá unos días hasta que la leche de la madre le resulte suficiente. Esta práctica la efectuamos siempre que es preciso y los resultados han sido excelentes, pues al final las madres que se han dejado guiar no han perdido la leche, por el contrario, la han tenido lo bastante abundante para prescindir de la leche extraña sobreañadida.

Si bien en los primeros días los niños lloran con frecuencia, no es precisamente por hambre; algunas veces lo hacen porque tienen cólicos intestinales o gases y aunque la alimentación fuese abundante, siempre o casi siempre pierden de peso en la primera semana. Esta es la llamada deshidratación fisiológica del recién nacido.

Con la subida de la leche, la madre puede tener una elevación febril, que suele llegar a los 39°, acompañada de dureza de los pechos y dolor en los mismos, que se irradia a los brazos, cuello y espalda, con cierto malestar general. Estas molestias van desapareciendo al cabo de uno o dos días.

Con frecuencia los pechos se ponen duros y tensos, constituyendo un obstáculo para que el niño

pueda cogerlos, haciéndose preciso descargarlos con el ordeño manual mediante un sacaleche o incluso poniendo al pecho otro niño mayorcito.

Hemos dicho que desde el primer día debe dársele el pecho cada 3 horas, ya que la leche de la madre tarda dos horas y media en evacuar el estómago y conviene dejar a éste otra media hora de descanso de su trabajo digestivo para evitar su fatiga que repercutiría, de lo contrario, en el estado general del infante. Si se le da el pecho antes de las dos horas y media, cogería al estómago en pleno proceso digestivo, perjudicándole y, a la larga, con las consecuencias desastrosas consiguientes.

La educación del niño debe empezar desde entonces, impidiéndole adquirir hábitos perniciosos que luego cuesten trabajo desarraigar.

Debe dormir en su cunita, de la que sólo se le sacará para darle el pecho cuando le corresponda, o para limpiarle, si está sucio o se ha orinado y cambiarle entonces de pañales.

No debe cogérsele en los brazos acostumbrándole a ello, ni mecerlo o ponerle el chupete, ni darle de comer cada vez que lllore, ya que el llanto es el sentido de protesta del niño para todo, y si bien es verdad que llora cuando tiene hambre, también es cierto que otras veces llora porque está sucio o porque por haber comido mucho tiene el estómago repleto o por haber ingerido gran cantidad de gases, no quedándose tranquilo hasta que no los expulse con los eructos. También puede llorar por presen-

társele reflejos cólicos que aumentarían con una nueva ingestión de alimento.

Por lo tanto se comprende que si el pequeño llora, por muchos motivos, no es razonable el que cada vez que lo haga, la madre pretenda callarlo dándole de comer de nuevo, aumentando así sus sufrimientos.-

A ninguna persona mayor se le ocurriría comer teniendo el estómago lleno y en plena digestión. Todos hemos sufrido cólicos intestinales cuando tuvimos una descomposición de vientre y no por esto se nos ocurriría comer de nuevo, ya que en esos casos procuramos mantenernos unos días con una dieta ligera y el tratamiento adecuado.

De esta forma, mamando cada 3 horas y 7 veces en las 24 horas, llegaremos hasta los tres meses de la edad del niño y es entonces cuando el régimen va a sufrir un ligero cambio:

- 7 de la mañana: Pecho.
- 10 » » » Pecho, harina y mantequilla.
- 12 y media zumos de frutas.
- 1 Pecho.
- 4 de la tarde: Pecho, harina y mantequilla.
- 7 » » » Pecho.
- 10 » » noche Pecho.

Por lo tanto 6 comidas al día: la primera a las 7 de la mañana y la última a las 10 de la noche.

Como puede observarse hemos hablado de las harinas, mantequillas y zumos, refiriéndonos sólo al pe-

cho, dando por supuesto que la madre tiene la leche suficiente, pues, de lo contrario, habría que añadirse al niño constituyendo entonces la llamada lactancia mixta, de la que más adelante nos ocuparemos.

Hemos mencionado las harinas. Para empezar debemos proporcionarle al niño las que existen en el Comercio (Farmacia), que son preparadas especialmente para ello y que tienen la ventaja de no necesitar ser hervidas tipo Blevit o Nestún cinco cereales, de las que comenzaremos a dar una cucharadita de las de café rasa y para que no vaya sola con el agua se la añadiremos a otra igual de una leche en polvo, semidescremada, y las dos cucharaditas se ponen en una o dos cucharas soperas de agua hervida tibia ya que ni la leche ni la harina deben hervirse. A esta mezcla se le va añadiendo poco a poco la mantequilla empezando por la punta de la cucharadita tomada como medida para la harina y la leche, o sea las de café, hasta llegar a dar una entera si es bien tolerada por el pequeño. La mantequilla debe ser de garantía, holandesa, asturiana, de León, Santander etc., pero nunca margarina.

Este alimento complementario de la leche de la madre debe darse por cucharaditas y a ser posible encima del pecho; de quedar satisfecho el niño con la leche de la madre y no querer entonces tomarla, se le dará antes, nunca por lo tanto con biberones y chupos.

Del zumo de frutas del que hablamos para darlo a las 12 y media, empezaremos también por la cu-

charadita de las de café, al principio la mitad en una cuchara de agua hervida, sin azúcar, de naranja o de tomates si está algo estreñido, o de limón en el caso contrario, aumentando hasta una pequeña.

Con este régimen llegamos hasta los 5 meses o a los 4 y medio si el chico está muy desarrollado y es ahora cuando comenzamos con los caldos de verduras, purés y frutas, siempre éstas al natural.

Ejemplo del régimen del niño:

7 de la mañana: Pecho.

10 " " " Pecho, harina, leche y mantequilla.

1 Caldo de verduras (o purés más adelante según diremos) zumos, manzanas o plátanos, peras, pecho.

4 de la tarde: Pecho, harina, leche y mantequilla.

7 " " " Pecho.

10 " " noche: Pecho.

Los caldos han de ser de verduras, o potajes, no de pescado ni de carnes. Preparados de exprofe-so, como luego diremos, o bien colando simplemente el potaje familiar de lentejas, chícharos, con patatas y verduras. Después de vacilaciones y experiencias empiezo a aconsejar dar al principio una cuchara grande o sopera del potaje colado y cada dos o tres días voy aumentando una cuchara hasta llegar a cinco, que sostengo tres o cinco días y si no hay ningún trastorno las voy sustituyendo por cucharas de puré del mismo potaje también, empezando por una grande sopera, ejemplo:

1 de purés y 4 de caldo, 2 de purés y 3 de caldo y así sucesivamente, cada tres días hasta llegar a dar las 5 de puré. Como no siempre va a haber potaje en la casa, se hace uno especial para el niño como luego veremos.

El zumo que se le daba antes del pecho se le dará ahora después del caldo o puré, mezclado con la fruta: manzanas, plátanos, peras etc. batiéndolas juntos, empezando por una cucharadita pequeña, de las de café, hasta dar 3 o 4 de la fruta con 1 o 2 del zumo.

La harina puede seguir siendo la que se venía empleando, pudiendo cambiársele la de 5 cereales por la de arroz o por una astrigente, si se suelta un poco de vientre, y se irá aumentando hasta dar 3 cucharaditas pequeñas y rasas.

A partir de los tres meses se prescribe un choque de vitaminas A-D 3 cada mes y medio y en total 3 o 4 antes del año, ya por la boca o en inyecciones.

A los 9 meses empezamos a dar la yema de huevo, alternándola con pescado blanco cocido (no de hielo), con hígados no grasos y sesos, ambos también cocidos. Si el huevo es grande la yema tendrá aproximadamente 3 cucharaditas de las de café; para empezar daremos una cuarta parte de la yema cruda con el puré y lo mismo del pescado, hígado o sesos; al llegar a los 10 meses tomará ya una cucharadita pequeña de la yema o de los alimentos dichos, dos a los once meses y tres, o sea la yema completa, al año.

Por lo tanto, el régimen a los 9 meses sería el siguiente:

Cinco comidas y cada 4 horas:

- 6 de la mañana: Pecho.
- 10 " " " Harina, leche y mantequilla, pecho.
- 2 " " tarde: Purés, yema, pescado, hígado o sesos. Zumos, frutas y pecho.
- 6 de la tarde: Como a las 10 de la mañana (pecho, harina, leche y mantequilla).
- 10 de la noche: Pecho o pecho y leche.

Si la madre va perdiendo la leche a medida que van transcurriendo los meses, se le irá dando al niño con la harina y en la cantidad necesaria, la leche entera y no descremada, y lo mismo en los otros pechos se le pondrá la misma, sin la harina, constituyéndose entonces la llamada lactancia mixta, y esto es lo lógico, pues a nadie se le ocurriría si vamos a comprar un objeto cualquiera, pedir a un amigo o pariente el dinero total del importe al disponer nosotros de todo o de una buena parte.

Al cumplir el año daremos sólo cuatro comidas, y según el siguiente horario:

- 8 de la mañana, Desayuno: Leche, harina, mantequilla.
- 12 del mediodía: Purés, yema entera cruda, o pescado, hígados, sesos, zumos y frutas, pecho.
- 4 de la tarde, como a las ocho de la mañana.
- 8 de la noche, Cena: Purés, zumos, frutas, pecho;

todo igual que en el almuerzo pero sin yemas, ni pescados, hígados o sesos.

Una madre debe, siempre que le sea posible, criar sus hijos al pecho incluso si fuese necesario ayudado con otra leche (lactancia mixta), aunque indudablemente no todas pueden hacerlo, pero si se examinan bien las causas alegadas para no efectuarlo, se ve que en realidad son muchísimas menos de lo que vulgarmente se cree, sobre todo en los primeros meses de la vida del niño, cuyas exigencias alimenticias son muy escasas. Siempre recuerdo a una madre que no había criado a los cuatro primeros hijos y al llegar al quinto se empeñaba en darle biberones, apremiándome a que accediera a ello, a lo que no estaba dispuesto, pues veía que solamente con el pecho ganaba el niño 40 gramos diarios, más de lo que le correspondía (30 grs.), negándose ella a admitir y considerar, pensando que los anteriores no había podido criarlos, y además del peso que ganaba el chico diariamente ofrecía un aspecto y peso excelente. Pues bien, a pesar de sus protestas y resistencias, a veces muy violentas, crió a su hijo al pecho muy bien, y al final tuve que ser yo el que insistiera para que lo destetara pasados los quince meses. De esto se deduce una experiencia muy provechosa para las madres: que por mala orientación, en bastantes ocasiones pierden la oportunidad de criar a los niños al pecho, que es la forma más idónea para ser utilizada.

Entre los motivos que impiden la lactancia ma-

terno tenemos las infecciones graves agudas, como las fiebres tifoideas, las puerperales y las crónicas, por el peligro de contagio y la debilitación orgánica.

El embarazo de la madre no lo es generalmente y es muy corriente en mi práctica profesional observar madres realizándolo sin trastorno alguno hasta en períodos muy avanzados, lo que tampoco es aconsejable, debiéndose suprimirla al llegar al 6.º o 7.º mes del mismo. He visto frecuentemente que basta la simple sospecha del embarazo para destetar bruscamente al niño, incluso en los primeros meses de su vida, dándole biberones, todo lo rebajado que su instinto le sugiere, pero sin previa transición para irlo acostumbrando al nuevo alimento, causándoles los trastornos consiguientes, los conocidos «dañitos» de los que entonces nos habla, si no pueden atribuirse los a los dientecitos porque le están saliendo o les están «cuajando». Otras muchas veces los achacan a que la leche no le sentaba bien, cambiándosela por otra, con los mismos trastornos, cuando en realidad todas las leches son buenas bien administradas, paulatinamente, de una manera progresiva y bien dosificadas en volumen y concentración y con los intervalos correspondientes.

No quiero con esto decir que algunas veces no sea necesario quitar el pecho al chico, ya porque en efecto le siente mal a causa del embarazo de la madre, o por los trastornos del mismo y los vómitos que la debilita, pero en todos los casos no debe procederse ciegamente, obedeciendo a sus caprichos o a

consejos de las vecinas o amigas tan ignorantes como ella en estas cuestiones, sino estudiando bien las consecuencias y haciéndolo de una manera gradual para evitar trastornos al niño.

La debilidad general, la palidez, la delgadez y la juventud extrema y hasta la constitución neuropática, en la mayoría de los casos no constituye un motivo justificado para rechazar la lactancia materna, que generalmente es beneficiosa para las madres por la regresión de las modificaciones experimentadas en el embarazo y el mejoramiento de la salud y del estado general.

La disminución del peso por parte de la madre no es un hecho que por sí solo deba inquietarla, ya que puede emprenderse una cura apropiada y en última instancia se puede interrumpir la lactancia en cualquier momento.

Los dolores que al principio de la crianza se irradian de los pechos y de las espaldas ceden generalmente con la terapéutica apropiada y un régimen rico en vitaminas, acompañados de la sicoterapia por sugestión.

Los pezones deprimidos, poco frecuentes, pueden constituir un obstáculo si se aprecian en ambos lados. Lo mismo sucede con los pezones muy cortos y planos que dificultan la succión, sobre todo al principio.

Por lo que respecta al niño, la inmadurez, los prematuros, las hendiduras del paladar etc., son también motivos para impedir la lactancia materna.

Lactancia mercenaria (Nodrizas).

El único sustituto de la leche de la madre que tiene un valor equivalente es la de otra mujer, siempre que sea sana y la posea en cantidad suficiente.

Un error muy frecuente consiste en entregar un niño débil, o de pocos meses, a una nodriza que tiene la leche en abundancia, con lo cual socarga al aparato digestivo del lactante o que a su vez el lactante no agote toda la leche del pecho, dando lugar a su retención y más tarde a su supresión absoluta. Si el niño tolera bien la leche de la nodriza, debe ésta ordeñarse una vez terminado de mamar o poner otro chico a continuación, siendo lo lógico, natural y humano que sea su propio hijo.

La elección de una ama de cría es siempre un problema difícil de resolver tanto desde el punto de vista social, como del médico, pues por muy esmerado que sea su reconocimiento, jamás podremos garantizar una salud perfecta debido a las simulaciones y a las condiciones y exigencias de dicho reconocimiento, a lo que hemos de añadir las pocas posibilidades de elección, y por tanto al apremio de la familia para ser admitidas. Sin embargo, para evitar responsabilidades, el reconocimiento deberá ser lo más completo posible, especialmente dirigido a descubrir las enfermedades venéreas, la tuberculosis y los antecedentes del niño que se le va a entregar, para evitar así que a su vez contagie a la mujer.

Los pechos con abundante secreción láctea se ha-

llan calientes, presentando una red venosa muy visible. Son generalmente cónicos y después de la tetada, aún se puede extraer la leche en chorritos finos. La temperatura submamaria es de medio a un grado mayor que la axilar.

Lo que no da lugar a dudas sobre la excelencia de la leche, o su cantidad es, no sólo el peso de la tetada, es decir pesando al niño antes y después de mamar, sino el aumento diario de la curva del peso del lactante.

Antiguamente se requería que el niño del ama, y el que se adoptaba, fueran de la misma edad, sin embargo ello carece de importancia siempre que se procure no alimentar con exceso a un niño débil o de pocas semanas, o que anteriormente había estado enfermo, porque de lo contrario sería preferible un ama de secreción mediana, pero de salida fácil de la leche.

No hay que desanimarse porque el niño, antes enfermo, no aumente enseguida de peso, pues su período de recuperación es muy lento y a veces se acelera con un régimen mixto adecuado.

Lactancia mixta.

Si la madre o la nodriza no tienen la cantidad de leche suficiente para criar al niño, es entonces cuando debe disponerse de otra clase de leche con que complementar las primeras, constituyendo la Lactancia Mixta, de la cual existen dos formas:

- A) Lactancia Mista Alternante.
- B) Lactancia Mixta Complementaria.

La primera consiste en alternar los pechos con los biberones.

La segunda, como su nombre indica, es complementarla o completarla, es decir dándole primero el pecho y luego la leche extraña, necesaria para su alimentación. Esta última es la más conveniente y adoptada por sus mayores ventajas, pues al mamar el niño con regularidad, se sostiene mejor la secreción láctea de la mujer y porque la mezcla de ambas no solamente no perjudica al chico, sino que, al contrario, le beneficia, ya que con los fermentos de la mujer se digiere mejor la leche extraña, menos rica en ellos y en vitaminas, debido a los procesos industriales de su preparación.

El único problema en esta clase de lactancia es la de saber la cantidad de leche que ha de agregársele al objeto de no sobrepasar la dosis, o de quedarnos más bien cortos. Para eso basta pesar la teta, es decir pesar al niño antes y después de mamar, y luego añadir el volumen que falta. Yo utilizo una fórmula esquemática muy sencilla; basta tener en cuenta el mes de la edad del niño y anteponerle un 1 y posponerle un 0, es decir si tiene 5 meses sería 1 - 5 - 0 o sea 150 grs. en total. Por lo tanto si sólo mamara 50 grs. tendríamos que añadir 100 grs. y si es menor de 5 meses con las diluciones correspondientes, de las que hablaremos al tratar sobre la alimentación artificial.

La leche complementaria se facilitaría al niño por cucharaditas, nunca por biberones, ya que entonces aborrecería el pecho por costarle más trabajo el cogerlo.

El efecto que con ello consigamos se reflejará en el aumento diario del peso del lactante, en su estado general y digestivo, deposiciones y conforme a ello indicaremos la marcha a seguir.

El intervalo de descanso que antes habíamos fijado de 3 horas, en la lactancia materna, pasaría ahora a 4 horas, por la menor digestibilidad de la leche extraña.

Al empezar con la lactancia mixta daremos al principio pocas cantidades de la nueva leche, a veces sólo en unos pocos pechos, para ir acostumbrando el estómago del lactante y progresivamente se le irá llevando a la cantidad necesaria.

Cuidados de la madre y de la nodriza.

La mujer que cría hará su vida ordinaria, sin extravagancias ni exageraciones, sin grandes esfuerzos físicos o emocionales, aunque está plenamente demostrado que estas anomalías, como el dolor, la tristeza, las rabietas, etc. no ejercen influencia apreciable en la calidad de la leche, si bien puede influir en el volumen de su producción y hasta incluso suprimirla repentinamente por la oclusión del esfínter del pezón, el cual se vencería más tarde con constancia y regularidad en las tetadas. Hay pues que desechar

como fábulas las acciones tóxicas admitidas por el vulgo, la denominada «leche disgustada».

La madre o nodriza ha de estar bien alimentada, sin dieta especial, debiendo ser las comidas sanas y a base de alimentos ricos en vitaminas como las verduras crudas, ensaladas, huevos, mantequillas y frutas al natural.

Las exageraciones en la alimentación no aumenta la leche y sólo favorece al engorde de la mujer, sin finalidad práctica alguna. Se ha visto incluso que la deficiencia en esas comidas, una vez aparecida la secreción láctea, tiene escasa influencia en su calidad y cantidad, salvo que se llegue a casos extremos en los que el organismo viva entonces a expensa de sus propias reservas orgánicas.

Las necesidades de los líquidos aumentan en esta época de la lactancia, por lo que se debe dar caldos, leche y hasta incluso cerveza o vino, en cantidades moderadas, que estas dosis no pasan a la leche del pecho.

La higiene en general es la normal y corriente de acuerdo con sus costumbres, educación y medios económicos, aunque naturalmente es necesario los lavados regulares de los pechos y pezones antes y después de darlos al lactante.

Es un hecho bien conocido que el embarazo sobreviene más tarde en las madres lactantes, sobre todo en las amenorreicas, es decir, las que no reglen durante la lactancia. Si aparece la menstruación, suele presentarse una ligera disminución de la cantidad

de leche, especialmente en las mujeres poco lecheras, sin que tengan acción perjudicial para el lactante, siendo en consecuencia infundados los temores existentes a este respecto.

Lactancia artificial.

Cuando no es posible seguir la lactancia materna o mercenaria por nodrizas, ni incluso la lactancia mixta ya señalada, entonces no tendremos más remedio que emplear la lactancia artificial, integrada por leches diferentes a las humanas. Entre ellas tendremos:

La leche de vaca: muy semejante a la de la mujer, aunque más albuminoidea y menos azucarada y grasienta.

Composiciones comparadas de las leches de mujer y de vaca:

Albúminas - Hidratos - Grasas - Sales de carbonos

Leche de vaca	3	4,5	3	0,70
Leche de mujer	1	7	4,5	0,20

Esta leche de vaca se ha empleado incluso pura, sin diluir, no admitida por los Médicos, pues se ha visto que ocasiona trastornos dispépticos, raquícticos y hasta espasmofílicos. La dilución de la leche varía según la edad a partes iguales durante el primer mes, dos partes de leche por una del líquido diluyente en el 2.º y 3.º mes, tres partes de leche y una del líquido empleado para diluirla en el 4.º mes y pura a partir del 5.º y 6.º mes.

Al diluirse la leche cambian su composición y proporción de los componentes, disminuyen las albúminas acercándolas a la de la mujer pero bajando aún más las cantidades de hidratos de carbono o azúcares, ya disminuidos y lo mismo las grasas, descendiendo por lo tanto el valor calórico y alimenticio de la leche.

Este es el motivo de que haya de añadirse azúcar, la cual produce una coagulación más fina de las albúminas, haciéndola más digerible. La cantidad a agregar será la de un 5 por ciento, aproximadamente, equivalente a dos cucharaditas rasas de las de café para los cien gramos de leche (unas ocho cucharas grandes de las soperas) que contiene cada una unos trece gramos. A veces es conveniente llegar hasta un 12 y 14 por ciento, con lo cual se ha visto aumentar el peso del lactante, siempre que sea bien tolerada. Resulta curioso observar que cuando antiguamente la madre añadía azúcar a la leche para endulzarla y hacerla más agradable a su hijo, inconscientemente cumplía con un requisito muy importante, impuesto por la naturaleza y fisiología del lactante.

Como al diluir la leche bajan también las grasas es conveniente añadirselas también según veremos.

Además del azúcar, como hidrato de carbono, se utilizan también las harinas, alimentos muy valiosos cuando llegan los lactantes a los 3 meses de edad, de acuerdo con lo que señalamos en las lactancias materna y mixta, habiéndose desechado el temor que existía de que no fuesen bien digeridas en los pri-

meros meses de vida del niño, viéndose por el contrario que dadas en las proporciones adecuadas y progresivas no presenta ningún inconveniente, porque mezcladas con el azúcar benefician aún más al lactante.

La adición de las grasas es una costumbre popular en algunos países incrementándose con ello el valor calórico y nutritivo de la leche, con un mayor desarrollo del panículo adiposo o grasa de la piel que se hace más turgente, firme y sonrosada, dando lugar a un aumento de las resistencias orgánicas a las infecciones. Para añadir esta grasa se utiliza la nata fresca de la leche, que contiene un 10 por ciento de las grasas y que se obtiene dejando reposar 2 horas al aire y en una vasija poco profunda uno o dos litros de leche, protegidos de la acción de los insectos y moscas. También se utiliza con el mismo objeto la mantequilla fresca y de buena calidad (no las margarinas) y sin sal, que contiene un cien por ciento de las grasas, y asimismo el aceite de oliva con igual proporción.

En cuanto a las albúminas no existen problemas por tener más leche de vaca y aún diluída las restantes son suficientes.

Lo dicho para la leche de vaca es casi sin excepción aplicable en la práctica para las leches de cabra, utilizadas en muchas regiones donde aquéllas escasean.

La dilución de las leches se hacen con agua hervida, simplemente, o con los llamados mucílagos en el

primer trimestre y los cocimientos de harina en el segundo.

Preparación de los mucílagos.

Se preparan tomando un grano de cereal o el arroz; unas dos cucharas grandes soperas a las que se añade un litro de agua, hirviéndolo durante una hora, colándolo después y completando con agua hervida la cantidad inicial del litro, añadiéndole además una cucharadita pequeña rasa de sal común, y guardándolo en una botella en su sitio fresco.

Preparación de los cocimientos.

Se prepara de igual forma, sustituyendo el grano por la harina e hirviendo 20 minutos solamente mientras se va agitando. Se cuele, también, y se le añade la sal y el agua inicial.

Leche condensada.

Esta leche es muy conocida de todos, siendo el resultado de la desecación de la leche de vaca al quinto de su volumen, agregándole azúcar para su mejor conservación.

Para convertir la leche natural hay que añadir el agua restada, o sea por cada parte de leche, en gramos, cinco partes de agua, en gramos también.

Si tenemos en cuenta que una cucharadita peque-

ña llena de leche condensada pesa diez gramos, bastaría agregarle cincuenta gramos de agua: unas cuatro cucharas grandes de las soperas. De tener que diluirla a la mitad en el primer mes del lactante se pondría doble cantidad de agua, es decir cien gramos y así sucesivamente.

Ahora se comprenderá la importancia de lo indicado, pues cuantas veces acuden las madres al Consultorio demostrando haber cometido verdaderos disparates, ya que donde deben poner una o dos cucharaditas pequeñas de leche condensada colocan dos o tres de las grandes y no salen de su asombro cuando les hago ver el absurdo que están cometiendo, pues de buena fe ponen las que creen necesarias. Para que me comprendan bien en estos casos, les cito el ejemplo de los albañiles al construir un techo, quienes no sitúan las mezclas a capricho, sino midiendo el cemento, la arena y la grava según una determinada proporción, contándolas por cestas.

La leche condensada se viene usando desde hace mucho tiempo; conserva muy bien las vitaminas gracias a los métodos de su fabricación, siendo muy difícil que se presente en los niños síntomas de enfermedades carenciales, escorbutos, (falta de vitamina C), el raquitismo (falta de vitamina D) etc. Sin embargo, como en todas las lactancias, máxime en las artificiales, es conveniente añadir pronto las vitaminas, bien en forma de zumos de frutas frescas (limón, naranjas, uvas, etc.) o con otros alimentos: mantequilla, huevos o preparados comerciales corrientes.

Si tenemos en cuenta de que el niño trae desde su nacimiento reservas vitamínicas transmitidas por su madre, que suelen durar unos tres meses, es a partir de esa edad cuando conviene dar unos choques de vitaminas A-D por vía bucal o muscular, repitiéndolas cada mes y medio, teniendo la ventaja sobre las gotas de evitar el posible olvido de la madre.

Leches en polvo.

La leche en polvo es el resultado de llevar a su extremo la desecación o evaporización de la leche de vaca.

La leche en polvo tiene, como la leche condensada, la ventaja de su composición constante y su buena conservación, y sobre la última la de ser igual a la leche original, pues no lleva el azúcar para su conservación. Son asimismo más manejables y carecen del suero de la leche de vaca de acciones nocivas en el lactante. Su empleo ha constituido un gran progreso en la alimentación de los niños.

Por tener estas leches menos vitaminas hemos de añadirlas convenientemente.

Se fabrican con la mitad de grasas, semidescremadas, o con toda las grasas. Indicadas las primeras para los niños débiles o de pocos meses con las cuales hemos visto un buen desarrollo y aumento de peso incluso en niños mayorcitos, de cinco meses, a pesar del temor de algunas madres de que esas leches sean muy flojas.

Aparte de los dos tipos de leche en polvo, existen las leches acidificadas, con más o menos grasas, que todos conocemos (Pelargón, Eledón simple y compuesto etc.). Estas leches no deben utilizarse sistemáticamente en forma prolongada, por la posible descalcificación ósea, ya que los iones cálcicos pasan a neutralizar en el estómago la acidez de estas leches, restándolas a sus propios huesos.

Las leches acidificadas tienen sus indicaciones en algunos casos por ser de más fácil digestión para el lactante y como inconveniente el que no todos los chicos quieren tomarla.

Para reconstruir la leche original es preciso darla al doce por ciento, es decir, doce gramos de leche en polvo en cien gramos de agua. Teniendo en cuenta que la cucharadita pequeña de las de café (rasa) tiene unos dos gramos y medio, aproximadamente serían cinco cucharaditas en ocho cucharas grandes soperas, que cada una hace trece gramos.

Estas leches no han de hervirse y deben ser preparadas en el mismo momento en que se vaya a dar el biberón.

Para preparar los biberones aconsejo tener todas las mañanas un litro de agua hervida en una botella o termo y cuando llegue el momento de prepararlos bastará extraer del recipiente unas cucharas más de las necesarias, calentarlas y luego contar las que vamos a utilizar, añadiéndole la leche, la harina y mantequilla —si las llevan— de acuerdo con la edad del niño.

Si tenemos un niño de 3 meses, su biberón sería

de 1-3-0 grs.; como la cuchara de agua tiene 13 gramos necesitaríamos 10 cucharas. Por embeberse el agua al calentarla, pondremos al fuego unas doce cucharas de esa agua hervida conservada y una vez caliente separaremos las diez cucharas (130 grs.), agregándole la leche, la harina y la mantequilla, dos veces al día, según ya hemos dicho. La cantidad de la leche suelo calcularla, aproximadamente, restando 3 al número de las cucharas de agua, en este caso 7 para las 10, y como medida, siempre, la cucharadita pequeña de las de café y rasa.

Citemos otro ejemplo. Si se trata de un niño de 5 meses, el volumen del biberón sería 1-5-0 (150 grs.) a 13 grs. la cuchara de agua, o sea unas doce cucharas y la leche, al ser 3 menos, 9 cucharaditas rasas de las de café

9 (3) 12

Este sencillo método, comprobado en muchos años de experiencia profesional, me ha proporcionado excelentes resultados, siendo luego confrontados con el aumento del peso del lactante y su estado general, pudiéndose aumentar el agua o la concentración de la leche si es necesario.

Si el chico tuviera un peso superior al que corresponde a su edad, el volumen del alimento sería mayor, aproximadamente al del niño, a quien correspondería. Es decir si el lactante de tres meses tuviera el peso de un niño de 5, se le podría dar en vez de los 1-3-0 grs., 1-4-0 o 1-5-0 grs., es decir de un

niño de 4 o de 5 meses de edad, siempre que no gane el promedio diario que debería corresponderle.

En la alimentación artificial, el intervalo de los biberones será de 4 horas.

Régimen de un niño de 3 meses:

6 de la mañana leche sola (130 grs.=7 cucharaditas rasas de leche en 10 cucharas grandes de agua hervida caliente).

10 de la mañana lo mismo, más la harina y mantequilla.

2 de la tarde leche sola (7 en 10). Media hora antes, o sea a la una y media el zumo de naranja o de limón.

6 de la tarde, igual que las 10 de la mañana (leche, harina y mantequilla).

10 de la noche igual que a las 6 de la mañana (leche sola).

Para recordarlo fácilmente suelo compararla con la línea delantera de un equipo de fútbol; dos extremos iguales, dos interiores también iguales entre sí y el centro delantero con el zumo, media hora antes de la leche.

Hemos precisado que en esta edad debemos emplear las harinas comerciales adecuadamente preparadas (tipo Blevit 5 cereales, o Nestun 5 cereales, etc).

Cuando los niños sean mayorcitos podemos utilizar mezclas de harinas de trigo, maizena y arroz, e incluso el gofio, pero entonces tendremos que hervirlas con el agua, sin la leche, durante diez minutos, contaremos luego las cucharas de la mezclas y

ponemos la leche aprovechando que está caliente y le añadimos el agua que falte para completar el volumen del biberón.

De esta forma sencilla y práctica, al alcance de todas las inteligencias, procedemos en nuestras consultas y son conocidas de las madres que acuden a ella.

Dicho método exige, naturalmente, conocer el tamaño de las cucharaditas de las que existen 3 tipos fundamentales: las muy pequeñas, de azúcar; otras mayorcitas o las de café que son las que tomamos como medidas, y las de postre, algo mayores. De las cucharas soperas antes existían unas de 15 grs. y hoy las corrientes tienen 13 grs. aunque las hay también de menos cabida.

Leche de burra.

El uso de la leche de burra es ya un simple recuerdo, pues sólo ha de emplearse por poco tiempo —un mes— y en niños muy débiles debido a su pobreza en grasas, no debiendo hervirla sino calentarse al baño de María, por ser además muy difícil de conseguir.

* * *

Las leches de vaca o cabra no deben hervirse más de cinco minutos para evitar la alteración de sus componentes (albúminas, grasas). Se conservarán en un sitio fresco o nevera. Para usarla bastará calentar-

la. Solamente en verano conviene hervirla de nuevo por las tardes y nunca más de cinco minutos. Si por el régimen del lactante hay que añadirle harina, si no son las especiales para niños que no deben hervirse, es necesario hacerlo hirviendo las harinas con el agua simplemente durante diez minutos, procurando que queden unas cucharas de agua al final para agregarle la leche aprovechando que está caliente, cuando se trate de leche en polvo, pero si se trata de leche de vaca o de cabra no debe quedar mucha agua con la harina para no diluir la leche, si por la edad esta dilución no es necesaria, porque luego al calentarse un poco se embebería.

Ventajas de la Lactancia Materna

Así como la lactancia materna da casi una seguridad de éxito, la lactancia artificial se halla más expuesta a peligros si no se realiza bien, necesitándose un nivel cultural más elevado, que por lo tanto reporta una mayor mortalidad infantil en los medios pobres y más ignorantes, aparte de resultar más costosa para ellos.

Caldos de Verduras.

Para preparar un caldo de verduras, pondremos:
1 cuchara grande de judías, 1 cuchara grande de lentejas.

1 trozo de zanahoria, 1 o 2 patatas, 1 cucharadita pequeña de sal.

1 litro de agua.

Se hierve todo un par de horas y luego se cuele.

Se empieza a dar, según dijimos, a partir de los 4 y medio a 5 meses.

A los 18 meses podemos dar el huevo entero, claro, envuelto o crudo, empezando poco a poco, con prudencia, comprobándose su tolerancia.

Alimentación prohibida e inoportuna.

Muchas veces hemos visto privar al niño del pecho de la madre, incluso recién nacido, a la menor contrariedad como el retraso en la aparición de la leche, no siendo raro que se le dé entonces el pecho de otra mujer o un biberón de leche de vaca o cabra por el temor a su desnutrición y hasta algunas veces se le administra agua azucarada, vino, miel, sopas de pan y aceite, pan bizcochado, café con leche y al cumplir los 3 meses patatas cocidas, sopas de ajos o arroz y a los 8 meses una o varias yemas de huevo, y pasado el año de uno y uno y medio de litro de leche cuando en esta época no deben tomar más de seiscientos gramos.

Por el contrario en otras ocasiones se observa a niños de un año y mayores alimentados sólo con el pecho o biberones. Tiempo atrás era muy frecuente el que se sustituyera un pecho materno, muy abundante, por un biberón, creyendo de buena fe los padres que de esta manera cumplían con su deber y evitaban al lactante su desnutrición. Esta forma de

obrar daba lugar a secuelas y trastornos lógicos al privar al niño de un buen alimento sano y barato, y a que disminuyera o desapareciese en la madre su secreción láctea.

TERCERA LECCION

Desarrollo del niño. Recién nacidos y lactantes.

Caída del cordón umbilical.

La caída del cordón umbilical ocurre desde el 4.º al 10.º días del nacimiento. Algunas veces más tarde, a los 14 o más días.

En todos los partos que he asistido, bien en los domicilios de las parturientas o en mi Clínica particular, he aconsejado y efectuado el baño del niño en el momento del nacimiento y cuando se había desprendido el cordón. En los intervalos se practicará cada dos días la cura de la herida umbilical con gasa estéril impregnada en alcohol, algodón esterilizado, venda Cabric ancha y luego la fajita. Los resultados son excelentes, alejando el peligro de una infección y las molestias consiguientes del baño diario. De esta manera, de ensuciarse algo sería la fajita que se cambiaría, pero la herida quedará protegida por la venda.

Hay que evitar, como ya hemos dicho que se observa en el medio rural, los trapitos rehilados y guardados en una caja de cartón y también el aceite de oliva para mojar el cordón, en vez del alcohol, el primero sin garantías de asepsia.

Baños.

La habitación donde se bañe al niño debe estar templada y sin corrientes de aire. La bañera debe limpiarse con mucho cuidado y en los primeros días con agua hervida. Su temperatura debe ser alrededor de los 37° que puede irse disminuyendo a medida que el niño vaya siendo mayorcito y sobre todo en el verano.

Debe tenerse en cuenta que el niño durante los primeros días de su vida no regula su temperatura si hay frío, se enfriará y si hay calor se calentará y puede incluso aparecer fiebre.

Recomiendo el baño a la hora de acostarse por la noche y antes de darle la última comida, con agua bastante caliente, no sólo tibia, pues serviría como sedante del sistema nervioso proporcionándole así un sueño profundo.

Los ojos deben lavarse al principio con una esponja suave y muy limpia, pero si supuran deberán tratarse después del baño, sin mojarlos, con el agua de la bañera. El tiempo del baño debe ser de unos seis minutos. El secado con tela suave y sin restregar la piel, más bien absorbiendo el agua con la sábana. Se espolvoreará con talco estéril y si hay escocedura se embarnudará con alguna crema especial. La cabeza se lavará diariamente, friccionándose con colonia o alcohol. Si hay tendencia a aparecer costras, siempre recomiendo unas fricciones con algodón mezclado en una solución a partes iguales de petró-

leo y agua hervida, inclinando la cabecita del niño hacia abajo, para proteger los ojos, secarla luego con otro algodón y aplicándole con masaje una crema infantil idónea. De esta manera he visto desaparecer en pocos días esos paños y costras bastante repulsivos. El temor de algunas madres hace que se resistan a ello por temor a lastimar las membranas o fontanelas y a quemar la piel; sin embargo son infundados como lo vemos diariamente, ya que la presión es horizontal y no hacia abajo y el petróleo se ha usado muchísimo para las curas de las heridas e incluso para inhalaciones nasales. Las madres que han acudido a la Consulta y lo han practicado pueden dar buena fe de lo que digo.

Pérdida Fisiológica del peso.

El niño recién nacido pierde en la primera semana de 300 a 500 gramos de su peso y a veces hasta un kilogramo, debido a la deshidratación de sus tejidos. No obedece, por lo tanto, a la falta de alimento. Su recuperación se inicia a partir del 7.º día, para llegar a los diez al peso inicial, el de nacimiento. Sin embargo, no sucede siempre así, viéndose con frecuencia que no han perdido nada y que a los diez días incluso su peso es mayor.

Fiebre Fisiológica.

Es un hecho frecuente y hasta hace poco tiempo

desconocido, el que como consecuencia de dicha deshidratación se presente en los recién nacidos fiebre ligera que cede al tomar agua o suero fisiológico, pero si a pesar de eso persiste más de 24 horas, habrá que estudiarlo detenidamente por si se tratara de una infección o de una hemorragia meningoencefálica.

Esta fiebre ocasionada por la falta de agua la hemos visto con frecuencia en niños mayorcitos, lactantes de 6 y más meses, con temperaturas hasta de 40°; recuerdo algunos casos sometidos a tratamientos intensivos de terramicina, que cedieron al darles agua o ponerle suero y corregirle un régimen concentrado de leche o desabrigándolos si había mucho calor, ya que la sudoración es también una forma de deshidratación y hasta incluso si han tenido vómitos intensos o diarreas abundantes.

Ictericia de los recién nacidos.

En los niños de pocos días se suele presentar la coloración amarilla más o menos intensa de la piel y de los ojos, la llamada ictericia de los recién nacidos, a causa de la destrucción de los glóbulos rojos o hematías.

Generalmente no tiene importancia y desaparece al cabo de pocos días. En caso contrario, habría que pensar en un proceso más serio y grave, que es además rarísimo.

Transformaciones del recién nacido.

A medida que va creciendo el chico, va experimentando una serie de transformaciones para adaptarse a su nueva vida: el establecimiento de la respiración pulmonar, de la circulación uterina, la aparición de la flora intestinal microbiana, el cambio de color de las deposiciones que pasan del negro o meconio al verde y más tarde al amarillo oro.

El color verde de las deposiciones que asusta a las madres por creer que es debido al «dañito» o trastorno digestivo, no tiene importancia ya que se debe al paso rápido del alimento por el intestino en los primeros días del nacimiento del niño, sobre todo con la alimentación al pecho, no dando tiempo a que los pigmentos biliares (biliverdina) vertidos en el intestino, se transformen en bilirrubina y aparezca el color amarillo corriente de las deposiciones.

En el cráneo del recién nacido aparecen dos membranas blandas llamadas fontanelas, una anterior de forma raboidal —más grande— entre el hueso frontal y los dos parietales, que se cierra entre los catorce y diez y seis meses y otra posterior entre el occipital y los dos parietales, (forma triangular) más pequeña, que desaparece al mes del nacimiento.

Estas fontanelas son debidas a que en el momento del nacimiento los huesos del cráneo aún no han terminado su crecimiento. Su estudio tiene gran importancia en el momento del parto para determinar la posición de la cabeza fetal y la evolución posterior del mismo.

También tienen importancia las fontanelas porque nos puede señalar la posibilidad de un raquitismo.

Peso.

El peso del recién nacido varía dentro de ciertos límites. Las cifras medias dan para el varón, al nacer, 3,300 grs. y para la hembra 3,000 grs., llegando a veces a 4, 5, 6 Kgs. y aún más. El peso se duplica a los 6 meses, se triplica a los 12 meses y se cuadruplica a los dos años:

Si partimos de un peso de 3 Kgrs., veríamos:

Al nacer	3 Kgrs.	=	3.000 grs.
A los 6 m.	6 "	=	6.000 "
A los 12 m.	9 "	=	9.000 "
A los 24 m.	12 "	=	12.000 "

Son cifras medias como hemos indicado. Con frecuencia observamos niños de 7 meses pesando 9 y 10.000 grs., sin que por ello sean más saludables, ya que la salud del pequeño no está condicionada solamente a su peso, dependiendo de otros muchos factores. El conjunto de los mismos, cuando son los convenientes, es lo que se llama *Eutrofia* y son los siguientes:

- A) Color de la piel que debe ser sonrosada.
- B) Panículo adiposo o grasa de la piel... Duro, turgente, elástico, en cierta cantidad.
- C) Peso, la media normal
- D) Vivacidad del niño: No somnoliento.

E) Sueño: Tranquilo.

F) Deposiciones: Las normales a su edad formadas; más abundantes en los primeros días y en la lactancia al pecho.

G) Erupción dentaria normal, según diremos.

En consecuencia, aunque tenga más peso de lo corriente, si está pálido, fofo, pastoso, somnoliento o hace abundantes deposiciones no es un niño saludable o Eutrófico; son los llamados hidrolábiles, es decir que no retienen el agua de los tejidos, y si se les presenta las diarreas, éstas son más abundantes y difíciles de contener y pierden más de peso; se vacían podíamos decir de una manera gráfica. Por el contrario los Eutróficos son hidroestables, retienen más el agua de los tejidos, y son más resistentes a las diarreas e infecciones, aunque sean más pequeños y después de varios días de enfermo conservan casi su peso. Por eso no estoy de acuerdo con muchas madres, que dicen con orgullo que sus hijos son gorditos, achacándolo a que han ganado peso, cuando no es ésta la realidad.

Talla.

Al nacer el niño medirá 0,50 metro (50 centímetros).

A los 12 meses " 0,70 metro (70 centímetros).

A los 24 meses " 0,90 metro (90 centímetros).

Deformación craneal.

Cuando el chico nace presenta generalmente una

D) El reflejo de la succión: Cuando se introduce el chupo en la boca, falta en los niños muy débiles y prematuros y en los que tienen lesiones cerebrales, siendo por lo tanto de muy difícil pronóstico.

Visión.

Al nacer, el niño sólo nota al principio la oscuridad o la claridad y por ello cierra los ojos cuando se coloca frente a la luz y los vuelve, si estando oscura la habitación, se hace la claridad.

Al cumplir el 2.º mes percibe la forma de los objetos pero no las distancias y de aquí los rodeos temblorosos que hacen para cogerlos.

Al 3.º mes ya conoce a su madre, siguiendo con la vista la luz y empieza a mover la cabeza si está tendido boca abajo, levantándola de la cama.

Se sonríe y muestra su satisfacción moviendo las piernas y manos.

Audición

Durante la primera semana del nacimiento el niño es sordo por la estructura anatómica del oído. Su persistencia indicaría lesiones hemorrágicas producidas en el parto. Empieza a oír a partir de los ocho días.

Llanto.

El niño manifiesta su desagrado por el llanto.

Cuando esto sucede resulta conveniente investigar sus causas para corregirlas, pero si no se descubren se dejará que llore con absoluta tranquilidad por nuestra parte, aunque el instinto maternal se subleva ante esta idea. Haciendo esto, pasaremos unos días desagradables, que luego se compensará con otros mejores, teniendo en cuenta que la educación del chico debe empezar desde el primer día del nacimiento y los padres, por el bien de todos deberán ser duros y fuertes.

De lo dicho se infiere que no conviene cogerlos cuando lloren y no acostumbrarlo a ello.

A los seis meses se sienta algún tiempo. A los 12 empieza a caminar y a hablar. Sin embargo, hemos visto a algunos, de nueve meses, caminando por las calles cogidos de la mano de sus padres.

Otras características del recién nacido:

Sueño continuo, aunque debe despertarse a las horas de comer.

Llanto a la hora y media o dos de haber comido, pero a pesar de ello no debe dársele nuevamente el alimento hasta que no llegue el momento.

Los eruptos y vómitos.

Estos últimos, si no adelgazan al niño y por el contrario le hacen aumentar progresivamente de peso, no tienen ninguna importancia, siendo los llama-

dos vomitadores sanos para diferenciarlos de los niños que vomitan por estar enfermos.

Las deposiciones.

Si son frecuentes cada vez que mame no tienen gran importancia cuando el aumento de peso es normal y se van corrigiendo poco a poco. Suelo en estos casos aconsejar a las madres dar una cucharadita pequeña rasa de las de café de leche en polvo mezclada con una grande de agua hervida tibia después de algunas o todas las tetadas, suministrada naturalmente por cucharaditas y no por chupete, pues por ser más albuminoideas corrige estas deposiciones. Si no la quisiera después del pecho se le daría antes.

Muchas veces el recién nacido no recupera su peso inicial hasta los 20 días, siguiendo luego el aumento normal.

Gusto.

Por regla general al recién nacido le agrada lo dulce y repele lo salado y ácido. A veces hemos visto que no tiene el gusto diferenciado y toma hasta el aceite ricino.

Ruidos.

Prohibido hacer ruidos fuertes y movimientos bruscos con él.

CUARTA LECCION

Enfermedades de la baba.

Al comienzo de mi actuación profesional era muy frecuente oír hablar a las madres de la enfermedad de la baba. La baba es la saliva, que los niños no saben tragar durante los seis primeros meses de su vida. Si se recoge, coincidiendo con una enfermedad, es un síntoma más de la dolencia, como lo puede ser la fiebre, la diarrea, la pérdida de la alegría, etc. El hecho de expulsar unas materias blancuzcas con las deposiciones no significa, como cree el vulgo, que sea la baba eliminada, sino que se trata de las secreciones del intestino irritado, a veces como consecuencia de unos purgantes administrados para curar esa imaginaria enfermedad, en ocasiones como resultantes de catarros bronquiales, que en esa edad el niño no sabe expulsar por la boca.

Enfermedades de los dientes.

Existía y aún sigue existiendo la creencia de que la erupción dentaria es causa de enfermedad, originando esta idea graves perjuicios, ya que aferrados a ella, rara era la dolencia de los niños que no fuera atribuída a eso, bien porque coincidía con la salida de algún diente o bien porque iba a salirle

(cuajando), según el léxico popular, no acudiendo al Médico cuando se estaba a tiempo para curar con éxito su dolencia.

Personalmente he comprobado que lo que se tomaba como tal enfermedad no era en definitiva otra cosa que las consecuencias de los errores y disparates cometidos por sus madres, al ignorar la manera de criarlos. Unas veces por la toma de un biberón inoportuno, de un volumen inadecuado, de alimentos no convenientes para su edad, etc.

Recuerdo a un niño de cinco meses, con diarreas, que la madre atribuía a la salida de los dientes, resultando ser debidas a que la mujer además de darle el pecho en abundancia y a todas horas, le administraba tres veces al día dos cucharas de gofio crudo en una taza de leche de casi un cuarto litro, con la mitad de agua. Bastó solamente suprimirle el gofio y la leche y darle el pecho a sus horas, para que el niño curara con el asombro natural de la familia.

Nuestro criterio a este respecto es que la salida de los dientes es un fenómeno natural y fisiológico que sólo produce algunos ligeros trastornos, como la inapetencia, mal humor, insomnio, detención de la curva del peso, etc., cediendo en poco tiempo. A veces con febrícula y salivación, que muchos niños cursan su erupción dentaria sin alteraciones apreciables.

Si la salida de algún diente coincide con una enfermedad del lacte, puede alegarse, como en los catarrros y diarreas.

Hay que evitar los medicamentos y las denticinas, que además de no resolver nada pueden provocarle una irritación intestinal.

El chupete.

A pesar de lo que se ha dicho de los peligros infecciosos que pueden provocar, sigue utilizándose por estimar las madres que los buenos ratos pasados cuando el niño se halla tranquilo es debido a tener el chico el chupo en la boca. Si esto fuese cierto, con comprarlo se tendría resuelto el problema, lo que no sucede en la práctica, ya que a la larga el niño continúa llorando, con o sin chupo. Debemos tener presente que muchos niños lo llevan prendidos del cuello y los arrastran por el suelo, impregnándolos de microbios, que más tarde van a parar a la boca. Por esto tampoco deben mojarse con la saliva de la madre, que también contiene gérmenes, por muy sana que esté, ni deben ponerle azúcar.

Se ha habituado al chupo, se resiste a dejarlo y acaba, ya mayorcito, por chuparse el dedo. No es cierto como vulgarmente se cree que duerma mejor con el chupo puesto.

¿Qué hacer cuando el niño enferma?

Hasta hace algunos años, solamente se acudía al médico al agotarse los recursos del curanderismo, pensando que sólo padecía un dañito o era debido a los

dientitos. Recuerdo el caso de un niño que sufría un ataque de acetona, caracterizado por vómitos repetidos, que fué diagnosticado por una curandera como padeciendo de «dañito»; aplicándole los remedios de su fantasía, mas viendo los padres que no se curaba determinaron llevarlo al Centro de Higiene, y con la terapéutica apropiada sanó. ¡Cuántas horas de intranquilidad y preocupaciones se habrían ahorrado si lo hubiesen hecho desde el principio!

Actualmente no se puede alegar la pobreza como disculpa para no acudir al Médico, pues aparte de los servicios de la Seguridad Social, existen los Dispensarios de Puericultura en los Centros de Higiene, donde son atendidos gratuitamente.

Recuerdo otro caso, el de un niño de dos años de edad, residente en un pueblo, beneficiario del Seguro de Enfermedad, que yo había tratado por un catarro ligero y el asombro fue grande cuando quince días después me solicitaban su certificado de defunción. Como no daba crédito a lo que escuchaba, me confesaron que no había muerto de la enfermedad que yo le había tratado, sino que dos días antes tuvo unas «diarreitas» y que creyendo que era de «dañito» lo habían traído a Arrecife a una curandera, la cual la habían dado de beber un poco de aceite y practicado unos masajes en el vientre, muriendo al día siguiente. En vista de la gravedad del hecho se puso en conocimiento de la autoridad competente.

Lo curioso del caso citado es el hecho de que unas semanas antes, en ese mismo pueblo, una niña

más pequeña, muy grave por diarreas, que todos daban por muerta y ya recogían las flores para su entierro, tratada por mí, en Arrecife, volvió sana pocos días después a su casa.

Corrigiendo un régimen absurdo evitaremos con toda seguridad que un niño enferme. Recordemos el ejemplo citado del chico de 5 meses, del gofio: pecho a cada momento y además leche en abundancia. Como estos ejemplos podríamos citar miles de casos. Viene a mi memoria un caso de un niño, no siendo Puericultor del Seguro de Enfermedad, que padecía de diarreas. Al querer enterarme de lo que la madre le daba de comer, no pudiéndose contener me dice: «ya está usted con las comidas, don Marcelino, yo lo que quiero es que le dé algo para cortarle las diarreas». ¡Qué ignorancia más supina! Debió haber comprendido que para mí lo más rápido y cómodo era hacerle una receta y llamar al siguiente enfermo. Sin embargo sólo pretendía averiguar si la causa de las diarreas obedecía a una alimentación inadecuada, que al corregirla la hubiera curado, evitándose que volviese a enfermarse en un futuro próximo.

Por consiguiente la contestación a la pregunta de ¿Qué hacer cuando el niño enferma? es bien sencilla: Llevarlo al Médico, a su despacho, o a la consulta oficial de los Dispensarios de Puericultura, evitándose las pérdidas de tiempo, contrariedades y disgustos.

Igualmente podríamos formular otras preguntas absurdas como, ¿Qué hacer cuando uno quiere cons-

truir una casa? ¿Qué hacer cuando uno quiere ir de viaje en barco o avión? La respuesta es una perogrullada. En la primera hablar con un arquitecto y en la segunda comprar el pasaje y averiguar la hora de salida.

Muchas veces acuden a la Consulta las madres a preguntarme si la comida que le daba al niño, desde hacía días, era la indicada. Esto ya supone una cierta inquietud y el temor de que no estuviera haciendo bien las cosas. En estos casos antes de enterarme de lo que hace, siempre les digo que si alguna vez tengo necesidad de poner un techo de una habitación lo primero que hago es llamar a un albañil y que no se me ocurra hacerlo yo según las sugerencia de los vecinos o de mi propia inspiración, puesto que si ya colocado llamara a aquél para que me diera su opinión, lo probable es que se riera y se encogiera de hombros o me lo mandara a derribar para evitar algún accidente, y en este caso no habríamos hecho una buena inversión por una mal entendida economía.

Los padres deben tener en cuenta que lo mucho o lo poco que se conoce de la medicina lo saben los Médicos, y lo mismo sucede con los técnicos en cualquier rama de la Ciencia. Es indudable que hoy existen enfermedades que no se curan aún, como el cáncer, pero que antes había mayor número de ellas que la ciencia médica ha logrado curarlas. ¿Recuerdan Vds. las célebres gástricas? Es una infección tifoidea que en mis comienzos profesionales duraban

un mes, si el paciente no moría antes, pero actualmente apenas se producen y cuando se presentan bastan unos días de tratamiento para su curación. Lo mismo podríamos decir de la pulmonía, difteria, etc.

Leyendo estas líneas, las mujeres se preguntarán si es verdad que existe tanta ignorancia. Esto sucedía hace treinta o más años, incluso en los medios sociales más cultos; familias que habían tenido muchos hijos como era entonces lo corriente pero que no llegaban a conservar sino la mitad. Si bien hoy en día aún existen madres ignorantes, el avance en su cultura ha sido extraordinario, reflejado en el índice de la mortalidad infantil de la Isla, del cual hablaremos en el capítulo correspondiente.

En efecto, he tratado a madres con un nivel cultural notable, que han tenido once hijos sin perder ninguno, mientras que sus padres treinta años antes habían tenido diez y seis y sólo lograron salvar a ocho.

Purgantes.

Un abuso que frecuentemente se cometía antes, sobre todo en el curanderismo, era el recomendar los purgantes, incluso en el momento del nacimiento, en la creencia de que el niño nacía con el estómago sucio. Nada más incierto, puesto que el aparato digestivo del recién nacido es estéril en los primeros días, libre de microbios.

La leche de la madre en esos primeros días, el Calostro, tiene además un efecto laxante.

Mayorcito el chico tampoco debemos darle un purgante, ya que bastaría una dieta de agua hervida o manzanilla para que cesaran algunas indigestiones, evitando de esa manera la acción irritante del intestino, que el purgante pudiera ocasionar.

La habitación del niño. Cama del niño.

Es conveniente destinar desde el primer momento una habitación al chico, aunque en los primeros días puede dormir en la alcoba de sus padres, teniéndose así más a mano, resultando más cómodo y fácil atenderlo.

La habitación ha de ser de las mejores de la casa en cuanto a ventilación y orientación. Las paredes y los pisos fácilmente lavables.

La camita del niño se procurará colocarla en un rincón y de espaldas a la puerta, en el lado opuesto de la ventana. Se evitará que la luz le caiga encima de los ojos. Si fuese necesario se cubriría la cuna con tarlatana o gasa para eludir la acción de los mosquitos. La barandilla debe ser alta y los barrotes muy unidos para evitar accidentes, como la introducción de la cabecita. No debe estar pintada por el peligro de la intoxicación. La cuna ha de ser lacada y mejor aún de acero cromado inoxidable.

Debe tener buena estabilidad a fin de evitar su volteo y fija para no originar balanceo.

En la habitación solamente debe haber los objetos indispensables, armario, silla y mesita de noche.

En dicha habitación se evitarán las tertulias, los ruidos, el humo del tabaco y el hacer las comidas. La temperatura será uniforme y agradable.

Se aconseja que tenga «sommiers» y colchón de espuma, debiendo ser lo suficientemente grandecita para que el chico quepa en ella hasta los tres o cinco años. La almohada será baja y encima del colchón se colocará un impermeable para que no se deteriore con los orines del niño.

Paseos.

Al mes de nacido el niño deberá tomar el sol por las mañanas y tardes, al principio sólo media hora, aumentando poco a poco con el fin de que a los dos meses llegue a las dos horas. Se procurará que estos paseos se efectúen en las horas más apropiadas del día, según las estaciones del año.

Para los paseos se utilizan hoy los cochecitos contruidos a tal fin, o en los brazos de los padres o nodrizas. Cuando los niños son mayorcitos se emplean las sillitas, más cómodas y manejables.

Los cochecitos deberán ser estables, con buenos muelles, que eliminen los inconvenientes de la mala pavimentación y estar provistos de buenos frenos para impedir su deslizamiento. Cuando haya calor o frío se le cubrirá con una capota. Es conveniente y prudente que al situar o estacionar la sillita o el cochecito, el terreno no sea inclinado por temor a que salgan despedidos si reciben algún roce o golpe, so-

bre todo cuando hay niños mayores jugando y corriendo a su alrededor.

Juguetes

Los juguetes de los niños han de reunir ciertas condiciones. En primer lugar que los distraigan y simultáneamente los eduquen, que no les cansen para lo cual no conviene darles mucho cada vez. No han de dar lugar a la intoxicación por lo que no deben estar pintados. Tampoco se utilizarán los puntiagudos o cortantes sino por el contrario los redondeados y de materiales fácilmente lavables como los celuloideos o plásticos.

Tabla del peso. Talla y aumento diario.

Edad	Varón	Hembra	Mtros.	Aumento diario	Aumento Trimestral por día
Al nacer	3.300 grs.	3.000	0,50	00 grs.	
1.º mes	4.000 "	3.300	0.53	30 "	
2.º "	4.700 "	4.400	0.56	27 "	1.º Trimestre 28 grs.
3.º "	5.300 "	5.100	0.58	25 "	
4.º "	6.000 "	5.600	0.60	21 "	
5.º "	6.300 "	6.200	0.61	18 "	
6.º "	7.000 "	6.600	0.63	15 "	2.º Trimestre 18 grs.
7.º "	7.400 "	7.100	0.65	13 "	
8.º "	7.900 "	7.500	0.66	11 "	
9.º "	8.200 "	7.800	0.67	10 "	3.º Trimestre 12 grs.
10.º "	8.500 "	8.100	0.68	9 "	
11.º "	8.700 "	8.300	0.69	8 "	
12.º "	9.000 "	8.500	0.70	7 "	4.º Trimestre 8 grs.
18.º "	10.170 "	9.650			
24.º "	11.340 "	10.800	0.77		
3 años	12.180 "	12.000	0.85		
4 "	14.210 "	13.000	0.92		

Edad	Peso		Talla	
	Varón	Hembras		
5 años	15.750 grs.	14.360 grs.	0.97	metros
6 "	17.200 "	16.000 "	1.10	"
7 "	19.000 "	17.500 "		
9 "	22.600 "	21.360 "	1.20	"
10 "	24.500 "	23.400 "	1.25	"

Tabla Obstétrica.

Mes del último ménstruo	Mes del Parto	Días a añadir
Enero	Octubre	7
Febrero	Noviembre	7
Marzo	Diciembre	5
Abril	Enero	4
Mayo	Febrero	4
Junio	Marzo	7
Julio	Abril	6
Agosto	Mayo	7
Septiembre	Junio	7
Octubre	Julio	7
Noviembre	Agosto	7
Diciembre	Septiembre	6

Para determinar en consecuencia la fecha del parto bastará añadir al día de la terminación del último período menstrual los señalados en esta tabla.

Ejemplo: Si una mujer acabó el período el día 20 de Enero, dará a luz el día 27 de Octubre.

Enfermedades evitables.

Existen una serie de enfermedades que se pueden evitar inmunizando al organismo contra ellas, es decir, haciéndolas resistentes a las mismas mediante las vacunaciones que consisten en inyectarles los gérmenes o toxinas para así crear los anticuerpos correspondientes, sus propias defensas.

Los métodos han variado mucho en los últimos años por el avance de la técnica y el conocimiento más profundo de su eficacia y complicaciones.

Es conveniente que los padres observen los datos de las vacunaciones de sus hijos.

No debe administrarse una vacuna cuando la persona que ha de recibirla sufra una infección febril grave y en ciertos casos de alergia. Tampoco a las embarazadas, excepto la vacuna bucal de la poliomielitis.

Vacuna Diftérica-Tetánica-Tos-Ferina.

En la actualidad una de las vacunas más corrientes es la llamada D-T-P, que contiene Toxoides de la Difteria, Tétano, y gérmenes muertos de la Tos Ferina o Pertussis.

Algunos niños menores de 6 años, y los mayores de esta edad así como los adultos, presentan reacciones a los gérmenes de la Tos Ferina y en estos casos se empleará la D-T. (Difteria y Tétano).

Como las concentraciones de los toxoides varían

según los preparados comerciales, hay que seguir la técnica indicada por los laboratorios.

Se administran en inyecciones intramusculares profundas: la región gítea, el deltoides, la cara externa y media del muslo, variando el sitio en las diferentes punciones.

La inmunización contra el tétano tiende a admitirse como necesaria a cualquier edad, ya que no existe una inmunidad natural para ella y la vacuna produce una protección incluso hasta diez años, evitando las inyecciones de suero antitetánico cada vez que una persona presente una herida ligera. Sólo en heridas contaminadas se debe administrar una dosis de refuerzo de la vacuna si han pasado cinco años de la vacunación anterior.

En los niños mayores de 6 años no se recomienda la vacunación contra la Tos Ferina.

Como complicaciones de esta vacuna Triple, tenemos: las reacciones febriles, que si van acompañadas de somnolencia o convulsiones, se retrasa la dosis siguiente y en vez de emplear la D-T-P se pondrá la D-T y si no hay reacciones puede volverse a la anterior (D.T.P. con intervalos de 4 a 6 semanas).

Vacuna de la Poliomiелitis.

Se emplea una vacuna viva por la boca pero atenuada. Existe otra vacuna con virus inactiva con formalina, aunque tiene menos poder inmunizante.

La más usada es la Trivalente con los virus I-II-

III, llamada T.O.P.V. administrada por la boca y generalmente coincidiendo con la vacuna anterior D.T.P.

En casos raros de epidemias de poliomielitis deben vacunarse todas las personas de más de seis semanas de edad, que no lo hayan sido, bien con la trivalente o bien con la monovalente del tipo de virus productor de la epidemia. La inmunidad se consigue una semana más tarde.

Algunas veces se han observado parálisis a causa de las vacunaciones, pero son extraordinariamente raras y algunos autores estiman que sólo se da un caso por nueve millones de vacunados y más bien en las personas mayores de 30 años.

El embarazo es una contraindicación para esta clase de vacunaciones.

Vacuna Anti-Sarampionosa.

Obtenida con virus vivos o atenuados, parece ser muy eficaz, estimándose por algunos autores hasta un 95 (noventicinco) por ciento, pero sin que se conozca aún si confiere una protección larga, creyéndose que al menos la duración sería de unos diez años.

Se inyecta una sola vez por vía subcutánea.

Produce reacciones ligeras sobre todo con los virus atenuados.

No hace falta inyecciones de refuerzo y la edad debe ser a partir de los doce meses y también en la edad escolar.

Su eficacia se produce rápidamente, incluso el

mismo día de haber estado expuesto al contagio.

Como reacciones puede presentarse fiebre, incluso alta, y erupciones, tos, hipertrofias ganglionares, etc.

Está contraindicada en las personas alérgicas a los huevos, caspas de los perros y en los tuberculosos, etc.

Vacuna contra la Rubéola.

Sólo el Médico debe indicarla.

Vacuna de la Parotiditis (Paperas).

Para algunos autores es eficaz en un 95 por ciento de los casos. No hay reacciones secundarias. Su actividad duraría unos cinco años.

Como esta enfermedad puede ser grave en las personas adolescentes y adultas con complicaciones orquílicas y ováricas, debe aconsejarse su vacunación.

Es muy discutible si en los niños pequeños conviene hacerlo. De administrarse, se hará pasado el año, en inyección subcutánea, incluso combinada con la del sarampión.

Está contraindicada en las enfermedades febriles y alérgicas a las albúminas y en el embarazo.

Vacuna de la Tuberculosis

Se realiza con el bacilo de Calmette-Guerin.

Se recomienda a los niños con reacciones nega-

tivas a la tuberculina, que han de vivir o viajar a regiones donde la tuberculosis está muy difundida y también en hijos de madres tuberculosas, poco después del nacimiento.

Contraindicada cuando haya perturbaciones en la inmunidad celular.

Vacunación Antivariólica.

En los Estados Unidos de Norteamérica se ha recomendado no vacunar a los niños ni a los adultos. Sólo en casos especiales, como en personas expuestas a un riesgo excepcional: viajeros procedentes de países en los que la viruela es endémica o que se dirijan a ellos. Personal Sanitario en contacto con los enfermos.

Estas consideraciones se basan en la escasa probabilidad de contraer la enfermedad en dicho país y en el riesgo de las complicaciones de la vacuna, más importantes en el primer año, por lo cual no debe practicarse en ese período.

Está contraindicada en los eczemas, dermatitis intensas, quemaduras, heridas abiertas tanto del candidato a esta vacunación como en un miembro de su familia o personas que convivan con él. También está prohibida en las infecciones bacterianas graves recidivantes, Leucemia. En los tratamientos de corticosteroides, embarazo, etc.

La técnica es bien conocida: Limpieza de la piel del deltoides o del muslo en las hembras. No debe

efectuarse con alcohol o tintura de yodo si se hace con éter o acetona, no debiéndose frotar con exceso y esperar a que la piel se seque completamente para evitar la inactivación del virus. La lanceta no ha de provocar hemorragia y el sitio de la vacunación, una vez colocada la vacuna, se deja secar manteniéndolo expuesto al aire unos diez o quince minutos, no siendo necesario colocar apósitos.

Es preciso averiguar si ha tenido éxito la vacunación primaria, apareciendo entonces al final de la semana o dos o tres días más tarde, una vesícula que luego se convertiría en pústula, con dureza alrededor y posteriormente la costra.

En caso de que no prenda la vacuna se repetirá de nuevo.

Entre las complicaciones que pudieran presentarse figura el eczema, la vacuna generalizada, que se tratará con inmunoglobulina vacunal. A veces se presenta un eritema más o menos generalizado que no requiere tratamiento específico; la complicación más grave es la encefalitis post vacunal, muy rara, ya que algunos autores la estiman en un tres por un millón de vacunados la primera vez, siendo mucho menos frecuente en las revacunaciones. De presentarse dicha enfermedad registra una mortalidad de un 25 por ciento, sin que haya un tratamiento apropiado y específico.

Vacuna contra la Fiebre Tifoidea.

Esta se emplearía en personas expuestas a contraer la enfermedad, al existir portadores de gérmenes dentro de la casa, por brotes epidémicos en la región o por viajes a países donde sea endémica.

Se puede aplicar desde los seis meses de edad: Dos inyecciones con un mes de intervalo y con la dosis adecuada a la edad si persiste la exposición.

Existen otras muchas vacunas que sólo se utilizarán en casos especiales, como viajes a los países extranjeros: La vacuna Anticolérica. La de la Fiebre Amarilla. La del Tifus Exantemática. La vacuna Antipestosa, etc.



Plan de Vacunaciones del Centro Secundario de Higiene de Arrecife.

A los 3 meses de edad:

La Triple (D-T-P) 0,5 cc. en inyectable.

La Poliomiélica monovalente tipo I en 3 gotas.

A los 4 meses de edad:

La Triple (D-T-P) 0,5 cc. en inyectable.

La «Polio» Trivalente (I-II-III) 3 gotas.

A los 12 meses de edad:

La Triple (D-T-P) 0,5 cc. en inyectable.

La «Polio» Trivalente 3 gotas.

Algunos autores recomiendan repetir las a los 18 meses y a los 4 o 5 años.

Y a partir de los 10 años sólo emplear la D-T (Difteria y Tétano).



Vegetaciones Adenoideas.

Se designa así a la hipertrofia de la llamada tercera amígdala, situada en la faringe, detrás de la nariz (Rinofaringe). Existe en el niño este órgano; sólo su hipertrofia constituye la enfermedad, así como su inflamación.

La tercera amígdala desaparece en la edad de la pubertad.

Estas hipertrofias e inflamaciones pueden ser congénitas y hereditarias, existiendo familias enteras afectadas de adenoides. Los linfáticos, estrumosos y tuberculosos, engendran hijos adenoideos. Los países anglosajones y los de climas fríos originan un ostensible contingente de estos enfermos por el efecto congestivo sobre dicha amígdala, provocando su hipertrofia.

Lo mismo sucede con las enfermedades febriles (sarampión, escarlatina, gripe, corizas), etc.

Entre los síntomas tenemos la obstrucción nasal, siendo el primero que llama la atención de los padres: El niño respira con la boca abierta, ronca cuan-

do duerme, acentuándose estos síntomas con los resfriados agudos.

En niños pequeños los mocos resbalan por su nariz y humedecen sus labios.

Es un niño pálido, ojeroso, enfermizo. Tiene la boca abierta y las mandíbulas no encajan bien, sobresaliendo la inferior con mentón prominente y estrechándose la superior, cabalgando los dientes unos sobre otros: generalmente se hacen más grandes los incisivos medios superiores.

La bóveda palatina o cielo de la boca se estrecha y hunde, dejando de tener la forma redondeada y plana normal, haciéndose angulosa.

Como consecuencia de la obstrucción nasal se trastorna el timbre de la voz que se hace gangosa.

En lo que concierne a los oídos hay signos especiales que muchas veces son los que preocupan a los padres: mala audición, zumbidos, dolores (Otalgias, supuraciones). La sordera se puede instalar de una manera definitiva.

Pesadez de cabeza, pereza intelectual.

La tos es frecuente y ronca, más acusada por la noche. A veces se produce laringitis, estrídulos o falsos crups. El asma infantil y la bronquitis tienen su origen frecuente en las adenoides.

El pecho se estrecha y aplana, resaltando las clavículas.

La columna vertebral puede sufrir desviaciones (escoliosis o cifosis).

Se puede presentar el raquitismo y fenómenos

digestivos como las colitis y enteritis. Las lesiones cardíacas, como la preicarditis o endocarditis.

Actuando sobre el sistema nervioso puede originar convulsiones, crisis epilécticas, tic, terrores nocturnos, sustos y sobresaltos. La enuresis nocturna (micción nocturna).

Actúa sobre el desarrollo general provocando un paro o retraso del mismo; vientre abultado.

La adenoides se atrofia a los 14 años, pero puede persistir.

Por todo lo dicho, esta enfermedad tiene un pronóstico grave, pues aparte de lo manifestado, aún atrofiadas, dejan señaladas las secuelas en el adulto.

El peligro desaparece al extirparlas, cesando todos los síntomas y dando lugar al restablecimiento físico y moral del enfermo.

Amigdalitis.

Son las infecciones de las amígdalas, llamadas corrientemente anginas, que pueden ser de diferentes etiología, microbianas (estafilocócicas, estreptocócicas, diftéricas, etc.) o de hongos o micólicas.

Su sintomatología va desde una ligera inflamación hasta la formación de los abscesos o flemones y las complicaciones consiguientes.

Se presenta fiebre, más o menos alta, molestias y dolores en la garganta y en los oídos, disfagia o dificultad de tragar, trismus o imposibilidad de abrir la boca, ulceraciones y hemorragias incluso de la ve-

na yugular; flemones en el cuello que pueden descender a la pleura, edemas agudos de glotis (larínge), crup diftérico, lesiones cardíacas y renales, reumáticas, hepáticas, etc.

Dice el ilustre profesor Jiménez Díaz: «Una angina no necesita ser muy clara y evidente para producir una Nefritis, incluso no son las más fuertes las que la provoca. Muchas veces se trata de amigdalitis de comienzo, con un aspecto normal y otras de infecciones en la superficie sin ofrecer apenas síntomas. Otras veces puede producir una endocarditis.

»Demostrada la existencia de un foco infeccioso, hay que tratarlo, ya que si no se extirpa poco después, nos vemos sorprendidos con un nuevo brote de nefritis. Si así se hace hay un setenta por ciento de probalidades de que el enfermo se cure, de lo contrario queda una tendencia a la nefritis crónica de muy mal pronóstico».

El autor de «Cinco Lecciones de Puericultura» no quiere terminar sin exponer sus propias experiencias en esta materia de la Otorrinolaringología, tan ligada a la infancia y que tanto preocupa a los padres. En su larga vida profesional, ha sido Jefe de los Servicios de esta especialidad en el Centro Higiene de Arrecife durante más de treinta años, cesando por incompatibilidad con el cargo de Médico Puericultor del Estado. Como Otorrinolaringólogo lleva actualmente más de veinticinco años al frente de la especialidad en la Seguridad Social de la Isla, en Arrecife.

Se suele decir que la operación de amígdalas o de vegetaciones no siempre está justificada, acaso ocurra alguna vez, pero si repasamos las complicaciones enumeradas se comprenderá la gran responsabilidad que contrae el Médico que actúa y los padres del paciente.

Lo mismo podríamos decir de las inyecciones antitetánicas y antidiftéricas, por temor a estas enfermedades —no siempre benignas— ya que algunas veces han provocado un choque grave o mortal, anafiláctico, y que sin embargo ponemos muchas veces a insistencia del enfermo o de sus padres.

La operación de amígdala, a fuerza de ser practicada con tanta frecuencia, parece ser fácil y no tener peligros; sin embargo, no es así; como todas las operaciones, aún las más sencillas, tiene sus riesgos, sus imponderables. Hace poco tiempo leía en una revista médica que se consideraban casos mortales el uno por mil y de complicaciones graves el dieciseis.

De mi casuística personal, de un total de cinco mil operaciones, dentro de los cuatro primeros días, no ha habido ningún caso mortal y como complicaciones dos mortales, una niña pequeña de una pulmonía y un Delirium Tremens en un adulto. La primera, al parecer, por tener la madre que ausentarse de la casa dejando a la enferma al cuidado de unos hermanitos, jugando con las ventanas abiertas y asomándose a ellas. Por cierto que esta madre operó después a otra hija, —como la primera tenía cada quince días ataques febriles amigdalares— y por la

desgracia tenida con la primera, antes de decidirse a operarla la llevó a la capital de la Provincia, operándola luego yo aquí sin ocurrirle nada.

El otro caso mortal fue de un enfermo que al parecer ya había sufrido ataques de Delirium Tremens (de origen alcohólico) del que nadie me había puesto en antecedentes.

Salvo estos dos casos no hemos tenido ninguna complicación grave aunque sí los sustos inevitables por el nerviosismo y temor que siempre despierta esta operación en los padres y familiares.

Como complemento de lo dicho citaré algunos casos de mi casuística profesional para que observen los lectores la importancia de estas enfermedades y evitarles que caigan en el mismo error, algunas veces de consecuencias muy dramáticas.

En una ocasión, hace ya muchos años, examiné en mi Despacho particular a una niña de doce años con una afección amigdalar, aconsejándole la operación. No tuve nuevas noticias de ella y en la azarosa vida profesional, no volví a acordarme de esta enfermita hasta pasado siete años en que se me presentó de nuevo urgiéndome la madre a que la operara de amígdalas pues padecía de una grave afección cardíaca de la que tenía que operarse; después no volví a tener más noticias de este caso pero supe que había fallecido unos nueve meses más tarde, sin concretar si fue o no operada del corazón.

Recientemente una madre, joven, me trajo a su hija de unos seis años para que la operara de amíg-

dalas, pues no quería que le pasase lo que a ella, que había sido intervenida del corazón hacía unos dos años a consecuencia de unas anginas.

Hace algún tiempo operé de amígdalas a un enfermo de Nefritis, pues al examinarle me encontré con una gran afección de las mismas. Así se hizo, sin que pasara nada. Jiménez Díaz cita un caso mortal de anuria (retención de orina) en un nefrítico, sólo como consecuencia de una presión sobre las amígdalas para ver si seguía teniendo pus, y habla de que siempre que se opera a un nefrítico de anginas se recrudecen sus síntomas. (Aumenta la sangre en la orina (Hematuria) y la albúmina).

Siendo Médico de un Batallón de Arrecife fui requerido con urgencia para examinar a un soldado que sufría ataques y había perdido el conocimiento. Por antecedentes recogidos de sus compañeros, llegué a la conclusión de que a consecuencia de unas anginas se había producido un edema agudo de glotis y que las convulsiones eran consecuencia de la asfixia por falta de aire al tener inflamada la laringe. Sin pérdida de tiempo en el mismo Botiquín del Batallón se le practicó por mí la traqueotomía, recobrando el conocimiento a los pocos minutos, dándole de alta a los siete días.

También recuerdo un enfermo con cierta afección del cuero cabelludo que nos hizo pensar en una tiña y que operado en Las Palmas de amígdalas curó enseguida, sin más tratamiento.

Una chica de unos doce años venía padeciendo

de unas crisis mensuales de vómitos y diarreas sin que se le apreciara una clara etiología de las mismas. Sospechando se tratara de amígdalas, fue operada, desapareciendo las crisis.

Algunas veces los enfermos no quedan bien operados y vuelven a tener infecciones amigdalares; he tenido ocasión de observar estos casos, pues una vez intervine a una paciente que había sido operada tres veces anteriormente fuera de aquí (entonces yo no ejercía la profesión) y naturalmente esto puede haberme sucedido a mí también. No obstante, con una pequeña intervención posterior puede quedar muy bien.

La estación del año no tiene importancia para la operación ni tampoco la edad del enfermo, puesto que en mi casuística particular los hay operados, de ocho meses hasta más de sesenta años. Es curioso que sean a veces los pequeños los que llevan mejor el curso post operatorio y en orden de mejor a peor les siguen las mujeres que han tenido hijos y saben lo que son sufrimientos físicos; las jóvenes, más mimosillas, y por último los hombres, valientes para luchar por la vida y crear el bienestar de su familia pero menos habituados a padecer físicamente como lo están las mujeres mayores y casadas con sus embarazos, partos e incluso ménstruos más o menos dolorosos.

QUINTA LECCION

Mortalidad Infantil.

Se entiende por tasa o índice de mortalidad infantil el número resultante de comparar la cantidad de niños fallecidos antes de cumplir un año de edad por cada mil nacidos vivos. O sea que si nacen mil niños vivos y mueren cincuenta, decimos que el índice o tasa de mortalidad infantil es la del cincuenta por mil.

La mayor mortalidad infantil es la del primer día, siguiendo la de la primera semana, y después la del mes de nacido.

Nacen más varones que hembras, pero también mueren más, aunque no en proporción correlativa, es decir porque nazcan, en mayor número. Así en 1930 había en España 500.000 hembras más que varones.

La mortalidad es superior en los niños durante el verano y en los meses de Febrero y Marzo.

La mortalidad infantil está condicionada a una serie de factores como la ilegitimidad, temprana o tardía maternidad, primogénitos, lactancia artificial, medios urbanos o rurales, medio social, cultural y económico, trabajo de la mujer y edad del niño.

Mortalidad Infantil de España

En el año 1900. . . 186 por mil.

De 1900 a 1910. Grandes oscilaciones con tendencia general a descender.

1918. Ascenso por la epidemia gripal.

1931 a 1936. Marcha descendente.

1937 a 1941. Sube de nuevo la mortalidad infantil por la guerra Civil y la Europea.

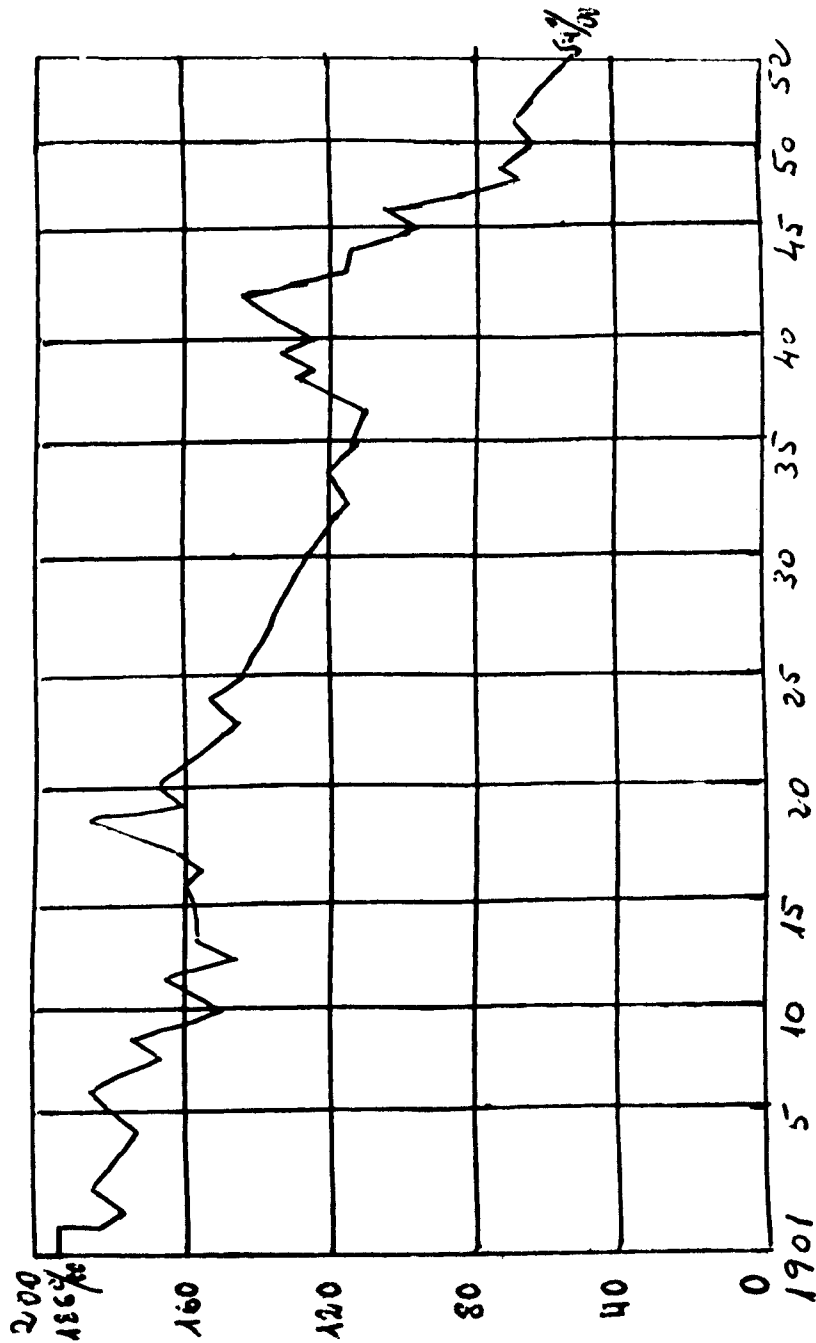
1942 a 1950. Baja de nuevo con las siguientes cifras:

1948.	. 64 por 1000	1951.	. 58 por 1000
1949.	. 78 " "	1952.	. 54 " "
1950.	. 63.7 " "		

Esta baja progresiva de la mortalidad infantil es debida a una más adecuada formación cultural y aumento del nivel de vida así como el mejoramiento de la asistencia sanitaria.

GRAFICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE ESPAÑA

Puericultura Social del Dr. J. Bosch Marín

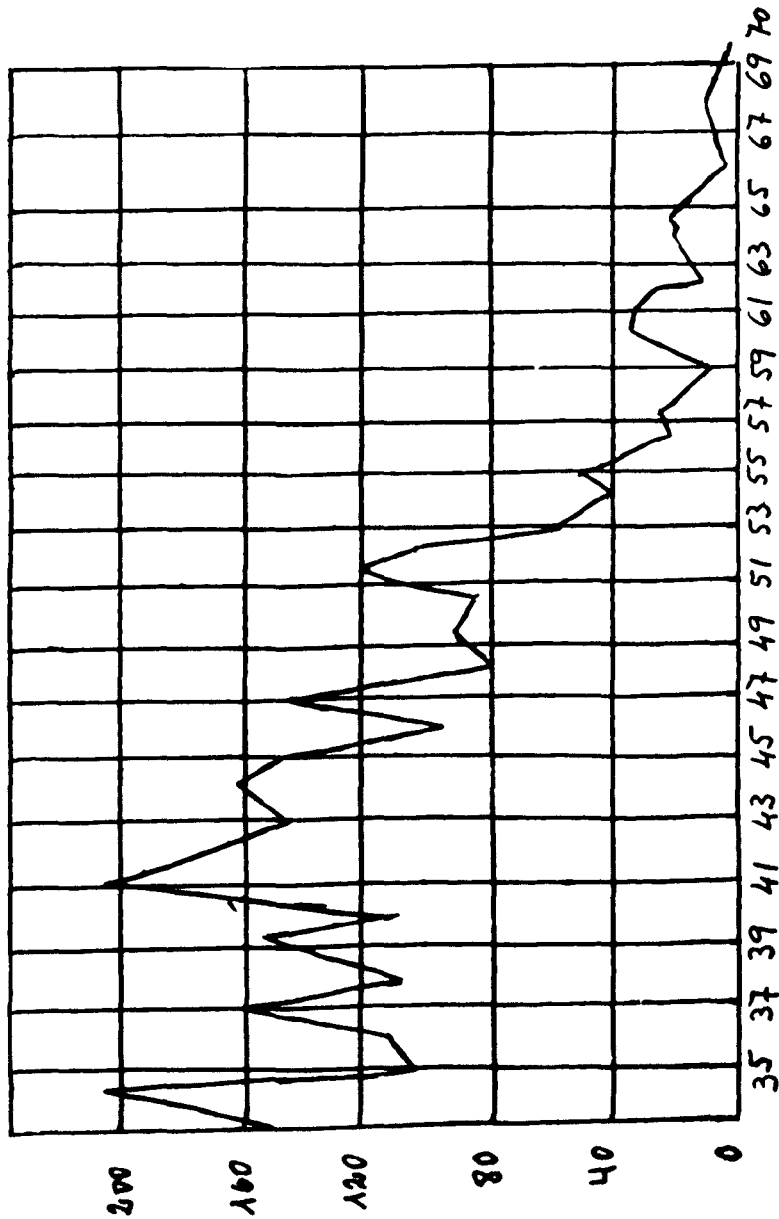


GRAFICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE ARRECIFE

Por M. de Páiz. Años 1933 a 1970

Mortalidad Infantil en Arrecife: 1933 . . . 142 por mil. 1934 . . . 226 por mil.

1941 . . . 221 por mil. 1970 . . . 9 por mil.



Mortalidad Infantil de Arrecife

Años	Nacidos vivos	Muertos	Tasa		Años	Nacidos	Muertos	Tasa
1933	208	30	142	por mil	1940	274	29	105
34	212	48	226	" "	41	271	60	221.4
35	242	26	107	" "	42	309	56	181.4
36	213	25	117	" "	43	324	50	150
37	216	35	162	" "	44	307	51	167.7
38	236	23	99	" "	45	317	46	145
39	178	29	162.9	" "	46	348	31	89
					47	344	51	148
					48	350		80
					49	332	30	92.8
1950	339	31	91.1	por mil	1960	506		39.5
51	317	38	123	" "	61	507		37
52	390	43	110	" "	62	655	19	29
53	360	22	61	" "	63	660	7	13
54	371	16	42.8	" "	64	603	11	17
55	442	21	47.5	" "	65	668	12	18.2
56	334	12	27	" "	66	722	12	16.6
57	355				67	892	7	7.8
58	416		17	" "	68	806	9	11
59	440		20.44	" "	69	803	9	11
					1970	922	9	9.7

Del estudio de las gráficas y cifras citadas se infiere el gran descenso de la mortalidad infantil en Arrecife.

A tal respecto transcribiré un párrafo del interesante trabajo presentado por los Doctores Arbelo Curbelo y Navarro Arozena en la IX Reunión Anual de la Asociación de Médicos Pediatras celebrada en Arrecife los días 10, 11 y 12 de Octubre de 1971, en cuya página 23 se dice textualmente: "La situa-

ción de vanguardia en que se halla su principal núcleo urbano, la capital, pone aún más de manifiesto este trascendental hecho sanitario civilizador. Por ello resulta muy interesante conocer la evolución de la tasa de la mortalidad del lactante en Arrecife, en el susodicho período, donde pasa de un *Coficiente muy fuerte* 220 por mil, unas de las proporciones más altas registradas en el mundo, al *casi increíble coeficiente de valor 11 (once) uno de los más bajos de España y de Europa, igual que Gerona y Suecia*. Ello constituye orgullo y satisfacción para los tres pediatras de la capital Arrecife, en particular para el Doctor Don Marcelino de Páiz García, con veintiocho años de labor al frente del Centro Secundario de Higiene Maternal e Infantil del Estado y del Dispensario de Pediatría y Puericultura del Seguro Obligatorio de Enfermedad en sus años iniciales, que con su perseverancia en la educación sanitaria a las madres ha vencido la principal causa de la mortalidad infantil».

* * *

Como complemento del estudio de la mortalidad infantil en Arrecife reproduciré parte de la conferencia pronunciada por el autor en el Círculo Mercantil de esta capital en noviembre del año 1963, en la edición n.º 102 de la Revista *Hablada Palabras*.

«... el tema obligado en mi calidad de Médico Puericultor, por creerlo muy interesante para todos debido a los logros conquistados y constituye un

motivo de orgullo y satisfacción para esta ciudad, es el de la Mortalidad Infantil.

Se ha dicho siempre que la cultura de un pueblo se mide por su índice de mortalidad infantil, es decir, basta simplemente saber cuál es ese índice para captar en seguida su nivel cultural.

Suecia, Noruega, Dinamarca y otras naciones europeas son los países donde la mortalidad infantil es la más baja del mundo, citándose como ejemplos y llegándose en estos momentos a un 20 por mil (veinte por mil) cuando nosotros estamos por el 60 y el 80.

En España, sin embargo, sucede igual en las regiones más ricas, industrializadas y cultas: Levante, Cataluña, Mallorca etc. y en general en los pueblos litorales marítimos en donde por su mayor contacto con el exterior dan lugar a influenciar la cultura y el índice de nivel de vida.

Pero permítanme que antes de continuar el tema a desarrollar precise qué es lo que nosotros entendemos por Índice o Tasa de Mortalidad Infantil. Se trata de un número resultante de comparar los niños nacidos vivos y los que mueren antes de cumplir el primer año de su existencia. Un ejemplo nos lo aclarará más fácilmente. Si nacen en un pueblo mil niños pero mueren veinte, antes de cumplir los doce meses, deduciremos que la mortalidad infantil, su índice o tasa es la del veinte por mil (20 por 1000).

No voy a atosigarles con abundancias de cifras, que me ha costado mucho trabajo recopilar, ya que es una labor penosa y de tiempo al peregrinar por

los Juzgados, hojeando libros de nacimientos y defunciones; pero sí deseo realizar un examen retrospectivo de lo que eran Arrecife y Lanzarote cuando comencé a ejercer mi carrera profesional el año 1933, o mejor dicho cuando la terminé, ya que hasta el año 35 no me establecí y luego me ausenté con motivo de nuestra Guerra Civil.

En la década de 1933 al 1942 la mortalidad infantil en Arrecife fue de un promedio anual de 150 por mil (ciento cincuenta por mil) es decir, morían ciento cincuenta niños por cada mil que nacían vivos, dentro del primer año de su existencia, pero se daba además la circunstancia de que morían otros tantos del año de edad hasta los quince.

En 1941 la mortalidad infantil fue de 221.4 por mil, teniendo en cuenta que ese año fue muy penoso no sólo en Arrecife sino en toda España con motivo de la guerra. Sin embargo, es más triste saber que en 1934, cuando la vida era fácil, se vivía bien, cómodamente y con poco dinero, Arrecife tuvo una mortalidad infantil todavía mayor, el 226.4 por mil, o dicho de otra manera morían la cuarta parte de los chicos nacidos antes de cumplir el año y la otra cuarta parte antes de los quince años. Se perdían pues la mitad de los niños que nacían. Como nacieron en ese año doscientos niños, cien no llegaron a los quince años, lo que hizo decir a un querido Jefe de Sanidad de Las Palmas, ya fallecido, el Dr. García Ibáñez, que la mortalidad infantil de la Provincia no era muy elevada, el 60 por mil, pero que

se la echaban a perder Arucas y Lanzarote con el 100 y 120 por mil, respectivamente. Esto lo manifestó en un acto público con motivo de un homenaje dedicado a los Drs. Bosch Millares y Martín Yumar que fue recogido por la prensa de Gran Canaria, cuyo ejemplar conservo.

Se comprenderá el sonrojo y la vergüenza que sentí como Médico e hijo de esta querida Isla. Ello acaeció en el 1948. No habían transcurrido los seis años cuando un día, sintiéndome optimista y eufórico a la vista de las últimas estadísticas que había recopilado, publiqué un artículo en el Semanario Lanzaroteño «Antena» señalando que nos acercábamos rápidamente a la cifra entonces ideal: «Suecia» la del 20 por mil, luego resultó ser la del 27 el año 56, siendo un avance extraordinario y espectacular.

Actualmente en diez meses han nacido cuatrocientos niños y sólo se han perdido nueve menores de un año y dos de uno a quince. Se percibe claramente que los que salen adelante en el primer año siguen con vida y únicamente por circunstancias especiales, accidentes o enfermedades adquiridas, fallecen después pero no como anteriormente, mitad y mitad o sea 25 por ciento y el otro 25 por ciento. El índice de la mortalidad infantil en lo que va del año es de un 18 por mil. Recientemente leí en una revista profesional que Noruega iba a la cabeza del mundo con un índice del 15 por mil. De modo que, si en dicho país con una cultura extraordinaria y unos avances enormes, se ha registrado un 15, muy bien

nos podemos dar por satisfechos con el 18 por mil.

Si como se afirma la cultura de un pueblo se mide por su índice de mortalidad infantil, podemos sentirnos orgullosos de haber nacido en Arrecife.

¿Cómo se ha logrado este milagro? Cuando me hice cargo del Consultorio del Centro de Higiene de Puericultura, a mediados del año 1942, la mortalidad infantil era verdaderamente aterradora, el 180 por mil. Únicamente visitaban el Centro de Higiene unas treinta madres y la consulta no pasaba de las cincuenta o sesenta al mes. Acudían entonces tres generaciones: la abuela, la madre y el hijo. La abuela era la que llevaba la voz cantante de la familia; la madre sólo tenía ojos y oídos para ella y el niño se limitaba a llorar desesperadamente en un estado lamentable de salud, o desnutrición, cuando llevaba varios días enfermo. El léxico era naturalmente sobre los «dañitos» la dentición, a los cuales atribuían la enfermedad del chico, con las cruces de añil o de tinta pintadas en las espaldas, para evitar el «mal de ojos» etc.

Veamos lo que sucede ahora. La consulta de Puericultura llegó el mes pasado a su acmé con 340; ya no acude la abuela, ahora sólo viene la madre, bien dispuesta, optimista, llena de fe y confianza, mientras el niño aparece dormido plácidamente o se muestra sonriente. Resulta curioso observar cómo en una sala de espera con veinte o más chicos, no se oye el llanto de ninguno y es un síntoma muy significativo, demostrando su buen estado de salud.

La madre acude a la consulta con premura, incluso antes de los diez días de nacido su hijo. Esto es hoy muy corriente cosa que antes no comprendían las abuelas, llevar a un niño sano al Médico para indicársele lo que tenía que hacer, realmente no lo comprendían, es más, lo consideraban un mal presagio «Ese chico se le va a morir, metiéndolo en revoltura de Médicos, medicinas, y poniéndole el pecho por hora estando el chico sano».

Si tenemos en cuenta que durante los 21 años que llevo en este momento al frente del Consultorio del Centro de Higiene con más de cincuenta mil consultas, de criaturas, en un pueblo e isla pequeña, como ésta, nada de extraño tiene que calase en la conciencia de las madres. Así vemos con frecuencia que esas madres, que no habían acudido nunca al Centro, seguían sin embargo las enseñanzas y métodos que nosotros inculcábamos a las asistentes habituales, a veces con bastante trabajo y con energía, ya que siempre me propuse lograr que si acudían sólo veinte madres, ellas tenían que ser obedientes, dóciles y, al final, buenas discípulas y ejemplares, para las demás, prefiriendo por tanto la calidad a la cantidad, pues ésta vendría como consecuencia de la primera.

Ante la mayor formación cultural y un mejor nivel de vida es comprensible este fenómeno de hoy. Alguien podría creer que la disminución espectacular de la mortalidad infantil se ha conseguido en sólo unos pocos años, pero si lo pensamos bien, vemos que es una labor más compleja en la que interviene

muchos factores: Médicos, Maestros, años de trabajo, de formación, de cultura y todo ello requiere mucho tiempo.

Las estadísticas demuestran cómo se ha ido logrando lentamente esta reducción de la mortalidad infantil y así el año 48 era de un 80 por mil, cifra que se mantuvo durante varios años entre el 80 y el 90 y aún más.

En tal línea sucedió un hecho extraordinariamente curioso. Al implantarse en España el Seguro de Enfermedad, las madres se retiraban del Centro de Higiene donde apenas se le facilitaba nada, excepto la asistencia facultativa, los consejos y enseñanzas. Las consultas entonces volvieron a las cifras primitivas, de las 50 a 60, en vez de las últimamente logradas de las 250, pero la mortalidad infantil volvió a ascender y así en el 51 y 52 los índices subieron a 123 y a 110. Esto ocurrió en toda España y fue entonces cuando los rectores del Seguro Obligatorio de Enfermedad comprendieron la necesidad de crear la especialidad de Puericultura en su seno cargo que ocupé en Arrecife dos años dándose el caso excepcional de que ya tenía acumulada la plaza de Otorrinolaringología y en propiedad la Medicina General, siendo por lo tanto necesario sacrificar una de ellas que podía ser desempeñada por otro compañero. Por no existir otro «otorrino», lógicamente tenía que ceder porque así convenía al Seguro, la de Puericultor.

En 1955 la mortalidad era ya de 44.8, en el 56

del 27, hasta el 18 por mil de los diez meses transcurridos de ese año 1963.

Sólo se me han concedido diez minutos para desarrollar mi charla, ignoro si ya habrán pasado. Por suerte para Vds. no puedo prolongarla, pero antes de darla por terminada no resisto la tentación de contarles una anécdota de mi vida profesional que creo resumirá el contenido.

En cierta ocasión, allá por el año 1943, cuando me hallaba en mi despacho particular, escuché en la sala de espera los gritos desgarradores de un niño, deduciendo que se trataba de un chico dispéptico, con cólicos intestinales. Al abrir la puerta me encontré con una campesina joven que le daba el pecho a su hijo, de unos cuatro meses. La hice pasar y tras haberlo reconocido y confirmar mi primera impresión, empecé a explicarle cómo debería darle de mamar, dejando pasar las tres horas reglamentarias para que el estómago tuviera tiempo de realizar su trabajo digestivo, y no como lo venía haciendo, cuando lloraba el chico, atribuyéndolo a que tenía ganas de comer. No sé el tiempo que estuve explicándole esto a la madre —tal vez media hora— cuando de repente el niño comenzó a lloriquear. Su madre, instintivamente, y como lo hacía de ordinario, sacó de nuevo el pecho poniéndoselo en la boca del pequeño. Había perdido con mis explicaciones media hora y la madre no se había enterado ni comprendido nada. Esto me recordaba una frase oída algunas veces en el sentido de que muchas madres

se resistían a llevar al niño a la consulta del Centro porque le hablaba de cosas que no entendían y además no le tocaba la barriguita para comprobar si tenía «dañito». Esto hizo que en lo sucesivo, primero le tocara el vientre y luego le hablara de lo que tenía que hacer.

Pues bien, volviendo al caso de que hablábamos, en mi desesperación e impulsado por ese genio un poco vivo que tengo —uno de mis mayores defectos sin duda— proferí un grito y no sé si también dí un golpe en la mesa que sorprendió a la madre, quien, sensiblemente asustada, no se le ocurrió otra cosa que exclamar:

«Tate quieto chico, que se enfada el caballero».

Mortalidad Infantil de Arrecife por períodos de varios años.

De 1933 a 1942.	. .	152	por mil anuales.
» 1943 a 1948.	. .	126	» » »
» 1949 a 1955.	. .	92	» » »
» 1956 a 1965.	. .	28.33	» » »

* * *

Artículo escrito por el autor en el semanario lanzaroteño «Antena» el 21 de Agosto de 1956, bajo el título de ¿Debe una cabra criar a un niño recién nacido?

«Conozco de referencia el caso de un matrimonio que dice criar a dos hijos gemelos a partir de

los ocho días del nacimiento, haciéndoles pegar directamente de las ubres de una cabra, con lo cual, según ellos se han criado gordos y saludables «que daba gusto verlos». Llevan así dos meses y aunque días pasados unos de los chicos sufrió un trastorno digestivo que obligó a suspender dicha alimentación de momento, manifestaron que pensaban, una vez pasado el incidente, seguir haciéndolo.

Dicho régimen alimenticio, según nos cuentan sus progenitores, se inició con cuidados, pero en vista de que no les hacía daño la leche de cabra la fueron aumentando hasta dejar que se *hartaran*. Con todo ello se han ahorrado muchas pesetas al no tener que comprar leches en la Farmacia.

Resulta increíble que a estas alturas se cometan tales tonterías, reflejando lamentablemente el estado cultural de esos padres, dignos más bien de conmisericordia y de pena. Pero más lamentable es que sean sus propios hijos los que sufran las consecuencias. Es el eterno problema que reflejaba Costa en su célebre frase *Pan y Escuelas*.

Esta manera de criar —mejor dicho de mal criar a sus hijos— no es nada nuevo ni por desgracia único; hoy día, en ciertas zonas de Lanzarote, aún se vive con mucho retraso y en consecuencia con una ignorancia supina de los más elementales conocimientos de Puericultura. Gentes que por lo visto utilizan todavía para viajar el barco de vela, en vez del avión o el camello en lugar del automóvil.

La leche pura sin rebajar, tomada en los prime-

ros meses de la vida de un niño, no tiene ninguna ventaja y sí en cambio muchísimos inconvenientes y peligros, siendo causa de diferentes enfermedades tales como el raquitismo, la espasmofilia, la anemia, los trastornos digestivos etc. Esto ha penetrado en la conciencia de la inmensa mayoría de las personas con una elemental o mediana cultura.

Las leches de cabra o de vaca contiene unas tres veces más cantidades de albúminas y sales que la de la mujer, causantes, junto con el suero lácteo de esos animales, de las enfermedades citadas y de aquí la práctica corriente de diluirlas con agua o mucílagos.

La leche cruda no tiene prácticamente ninguna ventaja sobre la hervida y en cambio expone al chico a contraer las enfermedades que padezca el animal, que pasan desapercibidas, tales como la tuberculosis, la mastitis o inflamación de las ubres etc.

Por otra parte el facilitarle las ubres de la cabra lo considero no sólo peligroso sino también repulsivo, ya que éstas en permanente contacto con el suelo se mezclan con el estiércol y la tierra, siendo portadoras de gérmenes y por mucha limpieza que se tengan nunca podrán ser bien esterilizadas.

Resulta esta crianza antieconómica puesto que en esa edad la leche debe ser rebajada a la mitad, con lo cual de un litro sacaríamos dos.

Alegaba la madre no tener leche en el pecho y esto es también discutible; muchas veces escuchamos lo mismo, y luego vemos que no es así. Pero aún admitiendo que fuese verdad, no tiene nada de ex-

traordinario que ocurra en los primeros días, sobre todo en las primerizas, porque las necesidades alimenticias del niño es entonces pequeña y la leche de su madre llamada Calostro es muy rica en grasas, albúminas y vitaminas que compensa su escasez. A medida que vayan transcurriendo los días la leche maternal va aumentando, observándose que el 90 por ciento de las madres son aptas para criar a sus hijos por lo menos durante el primer mes. Mas aún admitiendo que no lo fueran, nada hay más perjudicial que empezarle a quitar desde el principio el número de tetadas sustituyéndolas por biberones, con lo cual no recibiendo el pecho el estímulo excitante y regular de la boca del chico, deja de segregar y termina rápidamente por «secarse».

Lo lógico es conocer lo que mama el niño de cada tetada y si hace falta más leche añadirsele por cucharaditas, nunca por chupos. De esta forma no se pierde la leche de la madre y muchas veces vemos como ésta va aumentando, pudiendo entonces suprimirse la que habíamos añadido.

La base de la Puericultura es la alimentación del niño, ya que si ésta es apropiada se evitan una serie de trastornos alimenticios causantes del veinticinco por ciento de la mortalidad infantil. Por ello se exige rigurosamente la elección de un buen alimento y una dosificación igualmente rigurosa y no el dejarlos... «hasta que se harten». *La sabiduría popular* olvida la tan conocida frase de «Han muerto más de cenas que ha curado Avicena».

Por último para no ser más extenso, pues podríamos seguir citando el cúmulo de disparates y errores que se derivan de estos casos, estimo que a la larga no existe economía, sino todo lo contrario, mayor carestía.

Si se tratase de resolverlo sólo con dinero, allá ellos con su manera de pensar, de ser y de su mentalidad cultural, lo malo es que se trata de seres inocentes que son tratados como conejillos de Indias, usados en los laboratorios de experimentación, y eso resulta intolerable. En tales casos, a individuos como éstos los enviaría a un colegio de reeducación.

A la población del interior de Lanzarote me permito hacerle un ruego y una petición desde estas páginas; recomendarles que sigan el ejemplo de Arrecife, que ha encontrado su propia senda, colocándose a la cabeza de las comunidades humanas en cuanto a su menor mortalidad infantil. Piensen que si traer un chico al médico cuesta dinero, éste no es mal gastado. La educación y los estudios de los hijos cuesta también mucho, pero queda debidamente compensado si se obtiene utilidad y provecho.

En el Centro de Higiene realizamos esta labor, enseñando la manera de criar a los niños, que tanta falta hace se sepa en el interior de la Isla donde aún hay muchas cabras que pueden servir de «Ama de cría» a esas pobres e infelices criaturas, probables candidatos a un «puestecito en el cielo».

Este artículo fue escrito con motivo de un reportaje periodístico aparecido como hecho curioso que

podía dar lugar en las personas ignorantes a imitar a este matrimonio. Como Médico Puericultor del Estado tenía la obligación de aconsejar a los padres la manera de criar a sus hijos y combatir los errores y prejuicios sobre esta materia por medio de la prensa, radio y en conferencias, siempre que se me presentase la oportunidad.

En el Semanario *Antena*, de Arrecife, de fecha del 20 de Diciembre de 1955, aparece otro artículo del autor encabezado con los siguientes titulares:

«El índice de mortalidad infantil de Arrecife ha descendido de un 220 por mil en 1941 a un 37 por mil en 1955».

«La protección de los menores y de los débiles debe ser una obligación, no ya sólo de todos los individuos de conciencia sino también del Estado, en nombre de una sociedad que se beneficiará a su vez al convertirlos en miembros útiles a la misma». Luego se apuntan varias consideraciones sobre la patria potestad y la tutela que no reproducimos por no alargar el escrito.

También en el mismo semanario *Antena* el 24 de Julio de 1956 apareció otro artículo del autor encabezado así:

«La mortalidad infantil de Arrecife ha bajado de un 150 por mil (máxima mundial en Egipto) a un 20 por mil (mínima en Suecia)».

No es cuestión de reproducir íntegramente el trabajo, pero sí parcialmente: «...en el decenio 1933 a 1942 la mortalidad infantil fue de un promedio

anual de 150 por mil (la de Egipto en la actualidad) descendiendo vertiginosamente para llegar en 1948 al 80 por mil en Arrecife, 120 por mil la Isla, lo que hizo resaltar el Dr. García Ibáñez como muestra de la labor eficaz del Centro de Higiene y en este año 1956, primer semestre un 20 por mil (llegando al final del año, al 27 por mil).

«En España, en general, del 186 por mil de 1900 pasó a 48 por mil en 1954, o sea en cincuenta y cuatro años se han reducido en casi la misma proporción que nosotros en Arrecife, en catorce años. Creo que se trata de un hecho muy significativo y ejemplar que merece destacarse como exponente de nuestra labor y preocupación, lográndose un maravilloso resultado».

En el Semanario lanzaroteño *Pronóstico* del 26 de Febrero de 1946 aparece otro artículo del autor hablando sobre la Junta Local de Protección de Menores.

En 1957, también en *Antena*, se inserta otro escrito del autor tratando sobre la Mortalidad Infantil, demostrando con cifras que en el primer semestre de este año era sólo del ocho por mil, en Arrecife.

En 1949, seis años después de la toma de posesión por el autor de la plaza del Centro de Higiene, se recibe de la Jefatura Provincial de Sanidad el siguiente oficio:

«Me es grato dirigirme a Vd. para manifestarle que examinadas las estadísticas de Mortalidad Infantil de esa Isla y comparadas con las de años anteriores

se observa un constante mejoramiento en las cifras obtenidas que culminan en las del año pasado, lo cual no solamente para el presente, sino también para el futuro, es sumamente alentador. Por ello esta Jefatura se complace en expresar a Vd. su más sincera felicitación, tanto por el cariño puesto en el desempeño de su cometido, como por el magnífico resultado alcanzado. Las Palmas de G. C. 22 de Febrero de 1949. El Jefe Provincial de Sanidad. Fdo. Domingo Martín Yumar. Sr. D. Marcelino de Páiz García, Médico Puericultor del Centro Secundario de Higiene Rural de Arrecife».

Anteriormente, en Enero de 1945 se había recibido otro escrito de esa misma Jefatura de Sanidad que textualmente decía: «Tengo el gusto de acusar recibo de su atto. escrito por el que me remite informe redactado por el Sr. Médico Puericultor Don Marcelino de Páiz García acerca de los trabajos llevados a cabo en ese Centro, que fue solicitado por la Superioridad en fecha de Octubre pasado y deseo expresar a Vd. la satisfacción del que suscribe ante trabajo tan completo y minucioso rogándole lo transmita a dicho Sr. Facultativo. Lo que para su satisfacción tengo el gusto de comunicarle. Dios guarde a Vd. muchos años. El Director Acctal. Fdo. Pedro Cerdeña. Sr. D. Marcelino de Páiz García, Médico Puericultor del Centro S. de Higiene de Arrecife».

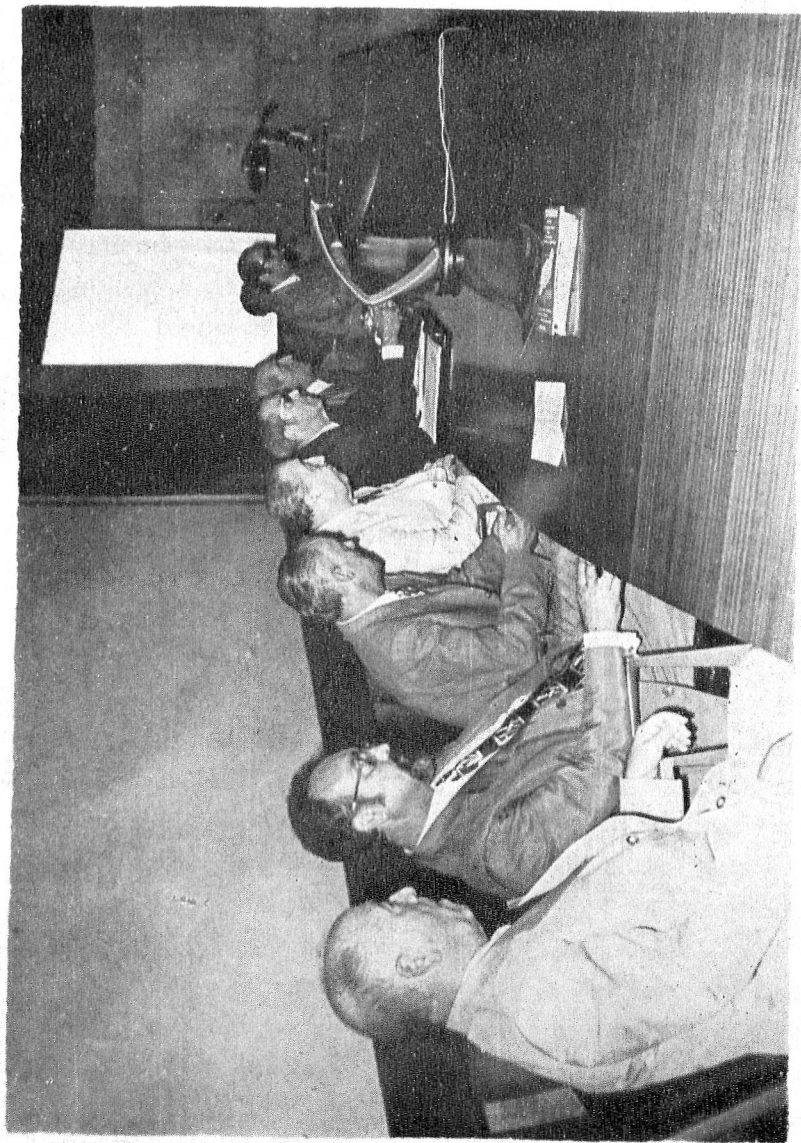
El 23 de Junio de 1949 se recibe un nuevo oficio de la Jefatura Provincial de Sanidad en los siguientes términos: «El Excmo. Director General de

Sanidad en escrito de fecha 12 de Abril último, me dice lo que sigue: Vistas las estadísticas de los Servicios de Higiene Infantil prestados en los Dispensarios Provinciales y Centros Rurales de esa Provincia correspondientes al año 1948, esta Dirección General ve con agrado un aumento considerable en los mismos en relación con el año 47, demostrando con ello la labor realizada por esa Jefatura y personal técnico y auxiliar de Puericultura de lo que se da cuenta en la Memoria Anual que esta Dirección General publica. Lo que me complace en comunicar a Vd. para su conocimiento. Dios guarde a Vd. muchos años. Las Palmas de G. C., 23 de Junio de 1949. El Jefe Provincial de Sanidad. Fdo. Alberto García Ibáñez. Sr. Dn. Marcelino de Páiz García, Médico Puericultor del Centro S. de Higiene R. de Arrecife».

En el periódico *Antena*, de Arrecife, aparece una entrevista con el periodista D. Guillermo Tophan el 16 de Noviembre de 1954, donde entre otras consideraciones se mencionaba que el porcentaje de los niños fallecidos en las Consultas del Centro de Higiene, era cero.

En el diario *Falange* de Las Palmas, del 12 de Junio de 1957 se publica también un reportaje de su corresponsal en Arrecife G. Tophan encabezado con el siguiente título «Notable reducción del índice de mortalidad infantil en Arrecife: De ciento veinticinco niños nacidos vivos sólo murió una menor de un año».

Aparte de lo escrito por este autor también ha



Mesa Presidencial en la Apertura de la IX Reunión de la Asociación de Pediatras Españoles celebrada los días 10, 11 y 12 de Octubre de 1971, presidida por el Doctor Don Manuel Suárez, Catedrático de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Sevilla y las primeras Autoridades Civiles y Militares de la Isla

pronunciado conferencias de Puericultura en las dos Sociedades más importantes de esta Ciudad: El Casino y el Círculo Mercantil, así como en la Escuela Media de Pesca, y en los pueblos del interior: Haría, San Bartolomé, Teguiise y Tinajo como complemento de las cátedras Ambulantes de la Sección Femenina de Falange, figurando actualmente como profesor de Puericultura en la Sección Femenina del Movimiento, con clases quincenales en la misma, con un programa de cinco lecciones de Puericultura.

A tenor de su nombramiento como Socio de Honor de la Asociación de Médicos Pediatras de España en IX Reunión celebrada en Arrecife en el mes de Octubre de 1971, aparecen en el periódico *La Provincia* de Las Palmas y de su corresponsal en Lanzarote, artículos y entrevistas con el autor los días 26 de noviembre y 15 de Diciembre, algunos de cuyos párrafos transcribimos: «75.000 consultas de Puericultura en el Centro de Higiene de Arrecife en 30 años» «El Dr. de Páiz en la Revista Acta Pediátrica Española» «Espectacular descenso de la Mortalidad Infantil en Arrecife, pasando del 224 por mil al nueve por mil en veinticinco años». «Cifras aterradoras de la Mortalidad Infantil». «Antes morían la mitad de los niños nacidos vivos». «La Labor del Centro de Higiene». «Lo que va de ayer a hoy» «El índice de Mortalidad Infantil actual es comparable al de Suecia» etc. Capítulos ampliamente comentados y con fotografías del autor, una de ellas en el momento de su intervención en la Reunión de los congresistas.

Nombramiento del autor como Médico Pedia-
tra-Puericultor del Seguro Obligatorio de Enfermedad
el 7 de Noviembre de 1950 y el cese en 1952, por
tener en propiedad Medicina General y acumuladas
Otorrinolaringología y Puericultura.

De lo dicho se desprende la intensa labor desa-
rrollada como Puericultor durante once años en Lan-
zarote, siendo hasta entonces el único en la isla y
por ello ocupando oficialmente las plazas de Pueri-
cultura oficiales, con un total de treinta y dos años
de ejercicio de dicha especialidad en el centro de
Higiene.

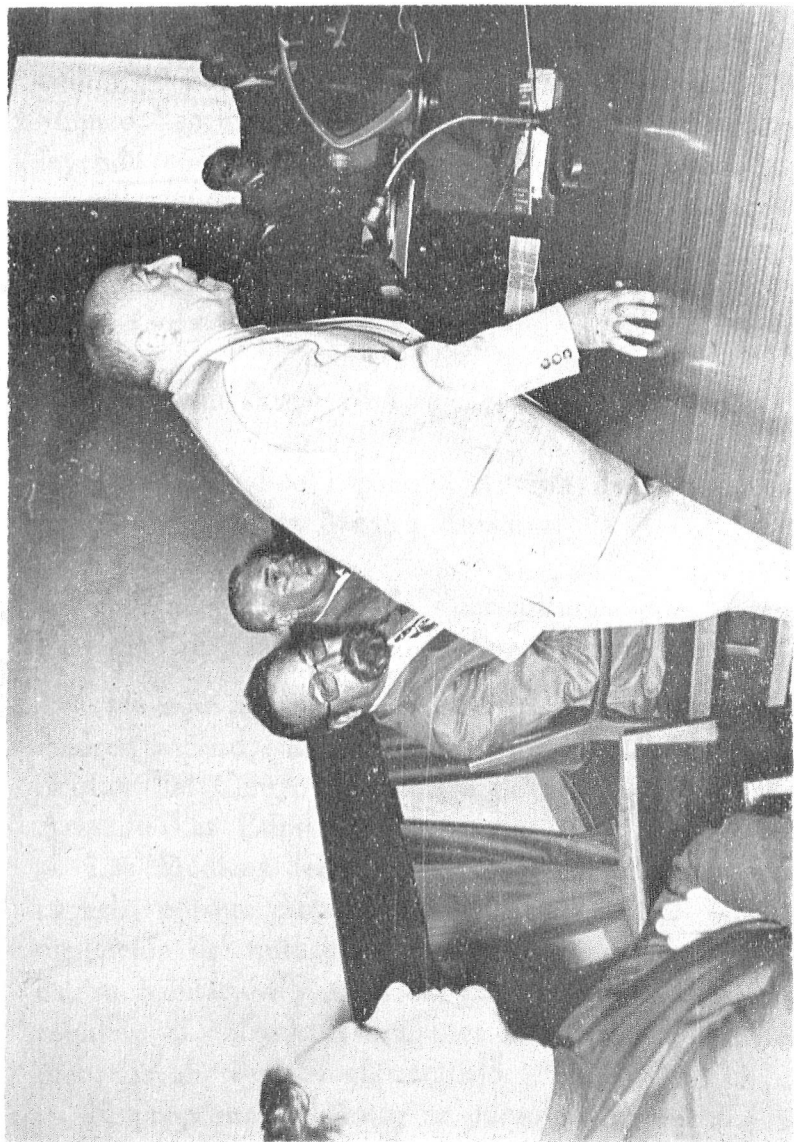
*Críticas sobre la Primera Edición de Cinco Lecciones
de Puericultura.*

Dr. D. Juan Bosch Marín, Jefe de los Servicios de
Higiene Infantil y Maternal de la Dirección Ge-
neral de Sanidad:

«...Acabo de recibir su interesante librito «Cinco
lecciones de Puericultura» y le felicito muy de ve-
ras por su publicación, agradeciéndole sinceramente
las alusiones que hace a las publicaciones nuestras de
Puericultura.

Deseándole continúe cosechando éxitos le saluda
atentamente».

Fdo. J. Bosch Marín.



El autor durante su intervención en la Apertura de la IX Reunión de la Asociación de Pediatras Españoles celebrada los días 10, 11 y 12 de Octubre de 1971

Dr. D. Juan Bosch Millares, Presidente del Iltre. Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas:

«...Saluda a su buen amigo y compañero Dr. Marcelino de Páiz, agradeciéndole mucho el obsequio de «Cinco Lecciones de Puericultura» que ahora estoy leyendo con el mejor y mayor agrado. Le insto para que siga laborando por ese camino que dice mucho en favor de la clase Médica.

Enhorabuena y gracias de su affmo. amigo y compañero».

Fdo. Juan Bosch Millares.

«Noticiero Médico Español», Revista de la Asociación de Prensa Médica Española:

«...Cinco Lecciones de Puericultura» por Marcelino de Páiz García, Médico Puericultor.

«He aquí un libro sencillo y útil, destinado a las madres, escrito con eslilo claro por el Médico Puericultor del Centro Secundario de Higiene Rural de Arrecife (Las Palmas).

Los Médicos deben recomendar su lectura y pagarla, porque estas Cinco Lecciones sobre la alimentación del niño en el primer semestre de su vida, su habitación y vestidos, primeros cuidados que requiere el chico enfermo antes de la llegada del Médico, les ahorrará mucho trabajo.

El propósito del autor se cumple eficazmente».

MEDICAMENTA, Revista médica:

Enumera los títulos y capítulos de «Cinco Lecciones de Puericultura».

FALANGE, Diario de Las Palmas de Gran Canaria.

«Cinco Lecciones de Puericultura. Tenemos a la vista, después de leído con positivo interés, el opúsculo que el Dr. de Páiz (D. Marcelino) nos ha remitido atentamente y que contiene cinco lecciones de Puericultura, dadas por el que es Médico distinguido del Centro Secundario de Higiene Rural de Arrecife. Con un método perfecto y en clara exposición se desarrollan estos competentes y utilitarios cursos, abarcando una órbita completa de enseñanza práctica. Definido el concepto de la Puericultura en un didactismo sobrio, el Dr. de Páiz García aborda en su primera lección las enfermedades de los padres peligrosas para la descendencia. En la segunda cuanto atañe a la alimentación del niño; en el tercer curso el método de la alimentación del chico durante el segundo semestre queda establecido también minuciosamente, para en la cuarta y quinta lección estudiar, fijando con tecnicismo sencillo y certero la evolución del niño, su desarrollo, enfermedades posibles, su profilaxis y a continuación cuanto se refiere a los cuidados higiénicos en todos los aspectos de que deben ser objeto las criaturas e interpretación de las reglas fundamentales.

Marca este opúsculo una buena y excelente tarea de difusión de principios científicos puestos al alcance de todos y en eje primero de la salud pública, haciendo honor por la pluma, la competencia y el entusiasmo a la clase Médica de Arrecife en la persona del Dr. de Páiz García».

Como puede observarse las críticas han sido muy halagüeñas tanto para el libro como para el autor, habiéndonos llenado de satisfacción y gratitud, así como el hecho de haber sido solicitado desde varios puntos de la Península por compañeros Médicos que no sabían dónde adquirirlo y la aceptación general que tuvo con edición de 500 ejemplares que se agotaron rápidamente. Puedo decir sinceramente que no le ha envanecido y sí, en cambio, le ha servido para trabajar con más ahinco y entusiasmo en la campaña emprendida dentro de este campo de la Medicina, la Puericultura.

A este respecto voy a transcribir textualmente unas palabras del Ilustre Catedrático de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Barcelona Dr. Don Rafael Ramos en su maravilloso libro sobre Puericultura: «El español tiene un exceso de crítica negativa y un complejo de inferioridad. Es conocido por todos, y aunque no sea para nosotros muy halagüeño que aquél que teniendo un cargo oficial o técnico, lleva a cabo una labor positiva, no tarda mucho en tropezar con una atmósfera enrarecida que más tarde se manifiesta por una crítica dura y violenta

que llega a quebrantar la más férrea voluntad. Lejos de crear un clima alentador que proteja a esta persona, se produce en torno al político de buena fe, al estudioso o al moralista, un filtro angustioso que taimiza irónica y despiadadamente toda labor, creando así el desaliento y dando al traste con su temple.

Se ven más los defectos, las faltas a veces insignificantes, los errores sin consecuencias, que las buenas cualidades, el esfuerzo, el beneficio acarreado.

Este derrotismo pone de relieve lo equivocado y lo defectuoso, que si no se halla en la vida pública, se busca en la privada y en cambio se ocultan y se dejan sin encomiar los méritos y los aciertos. Semejante ambiente es sin duda el que menos favorece al trabajo, *ya que la exaltación de un esfuerzo, de una labor meritoria, es el mayor estímulo, máxime sabiendo ocultar, amortiguar y perdonar los pequeños fracasos, por otra parte tan frecuentes y hasta necesarios, incluso para los más formados.*

La crítica negativa es destructora y perjudicial y lo es por dos razones, cuyos orígenes están unos en el adulto y otro en el niño.

El hombre que no trabaja siente en su conciencia un remordimiento instintivo, pero bien pronto su subconciencia egoísta trata de justificarle al laborioso derribándolo: «Ese trabaja, sí, pero lo hace mal, fracasa; no merece pues la pena de molestarse en hacer nada». El fracaso es su punto de apoyo, cuando el fracaso es precisamente el primer excitante y el acicate más poderoso para llegar a realizar bien las cosas. Si to-

do saliera a maravilla desde el principio, no tendría lugar el golpe de atención sobre aquello que hemos de modificar cuando lo creíamos perfecto. Nada enseña tanto como un fracaso a condición, naturalmente, de que el individuo que lo sufre no se deje abatir ni desfallezca.

El otro origen hay que buscarlo en la infancia, en la época de educar al niño. El acto bueno llena de satisfacción a los padres, y el hijo lo sabe como debe saber también que la mala acción le entristece. Una correcta formación conseguirá que el niño tienda a repetir lo primero y omitir, lo segundo. Si no se crea este reflejo educacional desde el comienzo de la vida, no aprobando los actos buenos y tal vez riendo las acciones perversas en lugar de censurarlas, o lo que es peor, haciéndolo arbitrariamente, lo uno o lo otro con el mismo motivo, el niño llegará a ser un hombre poseedor de una crítica negativa implacable.

Una educación bien orientada, cosa nada difícil de instaurar, cambiará el comportamiento psicológico del Español».

También el Dr. Ramos dice: «En los pueblos mueren y enferman más niños que en la ciudad, a pesar de nacer más sanos y de ser mejor el medio que les rodea, aunque aún hay mucha gente, incluso culta, que crea lo contrario y la cifra de la elevada mortalidad infantil que existía en España se debía sobre todo a la mortalidad rural». Este es un hecho más que conocido por el autor y las autoridades sa-

nitarias. Ya lo indicaba el malogrado y querido Jefe de Sanidad Provincial de Las Palmas Dr. Don Alberto García Ibáñez cuando en ese acto público del que ya he tratado, refiriéndose a la mortalidad infantil de la Provincia de Las Palmas, achacaba a Arucas y Lanzarote el aumento de la misma, diciendo textualmente: «Arucas con un índice del 100 por mil y Lanzarote con el 120, aunque en Arrecife, donde hay un Centro de Higiene y el Consultorio de Puericultura correspondiente, sólo llega al 80 por mil, demostrando este Dispensario su eficacia», es decir, su labor educativa.

También el citado Dr. Ramos aboga por la necesidad de que el Estado imponga la enseñanza de la Puericultura en las mujeres para que cuando sean madres conozcan su cometido, siendo preciso luchar contra el analfabetismo materno, propagador por doquier de que la crianza del niño no puede tener como fundamento básico los abigarrados consejos de la abuela transmitidos de generación en generación, sino las normas científicas de los estudiosos, que a estas disciplinas dedican su vida. Porque si una abuela ha criado a cuatro u ocho hijos, o más, un Médico Puericultor asiste a miles de los que cada día va recogiendo datos y enseñanzas que constituye el arsenal de la Puericultura».

Estas expresiones del Dr. Ramos están plenamente de acuerdo con mi experiencia de treinta y dos años al frente del Dispensario de Puericultura del Centro de Higiene, que yo he tratado de explicar y aplicar

en toda mi larga vida profesional. Habla, por ejemplo, el Dr. Ramos de la abuela que ha criado 4, 8 o más hijos; yo diría de 15 o más, pero ¿cuántos de estos hijos han sobrevivido? Ya citamos el caso de una madre con 16 hijos que perdió 8, y su hija con 11, los conserva todos. Si hiciéramos una encuesta sobre esta materia nos encontraríamos como era rara la abuela que no hubiese perdido el 25 o 30 por ciento de sus hijos.

Y en cuanto a la enseñanza de la Puericultura por el Estado, este autor iría más lejos aún; no permitiría que una mujer se casase sin haber aprobado un cursillo de Puericultura, de la misma manera que la Iglesia se preocupa de organizar cursos prematrimoniales, pensando en la educación cristiana de los niños. El Estado debería imponer la norma no tolerando tampoco que una pareja cree un hogar sin tener la más mínima idea de la manera adecuada de criar a los hijos que pudieran tener en el futuro, como no consiente que una persona conduzca un vehículo de motor sin antes sufrir el correspondiente examen para evitar males mayores, la pérdida de vidas humanas, etc. ¿Es que no se salvarían vidas, también, aprendiendo las mujeres la forma idónea de criar sus hijos? Todo lo que sea aprender es cultura y el índice de mortalidad infantil refleja, como hemos dicho, el nivel cultural de un pueblo.

BIBLIOGRAFIA

- Dres. D. A. Arbelo Curbelo y D. F. Navarro Aro-*
zena: Sanidad Infantil en Lanzarote. IX Reunión
Anual de Pediatras Españoles.
- Dr. D. A. Arbelo Curbelo:* Sanidad Infantil de Espa-
ña. 1901 a 1968.
- Dr. D. J. Bosch Marín:* Catecismo de Puericultura.
Derecho Infantil y Familiar. Puericultura Social.
- Dr. Feer:* Tratado de las Enfermedades de los Niños.
- Dr Finkelstein:* Tratado de las Enfermedades del Lac-
tante.
- Dr. Howard F. Conn:* M. D. Terapéutica 1973.
- Dr. Muller:* Alimentación y tratamiento del niño.
- Dr. D. Rafael Ramos:* Trastornos nutritivos del Lac-
tante. Puericultura.
- Dres. Ruiz de Santa María y Cardona Mateos:*
Veinte Lecciones de Puericultura.
- Dr. Vidal y Jordana:* Trastornos nutritivos del Lac-
tante.

INDICE

Prólogo de la 1. ^a Edición de Cinco Lecciones de Puericultura	7
Prólogo de la 2. ^a Edición	8
Índice de Materias	9
Primera Lección	13
Segunda Lección	39
Tercera Lección	73
Cuarta Lección	87
Quinta Lección	115
Críticas sobre la Primera Edición de Cinco Lecciones de Puericultura	140
Bibliografía	148

Este libro se terminó de imprimir
en los Talleres de la Imprenta
Lezcano, en Las Palmas de
Gran Canaria, el día
26 de Junio
de 1974