

DR. M. BENZO
INSPECTOR PROVINCIAL DE SANIDAD

PROFILAXIS SOCIAL,
FAMILIAR E INDIVIDUAL
DE LA TUBERCULOSIS

(El problema de la tuberculosis en la provincia de Córdoba)

PRÓLOGO DE LUIS JIMÉNEZ DE ASÚA

Conferencia inaugural del curso
sobre tuberculosis, organizado por
el Ateneo Médico de Córdoba.
4 de Noviembre de 1929.



CÓRDOBA
—
IMPRENTA HOSPICIO

DR. M. BENZO

INSPECTOR PROVINCIAL DE SANIDAD

PROFILAXIS SOCIAL,
FAMILIAR E INDIVIDUAL
DE LA TUBERCULOSIS

(El problema de la tuberculosis en la provincia de Córdoba)

PRÓLOGO DE LUIS JIMÉNEZ DE ASÚA

Conferencia inaugural del curso
sobre tuberculosis, organizado por
el Ateneo Médico de Córdoba.
4 de Noviembre de 1929.



M. 27.215

CÓRDOBA

IMPRENTA HOSPICIO

PRÓLOGO

Trata este opúsculo de un hondo problema. La profilaxis y el tratamiento de la tuberculosis tienen un indiscutible aspecto técnico, pero la lucha es tan compleja y requiere tantas armas que desborda el campo médico y se filtra en el área social.

Escribe estas páginas que prologo un hombre cuyas preocupaciones especialistas y profesionales no secaron su cualidad humana. La pasión y la bondad que pone en la brega acreditan que el técnico no se encerró en su laboratorio, ni se aisló en su clínica. El Dr. Benzo ha salido a la calle en el periódico diario y ha sacudido a la Córdoba morisca y perezosa con el toque de peligro. En esa provincia la tuberculosis constituye doloroso fenómeno, contra el que aún no se lucha en forma organizada.

Con ayuda de los números comprueba el Dr. Benzo los motivos de su alarma y pide, como primer paso, la fundación de un Dispensario; de enfermerías y sanatorios, luego.

El mejor homenaje que puedo hacer a quien así consagra sus horas a cuestiones de tanta eminencia, es contribuir al estudio del problema social de la tuberculosis, meditando sobre delincuentes y presos sími-cos que ahora empiezan a preocupar en España.

La tuberculosis en las prisiones

El profesor Saporito ha publicado en Italia interesantísimos trabajos—comentados por Palopoli—que tratan y agotan un tema de importancia excepcional: la tuberculosis y la delincuencia.

El asunto se desenvuelve en orden a sus tres aspectos principales: el poder criminógeno de la tisis; las afecciones símicas en los establecimientos penitenciarios; y las medidas higiénicas que es preciso adoptar con los licenciados de presidio enfermos de tuberculosis, cuando se reintegran a la libre convivencia.

Delincuencia y tuberculosis

Las repercusiones psicológicas y a veces demenciales de la tuberculosis son conocidas ha largo tiempo, como lo comprueba la bibliografía psiquiátrica y la práctica médico-forense. El criminalista tampoco ignora que el habitus pretuberculoso predestina los sujetos de este tipo a la degeneración por debilidad psíquica y mental y, consiguientemente, a la criminalidad. Siguiendo la tendencia lombrosiana lo ha demostrado el profesor belga Verwaeck en su denso estudio sobre Tuberculose et Delinquance aparecido el año 1925 en la Revue belge de la Tuberculose.

Saporito observa a este respecto que la tisis no puede ser considerada como una enfermedad circunscripta a ciertos órganos o determinados aparatos del cuerpo, sino que invade todo el organismo, deforma la personalidad total del paciente, sin excluir el campo de las manifestaciones psíquicas, y repercute en la génesis del crimen con más o menos poderío. El tema es de tan subida transcendencia que bien merecería consagrarle mayores desenvolvimientos, pero me urge en esta hora penetrar en la otra fase de la cuestión, objeto esencial de este trabajo, remitiendo a los lectores ávidos de investigar el valor criminógeno de los males físicos a las páginas eruditas de Verwaeck y Saporito.

La tuberculosis en los presidios

Hace poco más de tres años que visité el Reformatorio de Ocaña, y al transitar por su enfermería, la pupila curiosa colmóse de dolor. Un hombre joven agonizaba, mal cubierto por una sábana, junto a sus compañeros heridos de pareja dolencia. Tuve ocasión de relatar mis impresiones rebosantes de protesta y escribí encendidas frases de llamamiento a la sensibilidad española, en demanda de una Penitenciaría-Sanatorio donde hallasen adecuado tratamiento los presos tuberculosos. Ahora se renueva en mi la preocupación por tan patético asunto.

Los establecimientos penitenciarios no crean los tuberculosos, en sentido estricto; la vida de encierro y la mala alimentación favorecen y precipitan el desarrollo de los males físicos, desenlazando además con la muerte casos susceptibles de remedio. Las estadísticas italianas demuestran el aserto con datos irrefutables, ofrecidos por el profesor De Crecchio. Tanto en las cárceles como en las casas penales, desde 1918 a 1923 el porcentaje se mantiene con pocas oscilaciones, asciende con rapidez el año 1924 y decrece luego desde esta fecha hasta 1927. Cuanto más severo es el régimen carcelario, más alto es el número de tuberculosos. Así alcanza el máximo en los establecimientos de Reclusión ordinaria y en los Ergartulos con celdas de segregación, y baja al minimum en las Casas penales intermedias de régimen agrícola.

Mientras la pena conservó su índole expiatoria y se impuso con el designio de infligir un mal, estas consecuencias del duro sistema penitenciario no podían ser remediadas y se aceptaban como secuela necesaria del pésimo régimen nutricional, de la oscuridad del calabozo y del sufrimiento del recluso. Pero hoy, por imperativos jurídicos unidos al auge contemporáneo del concepto vital, las cosas no pueden ser contempladas con el resignado gesto de antaño. Incluso los que miran la pena como un castigo la circunscriben a los derechos que expresamente han de ser limitados. La prisión ataca el derecho de libertad, pero no la salud. Cuando los jueces encierran a un hombre por haber

transgredido la norma, no lo sentencian a estar enfermo o a morir de resultas del trato antihigiénico; le condenan tan solo a perder su libertad por un plazo más o menos largo. Por eso los modernos penitenciariistas postulan para los presidiarios dolientes y más especialmente para los tuberculosos, la Penitenciaría-Sanatorio, que algunos países crearon ya.

Penitenciarías Sanatorios

En Suiza existen establecimientos de esta clase, certeramente estudiados por Stockmar, y en Norteamérica creóse no ha mucho un instituto carcelario modelo para los penados tuberculosos que se denomina Otisville Sanitarium. Pero es Italia quien ha puesto empeño máximo en la cura del preso fímico.

Hace más de veinte años que se inauguró en la Isla de Pianosa un «Tuberculosisario» y un «Sanatorio» propiamente dicho, que desde 1907 dá al pueblo italiano la fortuna de haber construido el primer «Sanatorio criminal» loado con justicia por el Dr. Roberto Passini. El pasado año se ha reunido en Roma la «Muestra internacional contra la tuberculosis» en la que ha participado la «Dirección general de los Institutos de Prevención y de Pena», representada por Saporito, De Crecchio, Varese y Polidori. El ingeniero Varese es el proyectista de la obra sanitaria de la Isla de Pianosa, y al Dr. Polidori le está encomendada la actividad quirúrgica del Centro antituberculoso de la Casa penal de Civitavecchia. El volumen redactado por Saporito e impreso a cargo del Ministerio de Justicia, va profusamente ilustrado con reproducciones plásticas de la Colonia Agrícola de Pianosa y del material de cirugía perteneciente al establecimiento penitenciario de Civitavecchia.

En las cárceles italianas los preventivamente detenidos afectos de tuberculosis son ya cuidados con esmero y cuando la condena se pronuncia se les consigna a Pianosa, en donde los defectos del clima marítimo se compensan con el bosque. La función de este instituto—aunque reducida y modesta—estimula a proseguir en la empresa, complementándola y extendiéndola. El éxito favorable se subraya en estas cifras: En Pianosa se curan del 14 al 33,3 por ciento de los enfermos ingresados y el porcentaje de mejora oscila entre 5 y 22 por ciento. Desde el año 1923 se ha procurado la hospitalización y asistencia de los aquejados de formas quirúrgicas, creándose el Centro antituberculoso anexo a la Penitenciaría de Civitavecchia, capaz para cien camas y provisto del material de cirugía más moderno. Tres grandes naves, aireadas y luminosas, acogen a los enfermos en observación o en cura. No falta una sala de aislamiento para casos particularísimos y una terraza para helioterapia. El centro está provisto de los medios adecuados para el diagnóstico de precisión: aparatos radiológicos y labo-

ratorio de química, histología y bacteriología. Existe una sala de operaciones sépticas y un quirófano aséptico. En el quinquenio transcurrido se han practicado 2.100 intervenciones quirúrgicas, 600 de varia índole (hernias, varicoceles, lesiones de los órganos genitales, etc.) y 1.500 de patología tuberculosa.

El preso fímico en España

He ahí lo que debe hacerse con los presos enfermos, sobre todo con los pacientes de tisis pulmonar que son los que más abundan en nuestras lóbregas enfermerías de las cárceles y prisiones. Y lo que aún no se hace en España.

Ahora empieza el mundillo oficial a darse cuenta del trágico problema y con el retrasado y torpe andar de siempre se dispone en el artículo 7.º del Reglamento penitenciario de 24 de Diciembre de 1928: Deberán ser destinados por último a la Prisión-Asilo de San Fernando «constituyendo una sección especial separada, los tuberculosos en segundo o tercer grado que procedan de otros establecimientos comunes o especiales, mediante información previa, motivada y razonada con arreglo a lo que se determina en el artículo 17 de este Reglamento, y en tanto no se habilite una Prisión-Sanatorio especial para enfermedades incurables o crónicas».

Bien se ve que esa Prisión es un Asilo donde van a morir, liberados del trabajo y de la disciplina carcelaria, los presos ancianos, inútiles o fímicos de «segundo o tercer grado». Con esta técnica trasnochada se indica claramente que más que la cura del preso tuberculoso se trata de que transcurran sus últimos meses con un poco de caridad. Con mejor designio hablaba a los periodistas, el 24 de Marzo de este año, el señor Director de Prisiones del proyecto de construir «un Sanatorio para la cura de reclusos pretuberculosos en Santillana (Segovia)».

Pero mientras los Gobiernos no arbitren recursos económicos para construir estos sanatorios penales, sería preferible que los países donde no existen, imitasen al Brasil que en vez de dejar morir a los tísicos en el recinto de la prisión, quebranta su condena y les traslada al Hospital de enfermedades contagiosas de San Sebastián. Acaso se perpetre por la Administración brasileña una falta reglamentaria; pero los países que, apegados a la letra de las leyes, retienen en las celdas penales a infelices dolientes del pecho, por huir de vulnerar un precepto escrito, cometen un crimen de humanidad, transformando el encierro transitorio de un hombre, impuesto por el fallo judicial, en pena de muerte lentamente ejecutada, que nadie pronunció contra el desdichado reo.

Madrid; a 28 de Mayo de 1930.

LUIS JIMÉNEZ DE ASUA.



SEÑORES:

A todos quiero, en primer lugar, dar las gracias por vuestra cortés presencia. Habéis sido convocados por el Ateneo Médico que con este ciclo de conferencias inicia una brillante labor que no habéis de juzgar por esta mía inaugural pues las que están anunciadas serán la base única del alto valor intelectual de esta laudable iniciativa y ellas, gallardo testimonio científico de la elevada cultura médica cordobesa hasta hoy encerrada en el arca clásica del buen paño castellano, han de poner más aún de relieve la escasez de mis méritos no sólo para ser quien las inaugure, yendo en honrosísima vanguardia, sino para figurar en la lista, siempre incompleta inevitablemente, de tan valiosos compañeros.

Aún reconociéndolo sinceramente así, no podía sustraerme por mis aficiones y los deberes de mi cargo oficial, a la amable invitación del Ateneo Médico cordobés y menos aún al rogarme su creador y Presidente mi amigo el Doctor Ruiz Maya, o imponerme mejor dicho, el tema de esta charla que yo querría no se la llamase sino de propaganda y divulgación o de vulgarización de viejas ideas que están en el ánimo y en la cultura de todos. Y ya habréis comprendido que me refiero no al elemento profesional, que nada ha de aprender aquí esta noche, sino al profano porque después de los años, de los siglos de lucha y de propaganda que se lleva en materia de tuberculosis como enfermedad social, que no de otro modo ha de considerársela y definírsela, no es posible concebir, y así sucede, que para nadie sea en sí un misterio lo

que el problema de la tuberculosis significa para el mundo entero y, concretando, para España.

Pero es que no siempre, como sabéis, las ideas van paralelas a los actos de la voluntad, por que cada día, cada instante vemos que las ideas de cualquier orden cambian o evolucionan o se las traiciona también. Lo que es preciso es que las ideas arraiguen en el corazón y el problema — en este caso el de la tuberculosis — no ya se conozca como una fase del caudal de nuestra cultura, sino que se sienta en el fondo verdad del alma como un cimiento inquebrantable de nuestros sentimientos que estos sí, como las pasiones, imponen sus normas de actuación, por que entonces, repito, la voluntad más o menos purificada en su génesis, interviene y la voluntad erguida constituye un poderoso estímulo, un vital aliento, capaz de vencer todos los obstáculos y todas las dificultades. Creo, pues, que la solución está en un problema básico de voluntad, de querer, de anhelar hacerlo y a estimular esa voluntad en todos y principalmente en nuestras autoridades locales y provinciales obedece mi humilde colaboración y mi tenaz propaganda, por que el problema de la tuberculosis, señores, haya al fin herido con sus tétricos factores nuestra sensibilidad y la conciencia de ciudadano no sea capaz de permitir otros derroteros, otros cauces sin que cada día demos, cada uno en la esfera de su actuación y de sus deberes, un paso más en la obra urgentísima de redimir a esta provincia de ese sacrificio que cesaría con un poco de amor y de caridad, sacrificio, dolor intenso y amargo que hace verter ríos de lágrimas cuando — ¡parece increíble! — para tanto infortunio la ciencia médica supo ya crear recursos preventivos de victoriosa infalibilidad.

Por esto yo querría, una vez más, que mis palabras — no por ser mías menos inconcusas — no quedaran otra vez en el ámbito perdidas como chispas estériles de un fuego de artificio que no deja huella perdurable de sus luces y sus ruidos.

Yo querría que fueran mis palabras de esta noche memorable punto de partida para la obra de la tuberculosis en la provincia de Córdoba y su capital, donde este magno problema yace año tras año en el mayor de los abandonos.

Me doy cuenta de que tras este preámbulo teneis derecho a preguntarme acerca de la magnitud del problema de la tuberculosis en Córdoba y su provincia para deducir si entre mis palabras y la realidad existe la necesaria coordinación. ¿Existe en Córdoba el problema de la tuberculosis? Todos los habituales caminos de estudio serio, de indagación definitiva de esta supuesta incógnita conducen al error. Si todo estímulo de agresión, de ofensa, crea biológicamente una reacción defensiva en los seres de vida normal y equilibrada, el hecho de que aquí la defensa no exista puede hacer suponer que falta aquel estímulo, la necesidad, o que se trata de un organismo sin vida suficiente para que el cerebro piense y el corazón sienta... Ateniéndonos a las organizaciones que hay — *que no hay*, mejor dicho — en Córdoba, capital y provincia, ateniéndonos al desolador recuento de nuestro ejército para la lucha antituberculosa, habría que admitir que la tuberculosis no existe.

Sabéis que el estudio estadístico, base de los epidemiológicos, de las enfermedades, infecciosas o no, debe tener dos casilleros o columnas: casos presentados de una enfermedad (estadística de morbilidad) y defunciones ocasionadas por la misma (estadística de mortalidad) dentro de un período de tiempo determinado, y reduciendo la información a un mínimo esquemático. Escribta yo hace algunos mesesen España no debe darse sino muy limitado crédito al estudio de las estadísticas a que nos referimos. Los datos los han de suministrar, naturalmente, los médicos que ejercen la profesión pero no cumplen con este deber por cuya razón los números que poseemos son muy inexactos en el sentido, no olvidarlo, de ser muy inferiores a la realidad. Y es muy lamentable

que los médicos no contribuyan mejor a la redacción de las estadísticas de las enfermedades evitables. Si diésemos crédito, aún relativo, a nuestras actuales estadísticas testimoniaríamos una imperdurable candidez, una indisculpable inexperiencia. España tiene una clase médica de gran cultura clínica. Comparada con la media del extranjero, como hemos tenido ocasión de hacer personalmente en varios países, queda a excelente altura; pero, sinceramente dicho, no suele ocurrir lo mismo en el aspecto sanitario en el que tan gran parte toma la vocación. Por esto, por no sentir y por no enfocar adecuadamente los complejos aspectos de la sanidad pública, base fundamentalísima de la prosperidad de los pueblos, nada tan absurdo como las estadísticas sanitarias de nuestro país, ya que los médicos que han de redactarlas gota a gota, con la notificación persistente a las autoridades de los casos de enfermedades infecciosas que asistan vienen a tener, no el pecado de la apatía sino el propósito firme y lamentable de no hacerlo, dificultando la actuación de la sanidad oficial y, en consecuencia, arrojando una nota desfavorable, hoy día muchísimo mayor de lo que se supone, sobre, el nombre internacional de España a cuyas tradicionales leyendas negras justo es reconocer que tanto contribuimos nosotros mismos. Yo no cumpliría mi deber si no aprovechara esta honrosísima ocasión para rogar a todos el remedio a este daño que a veces, podeis creerlo, es incalculable. Incluso muchos casos de muerte por tuberculosis no son así certificados por el médico encargado de la asistencia del enfermo a causa de las razones que, pasando sobre ellas como sobre ascuas, damos a continuación: punibles concesiones a convencionalismos sociales; temores pueriles a sanciones de las autoridades sanitarias por certificación de un caso de defunción por tuberculosis, del que no se había hecho la notificación a su debido tiempo; incalificable deseo de evitar *las molestias* del servicio oficial de desinfección etc.

Hay que conlar, pues, con tal margen, enorme, de error y aún sabiendo, repito, que por las ocultaciones se trata de cifras mínimas, la estadística revela no ya la existencia del problema sino su inmensa gravedad como veis por algunas cifras que os han de causar doloroso asombro.

En el año 1925, señores, mueren en la provincia de Córdoba 770 tuberculosos; en 1926, 798; en 1927, 815; en 1928, 726: Y sinó puede saberse con exactitud, por las razones apuntadas, el número anual de defunciones por tuberculosis, más difícil es saber el número de enfermos. Para este cálculo en Inglaterra se multiplica por 3 el número de defunciones (mortalidad media); en los Estados Unidos por 21 para conocer el total de tuberculosis y por 9 para saber los que están en evolución activa; en el mismo país, la Asociación Nacional contra la Tuberculosis, da un coeficiente medio de 10; en Francia se da el de 5 o 6; en España, se ha dado este último recientemente. Según este criterio, que parece más bien tímidamente orientado, y refiriéndonos solamente, no lo olvidéis, a la cifra de un año, habría en nuestra provincia unos 6.000 enfermos de tuberculosis. No he de cansaros con más cifras; basta que, para terminar el estudio numérico somerísimo del problema, os diga que el bacilo de Koch ha ocasionado en la provincia de Córdoba más de seis mil defunciones en solo cinco años. Y no me canso de repetir que éstos datos, aunque oficiales, son muy inferiores a los efectivos.

¿Quereis una imagen gráfica? Pues bien, con esta macabra legión podríamos llenar un salón tres veces mayor que nuestro Gran Teatro. Ved que solo en nuestra capital, prescindiendo ahora de la provincia, muere por término medio, un tuberculoso cada 24 horas. Ya lo hemos dicho; sería como si cada mañana, al nacer el nuevo día, nuestra ciudad bella y aún ahora más embellecida, pero fatalista y resignada, al lúgubre tañido de las campanas de la aurora cumpliera un pacto con la muerte como uu

diario tributo de dolor y de dantesca pesadilla. La guadaña de la tuberculosis siega todos los días una vida en nuestra ciudad sin que contra esta terrible esclavitud que nos impone la muerte, como castigo de nuestra incuria, esclavitud de la que se van redimiendo con sus esfuerzos e iniciativas todos los pueblos conscientes de sus deberes, se levante una voz que señale la ruta y el camino de la redención y una voluntad que la siga...

Y en España, señores, mueren por tuberculosis anualmente unas 50.000 personas! No se concibe, qué fenómeno psicológico lleva a que se levanten con gesto indudablemente hidalgo y simpático, clamando por el indulto, las fuerzas vivas de una población cuando hay, por los fueros de la justicia y la defensa de la sociedad, un condenado a muerte y en cambio se contempla sin el menor estremecimiento este cadalso de la tuberculosis cuya afilada cuchilla caería rítmica cada cuarto de hora sobre la cerviz de un ciudadano español. ¿Con qué derecho — nos hemos preguntado mil veces — podrá hablarse de caridad, de cultura y de patriotismo mientras no se haya procurado poner remedio a esta tragedia? Y no hay que olvidar, como hizo notar desde un alto cargo político un ilustre médico español, y yo no me canso de divulgarlo, la estrecha relación que tienen los problemas sanitarios con los trastornos e inquietudes de índole social entre la gran masa del proletariado, elemento constitutivo de la vida moderna que asume con el obrero intelectual toda la presente organización nacional e internacional. La mayor parte de las veces no es posible encontrar en el fondo de los movimientos sociales otra cosa que olvidos o impotencias, quizás, por patronos, autoridades, etc., de los deberes mínimos de sanidad e higiene; las subsistencias, la vivienda, el salario, el seguro de enfermedad, el taller, la jornada de trabajo. Os doy una síntesis más bella de mis anteriores palabras citándoos, como ya otra vez lo hice, un pensamiento de Ramón y Cajal, lema conciso del aspecto de este problema. Cuando analizo — dice el sa-

bio maestro - el pulmón de un obrero fabril y descubro la formidable mina de carbón incrustada en sus vesículas respiratorias, pienso para mi capote: ¡Quiera Dios que esa huella no ascienda algún día desde el pulmón al cerebro entenebreciendo el ideal de justicia y ocasionando el incendio del ingente alcázar del progreso! Y, relativamente, como predicábamos en otro acto de apostolado, ¡que sencillo es todo esto! Mucha labor sanitaria deja de hacerse por ignorancia, alguna por realmente costosa, pero la mayor parte por indiferencia o falta de voluntad y así volvemos a nuestras primeras palabras de esta noche...

Tanta importancia como su extensión tiene para la profilaxis de la tuberculosis el conocimiento de su mecanismo de difusión. Sabemos, desde los trabajos de Villemin en 1865, que la tuberculosis no se hereda, concepto no rectificado ni aún por los últimos trabajos de Calmette sobre el virus filtrable; los seres humanos se hacen tuberculosos por que se contagian de otros tuberculosos y, como es natural, este contagio es más fácil en el hogar, en el seno de la familia por la consiguiente e inevitable promiscuidad, tanto mayor y más peligrosa cuanto peores condiciones reuna la vivienda. Se tuberculizan, pues, los hijos o hermanos de tuberculosos, por que nacen, crecen y se desarrollan en un ambiente contaminado. Jamás se nace tuberculoso. Los niños alejados de sus padres o hermanos tuberculosos, colocados fuera de toda posibilidad de contagio, no se tuberculizan por triste que patológicamente considerada haya sido su ascendencia. Otra elemental noción; los seres humanos se contagian en los primeros años de su vida y aún en los primeros meses. No hay herencia de la enfermedad ni aún de la predisposición a padecerla. La predisposición o disposición, como dice León Bernard, es universal y común a todo el género humano, con rarísimas excepciones, tanto que todos nos tuberculizamos en los albores de nuestra existencia en una proporción quizás del 95 al 97 por 100. Que estalle o no la enfermedad es cuestión principalmente de dosis, de cantidad de

bacilos de Koch recibidos en un momento dado por el organismo. Cantidades grandes, masivas de estas bacterias (por estar el niño expuesto a un contagio peligroso y continuo) hacen que la enfermedad surja bajo cualquiera de sus formas, muy frecuentemente la de meningitis. Dosis de bacilos pequeñas, espaciadas y aún no repetidas llegarían más bien a producir una cierta inmunidad especial - tipo de inmunidad que en medicina se llama desde Von Pirquet *alergia* - contra la infección tuberculosa, inmunidad no estable sino en permanente y peligroso equilibrio que o no se rompe jamás o se rompe bajo determinadas circunstancias anergizantes muy corrientes en la edad adulta, aún no siendo privativo de ella, dando lugar a la más extendida forma de tuberculosis, la tuberculosis pulmonar del adulto.

Cuanto acabamos de decir, tan a grandes rasgos expuesto, es el fundamento de las numerosas consideraciones que conducen a definir la tuberculosis como la enfermedad social por antonomasia, así solo comparable al paludismo y a la sífilis, enfermedades que ya son combatidas en nuestra provincia con numerosos elementos que aún han de perfeccionarse é intensificarse.

Es curioso señalar el hecho de que la tuberculosis apenas existe en los pueblos salvajes y sus estragos sinó se le ponen obstáculos, son paralelos al grado de civilización y de prosperidad de las colectividades. De aquí, una nueva y muy interesante observación: los individuos procedentes de colonias o países indemnes (incivilizados) transportados a medios civilizados sufren terriblemente de tuberculosis (tropas indígenas enviadas a Francia cuando la guerra reciente) porque su propia indemnidad, el hecho de no haberse puesto en contacto con el bacilo de Koch durante los primeros años de su vida, no les ha proporcionado ese estado alérgico - primo-infección - inmunizante que después tantas veces, si el equilibrio no se rompe como ocurre por desgracia con tanta frecuencia, preserva durante toda la vida de la tuberculosis,

hechos fundamentales también y conocidos de cuantos a los trabajos de laboratorio nos dedicamos, por los estudios de Koch y su conocido fenómeno experimental en el cobaya.

Es absolutamente imposible pasar revista a todas las causas de contagio. Pero sí quería señalar aquí únicamente el valor enorme que en la difusión de la tuberculosis tiene la expectoración del enfermo. El esputo del tuberculoso es el gran propagador de la infección. De aquí la guerra emprendida en el mundo entero con caracteres de verdadera cruzada contra la costumbre repugnante y criminal de escupir libremente sin respeto a la salud o a la dignidad ajenas. En Inglaterra la batalla emprendida en este sentido es formidable y admirable. En Inglaterra no se ruega amablemente como en nuestro país, que no se escupa en el suelo; allí..... ni en el suelo, ni en ninguna parte. Es una orden terminante y categórica y el *Do not Spit!* — ¡no escupa Vd.! — es una consigna a la que se presta férrea disciplina, no sabemos si por vocación y convencimiento o por la segunda parte de la orden: *Do not Spit, Penalty, 40 schillings!* ¡Multa, 40 chelines!

Pero no es ya el esputo de dimensiones ponderables: todos recordareis los trabajos de Flügge el cual ha demostrado que el tuberculoso al hablar expulsa y lanza partículas microscópicas y más ligeras que el aire las cuales se pueden mantener en suspensión en el mismo varias horas y desplazarse con su velocidad inicial hasta una distancia de un metro y luego por los movimientos atmosféricos aún mínimos hasta diez y veinte y que esas partículas, que al hablar con un tuberculoso pueden caer sobre nuestra cara como una lluvia imperceptible y mortífera, van cargadas de millares de bacilos. Me extendería demasiado si os citara los trabajos de la escuela de Flügge, absolutamente comprobatorios de sus primeras experiencias. El tuberculoso es el más peligroso de los enfermos infecciosos aún incluyendo los portado-

res de gérmenes de otras enfermedades como la difteria etc. El tuberculoso muchos años, antes de guardar cama, hace vida social y la expulsión de sus esputos y de sus gotitas de Flügge son constantes y por nada ni por nadie evitados.

En resumen, como base de toda la profilaxis individual, familiar y social de la tuberculosis:

La tuberculosis no se transmite por herencia no heredándose ni aún la predisposición a padecerla.

La única causa de la difusión de la tuberculosis es el contagio.

La tuberculosis es una enfermedad inmunizante. (Ley de Marfan, fenómeno de Koch, trabajos de Arloing, etc.)

La inmunidad antituberculosa determinada por la primo-infección adopta un tipo especial denominándose en medicina *alergia*, traduciendo por fenómenos de *hipersensibilidad* y de *resistencia*.

Una interesante consecuencia de estos hechos de observación y experimentación es que la tuberculosis es tanto más frecuente cuanto mayor es la edad del individuo y tanto más grave cuanto su edad es menor. La frecuencia y la gravedad son, pues, inversas.

Ningún ser humano llega a la edad adulta sin ser portador de lesiones tuberculosas abortivas conteniendo bacilos de Koch en actividad lo que determina un estado *alérgico* contra nuevas inoculaciones.

A provocar artificialmente esta inmunidad en el niño, anticipándose a las primo-infecciones, tienden las vacunas hoy empleadas (Ferran, Calmette.)

Y demostrada la trágica realidad del problema en nuestra provincia con sus seis mil enfermos y sus mil defunciones anuales, y antes de decir unas breves palabras de lo que debe y como debe hacerse, citemos el factor indirecto más importante de contagiosidad, sin llegar, como hicimos con los factores etiológicos directos, a enumerar cada uno por no cansar vuestra generosa atención. Y hablemos unos segundos tan solo del problema de la vi-

vienda. La vivienda antihigiénica constituye una causa principalísima de la tuberculosis; se reúnen varios factores y son la aglomeración de inquilinos en proporción con la capacidad, la falta de ventilación y de sol, la falta de limpieza, unido todo ello a que se trata naturalmente de personas castigadas por el surmenaje y la escasa alimentación. Ya en 1900 Brouardel en un Rapport presentado al Comité consultivo de Higiene de Francia, demostraba como la tuberculosis se convertía en una verdadera causa de exterminio entre estas pobres y humildes gentes. Korosi estudiando la mortalidad por tuberculosis en Budapest en 1872 establecía las siguientes cifras:

Pisos habitados por 1 a 2 personas.	Mortalidad	20°/o.
• • • • • 3 a 5 • • • • •		29°/o.
• • • • • 6 a 10 • • • • •		32°/o.
• • • • • más de 10 • • • • •		79°/o.

En uno de los últimos congresos de higiene y demografía, Juillerat y Filasier presentan un trabajo en el que afirman que en 4.443 casas habitadas por 300.000 personas (72 habitantes por casa) la mortalidad por tuberculosis fué de 7.52 por mil, con una cifra absoluta de 26.000 defunciones. En 820 casas habitadas por 100.000 personas (129 inquilinos por vivienda), hubo 11.500 defunciones o sea el 9.83 por mil. De estas últimas 820 casas, 195, estaban habitadas nada menos que por 13.630 inquilinos, y la mortalidad, en progresión creciente, alcanzó una cifra absoluta de 2.880 defunciones o sea un coeficiente de 19,29 por mil. Y a vosotros, médicos de las beneficencias municipales, no necesito hablaros de la proporción enorme en que existen en nuestras latitudes estas guaridas en las que al lado del más horrible hacinamiento encontráis la más radical falta de higiene; a la falta de sol y de aire y de agua, sustituye la miseria y la suciedad y por tanto todo el pauperismo más exagerado con todas sus lacras y amarguras. No creo, preciso, insisto, indicaros los pueblos y los barrios de nuestra capital hacia que poder encaminarse para encontrar cuadros de este tipo. Pero además

no creais que se trata de refugios provistos por una caridad tacaña pero caridad al fin; esas guaridas, fábricas intensivas de tuberculosis, cuestan a sus moradores rentas abrumadoras; en tan indignante forma se convierte en materia de ambiciosa especulación la vida del hombre. ¡No matarás! ha dicho con sencillas y sublimes palabras el divino maestro. Y así la fé, ahora suntuosamente revelada, debe también tener sus testimonios en actos de aquella grandiosa realidad que predicaba y que no sean puramente nacidos en la suntuosidad del culto; que las enseñanzas del que tanto predicó el amor a los desheredados de la fortuna se exteriorice además fuera de las santas murallas de los templos derramando la caridad y el bien entre los hombres como la mas hermosa y austera de las consagraciones (1).

Y demostrada, repito, señores, la trágica realidad del problema de la tuberculosis en nuestra provincia con sus seis mil enfermos y sus mil defunciones anuales, cifras inferiores en mucho a las reales y efectivas, y sentadas a muy grandes rasgos las bases etiológicas para la profilaxis, hagamos algunas sencillas consideraciones acerca *de lo que debe hacerse y de como puede hacerse* que bien pagados nos consideraremos si nuestros afanes en la prensa, en el libro y hoy desde esta honrosa tribuna al empuñar las manceras del arado logran abrir hondos surcos de ubérrima floración para nuestra semilla en el ánimo de los que tienen en sus manos la realización y ejecución de la obra defensiva.

¿Cuál es el primer paso que debe darse? La creación de un Dispensario, institución sencilla que rara será hoy la capital de provincia que no lo posea.

¿Qué valor tienen estos centros, estos Dispensarios antituberculosos en la lucha contra la infección bacilar? Recurramos a palabras ajenas por aquello de que nadie

(1) Una revista gráfica cordobesa quejose de que con ocasión del suceso local a que aqui se alude, no hubiera habido siquiera una limosna de pan para los pobres.

es profeta en su tierra; dice el profesor Rist. •En 1887 un médico de Edimburgo, hoy profesor de Tisiología de esta universidad, Sir Roberto Philip, emprendió privadamente una experiencia de lucha antituberculosa que prosigue aún con un método, con una clarividencia y una perseverancia admirables y que había de servir de ejemplo y de modelo a las organizaciones dirigidas en el mundo entero contra la tuberculosis humana. Crea así el primer dispensario antituberculoso guiándole dos ideas principales; la primera fué que si se espera a que los tuberculosos se presenten al médico este interviene demasiado tarde siendo preciso, pues, ir en su busca y esforzarse en ponerle bajo nuestra mano desde el principio de su enfermedad, con lo que se aumentan las probabilidades de curación y se disminuye, igualmente, el riesgo de contagio de los que lo rodean.

La segunda idea del médico escocés era que una vez descubierta la existencia del tuberculoso se hacia preciso ocuparse de él médica y socialmente. Robert Philip concibió el Dispensario antituberculoso como el cuartel general de la actividad en un barrio, distrito o población. En primer lugar, es un centro de diagnóstico médico preciso, metódico, no despreciando ningún procedimiento útil de exploración. En segundo lugar, es un centro de observación y reparto de enfermos, es decir, que los médicos del Dispensario siguen y cuidan en su consulta a los tuberculosos susceptibles de vivir en sus domicilios sin inconvenientes y deciden el envío al Hospital o al Sanatorio de otros; a la salida de estos establecimientos, los enfermos vuelven a la jurisdicción del Dispensario que continua observándolos, vigilándolos. En tercer lugar, el Dispensario es un centro de exámenes sistemáticos y repetidos para todos aquellos que por contacto con un tuberculoso han podido contaminarse. Así, los casos nuevos son diagnosticados muy precozmente. El Dispensario, en fin, organiza un control permanente y competente en el mismo hogar del tuberculoso donde emprende la educación higiénica y profiláctica del enfermo y su familia.

El Dispensario es la llave de toda organización antituberculosa, coordinada y eficaz. Permite despistar, educar y vigilar a todos los tuberculosos, a todos los contaminados en cierta medida, de un distrito. Es un maravilloso instrumento de exploración, de clasificación, de control al mismo tiempo que de influencia persuasiva y moralizadora.

Los doctores Dopter y Lavergne, dicen: «El Dispensario antituberculoso no es una clínica ni un hospital: es un órgano de prevención intermediario entre la cura libre a domicilio y la permanencia en el hospital o en el sanatorio». Añaden: «Este importantísimo organismo tiene, pues, por fin descubrir o despistar los enfermos, instruirlos, ayudarlos, orientarlos y proteger a las personas que los rodean».

El Dr. Bruno, jefe de una misión antituberculosa en Francia organizada por la benemérita Fundación Rockefeller, dá análoga descripción funcional de los Dispensarios antituberculosos: Se trata, dice, de buscar a todos los tuberculosos de una circunscripción dada, no solo los casos evidentes sino, con preferencia, los tuberculosos incipientes, hacer en los enfermos o sospechosos el diagnóstico precoz de la enfermedad y examinar a todas las personas en contacto constante con ellos, establecer alrededor de los enfermos, donde trabajen o en sus hogares, la profilaxis esencial y la vigilancia sanitaria para evitar nuevas contaminaciones; favorecer por todos los medios posibles el tratamiento de estos enfermos. El papel del Dispensario antituberculoso es, por consecuencia, bien diferente de las consultas públicas de los hospitales o de las oficinas de beneficencia, cuyo principal fin es curar ó socorrer.

En España encontramos análogas palabras en los doctores Salvat, catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona y Ramírez García, tisiólogo de La Coruña y director de uno de los Dispensarios establecidos en aquella capital. Malo de Poveda dice: «En suma:

el dispensario llena indicaciones didácticas, profilácticas y terapéuticas a la vez y todas puramente benéficas.

En fin, yo he escrito en otra grata ocasión: Sabido es que esta enfermedad tiene una causa única de difusión: el contagio. Pues bien, el Dispensario antituberculoso enseña a evitarlo con su actuación y propaganda. Bastaría este papel educador para justificar su urgente necesidad. Aparte su labor médica, reflexiva y científica, dando la batalla a todos esos miles de medicamentos, específicos o no que son, como un aspecto más del charlatanismo, la explotación del enfermo con gravísimo detrimento de su salud, y concretándose a lo que en verdad debe hacerse sencillamente con este, desde el punto de vista terapéutico, aparte esa preciosa labor clínica el Dispensario enseña al enfermo a no propagar su enfermedad y así por ejemplo, convenciéndole, entre otras cosas, que no debe escupir sino con arreglo a determinadas precauciones, se logrará, solo con ello, una extraordinaria reducción del número de casos y ya se habrá obtenido un beneficio que compensará con creces los gastos y trabajos, por otro lado insignificantes en sí, que el Dispensario suponga.

La lucha contra el contagio comprendería, como dice León Bernard, dos aspectos: barreras defensivas al rededor de los enfermos sembradores de gérmenes y barreras defensivas de protección alrededor de los sanos. El ideal de la primera concepción sería el total aislamiento de los tuberculosos contagiantes, recurso de cuyo utopismo no es preciso hablar. Pero si cabe recurrir a la guerra sin cuartel contra aquello que es más contagiante en el tuberculoso como es el esputo. Y para ello el primer paso es la educación del enfermo. El convencimiento por parte del enfermo del daño que hace con una difusión inconsciente de sus bacilos será más eficaz que las amenazas de multas y otros recursos gubernativos contra la libre expectoración, sobre todo en países que aún viven llenos de prejuicios.

Y analizada, aunque tan esquemáticamente, la fisiología del organismo Dispensario, eje y vanguardia de la lucha antituberculosa, pasemos unos brevísimos momentos a su descripción anatómica y embriológica siguiendo por las circunstancias marcha inversa a la impuesta por la pedagogía médica.

No es, no debe ser el Dispensario obra de lujo. En líneas generales, sabéis que el local del Dispensario podría componerse de una sala de espera, una oficina para documentación y fichero (esto último de excepcional importancia), uno o varios «box» de fácil dispositivo para el cambio de ropas de los enfermos que hayan de ser sometidos a exploración, un gabinete de consulta, un pequeño laboratorio, una salita especial para exámenes laringoscópicos, gabinete de rayos X, ropero almacén y W. C. Todo esto supone un solar de unos diez a doce metros de lado, y un sencillo edificio de una sola planta. El personal indispensable ha de componerse de un médico director (a ser posible *full time* como dicen los ingleses) y varias enfermeras visitadoras.

El médico director, consultante, *en cuyo nombramiento debe presidir la selección más cuidadosa*, ha de tener un extenso y bien orientado conocimiento de la especialidad, unido al más fervoroso entusiasmo y al más exagerado desinterés. Digo lo mismo de las *enfermeras visitadoras*, aunque a este aspecto, de especial interés y bella simpatía, quizás dedique unas exclusivas páginas, que vale la pena.

Desde luego, en todo caso, el nombramiento, debe ser hecho a base de una selección cuidadosísima ya que las cualidades morales e intelectuales del médico director han de ser la base primordial del éxito o fracaso de la lucha antituberculosa. *Nada de crear cargos para personas; estas deben hacerse. por el trabajo, para aquellos.*

Debe procurarse que los demás servicios sean prestados, al principio al menos, gratuitamente (laringología, cirugía antituberculosa, etc.) *aunque luchando desde el*

primer día contra el pudiente, usurpador de los derechos del profesional y del humilde.

Los dispensarios no necesitan laboratorio, medida de economía permitida por el Instituto provincial de Higiene que para los dispensarios rurales tendrá (como ya va teniendo) las sub-brigadas sanitarias, que atenderán las necesidades de los dispensarios desde este punto de vista. En Córdoba el laboratorio sería servido por el central del Instituto provincial de Higiene. Lo mismo decimos de los servicios de desinfección y aún transporte de enfermos.

A título de curiosidad citaré cifras referentes al Dispensario Victoria Eugenia de Sevilla; este Dispensario gastó desde 1.º de Junio de 1926 a igual fecha del año siguiente, 19.900'35 pesetas; de éstas se invirtieron en limosnas 2.066,23, y el resto en el sostenimiento del Dispensario incluidos todos los gastos, si bien el personal médico trabajó todo él gratuitamente. Durante el periodo de tiempo citado se hicieron en el Dispensario; 6.097 consultas; 624 radioscopias; 40 radiografías; 400 intradermoreacciones; 193 aplicaciones de tuberculina; 2.306 inyecciones. Muy interesante es hacer constar que se recibieron en los doce meses citados donativos por valor de once mil ciento sesenta y tres pesetas.

El Dispensario puede y debe ver la luz inmediatamente en nuestra ciudad, de gran potencialidad económica según demuestra a cada momento con ocasiones diversas de más o menos importancia. ¿Cuál podría ser su gestación? Recuerdo un escrito que como Inspector provincial de Sanidad dirigí el día 9 de Junio de 1928 a la Diputación provincial y a la Alcaldía de Córdoba, cuyo escrito, por cierto reprodujo el Boletín del Colegio médico. Dicho escrito recordaba disposiciones de los años 1923, 24, 25 y 26 según las cuales es obligatorio para las Diputaciones y Ayuntamientos atender a la lucha antituberculosa organizando Dispensarios y demás elementos. La Inspección provincial de Sanidad insinuaba un procedimiento de técnica, por decirlo así, administrativa que fa-

cilitaría la ejecución. El Estado, decía yo, tiene en sus presupuestos cantidades destinadas a subvencionar hasta con el 50 por ciento inclusive los gastos de instalación y sostenimiento de los Dispensarios antituberculosos (con el nombre de enfermerías Victoria Eugenia) y si además se mancomunan la Diputación y el Municipio para cumplir sus deberes resultará que aunados estos esfuerzos, el de cada uno resultará insignificante lo que naturalmente obliga más aún al cumplimiento de tan alto deber. A mi se me ocurre además recordar la ayuda que podría prestar una junta provincial antituberculosa que se constituyera con personas que a su misión consagraran con constancia y competencia los mayores entusiasmos en una legítima cruzada de caridad y de amor al prójimo.

No considero pertinente dar por hoy un paso más en este asunto. Solo diré desde ahora que a mi juicio la campaña debe emprenderse y desenvolverse técnicamente bajo una sola dirección. De este tipo de organización de *mando único* he tenido ocasión de estudiar hace pocos meses muy detenidamente un instructivo ejemplo en Nancy bajo la dirección del Dr. Parisot. La poderosa y envidiable organización antituberculosa belga, que también conocí por entonces, obedece a los mismos principios después de haberse abordado la obra por distintas entidades que en 1923 se fusionaron en la actual *Association Nationale belge contre la tuberculosis*, estimando como dicen sus estatutos, *la absoluta necesidad de centralizar, de coordinar los esfuerzos de todos a fin de lograr una cohesión más completa y a la vez una administración lo más homogénea y económica posible.*

Sea la iniciativa de quien teniendo el deber y el poder más sienta el peso de la responsabilidad o de quien más ame el legítimo galardón de la iniciativa. Comprendo que hace falta el calor vivificante del entusiasmo, de la convicción. La legislación, la Gaceta fracasan y como prueba de ello y del nulo valor social que a veces tienen las leyes veáse nuestra falta de acción y compárase con las

siguientes exigencias, sabias pero hasta hoy rotundamente fracasadas de la ley:

Real decreto de 4 de Junio de 1924: *En toda población mayor de diez mil habitantes y en cada distrito judicial de capital o provincia se creará un Dispensario antituberculoso a cargo del correspondiente municipio.*

Real decreto de 20 de Octubre de 1925. *Las Diputaciones provinciales organizarán consultorios públicos gratuitos de enfermedades generales y especialmente para tuberculosos y pretuberculosos. La principal misión de estos Dispensarios antituberculosos consistirá en el diagnóstico precoz de los enfermos.*

Real orden de 3 de Septiembre de 1926. *Es obligación igualmente de los municipios mayores de diez mil almas y de las Diputaciones provinciales, crear o sostener Dispensarios antituberculosos.*

Según ésto debería haber en la provincia los siguientes Dispensarios antituberculosos: Córdoba (2, uno en cada distrito judicial), Aguilar, Baena, Bélmez, Bujalance, Cabra, Castro del Río, Fuenteovejuna, Hinojosa del Duque, Lucena, Montilla, Montoro, Pozoblanco, Priego, Peñarroya-Pueblonuevo, Puente Genil, Rute y Villanueva de Córdoba. Es decir un mínimun de diez y nueve Dispensarios y *no existe uno solo para muestra.*

Mencionemos el sanatorio y el hospital, especializado o no. El Sanatorio, dice León Bernard, está destinado a realizar la única terapéutica general actualmente conocida de la tuberculosis, es decir, el tratamiento higiénico-dietético cuyas bases son: la cura de aire, la cura de reposo y la cura de alimentación. El sanatorio se reserva para el tuberculoso pulmonar curable o sea afecto de lesiones incipientes susceptibles de cicatrización. Indirectamente ejerce una valiosísima acción profiláctica por cuanto retira de la circulación un importante tanto por ciento de enfermos que son fuentes de contagio y que por su curación dejan de serlo al salir dados de alta del sanatorio.

¿Emplazamiento? No se concibe como la iniciativa privada inclusive, no utilizó la sierra de Córdoba para instalar sanatorios que hubiesen sido un negocio. Reune grandes condiciones nuestra hermosa serranía para la cura sanatorial, aparte que desde el punto de vista del clima las exigencias del sanatorio son escasas relativamente; solo precisa, con una orientación adecuada, la mayor cantidad posible de sol, evitándose al mismo tiempo, la acción directa de los vientos dominantes y de la humedad.

Respecto al Hospital, de momento solo habría que ocuparse de que tanto en los hospitales de la Beneficencia provincial como en los que existen en los diferentes pueblos hubiese el número suficiente de camas que se precisan para la provincia. Me refiero, desde luego, al hospital común y a base absolutamente indispensable de que en él los enfermos estén radicalmente aislados y dentro del establecimiento se guarden las normas de prevención necesarias. Esto, conste así, está muy lejos del ideal. Al hospital común (en salas especiales, no lo olvidemos) solo deberían ir los enfermos avanzados y por tanto de manifiesta incurabilidad. Hay, por otro lado, el enorme interés de retirar estos enfermos de la circulación porque constituyen un terrible peligro de contagio.

Entre el hospital común y el sanatorio se crean ahora hospitales-sanatorios, tipo intermedio de los que he visto en Francia, interesantísimos ejemplos (Nancy, Brevannes) y que acaso podrían compararse a nuestras enfermerías Victoria Eugenia. Durante el invierno 1926-27, recorrí dicha nación estudiando su organización antituberculosa y en el informe que elevé a la Dirección general de Sanidad y a la Fundación Rockefeller, decía: Un gran movimiento se observa en Francia hacia el hospital-sanatorio, tipo de edificación médica al que parece concederse cada vez más importancia. Esto hizo que me fijase un poco detenidamente en ello y que en el presente informe reserve al asunto una más detenida atención. Por otro lado, a retaguardia del Dispensario, sólo había el hospital común en

el que los tuberculosos que a él eran llevados permanecían mezclados con enfermos de todas clases, en un monstruoso absurdo profiláctico y sin beneficiar de una dirección clínica especializada. De aquí que se pensara en la creación de servicios especiales dentro de los hospitales comunes y luego se ideara el hospital especializado para concebirse, por último, el hospital sanatorio. En general, la idea directriz básica es la del aislamiento del enfermo, fundamento de una profilaxis de difícil realización por la difusión espantosa de la enfermedad, pero que sería de una asombrosa eficacia. El tuberculoso incurable sería recogido en servicios especiales de los hospitales comunes. El tuberculoso que de ello fuese tributario iría al sanatorio y los restantes enfermos bacilíferos no incluidos en los grupos anteriores, al hospital-sanatorio. Es decir, que aquí se hospitalizarían, por ejemplo, los que presentasen brotes episódicos, etc. La presencia de todo este grupo de enfermos (los más peligrosos desde el punto de vista del contagio) que pueden tener bajo una competente dirección médica especializada muchos años de vida por delante, sería enojosa e inútil en el sanatorio, y no deben estar ni en libertad por las calles o en sus domicilios ni ir a los hospitales de enfermedades generales.

No he de insistir en que me atengo a las organizaciones indispensables y fundamentales huyendo de utopías. Y así, pasamos en silencio numerosas iniciativas del mayor interés pero que ante la total carencia de lucha anti-tuberculosa en nuestra provincia consideramos en un plano muy secundario. No es posible, sin embargo, dejar de decir unas palabras sobre las obras de preservación de la infancia. Y entre ellas se destaca el preventorium, establecimientos, como los define la Comisión francesa de Preservación de la tuberculosis, situados en el campo y donde los niños tuberculosos más expuestos a la reinfección en el medio familiar son sometidos, en régimen de internado, a una higiene especial constituida por una ali-

mentación vigilada, una aireación continua y una asociación de reposo, instrucción y entrenamiento físico, dosificado todo ello por la colaboración del médico y del pedagogo. Es decir, que al preventorium no son llevados los niños que solemos llamar candidatos sino los tuberculosos, pero curables al cabo de una estancia en el preventorium de tres a seis meses. Quedarían otros dos grupos de pequeños; los verdaderos candidatos y los que lo son por el hecho de una constitución débil unida a un peligro de contagio cierto por su convivencia con tuberculosos y, en general, todos los niños muy expuestos al contagio por circunstancias especiales aunque con menos probabilidades de infección y reinfección. Para estos niños precisa la creación de la genial obra llamada Obra Grancher y las de las escuelas al aire libre.

Recuérdese lo que dije respecto al mecanismo de difusión de la tuberculosis. No se hereda ni aún la predisposición a padecerla. Si alejamos a un hijo de un tuberculoso de su peligrosísimo ambiente familiar, el niño no se tuberculizará. Este es sencillamente el principio de la admirable y bella obra Grancher de tan resonante éxito. Oigamos al mismo Grancher: Cuando la tuberculosis — escribía — penetra en un estrecho alojamiento y hiere al padre o a la madre, el contagio de los hijos es fatal y yo he pensado — dice Grancher — que el mejor medio de luchar contra la tuberculosis sería arrancarle su presa. En esa familia tuberculosa la obra de preservación (Obra Grancher) coge a los niños aún sanos de tres a diez años y los establece en el campo en familias sanas de aldeanos o labradores. Es para el niño lo mejor que puede oponerse a la marcha invasora del azote tuberculoso. Médicamente dá una solución completa y radical suprimiendo todas las causas de tuberculosis. Socialmente, el niño criado en la promiscuidad de un albergue infectado de tuberculosis y colocado durante un largo período de su vida en una buena aunque humilde casa, al aire libre, con una alimentación abundante, etc. se transforma en un nue-

vo ser física y moralmente. Llega lleno de vida, al umbral de la inteligencia. En fin, la preservación de estos niños condenados de otro modo casi todos a tuberculizarse, suprimirá en el porvenir otros tantos focos de contagio y disminuirá progresivamente el campo de la tuberculosis.

No creo necesario dar detalles de las escuelas al aire libre y organizaciones similares (el *day camp* de los ingleses, la *cure du jour* de los belgas, de la que es modelo la que existe en Terburen, en las inmediaciones de Bruselas, las *open air school*, etc.) Mencionemos, en fin, las colonias escolares de las que ya se han organizado, como un aislado pero plausible esfuerzo, algunas en Córdoba y creo que en algún pueblo de la provincia, por los Ayuntamientos y Juntas de protección a la Infancia.

Para el desarrollo de un programa total, pero mínimo, precisa:

Número de camas de Hospital, 15 por 100 del total de enfermos calculado por año.

Idem idem de Sanatorio, 15 por 100 id. id. id.

Número de camas de preventorium, 2 por 100 ídem ídem ídem.

Idem plazas en escuelas al aire libre. *cure de jour*, etc. 5 por 100 id. id. id.

Número de Dispensarios: un dispensario por cada ciudad o pueblo de 5 a 25.000 habitantes; 2 dispensarios en las ciudades de 25 a 100.000 habitantes.

He hecho los anteriores cálculos ateniéndome al número de enfermos, pero puede hacerse con arreglo al de fallecidos. De esta manera, se estima necesario una cama (en Hospital especializado) por cada muerto al año de tuberculosis y una cama de Sanatorio por cada 2 defunciones. Con arreglo a nuestros datos, en Córdoba precisan 148 camas de hospital especializado (15 por 100 de la mortalidad calculada), o 165 (total de defunciones). En la provincia, 602 camas o 669.

Camas de sanatorios: 99 o 82 por la capital, 400 o 354 para la provincia (cifras aproximadas y de recíproca aproximación, como se vé).

Obra de preservación de la infancia. — Preventorium: 20 camas, capital y 80 provincia (2 por 100 del número anual de enfermos.)

Otras obras de preservación de la infancia, como escuelas al aire libre, -day camp- o -cure du jour-, etc., a base de externados: 49 plazas para la capital y 200 para la provincia entera (5 por 100 del total de enfermos de tuberculosis por año).

Respecto al número de dispensarios antituberculosos el cálculo que he dado coincide con el de la legislación española.

Un punto importante es la *asistencia social del tuberculoso* y sus familias. En marcha la organización antituberculosa que he esquematizado se presentarían inmediatamente graves conflictos de orden social o económico. ¿Cómo obligar a la hospitalización aisladora de un enfermo, único sostén de los suyos? ¿Cómo recomendar reposo y alimentación a un enfermo que carece de recursos y que hasta necesita, pese a su enfermedad, ganar el pan cotidiano con el sudor de su frente? Surge imperiosa la necesidad del socorro o asistencia social del tuberculoso. Las causas de la enfermedad en su propagación ¿no son también eminentemente sociales? Hay que asegurar el pan al enfermo que no puede ganarlo para sí o los suyos. Claro que se trata de un problema complejo en cuyo estudio — verdaderamente tentador — no puedo detenerme. Quede señalado el tema y la amplia posibilidad de su solución, de sus muchas soluciones a base de que el altruismo sepa manifestarse a través de todos los prismas y de todas las cristalizaciones.

No olvidemos, también, que en pocas enfermedades reinan tantos prejuicios como en la tuberculosis. Una empresa primordial — ya antes lo he dicho — es educar al público, empresa que debería iniciarse desde la escuela. El profesional debe escuchar también la voz del especialista que al menos le pondrá sobre aviso de esa terapéutica charlatanesca tan extendida en esta enfermedad: sue-

ros y vacunas absolutamente inútiles, incontables medicaciones de no menor éxito, tratamientos dietéticos de sistemática sobrealimentación, etc.

Para esta propaganda y educación todos los medios son buenos y hay ancho campo para la iniciativa y el ingenio. Se debe emplear la prensa, tan dispuesta siempre a toda obra de cultura, el folleto, la conferencia, el cine, incluso el teatro y la radiotelefonía. Hasta el infantil guiñol fué empleado por la Misión Rockefeller en Francia. *La International Health Board*, que acabo de mencionar, dispuso en Francia de equipos ambulantes y por pueblos y aldeas daban conferencias, se proyectaban películas, etc. Esta campaña de propaganda fué especialmente intensa en la Bretaña, y en Quimper, la capital, patria de Laennec, tuve yo ocasión de ver por las calles numerosísimos carteles verdaderamente impresionantes. De esta obra, desarrollada merced a la colaboración científica del arte y de la ciencia, aprovecha el público en general, aprovechan los enfermos y sus familiares o personas encargadas de su privada asistencia y en fin todos los médicos y autoridades administrativas.

Y como ya deseo vehementemente terminar, pues demasiada fué vuestra benevolencia, no quiero entrar en detalles del resultado que arrojaría un registro sanitario de viviendas y las consecuencias que de ello habrían de derivarse.

Si en Córdoba, señores, existe un problema por el número de enfermos y muertos a causa de la tuberculosis y ello tiene un remedio que ha estado y está dentro de lo factible, ya es responsabilidad moral no abordar la cuestión y más responsabilidad si con ello se falta, no solo a deberes de caridad y patriotismo, sino que se desobedece una legislación justa y sabiamente dictada. Es una verdad inconcusa que es urgentísima la necesidad de esos centros de medicina social y demás medidas elementales — que nada suponen económicamente al lado de otros dispendios — que pongan infranqueable barrera a una en-

fermedad que aumenta como es lógico cada año en nuestra provincia, haciendo sus estragos principalmente entre la gente más humilde y desamparada de toda clase de recursos propios. El Dispensario antituberculoso es en Córdoba, cuya capital está llamada a ser o lo es ya, por la obra de su municipio, una de las más bellas y visitadas de España, algo de necesidad inaplazable no ya por que lo demanden unas cuantas Reales ordenes, razón muy *soberana*, si no porque lo exigen más firmes y altos deberes de humanidad y de altruismo.

Bien claro está el *deber* impuesto por la ley y el *derecho* (que por cuanto precede se juzgará si es o no excusable) que hay a exigir el cumplimiento de un deber requerido por una necesidad de gravedad creciente y a la que hasta ahora no se prestó en la provincia de Córdoba la más pequeña atención ni se aportó el más insignificante esfuerzo.

Y no se olvide que el Estado, dando ejemplo, se impone a sí mismo deberes y por ello presupuesta cantidades destinadas a subvencionar iniciativas provinciales en pro de la lucha antituberculosa, aparte los centros que sostiene directa y exclusivamente (sanatorios de altura y marítimos, etc.) Tenemos noticias de que durante el pasado año más de una vez acudió el Estado - Ministerio de la Gobernación, Dirección general de Sanidad - a la realización, con sus recursos, de estas iniciativas, alcanzando a veces su cooperación al 50 por 100 inclusive de los gastos de creación y sostenimiento (Enfermerías antituberculosas Victoria Eugenia). ¡A qué resultados, a qué rendimientos no podría llegarse si un poco de interés, de voluntad encauzase y movilizase esos tres pilares en que puede y debe cimentarse la organización de la lucha antituberculosa en nuestra provincia!

Otra entidad, de diferente carácter, existe - *es un decir* - por imperio también de la ley: *la Junta antituberculosa*, que aquí lleva, desde tiempos ancestrales, una vida lánguida y perezosa, sin que jamás haya dado la más ti-

bia palpitación que revelase su existencia. Sus obligaciones son difusas y por esto le caben todos los aspectos de la actividad. Yo pienso que esta Junta es precisa y más tarde señalaré cuales deban ser en nuestra provincia sus más preferentes atenciones dentro de la campaña general antituberculosa.

La Junta debe existir pero hay que «resucitarla» aunque sea de sus propias cenizas ya que dispone de elementos muy valiosos que revitalizados darían grandes rendimientos y acabarían con la actual esterilidad de este organismo.

No sé, por otro lado, que existan Juntas locales en los pueblos de la provincia, las que deberían ser organizadas inmediatamente.

La Junta dispone actualmente de algunos fondos — absolutamente improductivos — y fácilmente podría acrecentarlos con sus numerosos recursos ya conocidos que hube de proponer a dicha entidad en una de sus últimas y ya lejanas reuniones.

No hemos de creer, terminantemente, que la lucha antituberculosa deba basarse en la limosna como no se basa en ella la lucha antipalúdica, la de la fiebre tifoidea, la escarlatina, la avariosis, el sarampión, etc. La donación voluntaria, la limosna debe ser una aportación eventual y complementaria destinada a ciertos aspectos y ciertas perfecciones de la campaña antituberculosa.

La caridad tiene campos variables de aplicación y rendimientos, según la muy variable psicología de las multitudes. En Inglaterra no hay ciudadano que no concurra espontánea y libremente al sostenimiento de una o varias obras de medicina social y así se ven por las calles de Londres, que recorría hace algunos meses, numerosísimos hospitales, verdaderamente suntuosos, sostenidos exclusivamente por donativos voluntarios. La caridad, el altruismo, sostienen en Bélgica, en gran parte, la lucha antituberculosa pero son ya precisas propagandas intensas y a veces enojosas para el público, para obtener el óbolo necesario.

En nuestra latitud..... es preferible el silencio. Rarísima vez, si alguna llegó a suceder, se oye hablar de que alguien se sintiese espléndido para una obra de cultura, de beneficencia o de higiene social. En los testamentos de los potentados no creo que sea frecuente la consignación de donativos para estas obras. Y, en fin, también es preferible no recordar en estas latitudes esa Fiesta de la Flor, esteril mendicidad de *rimmel* y guante blanco, flor y fiesta cada vez más marchitas que hacen se recluya en su hogar el poderoso y solo pise la calle el día del asalto el que por sus obligaciones no tiene otro remedio.

Pesimista y exagerada es, sin duda, la impresión: no vacilo en creer que a fuerza de educación se llegará a que la caridad sea una considerable aportación, *jamás la fundamental por sus tibiezas y oscilaciones*; a ella debe consagrarse la Junta provincial Antituberculosa, en la seguridad de que la constancia ha de llevarla al éxito y así poder abordar temas que dentro de la general campaña, deben serla precisamente encomendados.

Deseo huir de sensiblerías y así he de lamentar solamente que haya sido preciso que la ley impusiera un deber que debió brotar espontáneo en todas las conciencias, pero teniendo, que lamentar más aún, que ni aún impuesto se cumpla.

Hay una máxima inglesa que afirma que quien espera y necesita que se le señale su deber morirá sin cumplirlo. Pero mi optimismo me hace creer que no por haber tenido que ser señalado por deberes de mi cargo y por amor hondo y sincero a esta ciudad hospitalaria y nobilísima se dejará de cumplir sin treguas ni vacilaciones. La tuberculosis hiere mortalmente a más de seis mil personas cada año en nuestra provincia y casi todas las víctimas caen en una edad que empiezan a ser hombres fecundos con sus vidas para la prosperidad y la economía nacional, edad en que constituyeron un hogar y una familia que queda en el desamparo después de una inactividad de meses — meses angustiosos de lágrimas y de

privaciones — determinados por la cronicidad de una terrible dolencia.

Quede bien gravado en la imaginación de todos cuantos me han hecho la merced de escucharme, que la tuberculosis engendra la miseria, como la miseria engendra la tuberculosis. Existe formidable y cada día más pavoroso el problema y ya hemos visto como a atenderlo obligan primero la conciencia y luego la ley.

He dicho.

DEL MISMO AUTOR

- Conceptos clínicos y epidemiológicos de la peste bubónica.* (La epidemia Ceuta-Telúan 1916). Tesis doctoral.
- Necesidad y orientación de una política sanitaria.* Conferencia.
- La lucha antivenérea en Córdoba.* (Con fotografías).
- La defensa sanitaria de Londres.* (Notas tomadas con ocasión de un viaje de estudios sanitarios organizado por la Fundación Rockefeller).
- Bélgica. Sus instituciones de medicina social.* (Id. id.)

EN PRENSA

- Francia. Su ejército antituberculoso.* (Id. id.)
- Italia. La lucha antipalúdica.* (Id. id.)
- El problema de la tuberculosis en la provincia de Córdoba.*
(Trabajos publicados en la prensa diaria 1926-27).

