

Sesión del 27 de marzo de 1925

Presidencia del DOCTOR RIBAS Y PERDIGÓ

La lucha antituberculosa

Algunas orientaciones y aspectos de la misma

Discurso leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona el día 27 de marzo de 1925
Por el EXCMO. SR. DOCTOR D. FRANCISCO SOLER Y GARDE, Académico Numerario.

EXCMO. SEÑOR,
SEÑORES ACADÉMICOS:

Toda España conoce la inagotable caridad de S. M. la Reina doña Victoria Eugenia (q. D. g.), quien, al ocurrir los bélicos sucesos de Marruecos, atendió con solicitud maternal a los enfermos y heridos, creándose por sus iniciativas varios hospitales de la Cruz Roja y mejorándose algunos de los ya existentes en Africa a cargo de la Sanidad Militar.

Todos los médicos y personas de buena voluntad se estremecen al considerar las víctimas y los estragos sociales que la tuberculosis produce cada día en todo el mundo y especialmente nosotros por lo que a España toca.

La Reina se ha preocupado también de este problema, y del mismo modo que su bondad compadeció a los heridos de la guerra, quiere ahora aliviar la triste suerte de los *heridos de la tuberculosis* y aminorar los inmensos daños sociales que aquella plaga origina. Para ello, rodeándose de capacidades competentes, se ha instituido en Madrid el Real Patronato de la Lucha antituberculosa de España (R. D. 4 de junio de 1924) bajo su regia presidencia, con Juntas locales en las provincias y habiéndose me nombrado, aunque inmerecidamente, individuo de la de Barcelona, me ha parecido muy útil, por tal concepto, traer a esta docta Corporación aquellos anhelos, solicitando la válida colaboración de vuestra preclara inteligencia y de vuestra sensibilidad moral exquisita para formar en las filas de la legión antituberculosa que desea secundar las nobles aspiraciones de nuestra egregia Soberana.

* *

Sería decir cosas sobradamente repetidas la afirmación de ser la tuberculosis la más frecuente, la más letal y la más diseminada de las dolencias que afligen a la humanidad.

Ciñéndonos sólo a nuestra nación, el doctor Murillo, Director General de Sanidad, ha publicado (en un discurso leído pocos meses ha en la sesión inaugural de la Sociedad Española de Higiene, curso 1924-1925) el adjunto cuadro (I) de la mortalidad por tuberculosis en España, desde 1908 a 1923, en el que se ve la enormidad de las pérdidas sufridas anualmente por tal concepto.

También el doctor Martín Salazar, antecesor del doctor Murillo en aquel cargo (en un folleto titulado «Problemas sanitarios sociales», pág. 93, Madrid, 1923), dice que en España existen siempre, por término medio, unos 300,000 tuberculosos de todas clases, sexos y edades, de los que mueren anualmente unos 50,000.

Estos hechos hieren con viva emoción nuestro corazón de médicos y de patriotas, y ya que no consigamos, cual sería nuestro más ardiente deseo, la desaparición completa de tan terrible mal, no será

perdido nuestro esfuerzo si aplicamos valientemente nuestras energías a tal propósito, cada cual en la medida de sus fuerzas.

¿Es fácil obtener este bien a que aspiramos?

No por cierto, pero cuanto mayores son las dificultades que se nos ofrecen para alcanzar un ideal, tanto más grande es nuestro deseo de llegar al mismo, y si este ideal, desprovisto de todo móvil mez-

(I) MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN ESPAÑA

AÑOS 1908 A 1923

Años	Defunciones por tuberculosis				Mortalidad por tuberculosis a 1.000 habitantes	
	Pulmonar	De las meninges	Otras	Total	Pulmonar	Todas
1908	26,646	2,229	5,978	34,853	13'59	17'78
1909	24,745	2,048	5,316	32,109	12'53	16'26
1910	24,576	1,799	4,828	31,203	12'36	15'69
1911	24,502	1,820	5,139	31,461	12'24	15'72
1912	23,511	1,701	4,598	29,810	11'67	14'79
1913	24,350	1,737	4,704	30,791	12'00	15'18
1914	25,183	1,685	4,568	31,436	12'33	15'47
1915	26,234	1,823	4,729	32,786	12'76	15'95
1916	26,868	2,036	5,054	33,958	12'98	16'40
1917	28,514	2,061	5,136	35,711	13'68	17'14
1918	34,046	2,227	5,955	42,228	16'23	20'13
1919	29,829	2,279	5,518	37,626	14'12	17'81
1920	32,080	2,152	5,264	39,496	15'09	18'57
1921	26,951	2,039	4,591	33,581	12'59	15'69
1922	27,355	1,979	4,150	33,484	12'69	15'54
1923	27,389	2,181	3,977	33,547	12'62	15'46

(Doctor Murillo, Director General de Sanidad.)

quino o egoísta, se eleva a las alturas del amor al prójimo, de la caridad para los enfermos, de la higiene social y el bienestar de los pueblos, del interés científico, ¡ah! entonces este ideal se reviste de perspectivas tan gloriosas y trascendentales, de aureolas tan inefables del Bien, de la Verdad y de la Belleza absolutas, que se impone a los deseos de nuestro espíritu con afán irresistible.

Tal ocurre con la Lucha antituberculosa, y por tales conceptos espero que no estimaréis inoportuno el mío de suscitar en el seno de esta Real Academia de Medicina y Cirugía los anhelos del Real Patronato de aquélla.

Para tal objeto me permito molestar vuestra atención con un ligero estudio o reseña de lo que hacen en otros países para luchar contra esta *peste blanca*, como alguien la ha llamado, contribuyendo así a la cruzada que es preciso emprender si queremos que en España, donde tanto hay por hacer a este respecto, se acometan las obras de higiene social en la lucha antituberculosa, que tan floreciente apogeo alcanzan en muchas naciones de Europa y América, limitándome ahora a decir algo de lo que se hace en Francia, en Alemania y en los Estados Unidos de América, ya que los detalles de la lucha antituberculosa realizada también en otras naciones, (Inglaterra, Bélgica, Tcheco-Eslovaquia, Dinamarca, Suecia, Suiza, Noruega, Italia, Países Bajos, Japón, etc.), no difieren esencialmente de los que se practican en los tres países antedichos, que, por otra parte, son más que suficientes para nuestro estímulo y enseñanza.

Cúmpleme manifestar que muchos de los datos que voy a exponer han sido extractados de las ponencias presentadas en los Congresos de Medicina Militar recientemente celebrados en Bruselas (1921) y en Roma (1923) y trabajos publicados en revistas profesionales de medicina militar en los cuales se ha tratado ampliamente de la lucha antituberculosa en los ejércitos (1), que tan estrechas e íntimas relaciones tiene con la defensa social de la salud pública.

(1) De la cual publiqué un extracto en mi trabajo «Las habitaciones militares (cuarteles, hospitales, etc.) desde el punto de vista higiénico»—Bosquejo histórico.—Conferencia leída en el I Congreso de Higiene y Saneamiento de la Habitación, pág. 26 y siguientes.—Barcelona, octubre de 1922.

Las bases de la misma son establecidas por Pilod (1) en las siguientes conclusiones:

1.^a La tuberculosis es enfermedad social y endemia permanente; su profilaxis ha de ser continua, con organizaciones por todo el país.

2.^a Para suprimir el contagio habría de aislarse el tuberculoso que esparce bacilos y proteger los sujetos sanos cuya salud es amenazada por aquéllos.

3.^a Si la declaración de la dolencia (depistage), en cada caso, es a veces muy difícil, mucho más lo sería la hospitalización obligatoria y permanente de todos ellos (en cada nación centenares de miles) y no menos la desinfección de sus esputos, deseminados por doquier. Pero no es un sueño irrealizable la permanencia temporal de estos enfermos en sanatorios y su esmerada educación higiénica y la de sus allegados, con lo que resultan: aquél aliviado, éstos defendidos.

4.^a Los niños, muy sensibles al contagio, deben ser especialmente protegidos (obra Grancher, preventorios, etc.), contra los peligros del contagio doméstico.

5.^a Además de los anteriores medios *directos* de lucha, hay que recurrir a los *indirectos* (higiene social de habitaciones, alimentos, fábricas, urbes, luchas antivenérea y antialcohólica; problemas industriales y políticos contra la miseria y el pauperismo); los primeros competen a los médicos y a los filántropos; los segundos a los legisladores y sociólogos, gobernantes y poderes públicos.

LUCHA ANTITUBERCULOSA EN FRANCIA

Desde fines del siglo pasado se habían iniciado múltiples obras de profilaxis antituberculosa por las felices concepciones de Kelsch, Calmette, León Bourgeois, Grancher, Bernard y otros, con frecuentes Congresos que promovieron la construcción de algunos sanatorios y dispensarios, y la organización de asociaciones y obras de preservación para niños y adultos tuberculosos pulmonares y quirúrgicos, escrofulosos, etc.

Pero fué la guerra mundial (1914-1918) con sus apocalípticos estragos y la movilización de millones de hombres, con alarmante y rápido aumento de las cifras de morbilidad y mortalidad por tuberculosis, la que indujo a la Sanidad Militar francesa, a los poderes públicos y al país a preocuparse vivamente de estos daños y oponerles adecuado remedio (2), y se obtuvo un formidable movimiento de opinión que obligó a que el Estado empezara a comprender que era ineludible deber social el otorgar los medios necesarios para que corriera a sus expensas, en favor de los tuberculosos pobres, inutilizados en el servicio de la nación, cuanto hiciera referencia a su tratamiento, albergue adecuado, educación higiénica y sostén.

Lo mismo se ha visto en todas las guerras de todos los países de todas las épocas. Durante nuestra campaña de Cuba (1895-1898), en cuyos hospitales y regimientos tuve el honor de servir, ocurrió también la brusca elevación de soldados enfermos de tuberculosis en las filas del ejército por efecto de la guerra.

Antes de ella, la proporción media de asistidos de los años 1886 a 1894 fué de 6 por 10.000 del contingente, en 1896 fué de 10 y en 1898 subió a 12, volviendo luego a descender a 8 y a 7 en los años sucesivos (3).

Igualmente pasó ahora en Alemania: en 1913 morían en este país 12 tuberculosos por cada 10.000 habitantes; pero vino la guerra, con la guerra el bloqueo, con el bloqueo el hambre y rápidamente aumentó la tuberculosis hasta alcanzar el 23 por 10.000 (4).

Volvamos a Francia.

El Profesor Landouzy llevó a las Cámaras la discusión del derecho de estos *heridos de la tuberculosis* a los socorros y cuidados a expensas del Estado; aquéllas, en octubre de 1915, votaron una ley, con crédito de tres millones, decretando la asistencia, durante la guerra, de los militares tuberculosos; se crearon centros de *triage* para su acertado diagnóstico; se instituyeron hospitales especiales para su aislamiento, cuidados y educación profiláctica y de reeducación agrícola y de otras profesiones a los susceptibles de ello; se formaron *Comités de asistencia a los antiguos militares tuberculosos*, con un centro en París y muchos en los departamentos o provincias, cuyos recursos se nutrían de subvenciones

(1) Pilod: Organisation de la défense contre la tuberculose.—Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires.—Tome LXXIX, n° 1, juillet de 1923, pag. 131. Paris. Ch. Lavanzelle et Cie., éditeurs.

(2) «Le service de Santé Militaire et la lutte antituberculeuse pendant la guerre.» (Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire, n° 10, octobre 1922), par Vezeaux de Lavergne.

(3) González Deleito: Higiene Social en el ejército. Madrid, 1902, pag. 127.

(4) Murillo: Discurso inaugural. Sociedad Española de Higiene. Madrid, 1924, pag. 37.

del Estado, de los departamentos, de los municipios y de instituciones de beneficencia pública y privada, a las que se asociaron generosamente la Cruz Roja americana y la misión Rockefeller, americana también, de preservación contra la tuberculosis, enviada a Francia por el *Comité internacional de Higiene* de New-York (fundación Rockefeller).

Todo esto ha sobrevivido a la guerra y sigue funcionando bajo el siguiente plan: propaganda y educación higiénica popular; colaboración y cooperación con las autoridades locales y personalidades

(V) LUCHA ANTITUBERCULOSA EN FRANCIA

	Número	Número de camas
1 Dispensarios	439	
2 Escuelas de enfermeras-visitadoras	8	
3 Sanatorios populares	75	6,137
4 Escuelas agrícolas, etc., de reeducación para tuberculosos pobres	8	605
5 Hospitales sanatorios para tuberculosos pobres	14	2,995
6 Servicios de aislamiento en hospitales generales		3,958
7 Sanatorios marinos	44	9,093
8 Preventorios (preservación de la infancia)	61	4,000
9 Obra Grancher (pouponnières, biberonneries, crèches, etc.)	28	?
	649	26,788

(Según M. Pilod, Archives de Méd. et de Pharm. Milit., 1923, pág. 131.)

médicas para organizar Comités departamentales de las obras antituberculosas existentes u otras nuevas; especialización de médicos tisiólogos y enfermeras visitadoras; estadísticas, etc.

Terminada la guerra y reducido el ejército, quedaron sin utilización para éste 48 hospitales que, durante aquella, solo albergaban enfermos del pecho; 21 hospitales para tuberculosis quirúrgica y 29 estaciones sanitarias, en conjunto más de 10,000, camas con servicios especializados que se agregaron al *Comité Nacional de defensa contra la tuberculosis*, el cual disponía ya de otros análogos así como de muchos dispensarios, por virtud de varias leyes promulgadas en diversas fechas desde 1916 a 1919.

El *armamento antituberculoso* francés, tal como está constituido hoy día, consta de tres grandes grupos de organismos y servicios:

A. Comités de organización y coordinación.

B. Organismos de lucha directa (dispensarios, sanatorios, hospitales especializados; otras de preservación, asistencia y educación profiláctica.

C. Medios indirectos de profilaxis social (contra el alcoholismo y habitación insana; higiene urbana, etc.).

Veamos brevemente cada uno de ellos:

A. *Comités de organización y coordinación*. El alma de los mismos son los profesores Bourgeois, Calmette y León Bernard, que dirigen el *Comité nacional de defensa contra la tuberculosis*, con residencia en París, el cual elabora el plan de lucha social antituberculosa único, racional y metódico, con arreglo a las normas siguientes:

- 1.º Información y propaganda.
- 2.º Coordinación de los esfuerzos de todos los organismos antituberculosos, públicos y privados, a los cuales suministra medios y recursos y subvenciones.
- 3.º Asociación con gran número de miembros bienhechores y activos, entre los cuales hay representantes de la Sanidad Militar y de la Armada, Cruz Roja, Ministerio de Higiene, Facultad de Medicina, obra Grancher, Comité Rockefeller, Oficina de mutilados, Unión de Sindicatos médicos, etc.

La sección científica edita Revistas y Boletines, celebra a menudo Congresos y prepara ahora una conferencia Internacional con adhesión de 40 naciones.

En todas las provincias de Francia, menos 15, existen *Comités Departamentales* que dirigen las obras locales y coordinan la lucha antituberculosa.

B. *Organismos de lucha directa*. El *dispensario* es el primero y más importante, según enseña la

experiencia, para la investigación diagnóstica, el tratamiento, la educación de los enfermos y la profilaxis. Por medio de las enfermeras visitadoras irradia su acción hasta el domicilio de los enfermos, siendo aquéllas el lazo de unión entre el médico y el paciente, y entre el problema médico y el problema social de la tuberculosis.

Los enfermos acuden al dispensario bien por su libre y espontánea voluntad, bien por consejo ajeno; allí son objeto de dos exámenes: clínico y social. El primero es practicado por un médico especializado que precisa el diagnóstico, separa los no tuberculosos de los tuberculosos y examina también los demás individuos de la familia del enfermo. El segundo lo efectúa la enfermera visitadora acerca la situación de aquél y de su familia, oficio, recursos, condiciones de higiene de su habitación y de moralidad de su hogar.

Como resultado de ambas informaciones se resuelve lo más conveniente para el enfermo (aislamiento en sanatorio, ingreso en el hospital, tratamiento domiciliario, etc.), y para sus allegados, en orden a la propia preservación de éstos (desinfecciones domiciliarias y de los efectos de uso; colocación familiar o colectiva de los niños en preventorios o sanatorios, según que estén sanos o enfermos; educación higiénica de todos; si son pobres, suministro de medicamentos, alimentos, vestidos, etc.)

El servicio del dispensario apenas requiere más personal que algún médico, señoras o señoritas enfermeras-visitadoras especializadas y pocos dependientes subalternos. Los locales han de ser, poco más o menos, los siguientes: sala de espera, sala de interrogatorio para las enfermeras-visitadoras, sala para el examen médico, sala vestuario y pequeño laboratorio. Un puesto radiológico, un gabinete de laringología, un pequeño almacén de material y un lavadero, pueden serle anexos si no hubiere tan indispensables elementos en la proximidad del dispensario.

Notemos que sólo en caso de indigencia del enfermo debe encargarse el dispensario de su asistencia; si es de mediana o buena posición, debe cuidarle el médico de la familia y entonces sólo interviene para asegurar la vigilancia profiláctica o higiénica del hogar del enfermo.

Para tal objeto es excelente, fundamental e insustituible la *enfermera-visitadora, inspectora domiciliaria (o home visiting)*, como la denominan en Inglaterra y Estados Unidos (1), consejera y maestra de higiene cuya acción constante sobre los enfermos y sus familiares es de incalculable valor.

En Francia hay Escuelas especiales para la instrucción y formación de estas enfermeras-visitadoras en París, Lille, Nantes, Burdeos, Marsella, Lyon, Strasburgo, etc., y de los 439 dispensarios esparcidos en toda la nación hay enfermeras-visitadoras en más de 300.

Existe en España una institución benéfica, la de las Conferencias de San Vicente de Paúl, cuya sección de Señoras desempeña muchos de los servicios que realizan las enfermeras-visitadoras; visita domiciliaria, socorros, sección tutelar, consejos higiénicos y morales, etc. Seguramente con poco esfuerzo se completaría la adaptación de dicha institución a los fines de la lucha antituberculosa.

Después del dispensario síguenle en importancia los organismos de *cura y aislamiento*: sanatorios, escuelas sanitarias de reeducación profesional, hospitales-sanatorios, servicios de aislamiento en los hospitales generales, sanatorios y hospitales especiales para enfermos del ejército y de la armada.

Actualmente hay en Francia 75 sanatorios con 6,137 camas, que sólo reciben enfermos de los que se conceptúan *curables*, a los cuales aplican de preferencia el tratamiento higiénico-dietético clásico (antiguo trípode de Daremberg: cura de aire, reposo y sobrealimentación).

Se instalan lejos de las ciudades, preferentemente en la montaña; una severa disciplina reglamenta el tratamiento, y los enfermos, aleccionados por estas enseñanzas prácticas, al salir propagan entre sus familias y entre los que les rodean los principios de profilaxia que se les han inculcado.

La cura ha de ser precoz y prolongada para ser útil. Y en general los enfermos, obligados por el trabajo, tardan en reclamar los beneficios del sanatorio. Por otra parte, la capacidad limitada de éstos no permite albergarlos más allá de 3 ó 4 meses, además de que una estancia prolongada promovería hábitos de ociosidad. Todo ello son inconvenientes que, si no aplicables a la clientela acomodada de los sanatorios privados, reviste gran valor social para la de los sanatorios populares.

Una adecuada legislación de seguros sociales habría de permitir el ingreso del tuberculoso pobre desde los comienzos clínicos de su mal, y una escuela anexa al sanatorio de reeducación profesional debiera completar la obra para que, al salir de aquél, los que no pudieran de nuevo dedicarse a las tareas de su antiguo oficio, si éste fuera rudo e incompatible con su menguada capacidad para el trabajo, pudieran ganarse el pan con tareas agrícolas de jardinería, avicultura, apicultura, u otras parecidas, más soportables.

Algo se ha hecho en tal sentido, en Francia y hoy existen 8 escuelas con 605 camas, con animadores resultados en Boulon-Les-Roses, Campagne-les-Bains, Passy-Veron, Nantes, Sillery, etc.

(1) Ensayos de medicina social; la función de la Inspectora a domicilio, por Richard Cabot. (Artículo bibliográfico del doctor Blanc y Benet (q. e. p. d.) publicado en «Las Ciencias Médicas» (Criterio Católico), 1922, fascículo I, página 68.)

Los *hospitales-sanatorios*, de más amplio alcance que los sanatorios, admiten, aíslan y tratan toda clase de tuberculosos, cualquiera que sea su gravedad, asegurando a los *curables* un tratamiento eficaz y dando a los *incurables* por lo menos la esperanza de su curabilidad, autorizada por el feliz resultado de los que, del primer grupo, han salido del establecimiento. En París, Lyon, Burdeos, Ruan, Montpellier, Grenoble, Nantes, Nancy y Strasburgo, hay 14 de esta clase con 2.995 camas, en los que se albergan niños, adultos, tuberculosos pulmonares y quirúrgicos.

Los *servicios hospitalarios de aislamiento* tienen por objeto separar los tuberculosos de los demás enfermos para evitar contaminaciones de vecindad, bien especializando algún pabellón o sector de un hospital cualquiera, bien por la organización de salas de tuberculosos con debida separación de las otras, bien por cuartos individuales (box), etc. Parece que en los hospitales generales franceses hay unas 3.958 camas con este especial carácter.

Entre nosotros, en España, debo manifestar que en nuestros hospitales militares hace muchos años que están constituidas estas salas de aislamiento de los tuberculosos.

Los *sanatorios marinos*, en número de 44 hoy en Francia, disponen de 9.093 camas para el tratamiento de las tuberculosis llamadas externas, ganglionares, óseas, articulares, cutáneas, genitales, etc.

Las *obras de preservación de la infancia* tienden a salvar al niño amenazado por el contagio familiar; éste es particularmente terrible para el niño nacido de madre tuberculosa, cuya contaminación suele ser rápida y fatal. Una separación inmediata la evita radicalmente; una separación retardada limita los buenos efectos. En el primer caso el niño desde su nacimiento es confiado a una institución de corto número de albergados constituida por una sala de consulta, una enfermería y una *biberonnerie*. Los recién nacidos son confiados a empleadas escogidas, que reciben cada día la leche preparada y distribuida por las enfermeras-visitadoras del dispensario central, bajo la inspección de competentes médicos. Una exquisita vigilancia vela por los niños, que son frecuentemente examinados por aquellos médicos. Así funcionan los centros de Mainville, Champrosay, Salbris, Couture.

La instalación colectiva en *pouponnières* (1) ha dado excelentes resultados, en la forma antedicha, con corto número de niños y en el campo.

Si el niño, después de un contacto más o menos prolongado, presenta ya signos de contaminación revelados por signos clínicos o por la cutirreacción, se puede, después de una observación en una *crèche hospitalière* (2) en la que ingresan la madre y el hijo para observarles, seleccionar los infantes que puedan reportar beneficios de un pronto traslado a alguno de los centros de colocación familiar antes mencionados.

Para la segunda infancia el problema es más fácil de resolver. El niño, si a su vez no está afecto, es sustraído del hogar tuberculoso y colocado en un medio indemne, bien sea individualmente en casa de campesinos, en buenas condiciones (instalación familiar), bien en establecimientos especiales (colocación colectiva).

La colocación familiar ha sido realizada con resultados magníficos por la *Obra Grancher*, en la cual los niños quedan hasta el fin de la edad escolar en familias campesinas; posee 28 filiales departamentales y análoga a la misma son las que realizan; el centro de colocación familiar de la Oficina pública de higiene social del Sena; el de los Bajos Pirineos; el de Charly (Marsella) y otros, sumamente beneficiosos, que no sólo evitan el contagio sino que, por la creación de *preventorios*, tratan de oponerse al desarrollo de lesiones iniciales, pero cerradas, que presentan los niños ligeramente contaminados aunque no contagiosos por sí mismos (adenopatías, anemias sintomáticas, inestabilidad del peso y la temperatura, mala constitución).

El *preventorio*, manteniéndoles fuera del medio urbano y de la promiscuidad escolar, refuerza su resistencia física, les evita nuevas contaminaciones e infecciones sobreañadidas que puedan despertar las lesiones latentes.

Los *preventorios* son casas en pleno bosque o en el campo, en las que, por los esfuerzos combinados del administrador y del maestro, son vigiladas la higiene y la alimentación, así como la educación y la instrucción física. De él salen los niños, bien por reintegrarse a la vida común, bien para instalarles en una colocación familiar, bien para pasar a un sanatorio, según que se extinga o se agrave la tendencia evolutiva de sus lesiones.

En Francia funcionan 61 *preventorios* con 4.000 camas.

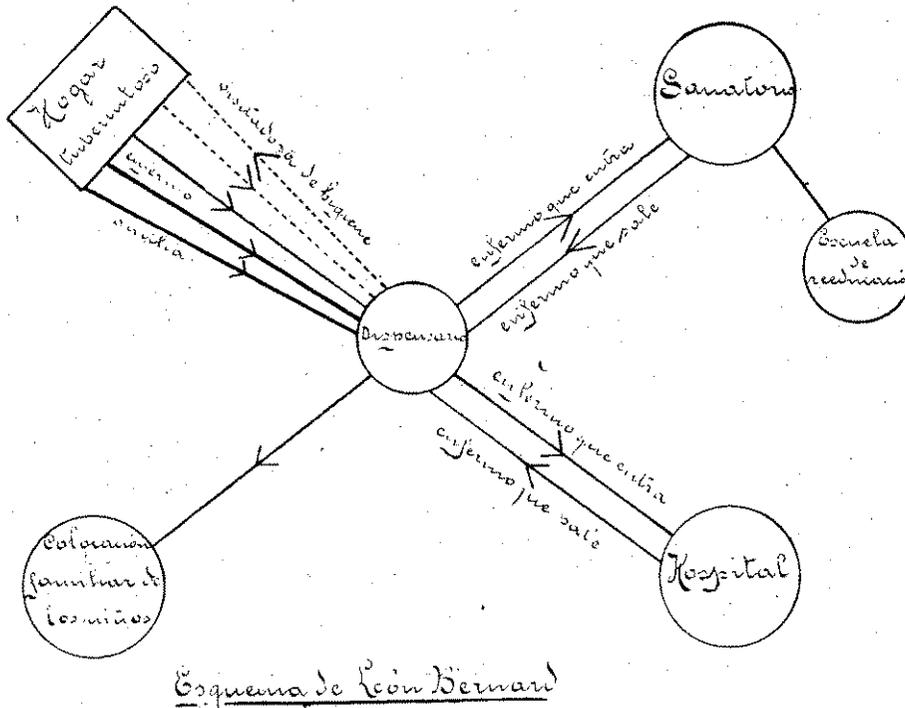
(1) *Poupon*: angelón, angelote, niño rollizo.

(2) *Crèche*: asilo de niños pobres, casa-cuna.

**

Como resumen del modo de acción y coordinación de los medios directos de profilaxia, León Bernard trazó el adjunto esquema (II) en el que el dispensario es el eje central del sistema, cuyos elementos son interdependientes y funcionan armónicamente bajo la acción del Comité departamental, que les sirve de lazo de unión.

(II) LUCHA ANTITUBERCULOSA EN FRANCIA



C. *Medios indirectos de profilaxia.* No sólo las leyes de la patología general sino la simple observación y hasta el sentido común demuestran que todas las causas que disminuyen la resistencia orgánica facilitan el contagio de la tuberculosis y aumentan el número de enfermos de esta clase. Tales por ejemplo: las infecciones intercurrentes de todas clases (tifoidea, gripe, viruela, etc.); otras enfermedades, engendradoras de verdadera miseria mineral (diabetes, desnutrición por afectos del tubo digestivo, etc.), las intoxicaciones (alcoholismo, etc.), el confinamiento, la habitación misera, el taller insalubre, la fatiga (*surmenage*) excesiva, la falta de luz y aire, el hacinamiento, los oficios antihigiénicos, la miseria, la suciedad corporal, la alimentación deficiente, los vicios, etc., todo ello (según la terminología corriente de los fisiólogos modernos) origina suspensiones más o menos duraderas del estado de inmunidad alérgica o *anergias* que permiten y facilitan la infección, la reinfección y la contaminación por el bacilo de Koch.

Tan importante como la *guerra al bacilo*, o acaso más, es la lucha contra las causas indicadas, cuya amplitud e importancia requiere una enérgica y constante acción social y legislativa consolidaridad de todos los elementos individuales y corporativos que han de combatirlas.

LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ALEMANIA

Desde el año 1885, época en que se inició en Prusia y en Hesse-Darmstadt la lucha antituberculosa, hasta 1914, las cifras de mortalidad por tuberculosis en general y por tuberculosis pulmonar, fueron descendiendo de un modo constante y no interrumpido, siendo en 1885 de 42 y 30 muertos por 10,000 habitantes respectivamente y en 1914 solamente de 20 y 12.

Pero bruscamente en 1914 vuelven a subir aquellas cifras y aumenta la mortalidad de año en año; según las últimas estadísticas que yo conozco (1), fueron de 27 y 23 para el año 1917.

Este aumento fué debido a la guerra, y no hay necesidad de detallar sus causas inmediatas por ser bien conocidas: trabajos muy intensos, bloqueo de la nación alemana por los aliados con la consiguiente escasez en el racionamiento de víveres y rápida disminución de la fuerza de resistencia orgánica individual, condiciones económicas precarias, etc., consideraciones que me limito a señalar someramente porque son ajenas al objeto de mi trabajo, que ha de ceñirse sólo a enumerar lo que había hecho Alemania, antes de la guerra, desde el punto de vista de las medidas de higiene general y social para luchar contra la tuberculosis.

* * *

En dos grupos pueden clasificarse los elementos de la lucha antituberculosa en Alemania: 1.º Obras antituberculosas y 2.º Establecimientos especiales consagrados al tratamiento de los enfermos o la prevención de la enfermedad.

I. *Obras antituberculosas*.—Para aprovechar y beneficiar en máximo grado las energías desplegadas por las iniciativas privadas y públicas, se las coordinó y centralizó bajo la dirección e inspección del *Comité Central alemán antituberculoso* con residencia en Berlín, del cual formaban parte notabilidades de todo orden: médico; financiero, administrativo, industrial, de seguros, con una sección especial, denominada «Comisión del lupus», que sólo se ocupa de esta dolencia y otra que se ocupa de los dispensarios, sanatorios y demás establecimientos de curación, utilizando los recursos oficiales y los que les proporcionan diversas *Asociaciones de beneficencia* y con los que subviene a los gastos múltiples originados no sólo por el sostenimiento de los antedichos establecimientos sino también los dimanados de otros conceptos dependientes de la lucha antituberculosa (propagandas higiénicas con museos ambulantes y *films* cinematográficos, exposición de cuadros y piezas, conferencias, etc.).

Las antedichas Asociaciones de beneficencia son numerosas. Citaremos sólo: el Comité Central de beneficencia popular, la Asociación alemana de higiene, el Comité Central de las Sociedades alemanas de la Cruz Roja; la Asociación de mujeres patriotas, con numerosas filiales organizadas en todo el territorio alemán; el Servicio nacional de mujeres, el Comité central alemán de asistencia a la juventud, la Comisión alemana de la habitación, la Unión de organizaciones de beneficencia, la Sociedad de colonias campestres de vacaciones, etc., en todas las cuales se procura desligar cuidadosamente y con la separación debida la asistencia a los pobres de la asistencia a los tuberculosos sean o no pobres, por la capital distinción que hay que establecer entre ambos conceptos, caritativo el primero e higiénico-social el segundo.

Cajas de seguros. Pero ni el Estado ni la caridad privada pueden emprender por sí solos la lucha antituberculosa cuyo nervio es el *dinero*, como lo es de todas las guerras, y únicamente en los *seguros* puede encontrarse la base económica que da posible solución a este problema, no sólo en su aspecto material sino también desde el punto de vista moral, interesando al pueblo en esta obra con propio esfuerzo, que le quita el aspecto siempre algo humillante que tienen las que sólo se basan en la limosna.

Tres grandes clases de seguros merecen especial mención: 1.ª «Die Invaliden und Hinterbliebenen Versicherung» o sea, seguros contra la invalidez y para los supervivientes; 2.ª «Die Angestellten Versicherung», o sea, seguros para los empleados, y 3.ª «Die Kranken Versicherung» o sea, seguros de enfermedad.

La 1.ª es obligatoria para todos los obreros y trabajadores cuyo salario anual no excediera de 2.000 marcos (2). Las primas son semanales, y son pagadas, por mitad, entre el obrero y el patrono; contribuyendo el Estado con un suplemento cuando se concede la renta y con ellas se constituyen: *rentas de invalidez* durante todo el tiempo que ésta dura, considerando inválido al que es incapaz de ganar el tercio de su anterior jornal; *pensión vitalicia* a todo asegurado que alcanza los 65 años de edad; *rentas de viudedad y de orfandad*, cesando aquéllas si se contraen nuevas nupcias y éstas a los 15 años, etc.

La 2.ª (Seguros para los empleados), es análoga a la anterior, variando sólo la categoría de los inscritos según los salarios, pero con iguales objetivos.

La 3.ª (Seguro de enfermedades), parecida a las dos antedichas en su constitución, difiere en las

(1) Laporte: Memoria presentada a la Academia de Medicina de París y laureada con el premio Vernois. 1923.—Arch. de Méd. et Pharm. Milit. Año 1923, pág. 153.

(2) Las fluctuaciones del valor de la moneda elevan esta cifra en relación con aquéllas.

aplicaciones, que sólo se destinan a casos de enfermedades, embarazo y parto, accidentes, operaciones, etc.

Todas estas Cajas de seguros son controladas y vigiladas por el Estado, y su funcionamiento es obligatorio, como ya se ha dicho, realizándose con tal perfección que sus ingresos cuantiosos permiten, además de satisfacer las pensiones correspondientes en relación con la cuantía de las primas satisfechas y del número de años que cada asegurado las ha abonado, sostener los siguientes establecimientos:

II.—*Establecimientos especiales consagrados al tratamiento de los tuberculosos y a la prevención de la tuberculosis.* Me limitaré a enumerarlos por grupos, ya que sus características y detalles principales no difieren de los que hemos expuesto al ocuparnos de las instituciones francesas similares:

A) Establecimientos para adultos: sanatorios, casas de convalecencia, hospitales para tuberculosos, estaciones de observación o centros de *triage* de enfermos antes de su admisión en los sanatorios.

B) Establecimientos para niños: sanatorios para niños tuberculosos pulmonares, sanatorio, para niños tuberculosos óseos y articulares, establecimientos para niños amenazados de tuberculosis, escrofulosos o deprimidos.

C) Establecimientos forestales de convalecencia, para niños y adultos indistintamente.

D) Colonias agrícolas para adultos y niños.

E) Escuelas de mar y de bosque.

F) Dispensarios antituberculosos (más de 3,000), en los cuales, por el estilo de los del tipo Calmette de Francia, se practica el *dépistage* de la tuberculosis, inspección sanitaria de las viviendas, consultas médicas e higiénicas, desinfecciones, reclutamiento e instrucción de enfermeras-visitadoras, auxilios extramédicos (cocinas populares, roperos, etc.).

Como síntesis de todo lo dicho, consigno en el siguiente cuadro (IV), aunque incompleto, algunos datos estadísticos que permiten formarse idea de la magnitud e importancia médico-social de la lucha antituberculosa en Alemania.

(IV) LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ALEMANIA

	Número	Número de camas
A. Establecimientos para adultos		
1 Sanatorios	169	18,294
2 Casas de convalecencia	33	?
3 Hospitales para tuberculosos	330	?
4 Estaciones de observación para tuberculosos	72	?
B. Establecimientos para niños		
1 Sanatorios para tuberculosos pulmonares	39	2,412
2 Sanatorios para tuberculosos óseos y articulares	29	3,436
3 Establecimientos para pretuberculosos, escrofulosos, etc.	132	?
C. Establecimientos de convalecencia, forestales	134	10,230
D. Colonias agrícolas	5	225
E. Escuelas de bosque	17	1,200
F. Dispensarios antituberculosos	3,000	?
	3,960	35,797

(Según M. Laporte, Arch. de Médecine et de Pharmacie Militaires, 1923, pág. 180.)

LUCHA ANTITUBERCULOSA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Para evitar repeticiones y no molestar mucho más vuestra atención, me limitaré a breves notas respecto a la campaña antifímica en Norte América, que extracto de un trabajo presentado por el médico yankee Mr. John A. Kingsbury a la IVª conferencia de la Unión Internacional contra la tuberculosis que tuvo lugar en Lausanne el 6 de agosto de 1924 y de lo que se ha expuesto en una reciente Asamblea anual de la Asociación nacional americana antituberculosa en Santa Bárbara (California) (1).

(1) Vers la Santé.—Revue mensuelle de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, vol. VI, n.º 2, février 1925, page 54.

Los Estados Unidos disponen hoy de unas 70,000 camas exclusivamente destinadas a tuberculosos, en las cuales anualmente son asistidos unos 110,000 enfermos de esta dolencia.

En los últimos 20 años, la campaña antituberculosa en New York ha promovido el descenso de la mortalidad por tuberculosis en grado extraordinario; antes de ella era de 28 por 10,000, ahora solamente de 9, esto es, un 65 % de reducción.

New York fué la primera gran ciudad de los Estados Unidos, y una de las primeras del mundo donde se emprendió enérgica campaña contra la tuberculosis, y como allí había paz y en Europa guerra, se pudo comprobar por activa y por pasiva la respectiva influencia de una y otra sobre la mortalidad por tuberculosis.

Y así se ha visto que en el quinquenio 1914-1919 se perdieron, por la guerra, en muchas naciones europeas, los beneficios anteriores, mientras que en los Estados Unidos, por la paz, se iban consolidando más y más, en el mismo lapso de tiempo.

Por ejemplo: en las ciudades alemanas de 15,000 habitantes, o más, la mortalidad tuberculosa era de 15 por 10,000 en 1913, de 28 en 1918. En Belgrado, de 15 y 22. En Varsovia de 13 y 23, respectivamente. En Holanda de 14 y 20. En Inglaterra de 13 y 16.

En cambio se obtenían en los Estados Unidos, durante la misma época, los felices resultados expuestos en el cuadro VI.

(VI) ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. — LUCHA ANTITUBERCULOSA (1)

	Antes de ella	Actualmente
Hospitales para tuberculosos (<i>Home-Hospital</i> , Hospital familiar) en las ciudades y distritos rurales de Estados de New York	2	38
Camas en dichos hospitales	64	3,240
Camas en los sanatorios del Estado	160	320
Enfermeras-visitadoras antituberculosas	2	232
Dispensarios antituberculosos en las ciudades	2	38
Provincias con dispensarios rurales	0	35
Escuelas de bosque para niños débiles	0	49
Colonias de vacaciones y preventorios	0	17
Mortalidad por tuberculosis por 10,000 habitantes	12'94	8'62

(1) Legislación contra la tuberculosis.—Leyes modernas de higiene general.—Hospitales urbanos y rurales antituberculosos.—Declaración obligatoria y vigilancia médica de los tuberculosos tratados en sus domicilios.—Enfermeras. Visitadoras especializadas en la campaña antituberculosa, etc.

(Vers la Santé. Vol. VI, n.º 2, febrero 1925, pág. 59.)

*
*
*

Con lo dicho podría dar por terminado mi modesto trabajo, pero, si tal hiciera, creo que dejaría flotando en nuestros espíritus dos preguntas que apenas si me atrevo a formular y que no pretendo contestar, dejando la respuesta, no verbal sino activa, a vuestra superior ilustración y a vuestro corazón magnánimo, especialmente por lo que atañe a la segunda.

Son las siguientes:

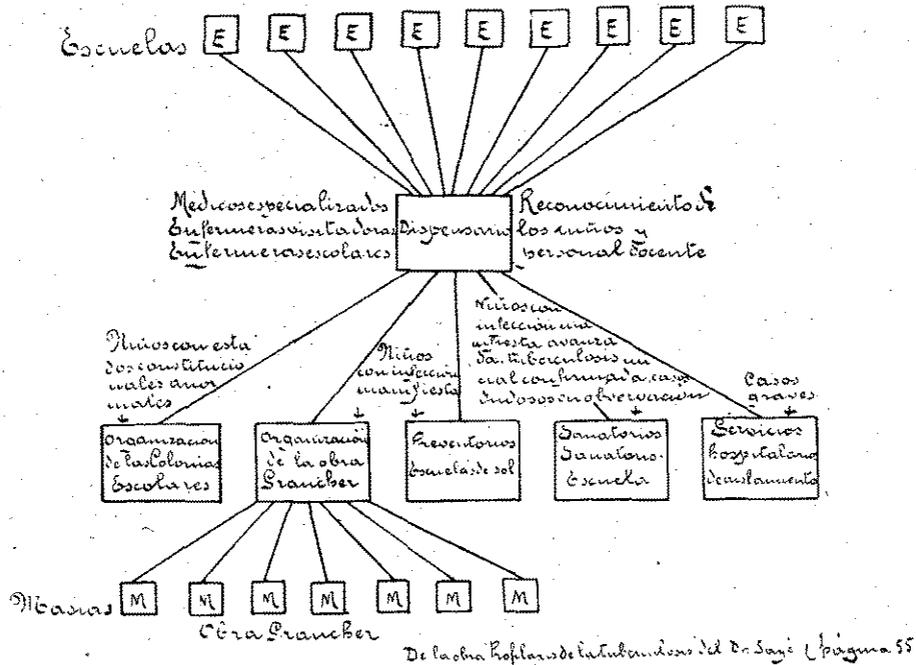
1.ª ¿Qué hacemos en España respecto a la lucha antituberculosa?

2.ª ¿Qué podemos o debemos hacer?

1.ª Uno de los que primero se han ocupado en Barcelona de estos asuntos fué el doctor Martínez Vargas, actual Rector de la Universidad, quien en 1903 trató de la lucha antituberculosa en unas conferencias dadas en el Ateneo. En orden al conocimiento del estado actual en Barcelona, en Cataluña y en España de la lucha antituberculosa, yo no conozco ningún trabajo mejor que un libro del doctor don Luis Sayé titulado *Profilaxis de la tuberculosis*, publicado en 1924 y al cual pertenece el adjunto esquema (III).

En dicho libro se describe prolijamente el *Servei d'assistència social dels tuberculosos de Catalunya*, a cargo de la Mancomunidad, inaugurado en 1921, con una exposición tan clara y un juicio crítico tan discreto de las muchas cuestiones que entrañan estos problemas, que no puedo menos de rendir aquí un tributo de admiración al doctor Sayé por sus valiosos trabajos, primeros pasos hacia fecundas

III. ESQUEMA DE UNA ORGANIZACIÓN ANTITUBERCULOSA COMPLETA PARA NIÑOS DE LA EDAD ESCOLAR



y brillantes perspectivas, de grandísima utilidad para España si se persevera en aquéllos y se realiza el logro de éstas.

El doctor Maciá, en la sesión inaugural de curso de la Sociedad Médico-Farmacéutica de los Santos Cosme y Damián, en 26 de febrero pasado, leyó un extenso trabajo sobre *La lucha antituberculosa en Cataluña*, evocando la buena memoria de los iniciadores de ella en Barcelona, señores don Emilio Vidal y Ribas, don Vicente Ferrer y doctor Xalabarder (q. e. p. d.), a los cuales se debe el origen de los dispensarios y sanatorios (de Tarrasa y Olost) y otras obras patrocinadas por la Diputación primero, por el Ayuntamiento y la Mancomunidad luego, que llevan algunos años iniciadas, pero que no han alcanzado aún toda la eficiencia de que son susceptibles, mereciendo singular mención en este orden de cosas el hospital del Santo Espíritu de San Adrián del Besós, nacido al calor de la generosa caridad de dos santos varones, el doctor Anguera (q. e. p. d.) y el Rdo. don José Pons, Pbro., que realizaron el milagro de llevar a cabo, *sin dinero*, la asistencia de dos o tres tuberculosos desvalidos primero y seguir adelante durante varios años acrecentando su obra, que aun perdura, hasta edificar un gran edificio de varios pabellones en el que albergan y cuidan cincuenta enfermas tuberculosas, gratuitamente, con crecidos gastos.

En la última sesión de la Academia de Higiene de Cataluña (20 de marzo de 1925), el doctor Presta, uno de los más beneméritos patriarcas de la Lucha antituberculosa de Barcelona, disertó elocuentemente sobre la misma, y como muestra de la singular estimación a que son acreedores sus fervorosos y dilatados proselitismos en favor de la extinción del morbo fímico en esta región, tengo a mucho honor declarar que su magistral y ejemplar actuación, incansablemente sostenida durante un cuarto de siglo, ha de servir de estímulo y espejo a cuantos queremos contribuir a tan buena obra.

En su conferencia sintetizó los estragos de la tuberculosis; hizo historia local de la evolución de la Lucha antituberculosa barcelonesa que germinó en la Academia de Higiene de Cataluña, hace 24 años y floreció por la incansable labor de los doctores Xalabarder y Soley y otros, patrocinados por

don Emilio Vidal y Ribas; encareció la necesidad de una viva lucha social, con participación de todo el mundo, *personal* como una especie de Somatén o *económica* para subvenir a los gastos cuantiosos que son necesarios para crear y sostener dispensarios y sanatorios y hospitales; elementos de la lucha que no puede atender la Beneficencia pública si no se ayuda por la labor ciudadana de todos, ricos y pobres, cada cual en su esfera; señaló las ventajas de los *seguros*; describió los dispensarios y sanatorios dependientes de la Mancomunidad y Ayuntamiento y otras obras análogas (Casa de Maternología y Lactancia Municipal; Colonias y cantinas escolares; Escuelas de bosque de Montjuich y Guinardó; Escuela de mar), a cuyo conjunto de medios atribuyó el feliz resultado de que, dijo, habiendo aumentado en estos últimos años la población de Barcelona, ha disminuído la proporción de enfermos y muertos por tuberculosis del actual quinquenio con relación a los anteriores; dedicó grandes elogios al Hospital del Espíritu Santo de San Adrián de Besós y finalmente, después de aludir a la Obra Grancher y otras instituciones extranjeras, se mostró optimista respecto al porvenir de la lucha antituberculosa si se procede a la organización de mutualidades bien orientadas.

También merece singular mención el doctor Salvat Espasa por su meritoria labor desde el año 1916 como especialista en enfermedades de los niños en el Primer Dispensario del Patronato de Cataluña para la lucha contra la tuberculosis, situado en el Paseo de San Juan y como Inspector médico escolar, cargo en el que tanto bien social puede hacerse en orden a la profilaxis infantil.

El doctor Pittaluga, en una conferencia que dió el 19 de febrero del presente año, en Madrid, acerca de «El problema político de la Sanidad pública», dice que «en España hay muchos tuberculosos y muy pocos sanatorios (Oza, Padrosa, Sanlúcar) y sólo 5 dispensarios, siendo de unos 400,000 enfermos el contingente anual de tuberculosos, de los que mueren cerca de 40,000. El Estado invierte unas 500,000 pesetas para sanatorios, o sea una peseta al año por enfermo» (Diario de Barcelona del 20 de febrero de 1925).

Además, son de mencionar el sanatorio de Valdelatas, dirigido por el doctor Codina Castellví y algunos otros en el Guadarrama, Fuenfría en Galicia, Malvarrosa en Valencia, La Rábida, Cañada, Teide, etc.

Ya dije en la primera página de este trabajo que recientemente se ha constituido en Madrid el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa en España presidido por S. M. la Reina (q. D. g.) con Juntas Provinciales; de la de Barcelona forman parte varias aristocráticas damas junto con ilustres patricios y distinguidos médicos, presididos por el Excmo. Sr. D. Ramón Albó cuyas insignes obras sociales, bien conocidas y muy estimadas, son feliz augurio del buen éxito que ha de coronar la actuación de esta Junta.

Otras veces, en distintas épocas, han clamado contra el abandono de estos asuntos entre nosotros singularmente los doctores Murillo y Martín Salazar desde sus cargos oficiales, según dije antes y el doctor Ferrán desde su laboratorio, con sus interesantísimas investigaciones sobre la nueva bacteriología de la tuberculosis y sobre la vacuna anti-alfa.

Lo mismo que Ferrán muchos otros bacteriólogos han pretendido hallar la curación de la tuberculosis con vacunas (Rappin, Cepeda, Calmette, Martinotti, Herrera, Dávila, Shiga, Fortunato, Spengler, Klemperer, Friedmann, Setter y Dreyer); con tuberculinas (Koch, Moro, Petruschky, Beranek, Ponndorf y Toemisen; tulara de Behring); sueros (Maragliano, Spalinger; Ravetlat-Plá) etc., terreno en cuyas discusiones me abstengo de entrar por muchas razones.

Únicamente quiero aquí consignar la última noticia sensacional que yo conozco acerca del tratamiento de la tuberculosis, o sea la *sanocrisina* del Profesor Holger Moellgaard, de Copenhague, que consiste en una solución de sales de oro administrada por inyección intravenosa o intramuscular (1). Ojalá se confirme esta *dorada* ilusión y se realicen las del Profesor Holger Moellgaard, quien afirma haber *curado* por su método, en los hospitales de Dinamarca muchos casos de tuberculosis *humana*.

Merece asimismo especial mención la iniciativa que tomó de llevar esta cuestión al Parlamento, siendo Diputado, nuestro ilustre compañero de Academia doctor Pi Suñer, quien, en 1922, pronunció un discurso en el Congreso acerca del problema antituberculoso en el ejército.

A este respecto, en otra publicación mía (2) hube de decir lo siguiente: «En verdad no puede menos de contrastarse profundamente el ánimo del que contempla las imágenes misérrimas de los soldados tuberculosos, pobres y declarados inútiles y reintegrados a sus desvalidos hogares, abandonados casi siempre del Estado, de la Provincia y del Municipio, y con terrible peligro de contagio para sus allegados y convecinos.

«Pero sería injusto e inexacto atribuir esta deficiencia a la Sanidad Militar española, la cual (como demostraré luego por la enumeración de algunos trabajos debidos a individuos de la misma) *conoce* en toda su magnitud el problema antituberculoso; repetidamente ha reclamado donde corresponde

(1) Martín Salazar: Revista de Sanidad Militar, Madrid, 1924, pág. 663.

(2) Loc. cit.: Habitaciones militares, etc., pág. 27.

»que se emprenda vigorosa lucha contra la tuberculosis, que no puede entablarse sólo con la selección y eliminación de los que han de ingresar o están ya en las filas del ejército, sino que tienen estrechas e íntimas compenetraciones con otros muchos problemas sociales y *siente* no disponer, para utilizarlos como es debido en favor de los enfermos y en provecho de la nación, centros de *trriage* y de asistencia antituberculosa, como existen en otros ejércitos.

»Recuerda el que esto escribe que, a su ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar, en 1888, eran admirables las enseñanzas orales y escritas, recientes entonces y referentes a la tuberculosis, de los ilustres médicos militares señores Población, Fanosa y Martín Salazar, entre otros. *La Revista de Sanidad Militar* (publicación que, con este y otros nombres, lleva cerca de un siglo de existencia) ofrece en sus tomos innumerables trabajos sobre la tuberculosis pulmonar. En 1893, González Deleite dió a luz una *Higiene Social en el Ejército*, con brillantes páginas sobre tuberculosis que aun hoy se leen con tanto deleite como provecho. En el Congreso de Medicina de Madrid, en 1903, los médicos militares señores Trallero, Onsaló, Farreras, y en el de Barcelona de 1910 éstos y López Bréa (q. e. p. d.) y Rubiano y Martínez Capdevila y muchos más agotaron estas materias bajo todos los aspectos imaginables. Finalmente, en el I Congreso de Medicina Militar, internacional, de Bruselas (1921) y en el II de Roma (1923) Gómez Ulla, Fernández Martos y Costa en aquél y Van-Bamberghen y Potons en éste, tomaron muy lucida parte en las secciones exclusivamente dedicadas al estudio de la tuberculosis.»

Véase, pues, como los médicos militares españoles no han desatendido tan importantes temas y problemas. Pero es que la solución de los mismos en el ejército no puede obtenerse sin atordarse previamente en la sociedad civil, medio en que aquél se engendra y vive y al cual van a repercutir cuantas palpaciones *siente*, con lazos tan inextricables de solidaridad que es imposible enfocar cualquier cuestión de higiene social desde uno solo de los dos organismos. Con razón se ha dicho que en patología y en todo, cada ejército es el fiel espejo de su nación.

¿Es que, en el orden civil, no hay muchísimos problemas sanitarios pendientes de resolución higiénica, cuyas deficiencias no son sino otros tantos *criaderos* de tuberculosis humana?

Limitóme a enumerar algunas de ellas, y se comprenderá que, aun sin el factor *contagio*, de tan decisiva influencia, cada una de por sí fuera suficiente a explicar la elevada mortalidad por tuberculosis que padecemos; mucho más, todas juntas y no contrarrestadas hasta ahora por eficaces medidas legislativas y sociales.

La insalubridad urbana de las grandes ciudades por falta de aire y de luz solar y con agua escasa y contaminada; la insalubridad rural, donde a veces existe alguno de aquellos elementos pero muchas otras mal utilizados; las aglomeraciones o hacinamientos humanos en tugurios y viviendas mefíticas (barracas) engendrando los mezquinos barrios que pintorescamente se llaman *Barracópolis* de Barcelona y otras capitales, con sus horrendas consecuencias materiales y morales: la sofisticación, adulteración y fraude en todo género de alimentos; el suministro de leches sin ninguna garantía de pureza; el ejercicio de profesiones insalubres; el immoderado afán de placeres que lleva a la sensualidad y los vicios; la prostitución y sus secuelas; el alcoholismo y otras intoxicaciones voluntarias; la pobreza; la miseria... ¿qué son sino factores de debilidad constitucional que predisponen a toda clase de infecciones y muy singularmente a la de la tuberculosis?

2.^a ¿Qué podemos o debemos hacer para combatir las? (y con esto vuelvo a mi segunda pregunta).

Yo no me atrevo a formular una respuesta adecuada y déjola a vuestra superior ilustración; pero sí digo que es urgente que nos ocupemos de estas cuestiones si no queremos que sean más aterradoras aún de lo que ya hoy lo son las cifras obituarías de la tuberculosis.

Como esquemática síntesis diré que, hasta ahora, se han seguido cuatro orientaciones por los países que se han preocupado de estas cosas: 1.^a La guerra al esputo; 2.^a Medidas energéticas de higiene general; 3.^a Creación de sanatorios, dispensarios, hospitales especiales, etc.; 4.^a Cajas de seguro social obligatorio. De las dos últimas he tratado ya en las anteriores páginas; sólo diré breves palabras acerca las dos primeras.

La *guerra al esputo* fué principalmente patrocinada por los médicos franceses, y se creyó, algún tiempo, que podía ser la clave de la campaña antituberculosa; mas no se tardó en convencerse que, aun siendo muy útil y laudable el procurar, por todos los medios, evitar la diseminación y transporte de bacilos de que el esputo es vector, ni el *contagio por los esputos* lo es todo en la tuberculosis, ni aunque así fuera, sería hacedera una inmediata esterilización de los mismos en todos los casos.

La *guerra al polvo* debiera ser el complemento de la guerra al esputo, especialmente en Barcelona donde la sucia costumbre de barrer en seco levantando nubes de basura pulverizada que no sólo se respiran sino que también se masean, es tan inconsciente como general. Los que hayan de salir de casa en las primeras horas de la mañana y vean cómo se hace la limpieza de nuestras calles por los barrenderos municipales, las porteras y demás gente que blanden escoba, creo que me darán razón.

Cuanto a la segunda orientación, Inglaterra nos da ejemplo del inmenso valor de las medidas de

higiene general en la salubridad de los pueblos. Es bien sabido que en 1850 la mortalidad por tuberculosis, en aquel país, era de 30 defunciones por 10,000 habitantes. Sabias medidas de buen gobierno (abaratamiento de las subsistencias, aprovisionamiento de aguas sanas y abundantes a las ciudades y pueblos, viviendas higiénicas, limpieza individual y colectiva extremadas, cloacas, sports, etc.), produjeron una progresiva disminución de aquella mortalidad, que en 1905 era sólo de 9 por 10,000.

Y lo mismo con lo debido a todas las infecciones (tifoidea, difteria, etc.). Este hecho se consigna en una llamada gráfica de Kaup (1), en la que la disminución de la mortalidad y la promulgación de aquellas leyes abaratando las subsistencias o higienizando el país, son dos líneas paralelas.

Cada grupo de las cuatro orientaciones dichas es poderosísimo; todos juntos serían probablemente incontrastables.

¿Son hacenderas para nosotros? ¿Podemos acometerlas en España, con probabilidades de éxito?

¡Ah, señores! La contestación negativa sería vergonzosa, pero la afirmativa no ha de ser verbal sino activa; no sólo con palabras sino con obras, y obras que entrañan espinosos problemas cuya resolución sólo puede intentarse con organizaciones sociales complicadas que requieren mucho estudio gran competencia y abundantes recursos económicos. Si así no lo hacemos, si no se emprende pronto, amplia y decididamente, la lucha contra la tuberculosis en nuestro país y si no ayudamos todos, cada cual en su esfera, a los que propugnan por ella tiempo ha y especialmente ahora que S. M. la Reina se digna ponerse al frente de la misma, esta plaga seguirá diezmandonos en proporciones cada día más horribles.

A los médicos, servidores de Higea, hija de Esculapio, nos corresponde categóricamente el imperioso deber de ocupar los primeros lugares de esta lucha y propagarla y encauzarla, por lo cual siendo esta Real Academia una de las más preclaras y valiosas representaciones oficiales de la Medicina barcelonesa, yo me permito llamar con este modesto trabajo al corazón y a la inteligencia de los muy Ilustres Señores Académicos que me dispensan el honor de oírlo, rogándoles que pongan su bondad y su sabiduría al servicio de aquella buena obra, colatando a los fines del Real Patronato de la Lucha antituberculosa erigido por los nobles anhelos de S. M. la Reina, que tan magnánimamente desea aliviar los males de los pobres tuberculosos (y especialmente de los tuberculosos *pobres*) y evitar nuevas víctimas, enalteciendo y contribuyendo con ello al progreso de la Ciencia Médica Española.

HE DICHO

DISCUSIÓN DEL TEMA

El P. PUJIULA.

El doctor SALVAT ESPASA.

El doctor SOLER GARDE. Dió las gracias a los señores Académicos P. Pujiula y doctor Salvat por las bondadosas apreciaciones que hacían de su trabajo, más bien hijas de la benevolencia que ponían en sus juicios que de un severo juicio crítico de aquél.

Especialmente al P. Pujiula le significaba su reconocimiento por el aliento que sin duda imprimirá a la lucha antituberculosa que va a emprenderse el sentirse asistida por el eficaz apoyo de personas como el P. Pujiula, tan grande por su sabiduría y tan ejemplar por su sacerdocio.

Al doctor Salvat, que si no mencionó obras italianas ni de otras naciones en las respectivas empresas de lucha antituberculosa fué por no prolongar desmedidamente su trabajo, que no tenía pretensión de otra cosa que la de inducir a que entre nosotros se activé aquella con el ejemplo de lo que se hace en algunas naciones, sin necesidad de citarlas todas; que lo dicho por el doctor Salvat justificaba la alusión que le dirigió en su trabajo, como médico inspector de escuelas, pues en el estudio de la tuberculosis de los niños se halla la clave de muchos problemas oscuros de aquella dolencia y de su evolución en la edad adulta, y que los soldados, a su ingreso en filas, especialmente los reclutas procedentes de comarcas rurales, son muy parecidos a los niños en el concepto de su patología, extendiéndose en algunas consideraciones acerca la bacteriología y fisiología patológica de la tuberculosis que, dijo, abreviaba por lo avanzado de la hora y para no fatigar más a los oyentes.

(1) Véase el discurso del doctor Murillo antes citado, pág. 36.