

Avances médicos y Deliberación en la práctica médica guipuzcoana 1900-1940

XABIER IBARZABAL ARAMBERRI

El estado de la *cuestión social* en Donostia y Guipúzcoa a principios de siglo XX

La primera y segunda década del pasado siglo se hallan señaladas por la gran escasez en todos aquellos servicios sanitarios, de ayuda social o condiciones de higiene elemental para los ciudadanos. Entre ellas la falta de viviendas que impide a los trabajadores y sus familias poder vivir con unos mínimos de dignidad. Este problema es detectado y comprendido por los médicos, como lo señala el médico Fidel Urbina¹, que aprovechaba la cuestión del hacinamiento de las familias para desmontar la creencia en la excelente imagen que de la capital podían tener algunos visitantes. La creación de *ciudades obreras* al estilo europeo comenzaba a sentirse como una necesidad básica para el acomodo de las clases trabajadoras.

1- Y lo cierto era que, frente al magnífico ejemplo que la ciudad ofrece a los visitantes foráneos atraídos por su turismo, la realidad de algunos de sus barrios se hallaba lejos de esta modélica situación. La elitista imagen que ofrecía la ciudad durante sus veraneos no podía ocultar fatalidades graves como el incremento en el número de afecciones intestinales y la consecuente mortalidad infantil durante el período estival, debido en parte a un deficiente control de las aguas. La situación de decadencia que sufren algunos de los barrios de la ciudad es otra muestra que refleja esta situación, y que se ve reflejada por la preocupación del Ingeniero Jefe del Ayuntamiento de San Sebastián² al describir la realidad del barrio de *Sagués* como:

(1) Luengo Teixidor F: *Crecimiento económico y cambio social Guipúzcoa 1917-1923*: 300.

(2) Archivo Histórico Municipal AHM: SA Neg 18: 2332-29 1926.

El abuso que sus propietarios hacían de él, sin suelo pavimentado y con cantidades de basura y detritus por las calles que lo convertían en un lugar carente de salubridad e higiene.

Las críticas del responsable municipal dirigidas a sus *propietarios* lamentaban la impunidad de la que hacían gala sus propietarios. Por otra parte, la falta de concienciación por parte de la población en general por mantener una adecuada higiene en la ciudad se hacía palpable en el empeño en desatender las instrucciones municipales que exigían cubrir las carnes expuestas³ en los mercados durante todo el año. En el ámbito rural resultaba difícil controlar los brotes de *glosopeda* entre la cabaña animal del barrio de Igueldo en 1928, sin olvidar el crónico problema de la persistencia de ratas que denunciaba el responsable sanitario del puerto de San Sebastián - Pasajes, Ezequiel Porta⁴, y cuya causa más llamativa era el acumulo de basuras y alimentos en los almacenes portuarios; un gran problema de salud.

2- No eran los únicos problemas; la mala alimentación de la clase obrera durante esas décadas, problemas de abastecimiento en los alimentos complicaban enormemente la situación, todo ello se halla agravado por las consecuencias que la I Guerra Mundial había originado.

Estimulados por todo ello médicos como Urbina, Maeso, Sansinenea y tantos otros más, son conscientes de estos graves problemas que atenazan a la sociedad donostiarra y guipuzcoana en general, perciben como pocos que las diferencias sociales son enormes y que el pobre acceso a la higiene y los servicios médicos de una buena parte de la sociedad eran un gravísimo problema que podía acarrear funestas consecuencias.

3- Dentro de esta gran necesidad, la medicina tenía que progresar, era necesario ir adquiriendo y aplicando los nuevos conocimientos que la medicina iba descubriendo: la quimioterapia para las enfermedades de transmisión sexual, las transfusiones de sangre para ayudar a mejorar la moderna cirugía, la aplicación de radioterapia para el cáncer, sin olvidar la insistente campaña a favor de una higiene adecuada, la lucha contra el alcoholismo y la mejora en las condiciones de trabajo. Los médicos actuarán en ocasiones como denunciantes de la situación social, tomando posición sobre algunas cuestiones sociales importantes como la desestructuración familiar que se observa en la

(3) AHM: SA 18: IV: 2332-29 1926.

(4) Porta E: *La lucha contra las Ratas en el Puerto de Pasajes* Guipúzcoa Médica 1932: 181.

provincia por la masiva industrialización. Pero en otras ocasiones actúan como pequeños héroes a la hora de remediar algunas situaciones urgentes. Así se veían ellos en 1921⁵ ante una epidemia en la localidad de Rentería:

Como consecuencia de la epidemia variolosa que se presentó en la inmediata villa de Rentería, hoy afortunadamente estacionada y de tres a cuatro casos que hicieron su aparición en la capital, se procedió a la revacunación en masa de los habitantes de la villa y de millares de personas de San Sebastián, hospitalizándose a todos los enfermos, con cuyas medidas se conseguirá la total desaparición de tan repugnante dolencia....., merecen un aplauso los dignos compañeros y los de la capital que en esta ocasión como en todas las que se requiere su desinteresado concurso, han demostrado su actividad y su amor a la humanidad. Una profesión de excelencia, que muestra lo que pocas pueden enseñar como es el amor a la humanidad.

4- Falta por reseñar un aspecto todavía incipiente pero decisivo para el diseño de la atención sanitaria guipuzcoana, especialmente la donostiarra, como fue la creación de clínicas privadas. A ellas acudirán a recibir asistencia la nueva clase emergente de la capital; completando su proceso de distinción y segregación social cuando se trata de recibir asistencia sanitaria. Durante esas décadas comienzan a percibirse con nitidez en el hospital público un elevado grupo de *enfermos distinguidos*⁶, aquellos que pagan por su atención en el hospital público, pero que experimentan la *necesidad* de recibir un trato especial y, sobre todo, que necesitan hallarse segregados de los demás. Esta nueva demanda de *atención distinguida* servirá de justificación para que algunos médicos de la capital compatibilicen su labor en el hospital público con la asistencia privada en las clínicas que ellos mismos comienzan a diseñar y construir. Surge una nueva y curiosa mezcla de médicos y propietarios.

La medicina etiológica: los inicios para una nueva comprensión de la medicina, la pregunta por la causa de la enfermedad

La lucha contra la infección, contra las enfermedades infecciosas y contagiosas, estaba llamada a dar pasos de gigante desde que la medicina centra su interés en esta cuestión. El Congreso de Madrid de 1903 daba su aprobación a una nueva comprensión del hecho de enfermar: las enfermeda-

(5) Notas Varias: Guipúzcoa Médica 1921: 30.

(6) Roquero Ussía M^a R: *La Beneficencia en San Sebastián*: 332.

des, en buena medida, eran causadas por agentes externos⁷ que podían ser identificables y tratables y, los remedios a aplicar se hallaban también en el exterior, en la mano del descubridor. El éxito que a partir de la quinta década del siglo se observó con los antibióticos para combatir un gran número de infecciones nos da una buena muestra de todo ello. Hay un antes y un después en el tratamiento de las neumonías, la sífilis, la meningitis y la tuberculosis y, sobretudo, en los resultados obtenidos si los comparamos con los fármacos anteriormente usados. Pero todavía no se había llegado a esta situación, nos encontramos en un período de tránsito; se habían plantado las primeras bases para una actuación definitiva.

Un exponente práctico de esa fase de transición para tal comprensión fue el descubrimiento del Salvarsán. Su descubrimiento y aplicación práctica contribuyeron a tratar por primera vez de manera efectiva los síntomas de la sífilis, probablemente el curso de la enfermedad y modificar la *moralidad* que acompañaba a la enfermedad sifilítica, demostrando que la enfermedad afectaba a todos los estratos de la sociedad por igual. El Salvarsán era presentado en el Congreso de Medicina Interna de Wiesbaden⁸ el 19 de Abril de 1910 por Erlich. El arsenical *Salvarsán* había resultado eficaz en 24 personas afectadas por sífilis y era conocida como una de las *balas mágicas*, la 606. Sin duda, un hito histórico para la medicina y para la sociedad en general. Las enfermedades infecciosas eran abordables y curables. No solo se asentaba el concepto de medicina etiológica en donde la búsqueda de la causa era decisiva, sino que la capacidad de intervención en el ser humano se incrementaba por primera vez de manera notable.

El tratamiento de la enfermedad: *Apertura al exterior de la medicina*

En realidad, no sólo se trata de un notable descubrimiento médico, se trataba de una manera de abordar el problema de la enfermedad infecciosa grave desde una *apertura al exterior*; la medicina tomaba contacto con una realidad desconocida hasta hacía poco tiempo, la de los agentes infecciosos como causantes del malestar humano y la enfermedad.

Esta *apertura al exterior* clausuraba todo un largo período de práctica que había centrado su interés en la *lesión* y en el *órgano* como causantes del malestar. Lo habían señalando algunos autores como el Dr. Aznar⁹ al descubrirnos

(7) Ibarzabal X: *La Irrupción de la medicina etiológica en la profesión médica. Crisis y renovación del pensamiento médico Gipuzkoa 1900-1940* Boletín RSBAP LXII-1-2006.

(8) Watson P: *Historia intelectual del Siglo XX* p 122.

(9) *Irrupción de la medicina etiológica*....Op cit p 124.

que: *casi todos los síntomas tienen significación plurívoca*, un síntoma no expresaba una enfermedad, sino que, al contrario, un síntoma tan común como el vómito podía responder a diversas enfermedades, y los *quistes hidatídicos no provocan síntomas* hasta que su desarrollo era enorme y los *cánceres pasan desapercibidos*. Si esperamos a los síntomas, estos pueden no aparecer, aparecer tardíamente o manifestarse insuficientemente. En definitiva; la medicina no podía continuar esperando a que los síntomas le guiasen, más que una buena guía podía resultar un engaño que ocultase la enfermedad y su desarrollo resultando imposible llegar a tiempo. Se iniciaba un proceso de *desengaño*; la *Naturaleza* puede pasarnos muy malas jugadas, de lo que ya se había percatado la ciencia moderna con las geniales aportaciones de Copernico y Newton, pero todavía podían ser más graves para el hombre cuando de la salud y enfermedad de los seres humanos se trataba. La llamada *falacia naturalista* tenía, en principio, los días contados para la Medicina, de la misma manera que lo habían tenido para las otras ciencias.

Pero otra *apertura al exterior* igual de significativa e importante había comenzado a producirse; consistía en hacerse cargo, y remediar en lo posible, el mayor número de calamidades humanas que afectaban a la sociedad. La medicina tenía que ser eficaz, las enfermedades comunes, las corrientes, eran de sobra conocidas por los médicos y demasiados sacrificios habían supuesto. Había que comenzar a ser eficaces. Para alguna de ellas, como la tuberculosis, todavía no había llegado el momento de lucha efectiva, aunque la sociedad le había decretado una guerra sin cuartel desde hacía años. Para otras, como las enfermedades de transmisión sexual, las perspectivas eran más halagüeñas. Así lo creían por entonces.

El tratamiento de la sífilis: entre el optimismo y los nuevos problemas

Bien pronto se comprobó como el nuevo tratamiento, el *Salvarsán*, no despejaba algunas cuestiones y, además, daban lugar a nuevos problemas. Pese al prestigio del nuevo descubrimiento y la confianza ciega que muchos médicos depositaron en su eficacia, la realidad de la práctica clínica revelaba nuevos problemas de difícil solución¹⁰: la información y consejo médico sobre la posibilidad de contraer matrimonio, el tiempo de espera preciso para poder contraer matrimonio tras un período de tratamiento, o el manejo en la discrecionalidad de la información. Todo ello dependía en buena medida, de la eficacia del tratamiento.

(10) Discurso del presidente de la Academia Médico Quirúrgica de Gipuzkoa el 19 de Noviembre de 1922, citado en Ibarzabal, X: *Profesión y Ética Médica en Gipuzkoa 1900-1940* Boletín RSBAP 2004 LX 2 p 581.

Pero entre todas las nuevas dificultades aparecidas conviene señalar a una como la más grave: la gran frecuencia de complicaciones derivadas del tratamiento, la aparición de nódulos dolorosos, urticarias y reacciones anafilácticas que en ocasiones exigían la toma de enérgicas medidas como la aplicación de adrenalina para evitar la muerte del paciente. La aparición del *Neosalvarsán* hizo renacer la esperanza en que estas calamidades desaparecieran, aunque la experiencia y el paso de los años evidenciaran lo contrario; todavía en la década de los cuarenta la aparición de agranulocitosis secundaria al tratamiento era una de las complicaciones más temida, obligando a largos ingresos hospitalarios y transfusiones de sangre, cuando no era la muerte del paciente la que ponía fin al problema.

Pero lo que sí se consiguió fue la introducción en la sociedad y entre la clase médica la idea de que la sífilis podía encontrarse al final de su recorrido devastador por la humanidad desde hacía tantos siglos; la sífilis formaba parte junto a la tuberculosis y el alcoholismo de una *triada atroz* para la humanidad. Una autoridad médica del momento como Sainz de Aja confiaba en que aquella generación fuese la última en padecer la enfermedad, opinión compartida por el reconocido médico donostiarra Senra¹¹. Lo que por aquel entonces se traían entre manos los médicos europeos, los guipuzcoanos entre ellos, era la posibilidad real de erradicar una de las enfermedades más temibles y más mortíferas de la humanidad que, además, formaba parte de las enfermedades comunes, las de la vida corriente.

Se trabajaba con una nueva y formidable hipótesis científica y un cierto grado de evidencia empírica por la que los productos arsenicales mejoraban notablemente el curso de la enfermedad de contagio sexual. Pero lo que faltaba por conocer seguía siendo muy importante, faltaba conocer la evolución natural de la sífilis; desde la infección primera hasta las últimas manifestaciones representadas por las graves consecuencias neurológicas que ofrecían muchos enfermos.

Se partía de una hipótesis científica incompleta, no adecuada a la realidad. El optimismo del Dr. Senra¹² en 1934 no estaba completamente justificado: *La sífilis la podemos considerar como una infección perfectamente conocida, por la posibilidad exacta de su diagnóstico y por la eficacia real de su tratamiento que permite su curación siempre que se aplique de un modo*

(11) Opinión del Dr. Senra publicada en Gipuzkoa Médica de 1925 citado por Ibarzabal, X: *Profesión y Ética Médica en Gipuzkoa 1900-1940* RSBAP 2004 LX 2 p 580.

(12) Dr. Senra *Sífilis* Gipuzkoa Médica 1934: 90-98.

precoz. Todavía más: no puede considerarse (la sífilis) una enfermedad incurable, ni tampoco horrorizarse por su diagnóstico.

Pero sus esperanzas se ven entorpecidas por una realidad que se muestra obstinada en ofrecer resultados poco animosos: los datos estadísticos que arrojan los médicos de la Sanidad Pública. El año 1933 se han detectado 926 casos nuevos y el año 1934 son 5071 varones y 1849 las mujeres atendidas por los dispensarios guipuzcoanos y se han practicado 6.500 revisiones a prostitutas¹³. Pese a estos datos que nos hablan de una gran atención e interés, la impresión que transmiten sus responsables es pobre: *falta la suficiente propaganda sobre la proliferación de medidas profilácticas y la prostitución clandestina escapa a cualquier control*. En 1935¹⁴ se vuelve a recordar el mal control que sobre la prostitución callejera existe, su seguimiento es irregular y el abandono del tratamiento es frecuente, sospechándose la poca conciencia que de la enfermedad tienen un buen número de mujeres y hombres que practican esta actividad al objeto de sanear su empobrecida economía. Resultan patéticas las descripciones que los médicos realizan de esta cuestión. En San Sebastián¹⁵: *a causa de la pobreza, se practica el coito callejero a determinadas horas de la noche, grupos de mujeres toalla en brazo ofrecen sus servicios y los practican en la misma calle, sirviéndoles de bidet la misma prenda*.

Esta dura descripción encerraba una realidad social que englobaba la explotación de la mujer, la pobreza, y lo que para algunos médicos era lamentable como la falta de sensibilización de los afectados por su verdadera situación. La insistencia de los facultativos por hacer llegar a todos los afectados las medidas profilácticas, convencer a las autoridades del escaso control sobre la prostitución callejera, y el atroz descubrimiento de que su ejercicio puede encontrarse esporádicamente en diversos grupos de mujeres por causas diversas, les resulta frustrante.

Lo que se conoce en estas fechas es que hay una causa que produce una enfermedad y, además, lo que los médicos norteamericanos lograron averiguar con el experimento Tuskege fue el *cómo* se producían las fases consecutivas de la enfermedad, desde ese primer contacto hasta aquellas aberrantes formas de demencia y parálisis. Independientemente de que la penicilina curase la enfermedad.

(13) *Lucha antivenérea en Gipuzkoa* Guipúzcoa Médica 1934 Sección Profesional.

(14) *Gipuzkoa Médica* 1935: 164.

(15) *Ibidem*.

Es aquí donde el optimismo del Dr. Senra no está ajustado a la realidad, por mucho que su ánimo fuera encomiable. Ni su conocimiento ni su tratamiento serán completos hasta transcurridos varios años de finalizada la II Guerra mundial, ni mucho menos sin tener en cuenta la aparición de los antibióticos y la decisiva participación de la industria farmacéutica norteamericana. La combinación de estas posibilidades conseguirá el acceso de la penicilina a unos precios asequibles para la mayor parte de los ciudadanos, para lo que también hará falta el concurso de las instituciones públicas sanitarias.

Esto tiene su importancia práctica debido a que con el paso de los años y de manera progresiva lo que realmente interesará es, una vez respondida la pregunta por el *qué* causa la enfermedad, el *cómo* suceden las diferentes fases de la enfermedad. Esto resulta hoy más que evidente cuando nos referimos a las enfermedades neoplásicas en las que la pregunta por la causa ha dado paso a otra nueva fase; lo decisivo es intervenir con diferentes estrategias, incluso con la combinación de diversos tratamientos. No se trata de abandonar la pregunta inicial, lo que interesa es plantearse por el *cómo* actuar de manera decisiva. Esta nueva mentalidad ya comienza a observarse en las alternativas que algunos médicos guipuzcoanos ofrecen contra el cáncer.

Maternidad e Infección puerperal

En íntima conexión con la infección como causa de muerte se hallaba el problema de la mortalidad en el alumbramiento y la necesidad de mejorar todo lo relacionado con las enfermedades de la mujer, la atención al parto y el cuidado del recién nacido adquirirían una gran relevancia. La lucha contra la infección puerperal originaba una gran preocupación en la sociedad española. La *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*¹⁶ cifraba en 2.000 el número de mujeres puérperas que fallecían. Este problema, como determina el autor, tenía un origen claramente infeccioso ya comprobado por la manipulación y exploración de las parturientas a las que se les trasmitía material putrefacto o descompuesto. La realidad enseñaba que pese al conocimiento empírico y la relativa facilidad de evitar las graves complicaciones que se generaban, todavía no existía el suficiente convencimiento entre los sanitarios de tomar las medidas profilácticas. La realidad enseñaba, además, que la inmensa mayoría de partos eran atendidos por comadronas sin apenas conocimientos y experiencia y la ausencia de prácticas ya reconocidas como evitadoras de esta

(16) Larrainzar C M: *Estado actual de la Profilaxis de la infección puerperal* Gipuzkoa Médica 1930 p 256.

catástrofe humana: el olvido del uso de guantes estériles, el abuso en la práctica de irrigaciones, el olvido en la identificación patológica de las leucorreas, las exploraciones ginecológicas innecesarias. Estas denuncias ponen al descubierto que, si bien es cierto que el concepto de enfermedad infecciosa ha penetrado en la mentalidad del médico del siglo XX, no lo es menos que todavía siguen vigentes viejas prácticas de riesgo que arruinan el futuro de vidas humanas.

Un ejemplo de la importancia y gravedad que alcanzaba en ocasiones la atención médica durante el alumbramiento se expresa a la perfección cuando se trataba de atender las hemorragias del alumbramiento. Probablemente uno de los momentos más dramáticos en la práctica médica. Así lo relataba un facultativo en 1920¹⁷:

Todos habéis sido testigos y protagonistas de esos episodios trágicos en los que existen dos víctimas, el partero y la parturienta; es difícil imaginarse el papel depresivo y bochornoso del médico que rodeado del ambiente hostil se muestra cabizbajo y derrotado con la placenta que acaba de extraer en una mano y la parturienta muerta después de haber lanzado con voz potente la imputación sin réplica: “que me está matando”.

Esta brutal descripción pone al descubierto el dramatismo de la situación, la dificultad por atender adecuadamente a las mujeres durante el alumbramiento, la preocupación que generaba su atención y la hostilidad con que eran recibidos los médicos en ocasiones. Si trágica parece la descripción que relatan los médicos, de sumamente arriesgada parecen las intervenciones que realizan los médicos para remediar la situación, las medidas utilizadas para paliar las hemorragias resultaban violentas en extremo. Todo ello no podía pasar desapercibido al interés del municipio que en 1932 planea la creación de una *Maternidad* y rápidamente coronada su terminación con éxito en 1933 bajo la dirección del prestigioso arquitecto Cortazar; se contrata al Dr. Arrillaga la dirección médica del centro, y señalaba algunos de sus objetivos de manera concisa.

: atienda facultativamente y de la debida asistencia a las mujeres en sus enfermedades genitales, mejore la generación, el cuidado del embarazo, los problemas de los partos distócico....., extendiéndose su actuación a las mujeres pobres que bajo ningún pretexto podrán abandonar a sus hijos.

(17) Academia Médico Quirúrgica Sesión del 3 de Marzo de 1920 *Hemorragias del Alumbramiento*.

No podía faltar la preocupación por cumplir con la función social que rodeaba esta atención médica. Las madres solteras podían permanecer en el centro durante 3 meses para favorecer la lactancia de sus hijos y combinar con su trabajo habitual. La dirección del centro pretende que jóvenes médicos adquieran formación en la nueva maternidad.

La lucha contra la mortalidad infantil

Evitar la gran mortalidad infantil se convierte en objetivo a conseguir durante el siglo XX como nunca lo había sido con anterioridad. El motivo de este nuevo auge lo explicaba el Dr. Sansinenea¹⁸ como el resultado:

del espanto que producía la industrialización masiva que sufrían las ciudades modernas, han creado una civilización que les ha hecho abocara ellos mismos a una inferioridad biológica progresiva.....la misma civilización debe darles medios para que luchen contra esos males.

Ciertamente que la masiva y caótica industrialización que sufre la provincia –el autor lo puede comprobar desde su localidad de Tolosa– explique un incremento en la creciente aparición de patologías pulmonares en la infancia, pero no es menos cierto que la medicina había minusvalorado todo lo relacionado con la patología de la infancia, no la había tenido en consideración. En socorro de esta grave situación venían: *los pueblos civilizados, aquellos que tienen un exponente mayor de cultura, de la raza, sobre todo a favor del niño, y es entonces cuando se crea el concepto que traduce la palabra Puericultura, el cultivo del niño*¹⁹.

Cierto que se trata de un problema de *cultura*. Nuevamente son los países más avanzados los que ya están marcando el camino: *Alemania, Francia, Bélgica disponen de diferentes organizaciones puericultoras que, siendo particulares a cada país, buscan todas ellas el mismo fin de mejorar la raza, de producir una sociedad infantil con un gran coeficiente de salud, disminuir la mortalidad....., sobre todo el primer año de vida..., es un exponente de cultura dentro de los pueblos civilizados*²⁰. Los modelos que presenta como avanzados alcanzan a Italia y su gran esfuerzo realizado tras la Guerra Mundial y a la Rusia Soviética.

(18) Sansinenea JM: *Puericultura Estudios sobre Guipúzcoa* Guipúzcoa Médica 1933: 97-98.

(19) *Ibidem*: 98.

(20) *Ibidem*.

La vacunación antituberculosa infantil

Dentro de este contexto situamos la cuestión de erradicación de la tuberculosis, causa de muerte entre la población infantil. La medicina, la cultura médica, tenía mucho que decir sobre esta cuestión.

El Dr. Pesset²¹ en una conferencia pronunciada en 1928 sintetizaba bien la importancia y realidad de esta nueva oferta sanitaria. Existían, según el autor, dos modalidades de vacunas. La primera conocida como la *anti-alfa de Ferrán* de producción valenciana y a la que se le atribuían graves efectos secundarios, y la francesa de A. *Colmette* conocida como BCG cuya administración en Francia se acercaba a las 12.000 dosis con resultado satisfactorio. El autor reconocía que su implantación en nuestra provincia era todavía escasa, aunque prometedor, y ya insinúa un debate sumamente interesante para el futuro del desarrollo médico al insinuar la necesidad de realizar estudios comparativos entre personas vacunadas frente a las no vacunadas. Transcurridos pocos años, en 1932, la implantación de la vacunación BCG parecía una realidad con cerca de 6.000 vacunaciones en la provincia, momento en que el Inspector de Sanidad redoble sus esfuerzos por convencer a los médicos en la necesidad de vacunar a los niños. López Ríos²² afirmaba en la *Academia Médico Quirúrgica* lo siguiente:

Es una responsabilidad moral, si por negligencia, falta de entusiasmo, desproveemos a los recién nacidos que nacen de esa gran arma que la ciencia pone en nuestra mano. La BCG ha hecho prueba , nuestros clientes podrán echarnos en cara cuando sufran en su casa los perjuicios de su caso de tuberculosis y lo comparen con la indemnidad de un vecino.

Una primera muestra de cómo va cambiando la práctica médica y las nuevas obligaciones médicas: existen nuevos recursos médicos de alta resolución, son eficaces para curar terribles enfermedades; luego generan nuevas obligaciones morales, es la ciencia con sus conocimientos la que nos empuja a actuar.

Profilaxis diftérica

De manera diferente sucede esta que con la de la vacunación tuberculosa. Curiosamente las pocas citas que hallamos nos conducen a pensar en

(21) Pesset T: Guipúzcoa Médica 1928: 446-448.

(22) Discurso de López Ríos Director de Sanidad de Guipúzcoa en la Academia Médico Quirúrgica Guipúzcoa Médica 1932: 279-283.

su pobre implantación. Sansinenea²³ lo expresa claramente al señalar que: *hemos vacunado en algunos casos por demanda particular*; sin aclarar el médico el nivel social que demanda la petición ni el grado de consenso que existe entre la profesión médica sobre su uso.

Heredo sífilis

Si sobre lo anterior existen ciertas lagunas, sobre este viejo problema reina la incertidumbre. La duda al actuar invalida la toma de decisiones, en ocasiones las pruebas serológicas son negativas en los recién nacidos, y hay que pensar en otras cuestiones como el gasto, las incomodidades, y la preocupación que crea en los padres la duda sobre la enfermedad del hijo, antes de iniciar tratamiento. Sin embargo, la sospecha es que mueren un buen número de niños sin diagnosticar correctamente.

El problema de la meningitis

Otra de las preocupaciones de salud que afectaban a la infancia era la gran incidencia de mortalidad causada por las meningitis. El tratamiento que más se preconizaba por la época era el de los sueros y las punciones evacuadoras de líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, este proceder no ofrecía resultados tal y como publicaba la bibliografía médica española²⁴, ofreciendo desalentadores datos sobre esta cuestión: la aplicación frente a niños a los que no se les había tratado el suero ofrecían parecidos resultados: 42% de mortalidad frente a un 39,2%. La dimensión del problema adquiriría mayor complejidad al descubrirse en 1939 la existencia de 5 cepas diferentes de meningococos, con lo que la posible eficacia del suero quedaba más limitada y menos justificada. Los intentos por combatir la enfermedad se hallaban lejos de afrontar el problema de manera decidida; mientras tanto, tratamientos con *urotropina* y transfusiones de sangre se ofertaban como positivas, aunque la medicina científica de la época comenzaba a cuestionar estos procedimientos que perseguían medidas muy generales y poco concretas como una *vasodilatación* general o la *desaparición de los tabiques infecciosos* en el sistema nervioso. Comenzaban a conocerse los primeros efectos positivos tras el tratamiento con la *sulfapiridina* y las *sulfamidas*, que tampoco reunían especificidad, pero que representaron el inicio de la medicina efectiva contra las infecciones.

(23) Sansinenea JM: *La Gota de leche de Tolosa* Guipúzcoa Médica 1936: 134.

(24) Revista Clínica Española 1941: 161.

Medicina Higienista

Mujer, trabajo y cuidado de la familia

Un problema, el de la mortalidad infantil, que implicaba nuevas cuestiones como el del trabajo de la mujer fuera del hogar en las nuevas industrias que florecían por la provincia, que afecta a los hijos que cuiden de sus hermanos menores, sin olvidar las *insospechadas carencias de higiene* que se observaban en las *viviendas obreras*.

El Dr. Sansinenea lo expresaba gráficamente en 1933²⁵:

la mujer es admitida en la industria y, hoy, estando cerca de este medio industrial, se comprende pronto esta calamidad....., la necesidad que la mujer casada tiene de aportar su salario a la familia y hace que tanto el padre como la madre tengan la misma vida respecto al hogar; es decir, respecto a la prole infantil.....y a si se ve que en las familias en que el salario de los padres permitiera cierta holgura, holgura a reflejar en el bienestar de su prole infantil, no ocurre así, y el matrimonio tiene que confiar a otros, a veces a sus hijos mayores de 8 o 10 años, el cuidado de sus hermanos menores.

Obsérvese el grado de implicación que alcanzan las palabras del médico; sin afirmarlo de manera rotunda está reclamando un lugar propio para la mujer alejada de la fábrica. Son tan grandes las necesidades de higiene que necesita esta sociedad, son tan inhóspitas las casas que habitan los obreros y resulta tan *bárbaro* contemplar que el cuidado de los niños menores de un año quede en manos de criaturas de pocos años más, que la única salida social e higiénica a este problema reside en que la mujer se ocupe del hogar. Hay otros motivos médico-higienistas que pueden apoyar esa tesis como la es la bondad de la alimentación del niño con leche materna, esta idea llega a convertirse en el paradigma de la atención del niño. Afirmaba sin titubeos Sansinenea²⁶ lo siguiente:

*Y es ya conocido también que todo niño debe recibir por lo menos un mes a cinco semanas. Desde ese tiempo la crianza del niño que ha recibido el pecho materno se hace con facilidad y ya no es gran problema. En cambio los niños que no han recibido el pecho materno se hacen con frecuencia *distróficos* y la mortalidad es más elevada en ellos como parece indicar nuestra experiencia en la *Gota de Leche de Tolosa*. Fácilmente se deduce que la responsabilidad final termina por recaer en la mujer.*

(25) Discurso de López Ríos, op cit: 101.

(26) *La Gota de Leche de Tolosa*: op cit 1936: 132.

La interpretación de sus palabras excede con mucho la intención y propósito de nuestro trabajo, pero en lo que concierne a una moderna interpretación no resulta complicado aventurar que la labor del médico higienista le convierten en un médico moralista. Probablemente entusiasmado por los avances médicos del momento no acierta a hacerse una idea real de la condición de la mujer trabajadora²⁷.

El ambiente rural también debe ser regenerado

La labor del médico rural se ve impregnada con este nuevo protagonismo médico, debido en buena parte a que la medicina está en situación de ofrecer algo nuevo y poderoso a sus habitantes. Los médicos rurales sensibilizados en la lucha por la erradicación de las enfermedades infecciosas penetran hasta los domicilios de los labradores de manera jamás sospechada. La acción benefactora y saludable de la cal tiene que ser conocida por los que habitan en los caseríos. Basta escucharle a José M^a Arcelus²⁸, médico de Oñate, dirigirse en los siguientes términos: *¿quién no ha conocido la malignidad que revisten las enfermedades infecciosas y contagiosas en las habitaciones sucias y viejas que no han conocido la cal?*. Existen, además, poderosas razones para que esta nueva cruzada sea llevada a término, son razones culturales que justifican la persistencia de un país. Los habitantes de buena parte de los caseríos viven en malas condiciones higiénicas, lo que debe de cambiar. Ellos son²⁹: *la clase social que representa el nervio del pueblo vasco, la que menos influenciada está por influencias exteriores; donde se conservan la lengua, usos, costumbres y las características raciales de nuestro pueblo, clase que debe de despertar las simpatías y atenciones de las entidades directoras del país.*

El labrador, debido en parte a su ignorancia, vive rodeado de peligros que pueden ser solucionados con simples medidas de higiene: basta con eliminar las moscas durante el verano, clarear los cielos rasos de las paredes, limpiar las maderas o desinfectar los montones de estiércol que se acumulan en los caseríos. Todos estos peligros para la higiene de los caseros pueden ser solucionados de manera eficaz con la cal. Lo que resulta imprescindible es que las

(27) Sobre esta cuestión, la condición de la mujer trabajadora y su contribución al salario familiar, recomendamos Pérez Fuentes, P: *Ganadores de Pan y Amas de Casa. Otra mirada sobre la industrialización vasca*. Universidad del País Vasco 2004.

(28) Arcelus J M^a: *Higiene en los Caseríos*. Guipúzcoa Médica 1920: 265-266.

(29) *Ibidem*: 265.

Diputaciones, los Municipios y en general todas las Corporaciones deben de hacer propaganda en este sentido, empleando medios persuasivos y aun *indirectamente coercitivos* para realizar esta importante campaña. Se trata de dar continuados ejemplos que se extienden al correcto uso de aguas potables, la creación de los *pozos Mouras*. Y todo ello tiene una finalidad clara a juicio del médico: generar *buenos hábitos*. No podemos considerar estas afirmaciones aisladas del contexto médico-sanitario en que se vive; todo lo contrario pensaba la medicina³⁰: *El Municipio viene a ser la célula, la unidad sanitaria, de cuya agregación nace el órgano regional, así como la suma de los órganos regionales constituye el organismo administrativo central.....*, y en esta organización el médico, *el Inspector sanitario cumple un rol especialmente delicado, tiene que vigilar y pelear a diario para mantener en condiciones higiénicas los servicios comunales; tiene que reñir batallas continuas con sus convecinos para mejorar el estado deplorable de las viviendas rurales y urbanas, tiene que denunciar desde el primer caso la aparición de enfermedades infecciosas, tiene la obligación de llevar y comunicar, mensualmente, la estadística de morbilidad.*

Estas son algunas de las obligaciones que recaen sobre la medicina, en definitiva sobre los médicos inspectores que necesitan de la labor de sus compañeros que ejercen la medicina rural; una dedicación *mal recompensada económicamente* pero que es *sagrada*. Tan exigente consideran su misión y tan necesaria su labor que no dudan los médicos en general, y los que atienden a los padecimientos infectocontagiosos en particular, demandar de las autoridades provinciales y municipales que adopten todas las medidas que consideran necesarias. Esta toma de posición tan fuerte ante los padecimientos de los ciudadanos transforman a los médicos en moralistas decididos, que se atreverán sin rubor a clasificar las enfermedades bajo diferentes formas. Sin duda es una característica decisiva de la práctica médica de las primeras décadas del siglo XX. Pocas dudas les acarrea a los médicos utilizar la palabra *vicio* cuando se trata de la sífilis y sus estragos entre la población, y en este frente de lucha encontramos un amplio abanico que abarcan diferentes especialidades³¹ como las del Dr. Cuadrado, el Dr. Senra, el Dr. Echauz o el Dr. Arteche. Su implicación, que entonces parecía necesaria o cuando menos inevitable, les obliga a introducirse en la vida privada de las personas, en lo más íntimo de sus vidas,

(30) Murillo F: *Organización y Reforma de la Sanidad en la Región Vasco-Navarra*. Guipúzcoa Médica 1920: 377-382.

(31) Ibarzabal X: *Profesión y Ética Médica: op cit* Boletín Real Sociedad Bascongada Amigos del País LX (2) 2004: 571-599.

censurando o evitando matrimonios, o culpabilizando a los padres de las desgracias físicas que se observan en los internados para *heredosifilíticos*, sin olvidar la implantación de una higiene mental y física en los niños que eran la base de unos buenos hábitos para el hombre del futuro.

Una práctica médica que se ve necesitada de clasificar entre *culpables* e *inocentes* nos ofrece, probablemente, una medida más, del pobre desarrollo científico que había alcanzado la medicina del momento. El recurso a la moral tan apabullante sustituye la ignorancia en los conocimientos médicos.

Aunque una interpretación más detenida de todo ello se escapa de nuestro objetivo actual, si merece considerar la influencia que esta actitud ha tenido para futuras generaciones de médicos vascos y su influencia en la discriminación de los enfermos, en la aplicación de tratamientos o su negativa a proporcionarlos.

¿Medicina Agresiva?: La práctica de tratamientos invasivos

Es preciso detenernos con algún detalle en una cuestión que con el tiempo irá adquiriendo notable interés como son aquellos procedimientos médicos o quirúrgicos que comienzan a figurar en el arsenal terapéutico de los médicos guipuzcoanos. Una primera lectura de estas novedosas técnicas nos descubre que un nada despreciable número de médicos ha recibido formación en algunos de los centros médicos de vanguardia de Europa y EE UU, la resuelta habilidad en el manejo de idiomas de los médicos y la relativa facilidad con que algunos incorporan esos conocimientos a la práctica habitual resulta común entre los médicos guipuzcoanos.

Algunas prácticas de la época resultaban especialmente agresivas y ocasionan una mortalidad importante; pero probablemente la medicina que se practica en las primeras décadas del pasado siglo es una medicina agresiva en su conjunto, lo mismo en el medio vasco en particular que entre la medicina extranjera; probablemente mucho más agresiva que la que hoy denunciamos.

Si observamos todo lo relacionado con las hemorragias del alumbramiento comprobamos que la ausencia de sedación es una constante habitual, la agresividad de algunas maniobras exploratorias utilizadas resulta impactante y la mortalidad elevada. Parecidos resultados comprobamos cuando los remedios se emplean para curar los *meningismos* donde las repetidas evacuaciones de líquido cefalorraquídeo seguidas de la administración de diversos sueros son habituales, aunque aquí ya observamos que algunos médicos distinguen entre los tratamientos diferentes al distinguir términos *curativos* de los

denominados *paliativos* donde se utilizan algunas formas de sedación con los niños enfermos. Similares resultados encontramos cuando se trata de actuar sobre la sífilis y las blenorragias cuyos efectos secundarios resultan en ocasiones nefastos para las personas resultando afectadas de por vida en ocasiones. Las diversas formas de tratar la tuberculosis en sus diversas expresiones nos retratan un cuadro parecido.

La transfusión de sangre

Durante la sesión inaugural de la academia del año 1924 el Dr. Benigno Oreja³² presentaba a sus compañeros una larga exposición teórica dedicada monográficamente a esta cuestión. Tras un breve repaso histórico sobre las vicisitudes de esta técnica médica desde la I Guerra Mundial hasta ese año, Oreja hace una observación preliminar con una pretendida conclusión didáctica: la transfusión de sangre salva muchas vidas humanas, es un avance acompañante que complementa a la moderna cirugía, puede aplicarse a diversas situaciones en las que se halla comprometida la vida humana. Para todo ello aporta la experiencia de su uso en la Clínica San Ignacio de la capital, lugar donde ejerce su trabajo habitualmente.

Lo que pretende el autor, sobremanera, es emular a los ponentes del XXXII Congreso de cirugía celebrado en París³³ quienes: *han presentado un trabajo tan documentado, claro y preciso, que en mi concepto es el que más ha contribuido a simplificar y difundir este procedimiento terapéutico, del cual quiero ensayar, daros una idea esta noche.*

Los protagonistas, en opinión de Oreja, han conseguido eliminar de la práctica la técnica de la transfusión arteriovenosa y sustituirla por otra que *consiste en una pequeña sangría que a veces no sólo molesta sino que puede serle útil si es, por ejemplo, un hipertenso o de constitución pletórica.* En pocas palabras el ponente ha situado al auditorio en cuestiones clave, en un escenario práctico: la sencillez de la técnica y el beneficio que reporta no sólo al receptor sino al donante, según las circunstancias. La presentación es, básicamente práctica, y recuerda que *en los hospitales pueden encontrarse en abundancia entre los asistólicos, urémicos, etc.* Falta algo más, es preciso

(32) Oreja B: *Transfusión de Sangre* Sesión Inaugural del Curso 1924 a 1925 celebrada el 22 de Noviembre de 1924 Gipuzkoa Médica 1925.

(33) *Ibidem*: p 2 el autor nombra a Emile Jeanbrau, Victor Pauchet y P. Emile Weill como los mentores de dicha técnica.

recordar al auditorio que esta práctica no supone ninguna innovación arriesgada, y como prueba nada mejor que señalar a uno de los focos de la nueva medicina: en *América es habitual y hay una clase de donadores profesionales que no se dedican más que a este objeto, y suministran sangre cada 15 días sin que presenten signos de anemia consecutiva*. No andaba muy alejado de la realidad el urólogo donostiarra en sus afirmaciones; pocos años antes, el Dr. Urrutia durante un viaje realizado por los EE UU da fe de la extensión de esta práctica de manera protocolizada en el *St' Marys Hospital* de los médicos Mayo.

La conclusión que se deriva es obvia: tenemos una gran y novedosa oportunidad en nuestra mano que salvarán vidas humanas, hemos conseguido poner en marcha una buena técnica, causa beneficio a donantes y receptores y disponemos de los recursos necesarios. América es el ejemplo, les lleva ya unos años de experiencia y enseñanza y, para colofón añade: *en nuestra Clínica nunca nos ha faltado un donante*. El paso definitivo es establecer las indicaciones médicas, las quirúrgicas, las cantidades de sangre a suministrar, señalar algunos riesgos, los tiempos de transfusión; es decir, cuestión de que nuestros conocimientos y nuestra experiencia vayan señalando un protocolo de actuación. Se trata de un avance inevitable y en el que la medicina guipuzcoana debe emplearse; bien pronto los obstetras guipuzcoanos comunican su aplicación durante su asistencia a las hemorragias del alumbramiento.

La lucha contra el cáncer: la adquisición de Radium

El Instituto Geográfico y Estadístico señala que la mortalidad durante el quinquenio 1914-1918 en la provincia arroja la cifra de 752 casos³⁴. Comenzaba a ser *medida y evaluada* una nueva enfermedad que afectaba a la sociedad que se mostraba a través de diversas presentaciones y sobre la que la medicina no podía ofrecer resultados positivos.

Responsable de esta nueva situación era el resultado de varias circunstancias: la falta de atención de los médicos a esta nueva situación centrados como estaban en otras necesidades de salud, la existencia de otras demandas sociales y de salud que los ciudadanos consideraban prioritario. Nos ocupamos brevemente de la primera.

(34) *El Radium y sus Indicaciones. Utilidad de su adquisición por sus necesidades de la Provincia de Gipuzkoa*. Sesión del día 19 de Diciembre de 1919 Guipúzcoa Médica 1920: 126-129.

Una mentalidad médica centrada excesivamente en la causa infecciosa de la enfermedad, reconocible por unos síntomas, cuyo agente podía ser identificado a través del laboratorio, y sus efectos humanos y sociales claramente identificables por el contagio, no servían para explicar el origen y el abordaje de otras enfermedades, entre ellas el cáncer. Los presupuestos y estrategias utilizados para los primeros resultaban ineficaces para lo segundo.

El Dr. Goyare³⁵ resumía algunas de las dificultades existentes en la lucha y erradicación del cáncer: *El problema del cáncer no está bien enfocado ni resuelto. No ha interesado a la colectividad hasta el presente siglo por no tratarse de una dolencia contagiosa ni infecciosa.* Ciertamente, y como hemos podido comprobar, la preocupación por las enfermedades infecciosas ocupó por entero el interés de los sanitarios y muy probablemente la de los ciudadanos, que vivieron su dolencia sifilítica, gonocócica o tuberculosa como un verdadero estigma. En realidad, todavía en 1928, el médico Piñeiro³⁶ recomendaba a los médicos vascos insistir a las familias en que el cáncer no era contagioso, lo que nos da otra idea del temor a lo *contagioso-infeccioso* existente en la sociedad. Era una enfermedad que no se curaba con medicamentos, el autor lo relacionaba con el alcoholismo y la *avariosis* pero sin especificar más detalles, y los Rx eran, paradójicamente, causantes de tumores.

San Sebastián puede considerarse lugar pionero en la lucha contra el cáncer. La capital contó desde 1933 con un hospital monográficamente dedicado al estudio, investigación y lucha contra la enfermedad cancerosa. Su puesta en marcha contó con el patronazgo de la Reina, el apoyo de la Caja de Ahorros de Guipúzcoa y la Diputación. Pero antes de que la ciudad disponga de un centro monográfico dedicado a luchar contra esta enfermedad, algunos médicos de la ciudad comienzan a interesarse por este problema que llegan a preocupar y, sobre todo ocupar, la atención de la Academia Médico Quirúrgica. El interés prioritario se centrará en el conocimiento y posterior evidencia de que el Radium es un tratamiento eficaz para combatir la enfermedad cancerosa.

A partir de aquí el problema radica, a juicio de los médicos donostiarra, en establecer unas actuaciones prácticas. Si se desglosa el número de cánceres se observa que un elevado número tienen su localización en el aparato digestivo (hígado, estómago...), sobre los cuales la acción del Radium es nula; por el contrario, su resultado sobre los cánceres ginecológicos resulta esperanza-

(35) Dr. Goyare: *La lucha contra el Cáncer* Guipúzcoa Médica Sesión de 17 de Enero de 1928.

(36) Dr. Rodríguez Piñeiro Guipúzcoa Médica 1928: 88.

dora. Llevaban tiempo los médicos guipuzcoanos preocupados por los retrasos diagnósticos en esta enfermedad, según ellos debido en buena parte a la falta de importancia que las mujeres daban a la aparición de pérdidas de sangre. A partir de ahora la cuestión nuclear radica en una detección precoz y la aplicación de Radium. El siguiente problema consiste en la adquisición de Radium: *Siendo nuestra principal finalidad el que las clases pobres, las menesterosas, sean las primeras beneficiadas por la acción curativa del Radium.* Lo que a continuación señalan es que esa necesidad asistencial ya se encuentra cubierta para las clases acomodadas, pero la enfermedad se ceba especialmente entre las desfavorecidas:

*Las clases acomodadas encontrarán el alivio para sus males en los grandes Institutos del Radium, en opinión de los médicos, por lo que deducen que: debe ser la Beneficencia Pública la encargada de su adquisición; es decir, la Diputación*³⁷.

Pero el Radium es, además, el motivo por el que los médicos guipuzcoanos accedan a nuevos debates sobre alternativas al Radium, como sucede con la posibilidad de la sustitución del Radium por los rayos Rontgen³⁸. Años después dos médicos guipuzcoanos pioneros de la lucha contra el cáncer, los Drs. Irigaray e Iparraguirre, ofrecen sus resultados derivados de la aplicación del Radium sobre diferentes epitelomas, todos ellos tratados con Radium. En 1931 han tratado 11 epitelomas cutáneos, 3 epitelomas de boca, 4 de mama, 8 de mama, 8 de útero y otros más de recto. Los resultados que ofrecen varían desde aquellos que consideran de buena evolución a los que por retraso diagnóstico presentaron una evolución negativa. Entre estos últimos citan aquellas tumoraciones que son confundidas con la sífilis y son tratadas como tal. Reconocen haber tratado otras formas tumorales como los osteosarcomas o los linfosarcomas. Estos prolegómenos de la lucha contra el cáncer son especialmente importantes por cuanto ofrecen datos que señalan algunos de los pioneros de la lucha contra el cáncer y sus inmediatas preocupaciones. Una de ellas, debatir y extender las ideas que sobre el origen del cáncer se tienen. ¿Tiene el cáncer una etiología clara?. A contestar esta pregunta dedicaba Irigaray sus esfuerzos en 1932 durante una jornada de la *Academia Médico Quirúrgica*. A lo largo de su disertación va desgarrando un amplio número de teorías entonces en boga. Destaco una por su importancia: Para Fischer, ase-

(37) Ibidem: 129.

(38) Iparraguirre V: *¿Debe ser eliminado el Radium de la terapia del carcinoma uterino?* Guipúzcoa Médica Noviembre de 1921: 361-366.

gura Irigaray³⁹: *el cáncer es un problema en sí mismo, en oposición a la causa infecciosa, la célula tumoral es la portadora de la esencia de la enfermedad.*

En su opinión *la raza vasca es la que rinde mayor contingente a esta enfermedad* debido a sus hábitos alimenticios, por una parte, y a la mala alimentación, por otra. Pese a la hipótesis de que no se trata de una enfermedad infectocontagiosa se recuerda el desgraciado accidente que ha sufrido un médico interno de un hospital de París. El joven médico fallece de un tumor tras lesionarse mientras realizaba una toracocentesis en un paciente diagnosticado de linfosarcoma. La causa infecciosa vuelve a remover las ideas, pero asegura Irigaray: *no podemos atribuir a los virus su causa.*

Anestesia y Raquianestesia

Durante las primeras décadas del pasado siglo la anestesia raquídea había adquirido un gran desarrollo y la pericia de los cirujanos de todo el mundo es notoria. Buena parte de este éxito estuviese motivado por el miedo que infundía la anestesia general que se acompañaba de un buen número de complicaciones y fallecimientos.

Prueba de ello es el interesante artículo que publicaba el Dr. Eizaguirre y que se centraba en las anestесias para la cirugía torácica. Señala el autor⁴⁰: *Uno de los puntos más discutidos en esta cirugía no cabe duda que ha sido la anestesia a emplear y de las indicaciones de la anestesia local o general depende mucho el curso y resultado operatorio.....* El médico, tras su periodo en Munich en la clínica de Saueberg explica como: *aquel entusiasmo de hace pocos años por la aplicación va desapareciendo, creyendo en la actualidad que no debe practicarse en ninguna operación intrapleural en la que debemos maniobrar con el pulmón*⁴¹. Los riesgos de la anestesia local incluían la muerte frecuente por parada cardiorrespiratoria. El debate continuaba pero la realidad nos dice que para un buen número de cirugías como la abdominal y la urológica la anestesia local gozaba de gran consideración.

En 1934 un *Anonymus* de la publicación *The Lancet*⁴² ofrecía interesantes datos al respecto: por una parte hacía pública una serie americana sobre 1.420

(39) Conferencia Dr. Irigaray *Actualización en Cáncer* Guipúzcoa Médica 1932: 150-151.

(40) Eizaguirre E: *La Anestesia en la cirugía del Tórax* Guipúzcoa Médica Dic 1920: 423.

(41) *Ibidem*: 423-424.

(42) *The Lancet: Espinal Analgesia* 1934: 184.

casos, 75 de los cuales fueron cistoscopias y el resto para cirugía general; no se cita el número de fallecimientos, aunque se señala que los únicos que fallecieron fueron *pacientes con sepsis o con uremias avanzadas*; la otra fuente procede de una serie australiana con 2.050 casos en la que se afirma que no se produjo ningún fallecimiento. La Stovaina, percaína, novocaína eran algunos de los fármacos utilizados en todos los procedimientos. Buena parte de estos conocimientos habían sido asumidos por la profesión médica vasca. En 1932 el médico Leandro Martín Santos⁴³ hace uso de la tribuna que le proporciona la *Academia Médico Quirúrgica* para exponer una lección sobre *raquianestesia*. Su amplia experiencia la avala el haber realizado 2.076 intervenciones quirúrgicas con esta técnica, sin lugar a dudas una amplia serie.

Lo primero que realiza el médico y militar es una crítica a la poca atención que se le dedica a la anestesia en ese momento, lo que en su opinión es culpa atribuible a los cirujanos quienes confían esta práctica en enfermeros y personal no especializado, mientras se rodean de ayudantes médicos para las intervenciones quirúrgicas; una incipiente llamada a la necesidad de que la anestesia sea tratada como una especialidad diferente y practicada por los elegidos. Otra inmediata conclusión que transmite el ponente se contempla cuando afirma que cada centro quirúrgico es partidario de una u otra forma de anestesia sin que exista una idea común para actuar de manera ordenada. Confirma que la raquianestesia tiene numerosos detractores y no menos defensores y que resulta imposible comparar las diversas maneras existentes para llevar a cabo una raquianestesia.

Su experiencia parece amplia en lo que a la técnica y buena parte de ella se debe a su experiencia como médico militar en el frente de Marruecos. Como cirujano militar ha tenido la experiencia de intervenir bajo esta modalidad de anestesia con *estovaina* a pacientes polifracturados, heridas de guerra, lesiones hepáticas. Su opinión, claramente favorable a esta modalidad, le hace decir que no presenta más complicaciones que la anestesia general; y afirma con rotundidad que su técnica de anestesia no le ha originado ni una sola muerte. Aprovecha la cita para presentar la modificación de la *estovaina* por la *percaína*, suministrada por *Ciba*, anestésico con menos efectos secundarios nocivos que el anterior. En su dilatada experiencia son el vómito, la hipotensión y la *irritación bulbar* las causas más frecuentes que se pueden considerar.

(43) Martín Santos L: *Raquianestesia 2.076 Raquianestesis con Estovaina. Uso de Percaína en 70 casos*. Guipúzcoa Médica 1932: 204.

La Neurocirugía La neurocirugía comienza a ofrecer sus actuaciones. Probablemente se deba al Dr. R Bueno, que introduce la técnica aprendida en la Clínica Alemana de Foester consistente en el tratamiento quirúrgico de las epilepsias una de las primeras aportaciones en este campo.

El protocolo se ciñe a aquellas personas que presentan ataques de repetición, cada 15 días aproximadamente, se les pueda reproducir el ataque a través de una hiperventilación forzada. Previa *encefalografía* se procede a craneotomía, localización del foco irritativo y extirpación de la lesión con un electrodo. El facultativo advierte de la posibilidad de generar parálisis y otras lesiones. La ventriculografía, técnica diseñada pioneramente por Dandy en los EE UU, es una práctica conocida entre los cirujanos de nuestro medio. El Dr. Erquiza la refiere para diagnosticar y tratar un supuesto caso de tumoración cerebral en una niña de 12 años. El fracaso de la intervención es descrito por el médico de manera clara: *la complicación es la hipertermia maligna y la muerte*. Su eficacia *diagnóstica es dudosa* por cuanto la autopsia de la joven realizada por el Dr. LLombard no descubre ninguna tumoración en el cerebro de la enferma; se trataba en realidad de una hidrocefalia. El médico obtiene una conclusión importante ante este fracaso diagnóstico y terapéutico: *la ventriculografía no es tan inocua como algunos piensan*.

Sobre este parecer ofrecía sus impresiones el Dr. Bueno, discípulo de Foester, quien elogia de Cushing su gran habilidad quirúrgica y realiza una crítica al neurocirujano alemán que no aporte estadísticas sobre el resultado de sus intervenciones sobre los tumores cerebrales. Su exposición en la Academia Médico Quirúrgica⁴⁴ resulta en una amplia lección sobre la cirugía de los tumores cerebrales: se trata de una especialidad *considerada desconocida* y en la que los neurólogos deberían participar, el reto más importante lo representan los gliomas recordando que Cushing los denomina *bestia negra*. En cuanto al diagnóstico destaca la importancia de la historia neurológica y la exploración más detallada posible del sistema neurológico, resultando imprescindible la radiografía de cráneo. Llegado a esta cuestión ofrecía sus reservas a dos cuestiones como son: el rechazo más absoluto a los tratamientos sifilíticos por su absoluta inoperancia, siendo la radioterapia un tratamiento de elección posquirúrgico y proponiendo la cirugía con anestesia local (novocaína) como el tratamiento más aconsejable; siguiendo las indicaciones de Cushing. La técnica de Dandy ya practicada desde 1918 resultaba innecesaria, en su opinión, si el médico ya había realizado un diagnóstico focal de la enfermedad, y

(44) Ricardo Bueno: *Estado actual del tratamiento de los tumores cerebrales*. Guipúzcoa Médica 1931: 64 y 78.

la encefalografía practicada a través de punción lumbar resultaba sumamente arriesgada cuando se presentaban hidrocefalias. Las estadísticas que recoge en su disertación presenta un índice de mortalidad entre el 20% y 40%, siendo para las estadísticas de Cushing un 10%.

No andaban alejados de la realidad en esta cuestión, la técnica iniciada por Dandy⁴⁵ en los EE UU para el diagnóstico de los tumores cerebrales había recibido serias advertencias por parte de su maestro Cushing, debido a la mortalidad que generaba, pero debemos señalar algunas diferencias entre ambos medios sanitarios: este tipo de errores que en nuestro medio no tenían repercusión alguna, eran recogidos en la prensa norteamericana con gran lujo de detalles y la posibilidad de un enjuiciamiento por esta causa era factible.

Procedimientos invasivos pleuropulmonares

El Dr. Paulo Recondo⁴⁶ exponía en una amplia comunicación la eficacia de una nueva técnica que progresivamente se había extendido por Europa y España en la lucha contra la tuberculosis. Se trata del Neumotorax bilateral. Tras una meticulosa exposición sobre el procedimiento a seguir centra su interés en los riesgos de la técnica. Según la bibliografía que ofrece, el riesgo de provocar una perforación pulmonar es elevada, alcanzando a un 20% de casos según algunas series, la descripción de los síntomas que produce su técnica requería para su solución una gran pericia. Los datos que aporta de su experiencia personal resultan poco consoladores. De 13 casos intervenidos bajo esta técnica ofrece 5 fallecimientos, 3 mejoras, 2 sin resultados y 3 curaciones.

El Dr. Emiliano Izaguirre fue, sin lugar a dudas, un amplio conocedor de la tuberculosis y su dilatada actividad profesional lo destaca como un profundo conocedor de todas aquellas formas de tratamiento que iban apareciendo. Su reconocido magisterio le permitía publicar en las publicaciones de actualidad. En 1943 publica un trabajo en la prestigiosa revista dirigida por Jiménez Díaz⁴⁷ bajo el título de *Empiomas no tuberculosos* en el que una vez desgranado todos los aspectos fisiológicos y la clasificación de las diversas formas

(45) Sobre esta cuestión puede ampliarse en, Ibarzabal X: *Seguridad y Errores en la práctica médica: Lecciones de los Estados Unidos de Norteamérica* Aula de Bioética de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País 2003-2004: (5-6): 170.

(46) Recondo P: *Neumotorax Bilateral: sus indicaciones, Técnica, Complicaciones y Pronóstico* Guipúzcoa Médica 1934: 142.

(47) Izaguirre E: *Empiomas no tuberculosos* Revista Clínica Española 1. 942: 63.

de empiema, alude a una cuestión de máximo interés como era la realización de la *pleurostomia*. En su opinión, la técnica que había sufrido períodos de crítica y apogeo, probablemente su uso indiscriminado había llevado a la práctica de muchos errores y tenía indicaciones concretas. Resulta esclarecedor comprobar como va sintetizando las indicaciones con ejemplos prácticos. Viene a explicar el médico que de la misma manera que los cirujanos drenan los abscesos cuando se hallan ya maduros y organizados, el mismo proceder ha de contemplarse en este supuesto. Proponía, en definitiva, una práctica individualizada.

Avances y clarificaciones en la lucha contra la diabetes

En 1932 el médico F. Echauz⁴⁸ sintetizaba la gran aportación del descubrimiento en 1923 de la insulina como remedio eficaz en el tratamiento de la diabetes y dejaba al descubierto, a la vez, el desconocimiento de algunos de los efectos devastadores de la diabetes no contemplados. Su magisterio sobre la diabetes hubiera sido de gran interés de haber conocido el tratamiento de la diabetes con las insulinas lentas cuya primera aparición podemos situarla en 1935.

La lección de Echauz venía a expresar el estado de la cuestión que sobre la diabetes se tenía en la época y, además, sirve de test orientador sobre el estado de opinión médica de la época. Resulta sumamente interesante comprobar dos de las preocupaciones más importantes entre la clase médica de la época.

1. Que la diabetes, por sí misma, no era capaz de producir una muerte súbita como la creencia popular sospechaba. La diabetes era causa de muerte al generar tres situaciones distintas: el coma, la gangrena y las infecciones. No señala más. 2. Una no menos interesante cuestión resulta de la profunda modificación en el diagnóstico de la diabetes. El nuevo diagnóstico de la diabetes viene de nuevas pruebas realizadas en el laboratorio y que básicamente se reducen a dos: la *tolerancia hidrocarbonada* y la *hiperglucemia provocada*; abandonando la práctica de comprobar la presencia de glucosurias (azúcar en la orina) como era lo habitual hasta entonces. Esta nueva manera de diagnosticar supondrá una reclasificación de las diversas formas en que la diabetes ha sido contemplada hasta entonces. Los antiguos estadios de la diabetes: *para-diabetes*, diabetes *latente*, estado *diabetoide* de *Novoa* son refundidos en uno, siguiendo las pautas marcadas por Gregorio Marañón y que son denominadas

(48) Echauz F: La muerte súbita en los diabéticos Guipúzcoa Médica 1932: 140-143.

hiperglucemias aglucosúricas. Tenemos ocasión de comprobar como con la aparición de un eficaz tratamiento, la insulina, la medicina es capaz de reorganizar sus conceptos, desterrar viejas ideas y asentar unos pilares básicos en el tratamiento de la diabetes como son: el ejercicio físico, la dieta deja de ser tan restrictiva para los hidratos de carbono, y la insulina.

Sin embargo, a Echauz⁴⁹ le asaltaba una nueva duda: ¿Ha aumentado el número de diabéticos?, se preguntaba en un momento de su disertación. Su respuesta es negativa, no existen mayor número de diabéticos, estaban donde están ahora, lo que sucede es que ahora los podemos diagnosticar con mayor seguridad y podemos intervenir de manera más eficaz.

La otra novedad que enseña Echauz radica en desterrar definitivamente la idea de que la tuberculosis y diabetes puedan tener una causa común, y la misma idea se empeña en transmitir con la extendida idea entre la clase médica de que la sífilis y la diabetes tengan un origen común. Lo que realmente está sucediendo en la práctica clínica explicará Echauz⁵⁰ en su conferencia de 1933 es algo más simple y más preocupante a la vez:

Pero la sífilis adquirida se localiza muy raramente en el páncreas, hasta el punto de poder producir una diabetes; y, dada la extensión de ambas enfermedades, la asociación entre ambas es indudablemente lo que puede ocurrir en la mayoría de los casos.....y creemos con Escudero que cuando un diabético difícil de normalizar tiene recaídas inexplicables hay que pensar siempre en dos infecciones crónicas, que algunas veces pueden pasar inadvertidas: la tuberculosis y la sífilis.

Esta afirmación tiene un alcance mayor del que parece, los diabéticos se descompensan por infecciones que son las que hay que vigilar, mejor todavía, hay que pensar en ellas cuando un diabético se descompensa sin causa aparente. Va más lejos Echauz⁵¹ al recordar a sus compañeros que: *partiendo de un principio falso, algunos creen que la diabetes que se curan son las sifilíticas. Pero, ¿a qué llaman curación?. Nosotros sólo nos atrevemos a decir que de algunos casos que se han curado clínicamente. Ni la desaparición de la glucosuria, ni al rebajar la glucemia a límites normales nos autorizan a hablar de curación.* Termina Echauz parafraseando a Jiménez Díaz: *no se está*

(49) Ibidem.

(50) Echauz F: Diabetes y Sífilis (I): Comunicación presentada a la Academia Médico Quirúrgica el 11 de Noviembre de 1933 Guipúzcoa Médica 1933: 401.

(51) Ibidem: 403.

diabético, sino que se es diabético. La diabetes, como la sífilis, aseguraba Echaz, son enfermedades crónicas, lo serán para siempre, lo que sucede es que durante tiempo no somos capaces de diagnosticarlo.

Progresos en Cirugía: El “brillo” americano

En 1920 el Dr. Urrutia realiza una larga visita a Canadá y los EEUU con motivo de la celebración del décimo Congreso del *American College of Surgeons*⁵². Su testimonio resulta de gran interés por cuanto se trata de un cirujano eminente y colaborador del prestigioso *Instituto Madinaveitia* dedicado al estudio de Hepatología y cirugía digestiva. De este viaje a los EE UU y Canadá se sorprende el Dr. Urrutia al reconocer que es el único español que asiste a tan importante evento médico.

El impacto que le produce el viaje queda explícito desde sus primeras líneas. La perfecta organización que encuentra, la cálida acogida que le dispensan y la facilidad para acceder a cualquiera de los servicios que le interesan quedan patentes de manera expresa durante su exposición

: El primer centro quirúrgico de América (y del mundo) es Rochester, aldehuela perdida en el Estado de Minnesota, entre Chicago y Minneapolis.

Tras una breve, pero muy didáctica explicación sobre los orígenes del *St. Mary's Hospital* destaca su alabanza al trabajo realizado por la familia de cirujanos Mayo. La clínica quirúrgica de los Mayo se ha convertido en la *Meca* de la cirugía moderna, hasta allí acuden los más eminentes cirujanos del mundo, en particular de los EE UU y Canadá. En 1920 la expansión del centro quirúrgico resultaba imparable con una ampliación de 300 camas y ya ha adquirido un marcado carácter docente, en pocos años más son miles los pacientes que atienden entre sus tres centros.

Este desarrollo implica varias cuestiones decisivas para la medicina. La práctica médica se amplía y los enfermos comienzan a ser *clasificados* en médicos o quirúrgicos, lo que anima un desarrollo desconocido hasta entonces. Como consecuencia de la demanda el hospital se ve obligado a acelerar las altas médicas de algunos procesos como las apendicitis, y su seguimiento continua en hoteles que aparecen a su alrededor.

(52) Dr. Urrutia: *Notas de un viaje Médico-Quirúrgico al Canadá y Estados Unidos. Décimo Congreso del American College of Surgeons 12,13,14,15 de Octubre de 1920* Guipúzcoa Médica.

El desarrollo de la cirugía es completo abarcando a la cirugía general, bocios, vías biliares y ortopedia. El orden que percibe Urrutia en el *St. Marys* es apabullante a la vez que le inspira una gran confianza. De la práctica americana sorprende la metodología que allí se observa⁵³:

Antes de cada operación un asistente lee un resumen de la historia clínica, se muestran las placas o radiografías quedando expuestas en un megascopio durante la intervención....., siempre que se practica una exéresis un asistente del laboratorio de anatomía patológica, situado en el mismo piso, recoge la pieza y en un plazo que no excede los cinco minutos vuelve con el dictamen histológico. Los avances en anestesia son evidentes: *En esta Clínica, continúa Urrutia, se usa el éter como anestésico, casi exclusivamente, el éter administrado gota a gota con mascarilla (open drop method). El cloroformo es rechazado en absoluto como en el resto de las clínicas americanas.* Como prueba de ello ofrece los siguientes datos: en 1919 se practicaron 8.716 anestésias, de ellas 8.448 con éter, 46 con éter en combinación con novocaína, y sólo locales 292.

Discusión y Reflexión

Sociedad pobre, medicina pobre

El marco en el que se desenvuelve la medicina guipuzcoana se caracteriza por las evidentes necesidades de salud existentes para un buen número de ciudadanos. Las carencias en salud, en condiciones de vida elementales como higiene, vivienda o condiciones de trabajo son llamativas. Toda la provincia se halla inmersa en un proceso de industrialización que generará riqueza y ocupación para sus habitantes en el futuro, pero que durante décadas presenta una implantación anárquica, genera grandes desajustes sociales y problemas que hoy denominaríamos medioambientales inimaginables: papeleras, creación de hornos, vías de ferrocarril, uso de fertilizantes, o el obligado trabajo de la mujer fuera del hogar. Estos fueron algunos de los acompañantes a la industrialización y que fueron causa de problemas de salud.

Las mayores amenazas de salud están señaladas por la amplia extensión de las enfermedades de propagación infecciosas. La *noción etiológica* de la enfermedad se convierte en una poderosa tesis científica de trabajo para los médicos, pero que resulta incompleta por cuanto la ausencia de remedios terapéuticos convierten en fracasos las expectativas médicas de curación. La tera-

(53) Ibidem: 106.

péutica médica resulta ineficaz para la erradicación de las enfermedades, por más que algunos médicos nos hablen frecuentemente de curaciones, si bien es cierto que otros médicos utilizan un lenguaje más precavido. Una profundización de esta cuestión nos obligaría a valorar aspectos culturales sobre el concepto de salud y enfermedad de la época, labor que posponemos, pero ya adelantamos tendrá una gran importancia. Probablemente, conceptos como bienestar y salud han girado en torno a presupuestos hoy ya desaparecidos pero menos exigentes que en la actualidad.

Avances médicos y desarrollo industrial

Transcurridos varios años podemos comprender que para la erradicación de enfermedades como la tuberculosis o la sífilis fueron precisos la: 1- labor pedagógica de los médicos (la labor de los higienistas), 2- la aparición de los antibióticos eficaces y, además, 3- un desarrollo de la industria farmacéutica que facilitase el suministro efectivo de los mismos a la población. Este último aspecto, el desarrollo farmacológico, y su implantación en la sociedad merecerán un especial estudio.

Si nos fijamos que una vez la aparición de los mismos por la década de los cincuenta la pobreza y las necesidades continúan por las consecuencias de la guerra, podemos imaginar un duro panorama en lo que a la mejora de la salud se refiere. El período de necesidad, de atraso sanitario, de imposibilidad de curar las enfermedades más comunes para los hombres es muy amplio en el tiempo. Esto explica, en parte, que el médico recurra en aquella época a lo que ya conoce: hacer pedagogía en la sociedad, orientada a la población y a las autoridades para favorecer una buena higiene general, sanear los domicilios y caseríos, vigilar la potabilidad de las aguas, o favorecer los buenos hábitos que potencien las oportunas virtudes desde la infancia como exigía el Dr. Muguruza. Resulta un gran avance.

Toda esta ingente tarea resultaba en ocasiones arriesgada e ingrata para el médico, no comprendida por muchos de los ciudadanos, y acompañada de una carga de *moralidad* que se evidencia en algunas decisiones importantes para la familia, o para la mujer trabajadora obligada a abandonar sus hijos para obtener un salario. La labor de los médicos higienistas resulta imprescindible por cuanto son los llamados a vulgarizar el conocimiento científico de la época, demostrando y convenciendo a los ignorantes y a las autoridades los aprovechamientos de la nueva medicina, explicar la propagación de las enfermedades o las medidas más elementales de higiene. Y toda práctica médica lleva implícita alguna forma de moralidad, no hay ciencia sin valores.

Pero el advenimiento de tratamientos efectivos a partir de la década de los cincuenta irá anulando el discurso moral del médico, del mismo modo que la disminución de la mortalidad infantil con los nuevos tratamientos será la señal de que la pediatría se va implantando como una especialidad cargada de futuro. Cuando el valor añadido es tan fuerte en medicina hay que preguntarse siempre por la realidad del otro valor, el científico.

Academia Médico Quirúrgica y Deliberación Médica

La creación de la *Academia Médico Quirúrgica* representa un hito en la medicina guipuzcoana por varios motivos: El primero, y más importante, por ser el lugar donde los médicos pueden recibir formación, estar actualizados en los conocimientos y recibir la información de sus compañeros que acuden a los congresos internacionales. La revista *Guipúzcoa Médica* les conecta con la actualidad médica española e internacional. Todo esto representó un avance sin precedentes para la época.

Pero la *Academia* cumple otra función importante. Es el lugar de deliberación de los médicos, la práctica médica ha necesitado siempre del proceso de Deliberación⁵⁴, y la *Academia* fue uno de los lugares utilizados junto al no menos importante *Hospital San Antonio Abad* de la capital. Cumplían la misma función que realizan hoy las sesiones clínicas en los hospitales. En este sentido la práctica médica se ve claramente reforzada por la exigencia que el método de deliberación impone, lo que no siempre resulta sencillo. Debates médicos tan violentos como los acaecidos con motivo de la mortal gripe de 1918, cuestionándose los procedimientos utilizados por unos y otros ante semejante catástrofe humana, dan buena muestra de ello. Simplemente, la actitud de presentarse para dar cuenta de sus actos médicos, de su experiencia, conocimientos y resultados son hartos elocuentes.

Pero un proceso de deliberación siempre deja al descubierto más cuestiones de interés: la primera, la actitud con la que se acude; y aquí ya se distinguen quienes no están dispuestos a modificar sus tradicionales tratamientos, los que intervienen para dejar constancia exclusiva de sus conocimientos, o la

(54) Sobre esta cuestión, la Deliberación en Medicina, pueden consultarse los trabajos de Diego Gracia: *La Deliberación Moral: El Método de la Ética Clínica*. Medicina Clínica 2001 Vol 1; 17-01: 18-23. *Ethical Case deliberation and decision making*. *Medicine, Health Care and Philosophy* (2003) 6: 227-233. El interés por esta cuestión se ha aplicado a la medicina paliativa con un trabajo *Are the Ethics of Palliative care Culturally dependent?* *European Journal Palliative Care* 2003; 10(2) Supplement.

de los que simplemente aplican los nuevos conocimientos o técnicas que van adquiriendo en el extranjero. Y como no podía ser de otro modo sobresalen las figuras que son capaces de valorar la conducta de los compañeros desde el rigor científico. Todo esto queda al descubierto cuando un proceso de deliberación se pone en marcha.

Una medicina *basada en la experiencia* de cada médico sometida a la deliberación ofrece dificultades, suponía para algunos que poco tendrían que aprender, o que la tan celebrada *noción etiológica* de la enfermedad, aunque asumida científicamente, no se aplicaba correctamente cuando se trataba de evitar las infecciones del alumbramiento, o cuando los arsenicales se utilizan para otras indicaciones sin comprobación alguna. Un proceso de deliberación en el que todos pueden y deben de participar, aportando sus conocimientos y proponiendo los cursos de acción más oportunos. Un proceso, en definitiva, donde se comienza a valorar que cuando hay de verdad argumentación cesan las formas de autoridad.

Medicina Invasiva

A la medicina de hoy la catalogamos de agresiva y utilizamos términos como *furor terapéutico* o *encarnizamiento médico* cuando nos referimos a ella. Sin duda que nuestra medicina de hoy en día tiene mucho de invasiva, es capaz de penetrar en lugares inexplorados con anterioridad y obtener imágenes o pruebas de alta resolución inimaginables hace unos años. Pero de todo ello ya sabían bastante nuestros antecesores. Baste señalar que la técnica del gastroscopio ya era una realidad en el *Masachusset Hospital* en 1935 y probablemente con anterioridad en Alemania, el amplio conocimiento de algunos fármacos era sorprendente y lo mismo puede decirse de algunos procedimientos anestésicos. A nada que nos detengamos un poco a ver la manera de proceder de los médicos en las últimas décadas, comprobamos que sus métodos no son inocuos: la atención a las hemorragias que rodean el alumbramiento están llenas de una violencia y acompañadas de un índice de mortalidad elevado, el uso de algunos procedimientos quirúrgicos o las transfusiones de sangre se realizan en medios poco preparados como los caseríos, el uso de los arsenicales conlleva un grado de reacciones adversas muy elevadas y el uso de punciones evacuadoras de líquido cefalorraquídeo (LCR) para muchos tratamientos era lo habitual. Son pocos los procedimientos cruentos en los que se nos señala el uso previo de analgésicos o sedación, probablemente las terapias agresivas para el tratamiento de la tuberculosis y sus pobres resultados son otra muestra de estos procedes.

Nuevas tecnologías y procedimientos

El esfuerzo por adaptarse a los nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos comienza a notarse en la práctica médica de los médicos vascos de aquellos años.

- Las transfusiones de sangre merecían toda la atención por su importancia en mejorar la cirugía y salvar vidas humanas, su uso pronto alcanza al ámbito rural donde sus efectos son observables en la atención a las hemorragias del parto. Pero los avances dejan al descubierto otras cuestiones.

- La implantación y desarrollo que las anestésicas raquídeas adquieren son consecuencia, probablemente, del escaso manejo y perfeccionamiento de la anestesia general; cuyo perfeccionamiento está por llegar y mejorará la cirugía, y deja al descubierto otro déficit no menos importante, el que la anestesia se halla en manos de personas poco experimentadas.

- La adquisición del Radium representa un esfuerzo ingente por abordar un problema que ya se vislumbra como de gran magnitud y que ha permanecido oculto para los médicos, la decidida acción de médicos y autoridades resulta sumamente productivo. Su desarrollo incita a los médicos a iniciarse con otro lenguaje, buscar y comprender nuevas causas y, sobre todo, intervenir de otra manera; la cirugía de los tumores puede mejorarse con la radioterapia, y hay que pensar en plazos de curación.

- La moderna neurocirugía ofrece unos resultados desalentadores para los que las practican y en ocasiones gravísimos para los enfermos, las ventriculografías resultan mortales y plantea el problema de la seguridad en los tratamientos; Cushing sigue siendo el referente al ser capaz de ofrecer los mejores resultados.

- De alentador puede etiquetarse el tratamiento de los diabéticos tras la aparición de la insulina que modifica la concepción de la enfermedad, evita las dietas restrictivas y controla a los enfermos; el trabajo de la endocrinología española resulta esclarecedor y la conducta del Dr. Echaz ilustrativa y pionera. Sin embargo, todavía por aquellas fechas, se ve obligado a insistir en que diabetes y tuberculosis o sífilis no tienen una causa común; simplemente abundan en la sociedad. Hay ideas en medicina que se instalan con tal fuerza que su modificación resulta difícil, y desde esta perspectiva la labor de Echaz y otros resulta formidable. Dieta, ejercicio e insulina siguen siendo hoy los pilares de un adecuado tratamiento de la diabetes, y si añadimos que en 1935 ya se conocen las *insulinas lentas*, cabe pensar que el éxito fuera mayor.

En este panorama echamos en falta noticias sobre la aparición del electrocardiograma, la aplicación del gastroscopio o estudios y opiniones sobre

algunos medicamentos decisivos para el futuro como la digitalina en los trastornos del corazón. Todo ello induce a pensar en la necesidad de indagar en estos datos que complementarían estudios de esta época médica.

- Una nueva forma de hacer medicina comenzaba a introducirse en España, esta vez sin necesidad de usar herramientas ni fármacos y que, además, estaba llamada a revolucionar la relación médico-enfermo; se trataba del psicoanálisis y venía de la mano del Dr. Larrea⁵⁵. En un alarde de claridad expositiva ofrece algunas de las tesis del médico vienés sobre las luchas humanas entre los dos principios: el del placer y el de la realidad, y del resultado final de esta batalla surge la represión. Parece improbable que sus tesis adquirieran peso en la medicina del momento, no en vano el desarrollo de la psiquiatría española de aquellos años estuvo brutalmente influenciada por la Guerra Civil que se avecinaba y las tesis del bando ganador representadas por Vallejo Nájera. Probablemente la ciudad se convirtió en el lugar elegido para la impresión y difusión⁵⁶ de las tesis preferidas del momento que vieron la luz con dos títulos: *Psicopatología de la conducta antisocial*, *Eugamia: Selección de Novios*, y *Política Racial del Nuevo Estado*.

- El viaje del Dr. Urrutia es sumamente ilustrativo. Dos cuestiones a señalar importantes. Por un lado se comprueba como la medicina comienza a desarrollarse en especialidades médicas y quirúrgicas; lo que a su vez hace que las primeras experimenten nuevas especialidades. Comienza un proceso de *fragmentación* de la medicina, fragmentación imprescindible para poder atender correctamente una demanda cada vez mayor. La otra cuestión tiene que ver con la génesis de una nueva organización hospitalaria, con la creación de los nuevos hospitales, dotados de un concepto de gestión radicalmente nuevo.

Nota:

El autor agradece al Dr. Larburu, Hospital Donostia, su colaboración y crítica en la lectura y revisión de algunos de los textos utilizados para la elaboración del trabajo.

(55) Dr. Larrea: *Estado actual del problema del histerismo*. Lección de 24 de Octubre de 1931 Guipúzcoa Médica 1932: 57.

(56) Gracia, D: *El enfermo Mental y la Psiquiatría Española de la posguerra*. Conferencia inaugural del primer Seminario Nacional de Antropología Psiquiátrica. Hospital Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, Málaga.