

Reservata 67-8
led.

REAL ACADEMIA
DE MEDICINA Y CIRUGIA DE VALLADOLID

Leg. 3º P. 3º nº 277
X

DISCURSOS

LEÍDOS EN EL ACTO PÚBLICO DE RECEPCIÓN

DEL

PROF. DR. D. EVELIO SALAZAR

EL DÍA 30 DE MARZO DE

1941



TALLERES TIPOGRÁFICOS «CUESTA»
MARCOS PICAVEA, 29.- VALLADOLID.

VVA. BHSC. LEG. 03-3 nº 0277

Sig.:

R.: 16.511

C. D.:

REAL ACADEMIA
DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE VALLADOLID

DISCURSOS

LEÍDOS EN EL ACTO PÚBLICO DE RECEPCIÓN

DEL

PROF. DR. D. EVELIO SALAZAR

EL DÍA 30 DE MARZO DE

1941



TALLERES TIPOGRÁFICOS «CUESTA»
MACÍAS PICAVERA, 20.—VALLADOLID

VVA. BHSC. LEG. 03-3 nº 0277

DISCURSO
DEL
PROF. DR. D. EVELIO SALAZAR

UVA. BHSC. EEG. 03-3 n° 0277

R. 16.511

EXCMOS. SEÑORES:

ILUSTRES ACADÉMICOS:

SEÑORAS, SEÑORES:

Por acuerdo unánime de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, y no por propios merecimientos, vengo a ocupar un puesto entre vosotros en la vacante de uno de mis queridos maestros, el profesor D. Federico Murueta-Goyena y Basabe. Y si es motivo de legítima y honda satisfacción pertenecer como académico a esta Corporación docta, no deja el hecho de producir en mí cierta tristeza, porque triste es que el motivo de mi ingreso haya sido la muerte de uno de aquellos maestros que contribuyeron a la formación humana y profesional del recipiendario, para el que en los años risueños del escolar el profesor Murueta-Goyena no significaba solamente el clínico de competencia que iba familiarizándonos con los problemas de la Patología Quirúrgica, sino también el amigo y consejero que iba depositando en nuestro espíritu juvenil, inexperto e irreflexivo todavía, el fruto de sus años y de su larga experiencia en el orden intelectual y humano.

No podré expresar con palabras justas, Sres. Académicos, mi agradecimiento por vuestra designación, pero he de confesar mis temores de que vuestro acuerdo no sea acertado por esta sola vez. En cambio, me atrevo a afirmar que, si algo podéis esperar de mí, tened por seguro que serán mi buen deseo y buena voluntad para salir airoso de todas aquellas actividades que se me confían, inherentes a mi nueva condición; aunque siempre con la esperanza de que nunca me faltarán vuestro apoyo y benevolencia.

Decía, que es triste ocupar el sitio que dejó vacío un maestro, porque con su desaparición van borrándose paulatinamente de nuestra memoria todas aquellas vivencias felices de los años escolares en que para nosotros nuestros profesores poseían caracteres envidiables o constituían nuestro ideal.

Muchos de los que me escucháis conocéis mejor que yo la

No puede extrañar que con tales merecimientos y categoría espiritual fuese por fin digno regidor de los destinos de nuestra Facultad de Medicina como Decano, desde el 18 de Mayo de 1925 hasta Enero de 1927, y que en el año de 1926 se le nombrase Comendador de la Orden de Alfonso XII.

Aquí tenéis esbozada a grandes rasgos la figura del Académico a quien vengo a sustituir. Ahora comprenderéis el porqué de mi temor en defraudar vuestras esperanzas, si pensasteis, Sres. Académicos, que yo pudiera llenar dignamente el vacío que dejó entre nosotros.

Rendido este justo homenaje a su memoria, permitidme ya que someta a vuestra consideración y benevolencia mi discurso de ingreso en esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Sin embargo, antes de entrar plenamente en el tema, considero necesario justificar mi elección y exponer los motivos que me han impulsado a ella, puesto que mi discurso, como veréis, no posee, en rigor, altura científica o contenido doctrinal digno de la docta Corporación que hoy me acoge en su seno.

Es cierto que la Pediatría, a la que sabéis yo me dedico, ofrece al médico práctico y al especialista multitud de problemas o temas importantes y de actualidad, o sugestivos tal vez, que merecen estudio concienzudo y reiterado o que se les preste especial atención; y en el vasto campo de la misma, fácil sería escoger alguno, que aparte de su interés científico o profesional, con el ropaje de una brillante exposición garantizase, o hiciese posible cuando menos, el éxito del beneficiario.

Sin embargo, para mal mío, no es éste mi caso. Descontadas, por ciertas, mis pobres cualidades para abordar o desarrollar un tema que se hiciese acreedor a vuestro aplauso sin reservas, me he sentido inducido, y me atrevo a decir que hasta cierto punto forzado por una dolorosa realidad, a abandonar como materia de mi discurso una aportación clínica tomada de la observación o de la experiencia cotidiana o un asunto teórico que, por su índole, hubiese hecho posible el lucimiento personal, y me he resignado, con complacencia desde luego, a ocuparme de uno que en verdad no tiene carácter propiamente científico, como ya dije, pero que, en cambio, es sin duda alguna, profundamente humano y, si se quiere, esencialmente sentimental: *La asistencia médico-social al niño enfermo y su importancia en la lucha contra la mortalidad infantil.*

LA ASISTENCIA MÉDICO-SOCIAL AL NIÑO ENFERMO Y SU IMPORTANCIA EN LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL

Consideraciones previas de carácter general e histórico

Antes del siglo xvii no se habla para nada de Medicina estatal. Por el año 1650 comienzan los alemanes y franceses a ocuparse de este aspecto de la Medicina, sin que vislumbrasen tal vez en los primeros momentos la importancia que iba a cobrar en el curso de los años hasta llegar el momento presente. En el siglo xvii se publicó en Londres la primera estadística con cifras de mortalidad general, y después de 1657 aparecen las primeras listas, en las que se precisaban ya las causas del fallecimiento. Es indudable que esta decisión por parte de los médicos, habría de hallar eco e impresionar vivamente a la opinión pública de aquellos tiempos, si bien los problemas demográficos carecían por entonces de carácter agudo, o por lo menos, no se apreciaban como en la actualidad. La humanidad dormitaba aún casi en la obscuridad científica de la Edad Media, por lo que se refiere a las ciencias físico-naturales, médicas o biológicas, y si la ignorancia en las ciencias físico-químicas había sido grande hasta entonces, en las biológicas y en la Medicina lo fué aún mucho mayor. Los albores de la Medicina científica despertaron gran interés en la humanidad y por ello no es extraño que filósofos como Descartes, afirmasen ya en la primera mitad del siglo xvii, que uno de los factores de la civilización había de ser con plena legitimidad el progreso de la Medicina. El tiempo habría de ir encargándose de confirmar esta intuición y a medida que pasaba se observó, por ejemplo, que las epidemias, azote habitual de la Edad Media, iban haciéndose menos frecuentes. Un siglo más tarde los datos históricos consignaban, por otra parte, cómo hasta las temidas diarreas de verano disminuyeron sensiblemente en Londres.

Los adelantos de la Medicina estimulaban más y más los esfuerzos de los reformadores morales, políticos y sociales de la época que tendían denodadamente a liberar a la humanidad tanto de las enfermedades como de la pobreza. Tan ostensibles fueron los progresos de aquélla, que el famoso filósofo y matemático Condorcet, más tarde, abundando en la opinión de Descartes, llegó ingenuamente a creer, casi en absoluto, en la futura anulación y desaparición de las enfermedades como consecuencia de los progresos y conquistas de la Ciencia. En suma, entre los últimos años del siglo XVIII y los pretéritos del siglo XIX, es decir, desde este siglo al 1800 se había operado en el espíritu humano un profundo y notable cambio. Después del 1800 se acrecienta el interés por los estudios estadísticos merced a la importancia que los Clínicos franceses de la primera mitad del siglo XIX, siguiendo a Louis, concedieron a la colaboración y al empleo de las matemáticas en la interpretación de los fenómenos clínicos, con su derivación subsiguiente hacia el campo de la Biología y del movimiento demográfico. Nace con esto la escuela francesa de Iatro-matemáticos, al lado de la escuela Iatroquímica de los alemanes que encontró sus partidarios entusiastas al calor, sin duda, de la ingente figura del químico alemán Justus von Liebig. Todas estas circunstancias abrieron horizontes nuevos, hasta entonces insospechados, a los médicos e investigadores, los cuales, a medida que ensanchaban sus conquistas en el campo de la Medicina y de la Ciencia, fueron haciendo evolucionar el espíritu humano, y con ello despertando el deseo general de mejorar las condiciones de la vida del hombre sobre la tierra en el orden material.

¿Qué consecuencias podía todo esto tener en cuanto a la vida del niño? Hasta entonces, la vida de éste había tenido escaso valor; moría un niño y nacía otro. Al Estado no le preocupaba mucho la gran mortalidad infantil, que, como se sabe, llegaba a ser aterradora en las épocas de epidemias y de guerras. Por otra parte, la fecundidad de los matrimonios compensaba estas terribles pérdidas. Pero fenómenos ulteriores en la evolución y en la vida de los pueblos iban a cambiar bien pronto esta situación: las estadísticas patentizaban con cifras intranquilizadoras el descenso de la natalidad, que se había de ir acentuando notablemente en todas las naciones civilizadas a partir de los últimos años del siglo XIX y con más precisión desde 1870. Este descenso, por otra parte, no se ha interrumpido hasta los momentos actuales, sobre todo en determinadas naciones, donde la disminución de la

natalidad ha llegado a producir honda preocupación. A mayor abundamiento, ante las enfermedades del niño no podían oponer los médicos de entonces sino perplejidad y desorientación, y solamente se ponían en práctica medios curativos absurdos e inspirados las más de las veces en un empirismo elemental o, lo que es peor, en necias y pintorescas supersticiones. Sólo conocían e identificaban algunas enfermedades exantemáticas y ciertos parásitos intestinales. Por el contrario, frente a esta situación de inferioridad, el médico moderno conoce bien la Patología infantil; la higiene pública y privada han logrado avances gigantescos y como consecuencia ha podido nacer el moderno edificio de la profilaxis; la medicina y los médicos actuales se han percatado de que el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno pueden salvar muchas vidas infantiles; y, por último, la sensibilidad moral y colectiva de la sociedad actual a favor del niño se ha acrecentado y depurado en la época contemporánea. Todos estos factores, aun sin contar con los de carácter político, han concurrido a hacer que en nuestra época el niño ocupe un lugar central en la vida de los pueblos. Desde hace tiempo, en todos los países cultos se ha ido afirmando cada vez más la convicción de que el niño representa para ellos el tesoro de más valor, y por lo mismo tratan de inculcar a los padres la idea trascendental de que la existencia y el porvenir de su patria reside en la cuna de sus hijos, en la forma de conducir físicamente la vida de éstos y en la educación que se les proporcione. Hoy ha llegado a ser un axioma de política biológica que la muerte de todo niño significa una pérdida del patrimonio nacional y una dilapidación de la energía y la salud de la madre. Por si esto fuera poco, las previsiones y amenazas de Malthus a fines del siglo xviii y comienzos del xix, que tanta influencia ejercieron en la mentalidad del mundo, carecen de base, como los hechos han venido demostrando, y, afortunadamente, no han pasado de especulaciones teóricas. Por el contrario, según opiniones autorizadas, toda la historia de la humanidad parece enseñar que la decadencia de los pueblos estuvo en relación directa con la disminución del número de sus habitantes y, según Spengler, las civilizaciones más brillantes han pertenecido a los pueblos muy poblados, al paso que su decadencia progresiva ha coincidido con su despoblación.

Por todo lo que llevamos dicho, se infiere que el problema de la mortalidad infantil, de palpante actualidad en todas las naciones, está íntimamente relacionado con la política demográfica,

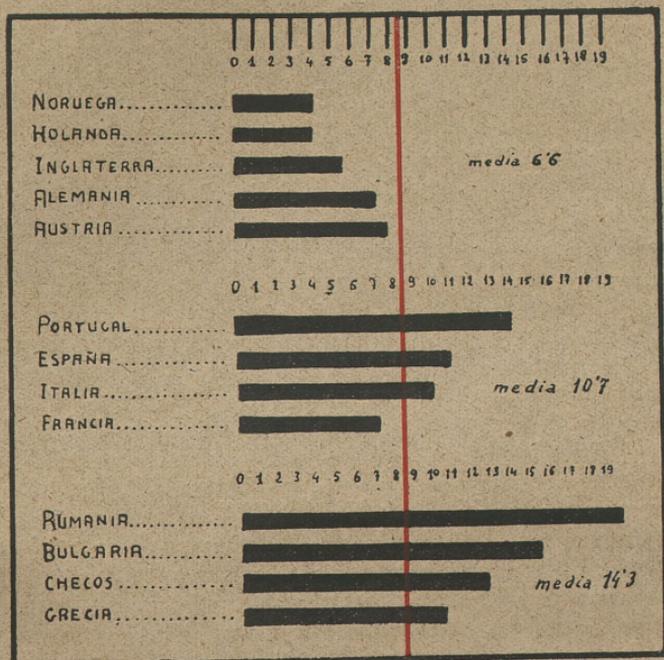
de constante preocupación; y por dicho motivo, los estadistas modernos ven en la asistencia pública a la infancia un problema político, eugenésico, de higiene y defensa social y de progreso económico, moral y cultural. Por ende, el Estado no puede desinteresarse de la actividad y organización de una asistencia social orientada a favorecer la formación de generaciones fuertes y sanas, tanto desde el punto de vista físico como espiritual. Dicha asistencia, que tiene como resultado inmediato la disminución de la mortalidad infantil, tiende a resolver uno de los aspectos del problema demográfico. El otro aspecto, es decir, el que se refiere al aumento de la natalidad, problema como sabéis de voluntad, de educación moral y de legislación económico-social, rebasa nuestra competencia y los límites de este discurso, y no ha de ser aquí tratado. Si se nos permitiese sintetizar todo lo que en este orden de ideas acabamos de decir, afirmaríamos que el interés de los pueblos en el problema demográfico es buscar soluciones encaminadas a reducir la morbilidad, a rebajar la mortalidad infantil, parte importantísima de la mortalidad general, y a favorecer la natalidad.

Mortalidad infantil

Expuestos someramente estos antecedentes generales e históricos, veamos la cuantía de la mortalidad infantil en nuestra Patria y considerémosla comparativamente con la de otros países europeos, sin abusar para ello de excesivos datos numéricos.

Vaya por adelantado que la cifra media de mortalidad infantil en España, expresada en el número de niños fallecidos antes de cumplir el primer año de edad por cada mil nacidos vivos, ha disminuido constantemente desde 1900 hasta 1936. Este descenso en la cifra de mortalidad es paralelo, como no podía menos, al de los demás países europeos. En el año de 1900, el número de niños muertos durante el primer año de la vida, por mil nacidos vivos, fué de 186; en 1932, 112 y en 1936, 109; es decir, se ha logrado en estos treinta y seis años una reducción de la mortalidad infantil del 41 por 100 para este grupo de niños. La reducción que en este mismo lapso de tiempo se registra en Europa, llega al 65 por 100, superior como vemos a la lograda por nosotros; pero además la mortalidad media de Europa en 1936 es menor que la de España, puesto que en el Continente fallecieron 96 por 1000 antes de llegar a los doce meses, contra 109 por 1000 en nuestra Patria.

Ahora bien, esta mortalidad europea está integrada por la de pueblos que sufren una gran mortalidad, como los Países Balcánicos y la de los de escasa mortalidad: los Escandinavos. Los países Anglo-Sajones y Escandinavos tienen una mortalidad inferior a la media de Europa, y entre ellos se destacan Noruega y Holanda con las cifras más bajas. En el grupo de países latinos,



Mortalidad infantil de algunas naciones europeas en el año 1936.—
 Se han reunido en un grupo anglo-sajón-escandinavo, otro latino y otro balcánico. La media de Europa está representada por la raya roja y expresa el número de niños que fallecen antes de alcanzar los 12 meses de edad por 100 nacidos vivos.

sólo Francia acusa una mortalidad inferior a la media de Europa en el año 1936; nosotros, como hemos dicho, sobrepasamos esta media, y dentro de este grupo, solamente Portugal tiene más mortalidad que España. Por último, los países Balcánicos padecen una mortalidad elevadísima, que excede mucho de la media europea, destacándose entre ellos Rumanía.

De todas suertes, permítaseme añadir a estos datos un comentario breve, por lo que a nuestra Patria se refiere, y es, que la mortalidad en 1936, alcanzando efectivamente la cifra de 109 por 1000 nacidos vivos, está integrada por todas las tasas provinciales de mortalidad, que naturalmente acusan entre sí diferencias muy notables, las cuales se mantuvieron en el transcurso de los treinta y seis años; y así vemos que se caracterizan por una mortalidad baja, comparable a veces con las más bajas de Europa, Baleares, Cataluña y Guipúzcoa, y en el polo opuesto, por su gran mortalidad, equiparable solamente a la de los Países Balcánicos, Valladolid, Palencia, Zamora, Burgos, Ávila y Cáceres.

Los datos estadísticos más recientes que poseemos de nuestra Patria acusan un aumento de la mortalidad infantil en el año 1937, que pasa de 109, que fué la cifra de 1936, como ya vimos, a 129,72 (es decir, casi un 20 por 100 de aumento). Después de este ascenso de la mortalidad, se nota ya en el año 1938 la tendencia a recuperar la cifra primitiva con la tasa de 119,29, y en este descenso favorable, los datos correspondientes al primer trimestre de 1939 arrojan afortunadamente una tasa inferior a la de 1936, con la cifra de 105,53. Si se considera la situación económica y social por que forzosamente tenía que pasar nuestra patria durante la guerra, se deducirá que el aumento transitorio de la mortalidad infantil no fué exagerado.

Rebasa nuestro propósito detallar las causas que motivan la mortalidad infantil. Exigiría mucho tiempo y no pertenece en rigor al tema que nos hemos propuesto, pero sí diremos, para sólo enumerarlas, que además de las causas patológicas o de enfermedad que conducen a la muerte del niño, influyen, como es sabido, en la tasa de mortalidad infantil, un considerable número de factores que condicionan y facilitan a su vez en muchas ocasiones, la aparición de enfermedades, como son: el clima, la raza, la edad, el sexo, el estado civil, y, muy particularmente, la alimentación y las condiciones económicas y sociales.

Lucha contra la mortalidad infantil

Es indudable que solamente el estudio detenido de las causas de mortalidad puede tener como resultado positivo una eficacia real de la organización de los medios de lucha que se pongan en práctica. Pretenderé resumir el modo de orientar en la actualidad

esta lucha, la cual tanto beneficio ha proporcionado al mundo, y me referiré muy especialmente al estado actual de esta lucha en España.

Lógicamente, la preocupación básica de la moderna lucha contra la mortalidad infantil es evitar que el niño enferme, y, por lo tanto, en los últimos decenios, en todos los países se han ido adoptando y poniendo en práctica medidas encaminadas a mejorar las condiciones de vida del niño, a fomentar su estado de salud y a disminuir, en lo posible, el número de peligros que le acechan. Vemos, por lo tanto, que la orientación actual de esta lucha, está razonablemente encauzada en el sentido de disminuir las enfermedades infantiles, vigorizando las condiciones biológicas y la resistencia orgánica del niño, cumpliendo de este modo la aspiración más destacada de la Medicina moderna, la Medicina preventiva.

Si consideramos desde un punto de vista general la iniciación y el modo de concebir ulteriormente esta lucha, afirmaremos de antemano que el interés público por el problema de la mortalidad infantil y, paralelamente, la organización del Estado y de la sanidad pública contra dicha mortalidad, han sido despertados y estimulados por las estadísticas y la propaganda y comienza en los diversos países a fines del siglo xix y principios del xx, coincidiendo precisamente con los progresos sorprendentes y decisivos de la Bacteriología, de la higiene de la alimentación y de la higiene general y con las reformas en el campo social y en la esfera de la economía. Sus primeros pasos se concretaron en la promulgación de las llamadas leyes de protección y de asistencia a la madre y al niño en las respectivas etapas de su desarrollo biológico. Esta legislación, forzosamente había de cristalizar, en el curso de los años, en la organización de una serie de obras e instituciones que hiciesen tangibles y reales los fines que se proponían las leyes protectoras.

Ahora bien, en todos los países no se han puesto en práctica los medios de lucha al mismo tiempo ni en la misma forma, ni han evolucionado o se han perfeccionado con el mismo ritmo; y, si se examina a fondo la cuestión, con un criterio comparativo, es fácil apreciar, que lo existente en cada uno de aquéllos acerca de legislación, organización y práctica de la asistencia a la infancia, es fruto del desenvolvimiento de la vida política, económica y espiritual del país en cuestión y siempre exponente indudable que refleja su estado de civilización y el interés de sus habitantes por la colectividad y las obras sociales.

No hay duda que a los médicos y políticos compete meditar sobre los ensayos hechos en los distintos pueblos en favor de su propia infancia; comparar las condiciones de vida y ambiente en que se desenvuelven los niños, y estudiar las necesidades y medidas de socorro que de aquéllas se derivan.

Detenerse a describir con detalle la estructura general de la lucha organizada en pro de la infancia, tal como hoy se concibe, exigiría un tiempo del que no dispongo en este breve discurso; pero sí he de ocuparme de algunos de sus aspectos que poseen importancia capital y que pueden tener para nosotros un interés mayor, sobre todo en lo que atañe a la asistencia del niño enfermo. Resumiendo, cabe afirmar, que la compleja lucha contra la mortalidad infantil puede desarrollarse dentro de las siguientes directrices fundamentales: mediante una legislación que proteja a la madre por una parte y al niño por otra; y en segundo lugar, por una organización de la asistencia a la maternidad y a la infancia.

En todos los países civilizados, la necesidad de legislar sobre asistencia maternal se impuso desde hace mucho tiempo y se ha ido concibiendo paulatinamente dentro del marco de las necesidades reales de cada Estado y en relación, como ya dijimos, con el grado de instrucción y cultura de las masas y con su sensibilidad colectiva. No obstante, de una manera uniforme en todos los países, la legislación sobre protección maternal y subsiguientemente, la asistencia a la maternidad, son influidas y se cifien, como no podía menos, a las fases de evolución fisiológica de la mujer en función maternal. En España, por lo que a esta legislación se refiere, contamos con la Ley de 1900, que establece un reposo de 4 a 6 semanas después del parto, durante el cual el contrato de trabajo ha de ser respetado, y en su virtud las madres tienen derecho a percibir una indemnización. Sería desviarnos de nuestro propósito si nos ocupásemos de los múltiples aspectos de la asistencia social y médica a la maternidad.

Por lo que al niño afecta, también han sido promulgadas en los diversos países leyes sociales encaminadas a proteger a la infancia en su más tierna edad. La fecha de su promulgación y la amplitud de ellas varían de unos pueblos a otros, si bien en todos están inspiradas en los mismos principios. Antes de cristalizar estos últimos en una legislación orgánica, existía ya en muchos de los países una protección a la infancia relacionada solamente con algunos aspectos parciales.

En Europa, las primeras naciones en legislar sobre protección al niño son: Alemania, Francia e Italia, siguió España y a continuación Suiza, Suecia y Noruega, Inglaterra, Bélgica y Rumanía, etc. En el nuevo continente, a Norte América le cabe la gloria de haber sido la primera nación en el mundo que legisló en materia de protección a la infancia con un sentido moderno y de haber servido sus leyes de modelo a las de Europa.

No sería justo silenciar en este momento nuestra propia legislación, tanto más cuanto que ha sido juzgada favorablemente por la crítica extranjera. Tiene antecedentes muy remotos, que honran a los legisladores que la concibieron, aunque por fuerza haya de reconocerse que en virtud de su primitivismo fuese un carácter muy embrionario e incompleto. Data nuestra legislación del siglo XIII. El Fuero Real castigaba el abandono de los niños y condenaba a la última pena a todo aquel que dejase morir a alguno por no haberlo recogido para criarle. Las Partidas ilustraban a los padres sobre la crianza de los hijos. Por último, a principios del siglo XIX, la Novísima Recopilación, entre otras disposiciones, amonestaba igualmente a los padres para que recogiesen a los hijos vagos y les diesen instrucción.

Tras de todos estos precedentes, la verdadera Ley de Protección a la Infancia en España se promulgó el 12 de Agosto de 1904. El mejor elogio que de ella pudo hacerse, fueron las palabras de Roussel, el autor de la Ley francesa de 1874, quien dijo que «si se aplicase en los términos en que estaba concebida, resultaría la más perfecta y progresiva de Europa hasta entonces». Nuestra Ley somete bajo su protección a todos los niños menores de 10 años, tanto en lo que atañe a la salud física como a la moral, preocupándose de la vigilancia de los niños en lactancia mercenaria, de la indagación del origen y vida de los vagabundos menores de 10 años, a fin de evitar su explotación y mejorar su suerte, y velando por el exacto cumplimiento de leyes y disposiciones gubernativas que se relacionen con el trabajo de los niños en espectáculos públicos, industrias, etc. Posteriormente, se dicta el Reglamento para la aplicación de esta Ley el año 1908, y el Reglamento sobre Puericultura y Primera Infancia en Agosto de 1910. En este último ya se prevé la creación de un Instituto de Maternología y Puericultura, que no tuvo realidad por razones económicas; y, más tarde, la tendencia constante de renovación sanitaria en nuestra Patria dió como fruto la creación, con carácter docente, de la Escuela Nacional de Puericultura en Mayo de 1923,

y en los años 1931, 1932 y 1933 la de los Servicios de Higiene Infantil en los Institutos Provinciales de Higiene y en los Centros Primarios y Secundarios rurales y comarcales. La tendencia centralizadora y uniforme de nuestra organización defensiva de la salud del niño se ha afianzado más tarde por la llamada Ley de Coordinación Sanitaria y por disposiciones, según las cuales, los jefes provinciales de higiene infantil deberán ejercer la inspección de todos aquellos Centros de asistencia social a la infancia que radiquen en la provincia respectiva.

Vemos, pues, que nuestra legislación tuvo en un principio una intención meramente protectora y, más tarde, dispuso la creación de Centros y Dispensarios de asistencia al niño, porque sin ellos, en sus diversos aspectos, queda incompleto, como es lógico, todo esfuerzo de asistencia social encaminado a defender la vida colectiva de la infancia y a disminuir la mortalidad infantil.

Las posibles y variables circunstancias de la vida del niño que necesita del cuidado tutelar de la sociedad o del Estado, hace que las Instituciones y formas de asistencia sean también diversas, y se comprende que dicha tutela sea más solícita y amplia para los niños de las primeras edades, porque en éstas los peligros para su salud son mucho mayores en razón a que el organismo es más débil y vulnerable.

Hay que hacer constar con firmeza que la base fundamental de toda protección y asistencia al niño de corta edad, radica, tanto para los niños alimentados o criados por su madre, como para los separados de ella temporalmente o abandonados, en los principios fundamentales de la alimentación, que partiendo de hechos fisiológicos, cada día más conocidos, procura difundir la propaganda de la lactancia natural y vigila atentamente la lactancia artificial y mixta. En este orden de ideas, Bessau recientemente ha insistido en que las consultas de lactantes serán de inmensa eficacia si se logra inculcar en ellas la costumbre de la lactancia natural, y cree de la misma manera, que constituyen por sí la institución profiláctica del Estado más eficaz por su economía y su rendimiento.

En torno a estos principios básicos, completados por la lucha específica contra las enfermedades infecciosas, se ha organizado el completo armazón actual de las Instituciones de Asistencia al Niño, destinadas tanto al que es criado y asistido por la madre en el seno del hogar, como a aquel a quien las condiciones económicas o de otra índole imponen una separación circunstancial o temporal

de la madre, o, por último, el huérfano o abandonado y confiado a la beneficencia pública.

Una descripción o comentario detenido sobre todos y cada uno de los Centros de asistencia de carácter médico, social o mixto, rebasaría nuestro propósito y he de renunciar a ello. Sin embargo, quiero detenerme en otro aspecto del problema; me refiero a la asistencia al niño enfermo.

Asistencia al niño enfermo

Es indudable que el esfuerzo de la medicina moderna tiende a prevenir las enfermedades y que el ideal de toda asistencia sanitaria y social sería evitar la pérdida de la salud; pero no puede tampoco desconocerse que todos estos anhelos tienen un límite, y que, por lo tanto, toda la profilaxis moderna no podrá llegar nunca a conseguir que desaparezcan de la tierra las causas de enfermedad, y, por lo mismo, que éstas existan.

Fascinados un poco, y no sin justificación, por los progresos incesantes de la higiene y medicina modernas y por las conquistas logradas en la prevención específica de las enfermedades infecciosas, mediante el empleo oportuno y precoz de vacunas y sueros, así como en la prevención no específica, que tiene por fin rebajar la predisposición orgánica a las infecciones con una alimentación a base de regímenes equilibrados, con suficiente cantidad de vitaminas; y maravillados igualmente de los progresos realizados en el campo de la nutrición del hombre y del niño, que han conseguido evitar la aparición de trastornos nutritivos carenciales o de otra naturaleza, todos nos hemos confiado en cierto modo a la vana ilusión de que llegaría algún tiempo en que, como creyeron Descartes y Condorcet, el hombre en un futuro más o menos próximo llegaría a verse libre de enfermedades físicas u orgánicas.

¿Qué nos ha enseñado, por el contrario, la experiencia? La reforma sanitaria general se inicia en el mundo a mediados del siglo XIX. Dicha reforma llevó al reconocimiento de la necesidad de establecer organismos de sanidad dependientes del Estado, los cuales hacia el año 1870 comenzaron en casi todos los países a asumir la defensa de la salud pública. Esta medicina preventiva, desarrollada por médicos sanitarios oficiales o privados, consiguió, en efecto, hacer que la curva de mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas descendiese notablemente y este proceso de

disminución se acentuó en los primeros decenios de nuestro siglo. Como dice Shryock, a excepción de casos especiales en los que se encontró un medio específico de curación o en que cedió la virulencia de la enfermedad, hay que atribuir, en primer término, el descenso de la mortalidad general a la disminución de la frecuencia de ciertas enfermedades. La viruela, el tifus abdominal, la tuberculosis, difteria, tifus exantemático, paludismo, fiebre amarilla y otras epidemias casi desaparecieron en el curso de los cincuenta años transcurridos entre 1870 y 1920, lo cual constituye el éxito más grandioso que consigna toda la historia de la Medicina. Las estadísticas habían probado sobradamente que era imprescindible la vigilancia del Estado sobre la salud pública y con ello, subsiguientemente, el éxito indudable de las medidas tomadas a este respecto. En la humanidad se despertó de nuevo la fe que antes se perdiera en la medicina; esta disciplina del saber humano había llegado a ser no sólo una simple tradición intelectual, sino que había conseguido algo positivo. Sin embargo, en el siglo xx no es tan importante para las relaciones entre la Medicina y la Humanidad que el público haya recobrado la confianza en los médicos, como que espere demasiado de la profilaxis y del arte de curar. Su admiración por los éxitos terapéuticos creció hasta tal punto, que los críticos de la medicina creyeron necesario y llegado el momento de prevenir al mundo de un optimismo superficial. Se creyó que para todas las enfermedades infecciosas habría de descubrirse una vacuna que nos defendiese de ellas, y que por este camino se podría llegar a inmunizar a la humanidad contra todas las infecciones existentes. Hacia el fin del siglo xviii se tenía la impresión de que ciertas enfermedades graves habían desaparecido de un modo definitivo: el escorbuto, la viruela, la lepra y la peste; y los filósofos anunciaron por entonces al mundo la buena nueva de una era inmediata de longevidad. Sin embargo, no tardó en aparecer el cólera, y la tuberculosis se propagaba. De la misma manera, más tarde, en 1900, pareció que se llegaría a poder extinguir graves enfermedades, como las tíficas y la fiebre amarilla, y, por otro lado, se confirmaba que la duración media de la vida del hombre había aumentado. Pero en el año 1918 hizo su aparición la gran pandemia de influenza, y en nuestros días se observa un aumento innegable de las enfermedades mentales y degenerativas, neoplásicas, reumáticas, etc.

Estos comentarios generales tomados de Shryock tienen de igual manera aplicación en lo que afecta a la patología infantil.

No porque se haya llegado lejos en la lucha contra las infecciones propias de la infancia, dejamos de ver insistentemente los médicos y pediatras, por ejemplo, renovadas epidemias de difteria o escarlatina, a cuyo hecho hay que añadir aún el fenómeno no menos importante de la variabilidad de los cuadros clínicos de las enfermedades infecciosas, ya en cuanto a su gravedad o ya en la diversidad de formas clínicas con que se presentan, o bien la existencia de tipos larvados o atenuados, que constituyen un carácter particular de la evolución de las infecciones y epidemias. Por otro lado, se ha reconocido por parte de los bacteriólogos las dificultades con que se tropieza en la elaboración de vacunas y antitoxinas contra un número de infecciones peligrosas; y por si esto fuera poco, seguimos hasta ahora sin protección contra las inflamaciones pulmonares originadas por los gérmenes patógenos acantonados como huéspedes habituales en el aparato respiratorio. Tan desarmados se vieron los médicos contra dichas afecciones pulmonares, cuando acompañaron a la epidemia gripal de 1918 en calidad de graves complicaciones, como los colegas del siglo xvii contra la peste. La poliomielitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso, que se presentan aisladamente o como complicaciones de procesos patológicos producidos por virus, parecen amenazar a los niños, con más frecuencia en los últimos decenios. Sin prolongar más esta copiosa lista de enfermedades que no podemos prevenir ni evitar, ya de ella se deduce la necesidad ineludible de preocuparnos seriamente de la asistencia organizada al niño enfermo. Sintetizando, puede afirmarse que el coeficiente de morbilidad infantil es grande, y forzosamente lo seguirá siendo.

Los lactantes y niños pequeños, bien con sus padres o separados de la familia y recogidos en instituciones benéficas o de índole semejante, están constantemente expuestos a trastornos de la nutrición y a diversas enfermedades hereditarias, y principalmente infecciosas, y por ello es un deber, tan ineludible como inaplazable, organizar con los medios modernos la protección y la asistencia colectiva al niño enfermo.

Esta asistencia se lleva a cabo fundamentalmente de dos maneras: bien en los Dispensarios o Policlínicas o en los Hospitales Infantiles. Tanto unos como otros contribuyen poderosamente, en la organización actual de la lucha, a rebajar la mortalidad infantil, porque mediante su labor eficaz salvan de la muerte a muchos niños en grave peligro de perecer, víctimas de enfermedades

curables las más de las veces. Podemos, pues, inferir de todo lo que llevamos dicho, que la disminución de la mortalidad infantil, conseguida como conquista honrosa de la medicina moderna, se debe:

1) A los progresos de la higiene general y de la puericultura, especialmente en cuanto saben apreciar en su justo valor, la importancia trascendental de la alimentación y la aireación para la vida del niño;

2) Al desarrollo de la asistencia pública y privada para los pequeños desheredados, y

3) A la mejora experimentada por los Hospitales Infantiles en cuanto a su construcción, instalación de servicios y funcionamiento.

Antes de comentar este último punto, que constituye mi objetivo principal, permitidme una digresión, aunque breve, dedicada a los elementos de carácter genuinamente profiláctico con que cuenta la actual lucha contra la mortalidad infantil en España.

En nuestro país puede decirse que la asistencia profiláctica al niño no ha seguido exactamente los mismos derroteros que en otros pueblos, tal vez debido al típico carácter agrario del nuestro. Por otra parte, dicha asistencia pública se ha desarrollado en relación con nuestra situación social y cultural y, muy especialmente también, con nuestra posición ideológica colectiva frente al niño.

En España, la asistencia de carácter higiénico-social carece de tradición; es nueva, pero por estar recientemente establecida ha podido organizarse a base del aprovechamiento de todos los conocimientos modernos sobre higiene social, y, consecuentemente, ha sabido crear un plan central de organización, del que por lo menos puede decirse que está en marcha y que, dada nuestra estructura social y económica, está llamado a rendir frutos inmejorables.

Sin embargo, la asistencia pedagógico-social y física en muchos de nuestros Orfanatos e Incluso aún no se ha liberado del todo de los defectos de que forzosa y naturalmente tenía que adolecer, por ser inherentes a la época en que se fundaron, en la cual, a pesar de no ser relativamente remota, puesto que data de los siglos xvii y xviii, no podía ponerse en práctica por la natural insuficiencia de la higiene de entonces, y por lo incompleto de los conocimientos médicos y pedagógicos de la época, una asistencia racional, capaz de evitar, como sólo es posible en los tiempos

actuales, el hospitalismo y la inanición psíquica, y con ello, el aniquilamiento físico y espiritual del niño inclusero.

No extrañará, por lo tanto, que uno de los factores de nuestra elevada mortalidad infantil resida precisamente en esta situación precaria de muchos de nuestros centros de Beneficiencia para niños huérfanos y abandonados.

La acción profiláctica general de asistencia a la infancia, en orden a la salud física, compete como sabemos a los llamados Centros Provinciales, Secundarios y Primarios de Higiene, y si, a pesar de que éstos existen, de que su labor responde, en efecto, a una necesidad y de que estando dotados de una organización, lo más completa posible, la mortalidad infantil sigue siendo grande, débese, a mi modo de ver, sin salir del caso concreto de estas organizaciones, a que el trabajo que realizan no puede absorber plenamente las necesidades existentes porque, entre otras razones, es aún muy corto el tiempo en que vienen desempeñando sus actividades. La verdadera profilaxis, es decir, la función preventiva y orientadora de estos centros, y no la actividad de tipo dispensarial o de consulta para enfermos, está aún en sus comienzos; de aquí que se observe el fenómeno general que, cuando se inicia la labor de las consultas de puericultura, sus funciones se asemejan más a las de una policlínica y su clientela más frecuente la constituyen niños distróficos, infectados o enfermos de otra naturaleza. Se sigue de todo esto, tal como yo lo entiendo, la necesidad de un cambio y rectificación en la labor que deben desarrollar tales Centros de Higiene Infantil y Puericultura, y a la par, un aumento del número de los mismos, así como la distribución lógica y razonable de los que tienen específicamente una misión puramente orientadora, por todos los distritos populosos de las ciudades y en el ambiente rural. Además de esto y como complemento ineludible, debe intentarse una colaboración estrecha y la unión funcional, que es necesaria, entre las distintas ramas de la asistencia; en suma, todas ellas deben estar perfectamente coordinadas.

Sin contar con estas deficiencias, corregibles desde luego, de nuestra asistencia preventiva, faltaban además, hasta ahora, un buen número de Centros que poseen también carácter profiláctico y social. Este vacío tiende a ser llenado actualmente por la ingente labor de Auxilio Social en pro de la madre y del hijo. Justo es, por lo tanto, no silenciar su actividad y su obra cuando se trata de comentar un asunto como el que nos ocupa. Con una tenacidad admirable y digna de ser apoyada sin regateos de ninguna especie,

Auxilio Social va sembrando por todos los ámbitos de España, Instituciones que antes no existían y a las que hago referencia en este momento. Según sus estadísticas, en Octubre de 1940 se habían establecido ya 87 centros de alimentación infantil, y para tal fecha funcionaban 150 instituciones, entre Jardines Maternales, Hogares Infantiles, Hogares Escolares, Casas Cunas, etc. He aquí un honroso exponente de la labor social llevada a cabo. Con clara visión de la realidad y en cumplimiento de una de las consignas que más ennoblece la actuación pública de los pueblos modernos, cual es la defensa de la vida de los niños, se entrega Auxilio Social, con tesón insuperable, a la trascendental y delicada misión de preparar un porvenir sano y fuerte para la Patria, dedicando sus mayores desvelos y sacrificios a esa infancia nuestra que necesita pan para su cuerpo y amor para su corazón.

Si todos estos medios de que acabamos de hablar existen en España para prevenir de la enfermedad al niño español y no parece, por otra parte, que rindan todo el fruto que de ellos se pudiera esperar, hay que achacarlo, como ya dijimos, a que se hallan en su etapa inicial de desarrollo y a carecer, por lo tanto, de madurez; pero, además, creo yo, a no haberse delimitado bien, hasta ahora, las funciones específicas de la competencia precisa de cada institución, dentro de la conexión funcional de las mismas, así como al insuficiente número que de éstas existen. Es, sin embargo, satisfactorio poder afirmar que alienta en todo lo hecho hasta ahora un noble anhelo de llegar a la meta y al rendimiento óptimo en este aspecto de la asistencia profiláctica al niño, encuadrada en el marco bien definido de unas líneas precisas y sabiamente orientadas de política biológica.

Por otra parte, ya advertimos antes que las estadísticas demuestran que nuestra mortalidad infantil es más alta de lo que debiera ser; por lo tanto, existiendo tal número de defunciones, hay que admitir que muchos de nuestros niños padecen enfermedades. Esta morbilidad escapa, como en casi todos los países, a una valoración estadística exacta. Al lado de esto, también dijimos que como enseña la realidad, no podía admitirse, por muy perfecta que fuese la organización profiláctica del Estado y de la Sanidad moderna, que su eficacia preventiva hubiese de ser absoluta, y no podíamos caer, por lo tanto, en la ingenua creencia de que la enfermedad llegaría a desaparecer de la Tierra. En suma, es forzoso contar siempre con la existencia de un gran número de

niños enfermos, a pesar de nuestros esfuerzos para evitarlo. Si esto es así, y por ello, en todos los países civilizados de Europa y del mundo se ha organizado y montado desde hace tiempo la asistencia al niño enfermo en Hospitales y Policlinicas infantiles, ¿qué hemos hecho nosotros, entre tanto, en esta materia?

Salvo alguna actividad de tipo policlinico o dispensarial, realizada las más de las veces por la fuerza de la necesidad en Centros destinados en rigor, como ya se dijo, a una mera, pero indispensable e importantísima labor profiláctica o de asesoramiento en la crianza, la asistencia hospitalaria al niño enfermo está, puede decirse, casi absolutamente abandonada en nuestra Patria. No creáis que peco de exagerado al hacer esta afirmación categórica, porque para todo el que conozca las necesidades peculiares de la hospitalización infantil, no puede satisfacer ni ser bastante depositar al niño víctima de su enfermedad en un centro hospitalario de carácter general, nunca dispuesto ni pensado para hospitalizar niños.

En España no existe un solo Hospital de niños que merezca el nombre de tal, si exceptuamos algunos, muy escasos, de construcción y funcionamiento viejos y ciertos preventorios o sanatorios infantiles destinados a tuberculosis médicas o quirúrgicas, corrientemente bien montados, aunque en número insuficiente. La realidad, por otra parte, nos impone la hospitalización de niños, y para ello se habilita en los Hospitales provinciales o generales, por lo demás muchas veces viejos y poco menos que inservibles, determinada sala o departamento desprovisto de toda condición apropiada, y a veces ni eso. En otras ocasiones, arrojando el grave peligro de la convivencia hospitalaria, no sólo para el propio organismo del niño ya enfermo, sino para su espíritu, son hospitalizados los niños en salas de adultos de medicina o de cirugía, según la dolencia que padezcan y mezclados con éstos. ¿Qué huella no gravará en la delicada e impresionable alma infantil el dolor de sus compañeros de sala? ¿Dónde está, o cómo se puede garantizar a nuestros pobres niños enfermos y forzados a ingresar en las condiciones apuntadas, la beneficiosa influencia psicoterápica que tiende a hacer olvidar al niño el mal que padece mediante una asistencia solícita, risueña y llena de amor, como es norma en todo Hospital alegre y luminoso, donde las manifestaciones ostensibles y crueles de la enfermedad, del dolor o de la muerte pueden discretamente ocultarse a los ojos del cuerpo y del alma del niño? ¿No sabemos todos, médicos y profanos, que muchas enfermedades

curan u obedecen por lo menos favorablemente, más que a la medicación, a una asistencia cuidadosa y meditada en que la alimentación conveniente y a hora oportuna, el método, la luz, la limpieza y la higiene hacen el milagro? Y, ¿cómo puede todo esto hacerse realidad en ambientes depauperados y sucios por la miseria del hogar en que muchos niños viven o, igualmente, en la mayoría de nuestros vetustos hospifales, sin condiciones para una buena asistencia?

Tal vez parezca a muchos de los que me escuchan que la existencia de los hospitales infantiles carece de tradición en el mundo, pero ésta existe y es relativamente antigua. Sin contar que ya en 1679 se creó en Londres el primer dispensario para niños enfermos, y hacia fines del siglo xvii en otras distintas ciudades europeas, los Hospitales propiamente dichos destinados a la infancia se establecen y construyen a principios del siglo xix. En París, en el año 1802; en Berlín, en 1850; en San Petersburgo, en 1854; en Viena, en 1857, etc. A partir de este momento, los Gobiernos y la Administración Pública se han ido penetrando en el transcurso del tiempo de la necesidad de construir hospitales infantiles, y por eso, desde hace 40 a 50 años, se han edificado en todas partes, menos en España. Alemania, por ejemplo, en el año 1935 contaba con 160 Hospitales para niños y lactantes, sin incluir, por supuesto, los sanatorios para niños tuberculosos y los departamentos infantiles anejos a hospitales generales; y como dato interesante del número de niños enfermos que en ellos se recogen, citaré que en el año 1919, el 49 por 100 de las camas de hospital de que disponía Berlín estaban ocupadas por niños. Podemos afirmar, por lo que conocemos de los pueblos más adelantados en este aspecto, que, *entre los medios eficaces puestos en práctica actualmente en la lucha contra la mortalidad infantil, los Hospitales de niños juegan cada día un papel más importante*, porque se sabe hoy mejor que antes, que con la mayor frecuencia la salud alterada del niño puede ser restablecida si se lucha por ella en condiciones de asistencia apropiada. Además, en el orden docente, de suma importancia, las enseñanzas que se desarrollan en las Clínicas Pediátricas se consagran en gran parte a la puericultura, sin que deba olvidarse, en último término, que la puericultura moderna ha nacido indudablemente de la observación asidua a la cabecera del niño enfermo asistido en las Clínicas Pediátricas, así como de la práctica profesional científica realizada en las mismas. En Pediatría, como es sabido, es

imposible, hasta cierto punto, hacer una separación categórica de la prevención de las enfermedades y de su tratamiento.

Justo es advertir, no obstante, que en los primeros tiempos de existencia de los Hospitales Infantiles la mortalidad que en ellos se registraba era elevadísima, por lo cual se les llegó a motejar con el triste calificativo de cementerios de niños; pero debe añadirse que, entre aquellos primitivos hospitales, desprovistos de necesarios refinamientos técnicos y los que existen en la actualidad, media un abismo, hasta el punto, que si en los hospitales de adultos los progresos de los últimos años en el terreno de la higiene, de la organización hospitalaria y de la asistencia prestada a los enfermos han sido notables, la diferenciación y mejora experimentadas por los hospitales de niños han sido inmensas, como fruto de los periódicos congresos en que se reúnen médicos y arquitectos a fin de estudiar y llevar a la práctica las reformas que se consideran necesarias en la asistencia hospitalaria.

El carácter peculiar de los Hospitales Infantiles ha ido desarrollándose en el transcurso del tiempo y surgió la necesidad de crearles cuando los primeros pediatras fueron ahondando en las exigencias y características propias del tratamiento y de la asistencia al niño enfermo, que la mayor parte de las veces es víctima de procesos infecciosos o cuando menos está particularmente expuesto a ellos. También las cualidades psicológicas privativas del alma del niño ha contribuido a fijar los caracteres particulares del Hospital Infantil en lo constructivo y en lo funcional.

No es mi propósito hacer una descripción, aunque fuese breve, de cómo es y cómo debe ser un Hospital o Clínica de Niños, ni tampoco detenerme en consideraciones de carácter técnico sobre el particular; pero sí quiero hacer constar, que cualquiera que sea el sistema constructivo que se adopte, sus condiciones fundamentales han de estar basadas en los siguientes principios:

- 1) Se hará todo lo posible para garantizar al niño las condiciones naturales que mejor le permitan el restablecimiento de la salud. Por dicha razón, en un Hospital Infantil la higiene será esmeradísima y hay que contar con aire, sol y luz a raudales. No debe olvidarse que en la mayoría de los casos, estos agentes naturales tienen más fuerza curativa que las medicaciones mejor meditadas, puesto que son elementos indispensables para el organismo del niño en pleno desarrollo.

2) Hay que evitar en el curso de su estancia hospitalaria que el niño sea contaminado de infecciones corrientes o específicas por sus pequeños camaradas. Esto sólo es posible en hospitales bien montados y modernos, en los cuales la distribución de los servicios y departamentos permite cumplir rigurosamente tal exigencia mediante el aislamiento necesario.

Estas dos condiciones indispensables deben ser complementadas con la dotación de un número suficiente de enfermeras especializadas en la asistencia a niños enfermos.

De todos modos, en buena parte, la más importante sin duda, ha contribuido a fijar la modalidad del hospital infantil la peculiar patología del niño, que ya reconocida por Hufeland (1800-1836) y otros, llegó a merecer tal consideración entre los clínicos y a concedérsela tanta importancia, que su estudio como asignatura independiente entre las disciplinas de la licenciatura médica se consideró necesario. En España, desde hace 55 años. Dicha decisión fué también uno de los factores que determinaron la creación en el extranjero, de Clínicas Infantiles Universitarias, en muchas de las cuales, modelos en su género, han nacido verdaderos Institutos de Investigación. Las reformas en la enseñanza de la medicina y de la clínica exigía más cada vez una orientación práctica y contribuyó, con otras causas de índole humanitaria, a la modernización e higienización de los hospitales, con lo cual se pudo advertir en seguida la importancia que recíprocamente tenían éstos para el mejoramiento de la enseñanza médica científica.

En otro orden de hechos, como ya se advirtió, desde el punto de vista docente no puede haber la menor duda que el Hospital Infantil es, por otra parte, el medio más eficaz para ahondar en los problemas de la diversa patología del niño; y, en último término, es innegable que la higiene de la infancia y la puericultura nacen del conocimiento exacto de la enfermedad y son hijas, por lo tanto, de la paciente observación médica y científica a la cabecera del enfermo, sólo posible en un hospital bien montado y organizado.

Quizá se piense por alguien que a los médicos se les puede enseñar la Puericultura de la misma manera que a los extraños a la medicina, y es un error, como afirma Marfan. A los médicos y escolares hay que explicarles la razón de las reglas de higiene que se derivan de la observación clínica, y, en cambio, a los profanos les interesan solamente dichas reglas. Ya esto constituye, por sí

solo, motivo que justifica y exige la empresa de la construcción de buenos Hospitales Infantiles Universitarios, si se quiere elevar el nivel científico de nuestras generaciones de médicos en orden a sus conocimientos pediátricos y de puericultura, lo cual, como demuestran los hechos con harta frecuencia, en definitiva influirá favorablemente en la disminución de la mortalidad infantil, sobre todo en el medio rural.

Corrientemente se observa que, aparte de otros factores, la reducción de la mortalidad infantil está en razón directa de los conocimientos que el médico rural posea sobre la higiene y patología del niño de la primera edad. Pero al margen de esta misión docente trascendental, en el Hospital Infantil se diagnosticarán y tratarán muchos de los niños que de lo contrario no se beneficiarían de una asistencia conveniente, porque en buen número de ocasiones sólo en una Clínica será posible el diagnóstico exacto y todo lo precoz que exige un tratamiento adecuado y a veces específico, o cuando menos en ella serán sometidos a una vigilancia esmerada y cuidadosa, capaz de coadyuvar eficazmente a salvar muchas vidas de niños que enferman de procesos digestivos, respiratorios o infecciosos que son, en definitiva, los que motivan casi todas las defunciones infantiles. A nadie puede sorprender, si afirmamos que muchas veces el médico práctico tropieza en la realidad con dificultades insuperables para llenar científicamente, y, lo que es más importante, humanamente, su elevada misión, bien porque el trabajo que en circunstancias recae sobre él es excesivo o porque las condiciones de ambiente y sociales en que tiene que trabajar son incompatibles con todo tratamiento y asistencia eficaces. En una palabra, en ocasiones, que yo me atrevo a creer numerosas en algún medio profesional, un diagnóstico exacto y precoz y el tratamiento oportuno, a pesar de lo extraño que pueda parecer, sólo puede llevarse a cabo, con todo el rigor que la medicina moderna exige, en clínicas bien montadas.

Sin contar con estas enormes ventajas e indiscutibles, que las clínicas infantiles garantizan a la práctica pediátrica moderna, Glanzmann afirma por añadidura, que en lo concerniente a las neurosis, la Pediatría, entre las ramas de carácter práctico de la medicina preventiva, es una de sus representantes que es capaz de lograr más éxitos terapéuticos, y en este sentido, las clínicas infantiles, dice, no pueden ser ya solamente consideradas como simples sanatorios destinados a tratar enfermedades orgánicas,

sino también como Centros de vigorización corporal y psíquicas de la niñez, en condiciones de ejercer una influencia profiláctica frente a la posible aparición de estados anormales psíquicos y neuróticos en edades ulteriores.

Ved la inmensa importancia que hoy se da a las Clínicas Infantiles, aun desde el punto de vista profiláctico. Actualmente se las considera como verdaderos Centros completos de Puericultura, con sobrada razón, porque merced a la conexión de todas las fases y aspectos de la asistencia de carácter profiláctico con la asistencia a la enfermedad, ampliado todo ello con la labor de policlínica y garantizado su funcionamiento mediante la cocina dietética necesaria en la práctica pediátrica, y, por último, con su labor y misión docentes, reúnen en sí todos los elementos y formas de la moderna lucha contra la mortalidad infantil. Significa tanto el hospital de niños en la disminución de ésta, que quiero recordar aquí y hacer nuestras las palabras del famoso pediatra suizo, Emil Fer, cuando afirma que *un hospital de niños bien instalado y dotado se debe considerar, desde el punto de vista de la economía pública, como la mejor inversión que puede hacerse del capital de los municipios y del Estado.*

He pretendido resumir, en lo que llevamos dicho, a pesar de que la extensión e importancia del problema requeriría un comentario más completo, todos los medios que la Pediatría y Puericultura actuales proporcionan para aminorar las cifras de mortalidad infantil de todos los pueblos.

Por lo que a España se refiere, habéis podido apreciar, por una parte, la inmadurez de nuestras medidas profilácticas a tal fin, y, por otra, la inexistencia de otros medios no menos importantes de lucha, cual son las Clínicas Infantiles modernas dotadas de condiciones adecuadas para hospitalizar lactantes. Ahora bien, planteado así el problema, ¿cómo debemos apreciar el porvenir de nuestras Instituciones en favor de la infancia y cuál es el ambiente actual frente a las mismas? O en otros términos, ¿podemos contar con un ambiente propicio para que fructifiquen?

En las más altas esferas de la Patria existe conciencia de nuestra situación. El Generalísimo, en el mensaje que dirigió al pueblo español al comenzar el año de 1939, advirtió la «enorme mortalidad infantil de España». Por todas partes surgen los esfuerzos e iniciativas para crear elementos de lucha contra ella, en medio de un ansia bien ostensible del resurgir general de la Patria

en lo espiritual y en lo material. Auxilio Social, multiplica sus instituciones para evitar que «sean espantosas las cifras de fallecimientos motivadas por descuido y abandono», como se insistía en el mensaje a que acabo de aludir. Hay una organización pública de higiene infantil dependiente de la Sanidad nacional que anda, desde luego, sus primeros pasos, pero que está bien orientada. Pero hemos de reparar un olvido; un olvido que para mí no tiene justificación, y es la falta de Hospitales Infantiles con la instalación y dotación técnica mínima para que en ellos se garantice la asistencia y la curación de muchos de nuestros niños, enfermos de procesos curables. Permittedme, por lo mismo, que en el día de hoy rompa una lanza en su favor y proclame desde aquí la necesidad de que exista una preocupación legislativa sanitaria en materia de hospitalización, la cual habría de determinar rigurosamente la obligación o necesidad de que, por lo menos en cada capital de provincia, existiese un Hospital o Clínica Pediátricos, pensando en el bien que hacen a la sociedad. Urge evitar que los niños puedan ser víctimas de su enfermedad por no ser asistidos con los medios que la medicina moderna pone en nuestras manos. ¿Puede haber algo más doloroso que ver sufrir a un niño, este ser nacido para la alegría, como dice Czerny; y algo más triste y que acongoje tanto al corazón del hombre como ver a un niño nacer para luego morir?

No puede afirmarse que España abandone sentimentalmente a los niños. Antes al contrario, dice un observador extranjero, que el niño español llena toda la vida de España y ocupa en ella un primer plano. Es numeroso en la familia y se le ve por todas partes, llenando las calles y las plazas. En general, es hermoso y lleno de vida, y en su aspecto exterior parece en muchas ocasiones independiente de los cuidados que se le prestan y hasta del abandono, puesto que en las clases menesterosas al lado de niños más o menos demacrados los hay radiantes de vida.

La existencia del niño en sí, tiene importancia desde luego, pero también la tienen sus relaciones ambientales: la familia, la escuela, la sociedad en general. Tal vez no se den en muchos países, las manifestaciones de acendrado amor maternal que se advierte por doquier en nuestra Patria. La madre es algo natural en la vida pública, y por esta razón, no entienden las mujeres españolas, de escrúpulos o prejuicios mundanos que las lleve a descuidar la santa obligación de amamantar a sus hijos en cualquier momento y lugar, por no ser a veces de buen tono o ser

incompatible, dicho sagrado deber, con posibles conveniencias sociales.

Esto tiene gran importancia, si se piensa sobre el posible porvenir de la asistencia pública al niño, porque indica que el hijo, aun de familias numerosas, tiene su sitio natural en la vida de España. En este sentido, parece que entre nosotros, todo el ritmo de la vida se supedita al hijo y a sus necesidades más que en otros países, y para el espectador extranjero y objetivo, esto indica la gran alegría por vivir del pueblo español. La alegría por el niño es sencillamente la expresión de la gran fuerza vital de nuestro país y de su fecundidad, en el más hermoso sentido de la palabra.

Son indudables esta fuerza vital y fecundidad que observa en nosotros el extranjero, y en este aspecto cabe afirmar que tenemos garantizada nuestra existencia, porque un pueblo tiene asegurada su vida si crece y cuida de sus niños.

Sólo al pueblo que crece pertenece el porvenir, y de la misma manera, como dice Bernsee, que el árbol que deja de crecer enferma y muere, así mueren los pueblos que no llevan en sí la fuerza de multiplicación y crecimiento.

Poseemos, pues, fuerza vital y fecundidad, expresadas en la alegría por el niño. He aquí, en suma, un terreno prometedor y favorable, en el que se ha de montar nuestra organización para defender la vida del niño español en la salud y en la enfermedad.

Algúen ha dicho, por añadidura, que el pueblo español es el más caritativo del mundo. Yo apelo a estos mismos sentimientos caritativos para recordarles el dolor y el sufrimiento de los niños enfermos y advertirles también que tanto a los hombres como a la sociedad se les mide por sus obras.

Es menester que nos acordemos de la necesidad perentoria de acoger en Instituciones Hospitalarias, convenientemente instaladas, y pensadas con sentido higiénico y humano, a tantos y tantos niños que luchan en vano por vencer una enfermedad —curable casi siempre— en un ambiente inapropiado que hace imposible toda asistencia eficaz y todo tratamiento.

Si acertamos a tener conciencia de esta necesidad, no será difícil que las almas caritativas de todos cuantos aman al niño y se entristecen con sus dolores, presten el calor moral y la ayuda económica de que sean capaces a todos los esfuerzos que la Administración Pública local y el Estado hagan para crear y establecer hospitales infantiles, los cuales, sin duda alguna, son de absoluta

precisión, si se quiere coadyuvar eficazmente a reducir la gran mortalidad infantil de nuestra Patria.

El Estado, la Sanidad y las Corporaciones o Entidades Provinciales y Municipales, deben saber, que ningún esfuerzo económico encaminado a beneficiar a la infancia sana o doliente es oneroso, si se tiene en cuenta que la medicina preventiva moderna, lejos del optimismo, algo irreflexivo, que hizo pensar en la desaparición de muchos males de la humanidad, no ha podido conseguir otra cosa, en el terreno de la profilaxis general, que defender mejor la vida de los niños y aumentar las posibilidades de su existencia, que son las de los pueblos respectivos. Si esto es verdad indudable, no quedamos rezagados una vez más en nuestro letargo e inercia inveterados.

A las personas y colectividades que sienten el impulso generoso de consolar el dolor de la infancia enferma, les cabrá la honda satisfacción de colaborar con la medicina, mediante su ayuda moral y material, para salvar las dificultades del sostenimiento de estos hospitales que necesitan los niños de España.

Entre todas las abnegadas y sublimes actividades a que puede entregarse el corazón humano, ninguna más elevada que la de cuidar a niños enfermos. Como ya dijo el poeta:

Cuidar a niños enfermos
es estar cerca de Dios...

Misión sublime, como veis, no sólo por su trascendencia, sino por la delicadeza sentimental que ella supone, porque, como añade más adelante, cuidar de ellos:

Es vivir las inquietudes
más líricas del dolor,
porque es defender auroras
a golpes de corazón.

Como colofón a cuanto habéis tenido la paciencia de escuchar, yo quisiera terminar recordando que desde la tribuna de esta Real Academia de Medicina, el 31 de Enero de 1909, hace ya 32 años, por lo tanto, leyó su discurso de ingreso el Académico Dr. D. Eduardo Romero Frayle. Tal discurso versó sobre «La mortalidad infantil en Valladolid; sus principales causas y medios de combatirla». Dicha mortalidad era entonces también muy

elevada, y propugnaba para evitarla, la creación de diversos Centros de asistencia, que a la sazón inexistentes, tuvieron más tarde realidad en menguada proporción. Ya en aquella época reconocía también, entre ellos, la necesidad de un Hospital Infantil. Han transcurrido estos 32 años y la mortalidad infantil sigue siendo en nuestra provincia desconsoladora.

No olvidemos que los pueblos tienen asegurada su vida si crecen y cuidan de sus niños. Mejorando las condiciones de vida de las clases menesterosas; multiplicando las obras de asistencia infantil encaminadas a vigorizar nuestros niños y a disminuir, en lo posible, los peligros que les acechan, y, por último, construyendo en toda España Hospitales y Clínicas infantiles modernas y bien dirigidas, en las que tengan cabida aquellos enfermos cuya asistencia en su hogar es económica o médicamente imposible, la mortalidad infantil en nuestra Patria, se reducirá a los términos justos, de los que no debe pasar.

Por lo que toca a Valladolid, abrigo la esperanza de un próximo y venturoso porvenir, en cuanto a la Asistencia a nuestra propia infancia. Entre los problemas vitales, cuya solución acucia a la actual Comisión Gestora de nuestra Provincia, figura como una de sus más legítimas aspiraciones, la construcción de un Hospital Pediátrico y Centro de Maternología, que llegue a ser una Institución modelo, digna de la Provincia y de la Universidad de Valladolid. Consciente de su alta misión y de la trascendental significación e importancia de la empresa, no rehuye nuestra Comisión Provincial las dificultades de orden material que puedan oponerse a su empeño, sino que las afronta, y sin duda las vencerá con la decisión que confiere el convencimiento de tratarse de un deber que hay que cumplir y de que su ejecución conquistará para ella el agradecimiento y alabanza perennes de todos cuantos aman al niño.

Tengo igualmente la esperanza, o más bien, la seguridad, de que no la faltarán en su empeño, el apoyo moral y entusiasta de todas las clases sociales, como tampoco la cooperación material positiva de las más acomodadas para coronar su decisión con éxito, y yo me atrevo a pedir desde este lugar y momento, en nombre de los niños enfermos, esta colaboración para su obra, que es, para mí, la más elevada y noble, en el orden humano y de Beneficencia, que puede proponerse y resolver una Diputación.

Las madres favorecidas por la fortuna y que alguna vez sintieron en su corazón la angustiosa amenaza de la muerte en los

graves días de enfermedad de un hijo querido, comprenderán mejor que nadie, cuál no será el dolor y la desolación de aquellas otras que esperan con ansia, hartas veces en vano, la ayuda material y la caridad generosa en los mismos frances, terribles como ninguno, de ver enfermo a un hijo y disponer de pocos medios para salvarle o de carecer de ellos en absoluto. Aquellas madres pudientes serán, sin duda, las mejores y más entusiastas y auténticas propagandistas de nuestro futuro Hospital y tengo la seguridad que se agruparán en torno a la idea para darla calor y realidad, porque será considerada, al fin, como cosa propia.

Si en esta sublime empresa aunamos nuestros esfuerzos, prestando toda la ayuda de que seamos capaces y que su realización requiere, podremos hacernos dignos merecedores del agradecimiento eterno de tantas madres que no llorarán su desgracia irreparable. Ya dijo San Agustín, que no debemos olvidar, como cristianos, que toda la vida debe ser una santa ansia de bien.

HE DICHO.



CONTESTACIÓN

DEL

PROF. DR. D. EMILIO ZAPATERO

UVA. BHSC. LEG. 03-3 n° 0277

EXCMOS. E ILMOS. SEÑORES:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORAS Y SEÑORES:

Al intervenir en este acto, apadrinando al nuevo Académico, el Profesor Salazar, viene a mi memoria otra ocasión en la que también nuestras actividades se deslizaban paralelamente y en circunstancias, por cierto, bien decisivas para los dos. El escenario de entonces lo constituían los pasillos sombríos del viejo caserón de la madrileña calle de Atocha: la Escuela de Medicina de San Carlos. Me encontraba yo allí haciendo mis oposiciones a la cátedra de Higiene de Santiago de Compostela y en los ratos de espera en aquellos pasillos seguía con interés lo que ocurría en otras oposiciones que simultáneamente se estaban verificando. Se opositaban tres cátedras de Pediatría: Barcelona, Salamanca y Santiago; los ejercicios transcurrían en una atmósfera de apasionamiento, con enconadas discusiones, ya que se trataba de la cátedra de Barcelona y las circunstancias de ambiente de aquel tiempo (Noviembre de 1932) hacían posible impregnar una lid netamente académica y científica, de lo que siempre debió estar alejado de los claustros universitarios: la política. La atención del público comenzó fija en los dos que se disputaban la cátedra de Barcelona y alrededor de ellos se entablaban las discusiones. Pero muy pronto, el público y el Tribunal, repararon en un opositor que, sobre el fondo de una gran modestia, iba vertiendo en cada ejercicio un caudal de conocimientos tan sólido y abundante que parecía incompatible con la edad de quien los poseía, ya que apenas pasaba de la treintena. Pudieron darse cuenta de que tal opositor, destacando rápidamente de los demás, se colocó en seguida a la zaga de lo que se tenía por las dos primeras figuras en la oposición. Sobresalía también por la rara habilidad para sostener a lo largo de toda la oposición el mismo tono de altura de los ejercicios, cosa que todo el que haya hecho

oposiciones sabe que es muy difícil. Y donde se pudo creer que iba a bajar, o sea en el ejercicio práctico, mantuvo, entre el asombro de público y Tribunal, el mismo tono científico, demostrando un sentido clínico y una habilidad en la exploración de los enfermos que le tocaron en suerte, que ya no hubo duda. En efecto, se celebra la votación para la adjudicación de las tres cátedras, y el Dr. Salazar, pues ya habréis adivinado que era él el opositor a que me venía refiriendo, obtiene la cátedra de Pediatría de Santiago de Compostela; y cuando sale de la votación y le espero para darle emocionado abrazo de amigo, de compañero y de antiguo alumno de nuestra vieja y gloriosa Escuela de Medicina de Valladolid, con la emoción de la lucha todavía reflejada en el rostro, me hace esta pregunta: «¿Qué crees tú que dirá mi padre?». Es decir, que a la hora del triunfo, a la hora de llegar en plena juventud a la meta de sus aspiraciones, su primer recuerdo es para quien, con el permanente ejemplo de una vida honrada y austera, supo llevarlo de la mano a través de la vida e hizo así posible lo que entonces acababa de realizarse: para su padre. Por esto se le sale el alma por la boca cuando me hace la pregunta: «¿Qué crees tú que dirá mi padre?». Este es Evelio Salazar.

A los pocos días obtenía yo la cátedra de Santiago y allá nos fuimos Salazar y yo a hacer nuestras primeras armas en la enseñanza como catedráticos. Rápidamente se captó las simpatías de todos, por su carácter jovial, alegre y simpático, y la admiración de sus alumnos por las magníficas lecciones teóricas y clínicas que presenciaban. Pero allá sentíamos ambos la atracción de nuestro Valladolid y al poco tiempo ingresa en el claustro de nuestra Facultad. Algún tiempo después hago las oposiciones a la cátedra de Higiene de esta Facultad y tengo la suerte de ganarla y otra vez Salazar y yo somos compañeros de Claustro y ahora en la Escuela Médica en que nos formamos.

En Marzo del año 1939 se me hace el honor de admitirme en esta Real Corporación y ahora ingresa en la misma el Profesor Salazar y me cabe a mí la satisfacción de apadrinarlo.

He aquí por qué me encuentro en estos momentos dominado por una intensa satisfacción, impregnada por la nostalgia de aquellos años en que los dos nos esforzábamos en vencer en la lucha por la vida.

Voy ahora a intentar dibujaros la figura de Evelio Salazar y, si acierto a hacerlo bien, veréis cómo concurren en él méritos sobrados para justificar la elección que la Academia ha hecho.

Salazar es burgalés, nace en la ciudad que posee una de las catedrales más bellas del mundo, en el año 1902. Cursa el Bachillerato ya en Valladolid, en cuya Escuela de Medicina se licencia: seis sobresalientes, veintiuna matrícula de honor y premio extraordinario en la Licenciatura, constituyen su brillante, como veis, expediente académico. Por oposición fué alumno interno de Anatomía en 1921. En el curso de 1926-27 Ayudante de Clases prácticas de la misma asignatura. En 1927 gana por oposición una plaza de Médico de Guardia del Hospital. En el curso de 1928-29 es Ayudante de la cátedra de Pediatría. En Marzo de 1930 gana por oposición la Auxiliaría de Anatomía y en Julio del mismo año, y también por oposición, es Profesor Auxiliar de Pediatría y se dedica a fondo a esta especialidad. De tal manera trabaja y se impone en los conocimientos pediátricos que en oposiciones muy reñidas obtiene, en Junio de 1931, la plaza de Médico Puericultor de la Inclusa de Navarra.

Pensionado por la Facultad de Medicina de Valladolid trabaja (1931-32) en los Hospitales de Niños de Berlín, Munich y Wurzburg. Asiste después al Congreso Internacional de Pediatría de Londres. En el segundo semestre de 1933 trabaja en la Clínica Pediátrica Universitaria de Freiburg. Antes, en Diciembre de 1932, ha obtenido la cátedra de Pediatría de Santiago, en la forma ya relatada. En 1933 tiene lugar su traslado a Valladolid y en 1935 acude durante las vacaciones de verano, a las Clínicas Pediátricas Universitarias de Freiburg y Zurich.

Durante todo este tiempo ha hecho, entre otras, las siguientes publicaciones: *Valor de la luetinorreacción de Noguchi en la sífilis congénita*; *Consideraciones clínicas sobre enfisema mediastínico y subcutáneo en la edad infantil*; *Vitaminas y primera infancia*; *Contribución al estudio de la velocidad de sedimentación de los eritrocitos en el lactante*; *Contribución al estudio de la glucemia en el niño de pecho* (Tesis Doctoral); *Influencia de los baños clorurado-sódicos en el metabolismo fundamental y la «perspiratio insensibilis» en el lactante*; *Sobre un caso de atresia duodenal y de los lobulillos pancreáticos adyacentes*; *Breves comentarios sobre la clínica y tratamiento de la poliomiélitis*; es autor de las traducciones al español de las obras alemanas *Chirurgische Krankheiten des Kindersalters*, de Bergman, y *Lehrbuch der Kinderheilkunde*, de Feer.

A todo esto hay que añadir su constante preocupación por el

mejoramiento de su Servicio Hospitalario y por los niños a él acogidos. De su pericia clínica, de su desprendimiento y desinterés, y de sus sentimientos caritativos hacia sus enfermitos, pueden hablar muchos padres que han visto curarse sus hijos sin la preocupación de la minuta de honorarios. De su honradez profesional, de su amor a los niños enfermos, de su culto a la amistad y de su carácter, siempre alegre y simpático, puede dar fe la legión de sus amigos.

Tal es la figura del nuevo académico, de la que os podréis dar cuenta a pesar de mi torpeza para describirla. La prueba más reciente de su valía científica y de su preocupación por el niño enfermo la tenéis en el discurso que acaba de leer y que no osaré comentar siquiera, ya que ha trazado de mano maestra el problema de la asistencia del niño. Pero el Reglamento me impone la obligación de decir algo en respuesta al discurso leído y voy a hacerlo, considerando un punto concreto sobre uno de los factores sociales que contribuyen a la mortalidad infantil: la vivienda.

La vivienda y la mortalidad infantil.—La higienización de la vivienda, conjuntamente con la de la alimentación, constituyen seguramente las dos armas más poderosas para la lucha contra la mortalidad infantil.

La vivienda actúa de dos modos sobre la salud del niño: por medio de sus condiciones estáticas (ventilación, iluminación, etc.), que cuando son deficientes se oponen al desarrollo y crecimiento normal del niño; y por sus condiciones de conjunto (las estáticas y el modo de habitarla) actúa como agente epidemiológico, en el sentido de facilitar la transmisión de las enfermedades infecto-contagiosas.

En las sociedades civilizadas, la habitación no es solamente un abrigo destinado a proteger al ser humano contra la intemperie, sino que se ha transformado en realidad en un medio en el cual el hombre pasa la mayor parte de su existencia, y se comprende que este medio tenga, sobre la salud de los que en él se alojan, una influencia preponderante. Señalemos que esta influencia no se ejerce solamente sobre la salud física, sino también, y de una manera profunda, sobre la salud moral de los que en él se reúnen.

Es preciso que digamos que no son muchas las personas que se hacen una idea exacta sobre lo que es una habitación insalubre. La insalubridad de la vivienda presenta grados y, si se quiere hacer una labor útil y antes de lanzarse a la cruzada contra la vivienda antihigiénica, es preciso estudiar las diversas causas de

insalubridad, clasificarlas por orden de importancia, y seguir su acción aislada o combinada sobre el habitante. Solamente después de este estudio preliminar puede abordarse de un modo útil la lucha contra esta plaga social. No tenemos tiempo, ni mucho menos, de hacer aquí un estudio completo sobre la cuestión, vamos a exponer solamente unas consideraciones generales sobre la influencia de la vivienda insalubre sobre la mortalidad infantil.

J. Simon ha dicho: «la vivienda mísera suministra material abundante a las prisiones, manicomios y prostitución; es la causa de la muerte de muchos niños, y es el más terrible desmoralizador y destructor físico y moral del individuo, de la familia y de la raza». Es, por desgracia, muy frecuente en los suburbios y muchos barrios de las grandes ciudades un tipo de vivienda que tiene los caracteres siguientes: ausencia absoluta o casi absoluta de renovación del aire; infección de la atmósfera por gases desprendidos de las deyecciones, que no se evacuan o se evacuan de un modo defectuoso, por las emanaciones de hornillos u otros sistemas primitivos de calefacción, por los humos procedentes de la preparación de los alimentos; el amontonamiento de sus habitantes, y, por encima de todo, la ausencia completa o casi completa de iluminación natural. Tal descripción no es exagerada y en todas las ciudades puede contemplarse ese espectáculo; ahí está para atestiguarlo, el en mala hora llamado barrio de España en las afueras de nuestra ciudad.

Las consecuencias de este estado de cosas son muy graves: la respiración de un aire confinado y viciado por todos los mecanismos existentes, conduce, y muy especialmente a los niños, a la anemia; la falta de luz solar acentúa esta anemia y permite a los microbios patógenos de todas clases (introducidos por el polvo y el ir y venir de los habitantes de la «casa») conservarse virulentos y amenazar en todo momento la salud de todos y, muy especialmente, por ser más sensibles, la de los niños, cuya decadencia vital les impide resistir las agresiones microbianas repetidas. La suciedad, la ausencia de retretes bien establecidos, la falta de ventilación y luz, constituye un medio magnífico para la multiplicación de las moscas y la diseminación de gérmenes patógenos y, de un modo especial, los determinantes de las diarreas infantiles, las que, como se sabe, constituyen una buena parte de las causas de mortalidad infantil.

El descrito es el grado extremo; pero sin llegar a este tipo de vivienda infrahumana, existe toda una gradación de viviendas

insalubres, por diversos motivos, que tienen una gran importancia en el asunto que nos ocupa. En efecto, basta visitar unas cuantas de las casas antiguas, tan abundantes en todas las ciudades, para comprobar la frecuencia con que se destina para dormitorio una habitación interior, o la más oscura y peor ventilada de la casa, sin considerar que el dormitorio defectuoso es acaso la pieza que juega un papel más grande en la insalubridad de la vivienda.

Cifrándonos exclusivamente a lo referente a la mortalidad infantil, podemos dar los datos siguientes, recogidos por el profesor Palanca y de quien tomamos puntualmente los párrafos siguientes:

«Podemos llegar a la interesante consecuencia de que técnicamente es posible alcanzar la cifra de 40 millones de españoles que desea el Caudillo. ¿De qué casillas de mortalidad podemos obtener beneficiosos resultados? ¿De las grandes causas de mortalidad, o de los factores que obran sobre muchas enfermedades en común? El disminuir, por ejemplo, la mortalidad por paludismo tiene una importancia sanitaria, aun cuando ejerza poca influencia sobre la demografía general, porque su número total es muy reducido. Hay que luchar, pues, contra los grandes focos de mortalidad, esas tres canteras que constituyen constante preocupación, y de las que hablan en sus discursos el Caudillo y el Ministro de la Gobernación: primero, la tuberculosis; segundo, la mortalidad infantil, y tercero, la vivienda y la urbanización...».

Estas cifras estadísticas van a demostrarnos la influencia de las condiciones sanitarias de la vivienda sobre la mortalidad infantil:

Casas con agua.	117 por mil.	Casas sin agua.	197 por mil.
— con water.	108 —	— sin water.	159 —
— con baño.	117 —	— sin baño.	197 —
— secas.	122 —	— húmedas.	169 —
— de calles limpias.	99 —	— de calles sucias.	169 —
Casas sin moscas. 80 por mil.			
— con pocas moscas.	140 —		
— con muchas moscas	200 —		

Y en cuanto a la higiene individual:

Niños que se bañan.	72 por mil.	Niños que no se bañan.	164 por mil.
— que duermen solos.	55 —	— que no duermen solos.	108 —

Me parece que estas cifras son bien elocuentes y no creo que necesiten comentarios ni aclaraciones.

Por lo que respecta concretamente al valor epidemiológico de la vivienda, basta recordar que la mayor parte de las epidemias que se abaten sobre la población infantil de las ciudades comienzan por los barrios constituidos por viviendas miserables. Si consideramos, a modo de ejemplo, ya que no podemos ser extensos, lo que sucede con el sarampión, enfermedad tan frecuente en la infancia, vemos de una manera bien manifiesta la influencia de la vivienda insalubre sobre el índice de mortalidad de esta enfermedad; de estudios llevados a cabo sobre este punto concreto en París, se desprende que la abundancia de habitaciones insalubres en una determinada calle, gobierna el índice de mortalidad en las epidemias de sarampión. En la Tesis de Joannon se cita, entre otros, el gráfico ejemplo siguiente: en treinta años, la calle de Médicis, situada en el VI «arrondissement» parisién, en frente del jardín de Luxemburgo, no registra ninguna defunción por sarampión; en tanto, la calle de Cannetes, muy próxima, pero vieja, estrecha, sucia e hiperpoblada, cuenta 15 defunciones, localizadas en 11 de las 22 casas que la constituyen, y esas 11 casas son las peores. Otro ejemplo: ninguna defunción por sarampión en la avenida de Henri-Martin y 9 en la calle de Passy en que la población es más densa y está peor alojada. En todas las observaciones la densidad media de las casas que no acusan defunciones por sarampión es inferior a la de las hiperpobladas en que se producen las defunciones.

En suma, es verdaderamente sorprendente el hecho de que, en París, la repartición de la mortalidad por sarampión entre los diferentes grupos de barrios está basada, no en la proporción de la población global, ni sobre la proporción de los habitantes mal alojados, sino estrictamente sobre la proporción de habitantes que viven en viviendas hiperpobladas; el paralelismo entre las dos cifras es notable.

Es cierto que no puede invocarse única y exclusivamente el factor vivienda en el determinismo de los hechos expuestos, sino que se han de tener en cuenta las condiciones económicas que llevan a la alimentación defectuosa y a géneros de vida higiénicamente absurdos. Pero no es menos cierto que los niños privados del aire y de la luz, obligados a compartir el lecho, cuando existe, con varios hermanos o con los padres, y esto se produce por defectos de la vivienda, si son lactantes se crían mal y los

trastornos nutritivos, el raquitismo y la tuberculosis encuentran en ellos fácil presa y, de un modo particular, los lactantes que albergan tales viviendas no pueden por menos de ser las víctimas de la primera enfermedad infecciosa un poco seria que les ataca.

Podíamos todavía considerar el papel de la vivienda insalubre sobre la transmisión y el contagio de la tuberculosis, enfermedad que tanto contribuye a ennegrecer las cifras de mortalidad infantil y especialmente en los menores de un año, pero ello alargaría notablemente este discurso y no quiero cansar la atención de ustedes.

Doy aquí fin a mi intervención en este acto. Me resta solamente dar al Profesor Salazar la más cordial bienvenida a esta Real Corporación y decirle que todos esperamos mucho y muy bueno de su colaboración en nuestros trabajos, y que sus aportaciones contribuirán seguramente al mayor esplendor y prestigio de esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

HE DICHO.



