

**UNIVERSIDAD DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

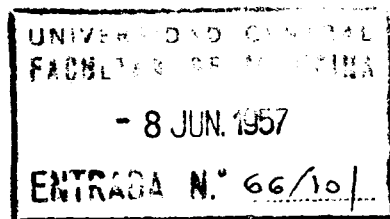
Estudio bio-bibliográfico del profesor Don Enrique Suñer

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

María Consuelo Brusi Méndez

Madrid, 2015

R. 52724.



TA 537

ESTUDIO BIO-BIBLIOGRAFICO DEL PROFESOR

DOM ENRIQUE SUÑER

TESIS DOCTORAL POR LA

SEÑORA DOÑA MARIA CONSUELO BAUSI



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315109458

le 16898692

RESUMEN BIOGRAFICO

Entre los licenciados de Medicina que al comenzar el siglo actual obtuvieron el grado de Doctor, en la Universidad Central, hallabase Dr. Enrique Sañer Ordoñez, nacido en Pasa de la Sal (Burgos) en 26 de Noviembre de 1.878.

Educado en un hogar cristiano, su padre, Médico teólogo, le ofrecia el ejemplo de una vida consagrada al trabajo profesional. Hijo único, nació cuando su madre tenia 46 años; ésta supo inculcarle hondos sentimientos religiosos que no le abandonarían nunca.

Cursó el Bachillerato con gran brillantez, manifestando aficciones literarias; sin embargo su madre, a la cual Sañer tuvo un verdadero culto, pensó y decidió que sería médico como su padre, pero llegando al profesorado.

Por esta razón, en 1.892, contando solamente con 13 años figuraba matriculado en el preparatorio de Medicina, por orden mater-

na. Suñer le dice claramente en su libro "El aprendiz de Médico". "Mi voluntad incipiente, mi orientación profesional no habían sido consultadas. Mi madre rectora de mi destino lo había decidido, y aquella firme voluntad femenina no admitía contradicción; Médico sería quisiese o no desagradase".

Los años de internado en el Hospital Clínico de San Carlos vieron para formar su personalidad, siendo, ante todo, un enamorado de su profesión, a la que consagra su vida desde los 13 años, según desprende de este pensamiento. "Para seguir la carrera de médico, es preciso tener un fuerte y equilibrado organismo, un cerebro excepcionalmente resistente sin que, al mismo tiempo, deba relajarse el don de la más exquisita sensibilidad moral. Equilibrio fortaleza espiritual ¡he aquí la más concisa síntesis de las virtudes galénicas!. Más adelante y ante el primer caso de muerte comprende la responsabilidad del médico y lo angustioso de su profesión.

Estudiante infatigable, sigue con gran interés las lecciones de sus maestros, de los cuales cuatro fueron los que más participaron en su formación científica: el Dr. Olérix, de anatomía, del cual escribió "un profesor de cuerpo entero, capaz de resistir todo examen comparativo con los colegas de su asignatura tanto en España como fuera de ella"; el Dr. Benito Hernández Catechístico de Terapéutica, del cual hace este comentario "uno de los hombres más curiosos y extraños, y discutidos que he conocido en mi vida". El Dr. Cajal "tengo como uno de los honores más grandes de mi vida el haber sido discípulo de Cajal", y el Dr. Amalio Jimeno, catedrático de Patología general y del cual fue ayudante. Sin un momento libre fuera de sus estudios y de la Facultad, ponía su ilusión en asistir a los mejores conciertos; fue un verdadero amante de la música, lo cual expresa de esta forma "Para una profesión tan realista y dura como la Medicina no hay au-

tífoto mejor que las aladas composiciones del pentágono y las taratas o sus señores de los acordes. El amor a la música es la consecuencia de un sufrimiento interno, de una aspera labor de un dramatismo constante, de un continuo esfuerzo que pide la compensación adecuada. La carrera médica vive en la realidad objetiva. El dolor sea físico o moral se hace carne. La objetividad de los síntomas -no admite paliativos. Esperanzas, alegrías, temores todo lo que forma la sensación está presente y palpitante ante los ojos del Médico. Por esto la vibrante realidad de la profesión, que incita al estudio de la verdad, repugnante ó agradable, siempre creada, busca en las armoniosas y veladas expresiones musicales el ideal que oculta las impurezas visibles y que hace soñar en mundos mejores".

El término de su carrera no es para él la meta sino punto de partida; su brillante preparación clínica y una profunda admiración y afecto hacia sus profesores despertó en él una gran voca-

ción hacia el profesorado. Cuando apenas tenía 24 años, obtuvo en 1.902, por votación unánime de los siete jueces del tribunal, la cátedra de Patología general de la Universidad de Sevilla, donde pronto se destacó con notables conferencias.

Después de ser Catedrático de Sevilla, obtuvo una pensión del estado para ampliar sus estudios en Alemania, negándose a figurar en dicho país como Catedrático, presentándose como un alumno más, y haciendo otra vez vida de estudiante. Obtuvo por concurso la cátedra de enfermedades, de la infancia de Valladolid que decidió su vocación hacia la Pediatría y no hacia la Patología general como al principio, en donde trabajó incansablemente durante 15 años, ejerciendo no solo la medicina, sino también la Cirugía infantil, y haciendo el mismo sus análisis, radiografías y autopsias.

Fruto de su gran labor en clínicas y laboratorios, visita a los enfermos, recogida de historias interesantes y de un trabajo sin descanso fué su obra en tres tomos Enfermedades de la Infan-

cia, a la cual en 1.934 añadió un nuevo fascículo dedicado a la fisiología del lactante.

En 1.921 obtuve la cátedra de Pediatría de Madrid, en donde coincidí en el claustro con su admirado maestro Cajal, aunque poco tiempo, momento que se grabó en su mente y recordé así algunos años después "las figuras de mis viejos maestros parecíanme verlas salir a recibirme y en mi memoria, convertida en sueño de realidad, se dibujaban los rostros, con su propia expresión de los Clóriz, Gomez Ocaña, Hernando, Ribera, Sanchez Herrero, el marques del Busto, Chacón, y presidiendo aquel conclave carifoso el doctor Cajal, insigne histólogo, gloria de la ciencia española".

Organiza en San Carlos la enseñanza de la asignatura, con laboratorios, quirófanos, clínicas, etc. que unido a su gran facilidad expositiva, le dieron fama de gran profesor, formando una

verdadera Escuela y siendo discipulos suyos los Catedraticos: de Madrid, sucesor suyo en la Catedra, el Dr. Laguna; el fallecido Dr. Ramos Catedratico de Barcelona, que le dedicó su libro, Fisiologia y clinica de la nutrición del lactante; Dr. Salas, Zamarrigo, Arce, Magaz, y millares de médicos de los cuales fué maestro no solo a través de su Catedra, sino también de sus libros.

CENTROS CIENTIFICOS DONDE TRABAJO EL DOCTOR SUÑER

El bautismo científico del Dr. Suñer tuvo lugar en el Colegio de San Carlos primero como alumno interno de la catedra de Patología General a las ordenes del profesor D. Amalio Gimeno que consideró siempre como su verdadero maestro y su valedor para ayudarlo en sus primeras oposiciones a catedras. También trabajo como interno en la Sala de Cirugia del Doctor D. José Ribera.

Una vez terminada su carrera fué nombrado profesor ayudante de la catedra de Patología General; allí adquirio gran practica en los métodos de exploración clinica y en el diagnóstico de los procesos de medicina interna. Sus conocimientos de Clinica propedéutica del tercer año de carrera se perfeccionaron, convirtiéndole en gran auscultador y diagnosticador.

Nombrado por oposición catedrático de la Facultad de Sevilla,

estuvo breve tiempo en esta capital y poco pudo hacer en el orden de la investigación, pues allí no había laboratorio, ni en el clínico pues solo con grandes dificultades podían en aquella época disponer de enfermos en el Hospital Provincial. La Patología General tuvo que explicarla con su carácter teórico. De estos años, lo que si le resultó útil, fue adiestrarse en la Oratoria decente y en la exposición discursiva de temas científicos.

Su verdadera labor de investigador y de formación científica tuvo lugar en Alemania. Primero trabajó en el Johannis-Hospital de la ciudad de Bonn, situado en la Wilhelmplatz. Después acudió al Cecilien-Hospital de Colonia.

Otro sitio donde trabajó el Dr. Suñer fue el Hospital de La Charité, de Berlín y en este gran nosocomio se entregó con todo entusiasmo a pasar largas horas en el pabellón de niños al lado del profesor Henbuer.

Una vez decidida su vocación y preparación para la Pediatría, al finalizar el año 1906 solicitó del profesor Baginski le permitiera acudir al Hospital para niños. Kaiser und Kaiserin Friedrich, era el mejor centro asistencial infantil de toda Alemania. Estaba situado en el número 32 de la Reinickendorferstrasse en uno de los barrios extremos de la gran urbe.

El afán del doctor Suñer por llevar a cabo una labor intensiva y sacar el mayor fruto posible de su viaje al extranjero, durante dos meses frecuentó el Westend-Hospital; al final de este plazo se matriculó en el Hospital Virchow, el más moderno en 1906 de toda Alemania y que hacía la competencia al Eppendorf, de Hamburgo, al cual se trasladó en Marzo de 1907.

También trabajó al lado del profesor Kindberg en su Policlinica y servicio domiciliario de Medicina interna.

Al regresar a España, después de su estancia en Alemania le

permutaron la cátedra de Patología General de Sevilla, por la de Enfermedades de la Infancia, y en la Universidad pinciana, adquirió su personalidad de médico de niños. Allí organizó la clínica y el consultorio de la especialidad, escribió su libro de texto en tres tomos y empezó sus publicaciones monográficas y artículos en revistas científicas.

Desde Valladolid, vino a Madrid, en 1921 y en la Facultad de la Universidad Central, renovó y mejoró la salita de niños, organizando bajo modernas directrices la consulta pública. Orientó estas más que en el sentido de la Pediatría, en el de la Puericultura, preparando a sus discípulos en esta rama de la medicina.

En 1923, fue nombrado médico del Hospital del Niño Jesús, que dirigía el Doctor Sarabian regentando Salas de Medicina, pero en este cargo duró poco tiempo, siendo muy breve su actuación.

Donde labor más intensa realizó el profesor Sañer, además de la cátedra oficial, fue en la Escuela de Puericultura que se fundó por

su iniciativa.

Al ocurrir el Glorioso Alzamiento, el profesor Sauer quedó dentro de la capital, de donde pudo salir por el intermedio de una Embajada. No quiso detenerse en Francia y rápidamente fué á Burgos, donde la Junta técnica, verdadero Gobierno provisional, encargado de superar las dificultades y encauzar la vida pública fué designado para ocupar la Vicepresidencia de la Comisión de Cultura y Enseñanza. Allí organizó los servicios de medicina e Higiene infantil y la Real Academia de Medicina.

Al terminar la guerra de Liberación, vino a Madrid donde fué destinado a diferentes cargos de carácter político, y a la presidencia de la Previsión médica Nacional y de la Escuela de Puericultura.

En la Escuela de Puericultura que se reorganizó rápidamente y en la cátedra de la Facultad, así como en la Real Academia de Medicina continuó su labor científica y de orden pediátrico hasta que, gravemente enfermo, con la dolencia que le llevó al sepulcro.

COMO SE HIZO PEDIATRA Y PUERICULTOR EL DR. SUMER

En un reportaje que hizo el redactor jefe de La Medicina Ibe-
ra, el Dr. Dr. Jose M^a Llopis, sobre la escuela de Puericultura
el año 1.932, se hacen algunas apreciaciones muy interesantes.

Dijo el Doctor Sumer al redactor de la Medicina Ibera que él
nunca pensó en la pediatría. Recien terminada la carrera docto-
randose el 10 de Noviembre de 1.900; ejercio algunos meses como
medico de sociedad, su padre era medico de la Sociedad La Filan-
tropica.

Un dia en la peña del café, a la cual concurría con su pro-
genitor y amigos, se habló de un anuncio, por segunda vez, para
oposiciones a la catedra de Patologia general de Sevilla, pero
que nadie se podía presentar que no fuese Sevillano, pues la di-
putación provincial y el ayuntamiento de la Capital Andaluza no

pagaban nunca a los que iban nombrados de fuera, para evitar la competencia de estos médicos con los sevillanos.

Enrique Suñer, de carácter de gran rigidez ética un poco autoritario y muy joven, dijo que aquellas cosas no debían ocurrir, y que si él ganaba las oposiciones se impondría y obligaría a que le pagasen.

Se entabló una polémica, muy de café de hace años y un poco por apuesta firmo las oposiciones. Una vez firmada la solicitud comenzó a estudiar, entusiasmandole la idea de ser Catedrático. El tribunal de las oposiciones lo presidió Don Amalio Gimeno, gran amigo de su padre; fué el único opositor y le dieron la cátedra.

Una vez en Sevilla, sucedió lo previsto: que no le pagaron el sueldo, no por ser forastero, si no porque la Diputación Provincial no tenía dinero, eran tiempos en que la Administración

provincial y Municipal constituían un verdadero desastre.

Después de aguantar más de un año, ce ca de los, sin ver enfermos, y con grandes atrasos, reclamó al Ministerio de Fomento, de quien dependía la Enseñanza Universitaria, y le declararon excedente y con derecho a ocupar la primera vacante de provincias, pero no de Madrid. Entonces logró una pensión para amplios estudios sobre Tuberculinas en Alemania.

Al regresar de Alemania quedó vacante y le dieron la cátedra de Patología general de Santiago de Compostela, por haber pasado a Patología general el Dr. Gil Casares. Pero en Santiago terminaba la carrera Novea Santos, deseando el claustro, que desempeñara ese puesto; por esto y como Suñer no tenía verdaderos deseos de quedarse en la histórica ciudad gallega, se aprovechó la vacante de Niños de Valladolid y ahí le destinaron.

Ya en Valladolid, Suñer con su gran cultura, y los conocimientos adquiridos en las Universidades alemanas y francesas, montó

la catedra a gran altura siendo un buen clinico y un gran Catedrico. Al principio no lograba hacer clientela como especialista niños, pero si como médico general, hasta que surgió un episodio providencial: En Valladolid estaba la Academia de Caballeria y allí como cadete el hijo de la Princesa de Asturias, Dña. Mercedes, y del Infante Don Carlos.

Fallecía unos años antes la Princesa de Asturias y como Alfonso XIII estaba aun soltero, fué proclamado principe de Asturias su sobrino; este cadete, recién ingresado cayó enfermo con una escarlatina grave. Acudió el infante Dn. Carlos, y no satisfecho con los médicos de la Academia, o aconsejado por estos buscó la opinión del Catedrático de Niños, Dr. Suñer.

Este con su carácter cordial, afectuoso y deseoso de adquirir nombre le atendió solícitamente, haciendose gran amigo del infante Dn. Carlos, lo cual despues le fué muy útil, facilitandole su triunfo en Madrid, tanto en la vida social como en la politica.

Es pues en Valladolid, donde quemó sus naves de catedrático de Patología General y se enfervorizó por la clínica pediátrica. Es curioso el hecho de que durante su carrera, la asignatura que estudió con menos interés fué la de Niños, hasta el extremo de que en sus libros y publicaciones habla con gran emoción de sus maestros Cajal, Oloriz, Gimeno, Ribera, algún otro y jamás cita al de Medicina infantil D. Francisco Criado Aguilar.

No debemos dejar de consignar que en Alemania, asistió a diferentes cursos de ampliación de Neuropatología y de Pediatría.

TRABAJOS Y PUBLICACIONES DEL DR. SUÑER

Hemos aprendido de nuestro maestro el profesor Lain Entralgo que en el estudio histórico crítico de una personalidad científica tanto ó mas importancia que los datos biográficos y anecdóticos, lo tienen los bibliográficos. Por este motivo dedicamos un capítulo de la presente memoria a recordar sus artículos y publicaciones.

Prescindiendo de aquellos que por ser monografías o folletos ya hemos extractado, citaremos los siguientes:

Los problemas universitarios de la enseñanza médica—artículo publicado el 17 de Enero de 1.918 en "La medicina Ibera".

Fracturas craneales en los niños.— Archivos Españoles de Pediatría— 2 Diciembre en 1917.

Estubamiento laríngeo.— La medicina Ibera - 21 Febrero 1919.

Etiología y Profilaxis de las diarreas de Verano de los niños.— Marzo 1911 - Revista de Medicina y Cirugía Práctica.

El Prolapso rectal en los niños.- 11 Mayo 1911.- Revista Ibero americano de Ciencias medicas.

La morbilidad infantil en la guerra y en la postguerra - 1921.

Acción de la Fibrolicina en los niños.- Revista medica de Castilla. (Valladolid) 1910.

La crianza del niño.- El Siglo medico - 1914.

La esorepulosis-Su realidad clinica.- El Siglo medico-Agosto 1933

El dolor gastrico - Anales de la Real Academia de medicina - 1934.

Fisiologia y Clinica de la Nutrición del lactante.- Archivos de Pediatría - Septiembre 1915.

Herencia y educación.- La Pediatría Española. Enero 1.928

Tuberculosis ganglio pulmonar en la Infancia.- La Medicina Ibero. 1918.

Fundamentos del tratamiento dietetico del nefritico.- Revista de Medicina, Cirugia y Especialidades - 1908.

Notas para el estudio de la personalidad de Ramon y Cajal.- Real Academia de medicina - 1941.

Fundamentos de la moral en el alma del niño.- 1919 - Real Academia de Medicina de Valladolid - Anales.

Cuestiones eticas con algunas consideraciones derivadas del caracter. Valladolid 1916 - Real Academia de medicina.

La nutrición del lactante.- Archivos de Pediatría - 1916.

Las bronconeumonias del sarampión.- La Medicina Ibero. Agosto 5 - 1923 - Madrid.

La cura de Sol en las cefalalgias.- Revista de Especialidades medicas Junio 1914. Madrid.

Profilaxis de la Escarlatina.- Revista del Instituto Llorente - Diciembre 1.925.

La alimentación del niño pequeño.- 12 Diciembre 1938 - Publicaciones "Al servicio de España".

La dietética del niño en sistema gradual. - Ars medica - Barcelona
1.929.

Fisiología de la Digestión del lactante. - Revista Medicina - No-
viembre 1.930.

Metabolimetría en los niños. - Archivos de Pediatría. - Febrero 1927

Sistemas graduales de alimentación. - Archivos de Medicine des En-
fants - Enero 1930.

Diagnostico diferencial de los estados linfáticos de la infancia. -
El Siglo médico - 1935 - Enero.

Neuropatología infantil. - Revue française de Pédiatrie 1931.

Reglas prácticas para el diagnostico y tratamiento de las afeccio-
nes digestivas del lactante. - Los progresos de la Clinica - Mayo
1.925.

ORIENTACION PEDAGOGICA Y AUTODIDACTISMO

Todos los grandes especialistas: médicos o cirujanos, como en cualquier rama de la ciencia o profesión; abogados, ingenieros químicos, etc, es lo común y corriente que se formen científicamente al lado de algún gran maestro o profesor prestigioso. Dice el Doctor Gomez Ocaña, en un discurso que pronunció en la real academia de Medicina (necrología de Olóriz) que todos los grandes sabios lo son por haber estado al lado de un buen profesor. Esto en terminos generales es lógico y natural, principio pedagógico básico. Hace falta una persona que guíe al alumno y lo inicie en los intrincados laberintos del saber y de las técnicas especializadas.

El cirujano necesita quien le enseñe a manejar el bisturí, a penetrar en lo íntimo de los órganos; el arte de suturar, el

pinzar un vaso que sangra, etc. Lo mismo podríamos decir de todas las especialidades y de la medicina interna, para saber explorar y observar los síntomas.

Pero en contraposición con el saber aprendido al contacto con el maestro, tenemos el autodidactismo, sabios que se forman y se hacen ellos solos, leyendo libros y revistas sin maestro que directamente los guíe. Este es el caso de Cajal, Pasteure y Ferran, otros como Koch o Fleming empezara trabajando en grandes laboratorios.

El Doctor Enrique Suñer como pediatra y puericultor es un caso indiscutible de autodidactismo. En España en sus tiempos de estudiante se limitó a estudiar la asignatura de Enfermedades de la Infancia, con su venerable profesor Dr. Francisco Criado, al que como he dicho no cita nunca Suñer en sus datos autobiográficos, ni en sus memorias, ni le citan sus contemporáneos. Suñer al Doctorarse hace oposiciones a la cátedra de Patología Ge-

neral, y su proposito era ser internista, sin pensar en la Pediatría. En aquella época al empezar el siglo, las cátedras de la Facultad de Medicina se dividían en dos grupos: medicas y quirúrgicas, y así un catedrático de Terapéutica, Patología General, Fisiología, Higiene o Medicina legal, podía pasar a explicar la asignatura de niños. Tal fué el caso de Suñer.

Una vez en la cátedra de Enfermedades de la Infancia se documentó ampliamente en libros alemanes y revistas extranjeras con su dominio de los idiomas, con sus conocimientos de medicina interna, y del arte de diagnosticar se formó el solo como pediatra. Debemos advertir que el doctor Suñer, siendo interno en el Hospital de Madrid con un cirujano famoso, al que en sus memorias llama Dr. J.R. y que suponemos era Don José Rivera, conoció algunas técnicas quirúrgicas, pues en su discurso de Ingreso en la Real Academia dice "que en la cátedra de niños de

Valladolid hizo algunas operaciones de cirugía infantil. Sin embargo ninguno de sus contemporáneos en la Facultad como García del Real, Peña e Isidoro de la Villa, al hablar de él, recuerdan estas actividades operatorias.

Cuando algunas veces en sus conferencias y discursos habla Dr. Suñer de su estancia en el extranjero, cita pocas veces pediatras o puericultores famosos con los que hubiese trabajado intensamente.

Se podría pensar que su catedrático de Madrid Dn. Francisco Criado y Aguilar hubiese sido su maestro, pero además de no citarle al sucederle en la cátedra suprimió su libro utilizando un texto alemán, hasta que hizo una segunda edición de su obra en tres tomos editada en Valladolid, años antes y que estaba agotada cuando ganó sus oposiciones. Es conveniente advertir que ya de Catedrático de Madrid Dn. Enrique Suñer concedió gran importancia a los problemas de la alimentación y nutrición de

2º.- Su primer libro publicado en 1902 y titulado: lecciones elementales de Patología general, no guarda relación de ningún género, con la Pediatría.

3º.- Su pensión para estar en Alemania no fué para trabajar en pediatría sino para asistir a las lecciones sobre preparación y utilidad de la Tuberculina.

Este autodidactismo es posible y triunfador en el Dr. Sañer por su cerebro privilegiado, sus múltiples aptitudes, de tal forma que de haberse orientado hacia otra rama de la medicina, se hubiera adaptado y consagrado a ella con igual brillantez y aprovechamiento.

LIBROS DEL DOCTOR SUMER

A parte su libro de texto, magnífica obra en tres grandes tomos que publicó en Valladolid en 1917 y después en Madrid, en 1921 por la Casa Calpe, y del que no quiso hacer ninguna nueva edición, no obstante haberse agotado la primera y la segunda, tiene los siguientes libros.

Introducción y distribución de la quina en España - Valladolid 1911 (Notas del Archivo de Simancas).

Seis lecciones de Puericultura - Valladolid 1.918.

Los intelectuales y la tragedia española - Biblioteca "España Nueva" Burgos 1.937.

Elementos de Patología general - Volúmenes de 200 páginas - Madrid 1902 - Imprenta Rojas.

Localización y funciones de los Centros ópticos en el hombre.- Madrid 1901 - Imprenta Mayer.

Relaciones entre el crup y la bronconeumonía. - Madrid - 1917 -
Imprenta Cosario.

Modernos estudios sobre el paludismo. - Sevilla 1904.

La Nutrición del lactante - Fisiología y Clínica - Madrid 1941.

El Aprendiz de Médico - Libro autobiográfico de 115 páginas, lujosamente editado por Publicaciones E. M. S. Barcelona.

SU OBRA COMO FUNDADOR DE LA ESCUELA DE PUERICULTURA

El Dr. Suñer puede considerarse como padre de la Pediatría en España; organizó la puericultura prenatal, la puericultura de la 1ª y 2ª infancia, higiene y planes dietéticos, con el resultado de una notable disminución de la mortalidad infantil, de gran trascendencia social y que Suñer expone así: "Tan importantes son las cifras que expresan la mortalidad infantil en el primer año de la vida humana, que sin exageración puede decirse que ellas son el principal barómetro de la cultura de una sociedad. Unidos estos datos a los que señalan el número de nacimientos, sintetizan el progreso de un pueblo, su fuerza expansiva y el camino que lleva hacia el logro de ventajas territorias y económicas. De aquí que todas las naciones adelantadas muestren cifras pequeñas de natalidad: unas con crecimientos cercanos; otras sin aumento

de población y otras, en 1920, se presentan en las estadísticas con para pérdida", "Salvar vidas infantiles no tiene solamente un valor sentimental; ofrece, además, un inmenso interés colectivo. País con pocas habitantes es país débil. Con grandes masas de población es país fuerte, poderoso, o que va, por lo menos, en camino de serlo".

El General Primo de Rivera le prestó todo su apoyo, y por Real decreto de 17 de Noviembre de 1.925 se creaba la Escuela Nacional de Puericultura, siendo el Dr. Soler su director y encargado de encontrar edificio adecuado, hacer reformas, adquirir material, etc.

Adquirió por encargo del gobierno el Majestic-Hotel, en la calle Ferraz, donde en la actualidad continua la Escuela, a pesar de los trágicos saqueos durante el Movimiento Nacional. Las obras, bajo su orientación, comenzaron en Enero de 1926 y en Marzo ya funcionaba plenamente, reuniéndose alrededor del Dr. So-

ser un competente cuadro de personal técnico y auxiliar.

La triada primitiva de este tipo de obras en España, la constituyen: la Nacional, de Madrid, la de Santiago y la de Sevilla fundada el 20 de Julio de 1.926, y en cuya inauguración el propio Dr. Miller, creador e impulsor de estas instituciones en España desarrolló una interesante conferencia sobre sus fines e importancia. Posteriormente se fundaron las de Santiago, Santander, Jaén, Valladolid, Valencia, etc.

Al principio fueron momentos de grandes dificultades y de dura lucha, para la creación de médicas puericultoras, visitadoras, comadronas, niñas diplomadas, maestras puericultoras, etc. hasta lograr en 1.932 un descenso de la mortalidad infantil de un 11%.

SUFER EN LA REAL ACADEMIA

En 30 Abril de 1.928 ingresó el Dr. Suñer en la Real Academia de Medicina, leyendo un discurso sobre la Educación infantil y proclamando ante todo su vocación docente de esta forma: "la satisfacción que hoy experimento solo puedo compararla a la que senti el día que me votaron para desempeñar mi puesto actual como Catedrático". Le contesté en nombre de la Corporación D. Tomás Mestre.

Amaba ante todo la Cátedra y la Investigación; y si sus medios económicos se lo hubieran permitido hubiera prescindido de la clientela particular muy numerosa para dedicarse solo al estudio, a las Conferencias, a los Congresos científicos organizo el V Congreso de Pediatría de Granada a sus libros y folletos, etc.

En el discurso de su ingreso en la Real Academia estudio la educación infantil desde un punto de vista medico-psicologico, de

de los primeros chequeos recibidos por el sistema nervioso del recién nacido, hasta el desarrollo de la personalidad.

Posteriormente fue nombrado director de la Real Academia, cargo que desempeñaba al morir. Fue también presidente del Consejo General de Colegios de Médicos, Presidente de la Asamblea de la Cruz Roja Española, Director del Instituto Cajal y miembro del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

EL PATRIOTISMO DE SUÑER

En Abril de 1.931, y a los pocos días de implantarse en España la república fué desposeído de su cargo de Director de la Escuela Nacional de Puericultura, saliendo en la Gaceta de Madrid del 30 de Noviembre de 1.931, el concurso-oposición para cubrir el puesto, y el cual Suñer no volvió a ocupar hasta el año 1.935.

Al ocurrir el Glorioso Movimiento Nacional se encontraba en Madrid, donde fué necesario diversos cambios de domicilio y de Embajada, y hasta que en Septiembre en una avioneta pudo evadirse a la zona nacional, siendo utilizados sus servicios desde 1936 en la Junta Técnica, como Vicepresidente de la Comisión de Cultura y Enseñanza, encontrado aun en aquellos momentos de gran responsabilidad en el cargo oficial tiempo para sus estudios y publicación de nuevos libros, dedicados sobre todo a la higiene in-

fantil. El Caudillo le nombro Presidente del Tribunal de Responsabilidades Politicas, y al cesar en este cargo a dirigir la Cruz Roja, desarrollando en ella una gran labor, aunque por desgracia muy corta.

Cuando trabajaba en pleno rendimiento, una rapida enfermedad, resistente a todo recurso terapeutico, cortó su vida, falleciendo cristianamente el dia 27 de Mayo de 1941, dejando en pleno funcionamiento la institucion que tanto beneficia a la infancia española, y teniendo en proyecto la construccion de un Hospital de lactantes.

Su caracter sencillo esta claramente expresado en su lapida, en la cual figura solamente.

ENRIQUE SUMER ORDÓÑEZ - CATEDRÁTICO.

EL PRIMER LIBRO DE D. ENRIQUE SUÑER

Lecciones Elementales de Patología General

En la vida de todo hombre intelectual, principalmente en la de todo catedrático nada hay que tenga tanta importancia, como su primer libro, ese primer libro que bien se escriba en la cumbre de la vida o en plena juventud, es en el que se ponen las mayores ilusiones; se recuerda siempre con emoción, es algo así como la novia primera.

Don Enrique Suñer publica su primer libro en 1.902, cuando tenía 24 años de edad y acababa de terminar la carrera. Este libro no es de Pediatría, pues entonces no soñaba en ser pediatra. Este libro se titula Lecciones Elementales de Patología General y está dedicado a los alumnos de esta asignatura de la Facultad de Madrid, donde era ayudante de dicha cátedra.

Esta imprese en la imprenta de Ricardo Rojas, Campaneros, 8, Madrid. Este tomo que solo tiene 113 páginas en octavo tiene seis capitales o lecciones y una advertencia preliminar.

Los capitulos llevan los siguientes titulos: De la infección (página 7), De la Auto-intoxicación (página 41), De la fiebre (página 47); Del traumatismo (página 61), Del parasitismo (página 71); De la percusión (página 85). Lleva también un cuadro sinoptico que titula Esquema de clasificación de los principales parásitos no bacterianos, que pueden causar enfermedades en el hombre.

Se ven también en este libro cinco figuras por cierto dibujadas por algun aficionado y reproducidas con poco acierto. La primera figura en la página 98 quiere representar la naci-
des cardiaca normal; la segunda figura en la página 100 re-
presenta la naci-des cardiaca en la dilatación del ventriculo
derecho; la tercera en la página 101 es o pretende ser la na-

cides cardiaca en la dilatación del ventrículo izquierdo; la cuarta, determinación del area cardiaca por el método de Bascelei y la quinta, determinación del area cardiaca por el método De Giovanni.

La significación de este su primer libro nos la da en el prólogo con las siguientes palabras: "Al dar á la estampa estas "Lecciones elementales de Patología general", no me mueve otro interés que el de contribuir dentro de una esfera sumamente modesta á la intelectual labor, tanto de este modo una prueba de vitalidad que me sirva de estímulo para lo porvenir. He querido consignar al mismo tiempo un ejemplo insignificante del trabajo por mí efectuado durante los dos años que he desempeñado la Ayudantía de Patología general.

Las lecciones relativas á la "Infección", "Auto-intoxicación", "Fiebre" y "Traumatismo", salvo muy ligeras correcciones

nes, se encuentran en los apuntes que de la asignatura de Patología, general fueron publicados durante el curso de 1900 á 1901, cuyas lecciones escribí á petición de algunos alumnos de aquel curso.

El "Parasitismo" lo he corregido y aumentado con un "Ensayo de clasificación" y algunas "Notas relativas á las especies parasitarias más importantes".

Finalmente, la lección de "Percusión" está redactada tal como la expuse en la última conferencia práctica dada por mí a los alumnos del curso actual.

Expuesta mi intención y aclarados algunos conceptos, queda excusado pedir benevolencia, tan necesaria para este pequeño trabajo".

En esta obra existe un capítulo que es el más interesante en el que habla de las teorías sobre la naturaleza de la fiebre, y dice así: Los autores de todas las épocas han preten-

didó darse una explicación de la naturaleza íntima de la fiebre.

En la mayor antigüedad encontramos la teoría hipocrática, que es puramente humoral: "cuando la bilis ó la pituita se calientan, dice Hipócrates, el cuerpo se calienta al mismo tiempo, y esto es lo que se llama fiebre".

Galeno expone su teoría, que es también humoral; hace consistir la fiebre en la alteración ó en la putridéz de los humores, pero además la caracteriza por las alteraciones funcionales.

De los descubrimientos anatómicos rudimentarios de aquellos tiempos nace la teoría de Erasistrato: "La fiebre depende de la colisión entre el pneuma que contienen las arterias y la sangre contenida en las venas". La teoría de la fiebre para Erasistrato es a misma teoría que tiene de la enfermedad.

Para Boerhaave, la fiebre depende de un gran movimiento de

fluidos que parten del corazón, irritado, contra resistencias en los vasos por sangre muy viscosa.

Cullen la explica por un espasmo de los pequeños vasos, determinado por la pérdida de energía cerebral á consecuencia de la acción de ciertos agentes que ejercen una acción sobre el sistema nervioso.

Pinel, aun cuando no definió, marca una tendencia para unificar el estado febril con las fiebres esenciales, unificación que realiza de una manera sistemática Bronsais, que rechaza todas las teorías expuestas hasta entonces, llama á la fiebre "hijo milagroso de la imaginación de los místicos", identifica todas las fiebres, haciéndolas depender de un solo proceso: la inflamación.

Bouillaud hace depender la fiebre de la inflamación de la túnica de los vasos. Hirtz, de una inflamación general. En estas dos opiniones se ve el influjo de las doctrinas de Brons-

A esta época que pudiéramos llamar de teorización, sucede otra que todavía dura; se reconoce que las teorías deben necesariamente descansar sobre los hechos, para poder estar firmadas con visos de verosimilitud científica. Se hace sentir el influjo que en la marcha de la Fisiología ejercía la nueva era de los Magendie y los Cl. Bernard; el adelanto en estas ciencias es causa del avance de la interpretación de los hechos fisiológicos, y en definitiva queda constituida la moderna época científica basada en la observación y la experimentación.

El estudio de los síntomas es el resultado de esta nueva dirección de las ideas.

Las definiciones que se han dado de la fiebre son consecuencia natural del concepto que de ella han tenido los diferentes autores y escuelas.

Hay un grupo de definiciones humoristas que comprende desde las de Hipócrates y Galeno hasta las últimas variedades

del humorismo.

Willis la define como una afección de la sangre. Hay definiciones mecánicas, como la de Bellini; inmateriales como las de los vitalistas, la de Stahl y aun la de Stoll; "es una afección de la vida que se esfuerza por apartar la muerte". La mayor parte de estas definiciones son idénticas a las que de la enfermedad en general dan los mismos autores.

Los orígenes de calor animal mejor conocidos son, por una parte, la exageración de las funciones; por otra, la presencia de sustancias que por su acción especial se las puede llamar pirogénicas.

La exageración en las funciones, sobre todo las mecánicas, de movimiento, supone una intensidad mayor que la normal en los cambios nutritivos de las células de los tejidos; como resultado de una serie de reacciones (combinaciones, desdoblamiento,

mientos, hidrataciones, etc.); la mayor parte de estas reacciones son exotérmicas y están reguladas por el sistema nervioso; con vías aferentes y eferentes para las excitaciones especiales y con centros propios térmicos, que aun cuando no demostrados, son por muchos admitidos.

De modo que el aumento de combustiones reguladas por el sistema nervioso, orígenes del calor animal, forma el procedimiento patológico de la hipertermia sin más que suponer las mismas combustiones exageradas más allá de límites fisiológicos unidas á un completo desequilibrio nervioso.

La definición que deberemos adoptar en consonancia con el criterio moderno ha de ser forzosamente descriptiva de los hechos y fenómenos que en la fiebre se observan, y así adoptaremos la siguiente: "La fiebre está caracterizada por una elevación duradera de la temperatura del cuerpo, regularizada bajo

la influencia del sistema nervioso y debida á una exageración de las combustiones intersticiales determinada ordinariamente por una alteración de la sangre". Como se ve, esto es caracterizar más que definir, y así debe ser puesto que hoy por hoy la fiebre podrá ser considerada á lo sumo como síndrome, de gran importancia, pero el fin y el cabo es la parte de un todo.

Relaciones con la infección.— El desarrollo que las doctrinas microbianas han adquirido recientemente, ha sido causa para que algunos consideren la fiebre como un síndrome que marcha unido á la infección.

Es cierto que uno de los más constantes caracteres de la infección es la fiebre, hasta el punto de ser la guía más segura para el conocimiento de aquella; pero hay hechos clínicos y de experimentación que demuestran cómo la fiebre puede pre-

sentarse en casos no infecciosos. Hay una fiebre histérica de esta naturaleza; hay casos de fiebre muy elevada (42^o, 43^o) secutiva á grandes lesiones traumáticas de la médula. Se presenta la fiebre en algunos envenenamientos. Es verdad que estos hechos demuestran una vez más el estrecho parentesco que existe entre la intoxicación no microbiana y esta última, en lo referente al mecanismo íntimo de su acción.

Las célebres experiencias de Cl. Bernard, hechas en 1851, demostraron la acción que sobre la exageración de las funciones ejercía la sección del simpático, la excitación de la cuerda del tímpano y el aumento ó disminución de la temperatura, que, según los casos, se producía, acompañado siempre de trastornos vasos motores. Estas experiencias, cuyo alcance llega hasta la interpretación de la hipertermia por parálisis del simpático, hecho discutible, no dejan duda en lo que se refiere á su posible provocación, por acciones extrañas en absoluto

á la infección.

En la clínica encontramos algunas fiebres (la efemera, de fatiga ó de crecimiento), cuya naturaleza infecciosa no está probada del todo; y aun cuando en muchas de las antiguas piroxias y fiebres esenciales ha sido averiguado su origen microbiano, quedan todavía algunas como las mencionadas, la fiebre traumática y el grupo de las asépticas, así llamadas por Volkmann, que no se consideran como infecciosas por la mayor parte de los clínicos.

En resumen es cierto que la mayor parte de las veces la fiebre es un síndrome de la infección, el que con más frecuencia se presenta; pero también lo es que la fiebre puede ser provocada por causas no infecciosas.

LA ENSEÑANZA CLINICA EN ALEMANIA

Conceptuamos de gran interés el opusculo publicado por el doctor Sañer y Ordoñez como resumen de su pensionado oficial en el extranjero, principalmente en Alemania en los años 1906 y 1907. Tiene importancia médica, porque habla de las instituciones sanitarias, servicios hospitalarios y modo de ejercer la medicina en los sitios que visitó, pero también la tiene en el Orden pedagógico porque nos habla de como está allí organizada la enseñanza en las Escuelas dedicadas a preparar los futuros profesionales de la Ciencia de curar.

Esta memoria dedicada al Sr. D. Anacleto Jimeno, su valedor y protector en las oposiciones a la cátedra de Patología Médica tiene 48 páginas, en 4º y está impresa en Valladolid en la tipografía del Colegio de Santiago para huérfanos del Arma de Caballería, Calle de San Ildefonso, 4.

Empieza con un breve prologo en el que dice que se propone consignar con toda sinceridad el juicio que mucho de lo observado le ha sugerido y que procurará por considerarlo patico, exponer con claridad aquello que resulta en nuestro pais defectuoso comparandolo con lo existente en el extranjero sin caer en exageraciones germanofilas, pero sin desconocer tampoco la distancia inmensa que separaba su querida España del movimiento progresivo y civilizado de otros pueblos.

Dice despues que se matriculó en Bonn donde siguió un curso semestral completo (semestre de invierno); acabado el cual se trasladó a Berlín para tomar algunos cursos de vacaciones interesantes de Pediatria. Concluida esta etapa se trasladó a Hamburgo donde trabajo en el Hospital Eppendorf.

En la parte expositiva de esta memoria, dedica el primer capitulo a describir los establecimientos de ensenanza médica en Alemania. Las Facultades de Medicina alemanas -dice- como

locales, carecen de ese aspecto sintético característico de las nuestras en donde todas las enseñanzas se encuentran englobadas en un solo edificio ó en una serie de edificaciones continuas, por regla general. Sabido es que la mayor parte de estos Centros han sido copias de la antigua disposición cesa, salvando la enorme distancia de espacio y detención que en detrimento de los nuestros resulta al compararlos con los de la vecina Nación. Un sistema completamente distinto es el adoptado por los alemanes. Allí se tiende a desarrollar todo lo posible el individualismo en su buen sentido, dando al Profesor la mayor independencia y dotación de medios posibles, sin dejar de subordinar estos objetos á un plan general y bien meditado de construcciones orgánicas y relacionadas entre sí á los fines instructivos. Así, con esta finalidad, se observa que el edificio central, conocido entre nosotros (y

lo mismo ocurre en Francia) con el nombre de Facultad de Medicina, no existe; en su lugar se levantan sencillas, pero sólidas y amplias edificaciones, independientes, para cada especialidad decente. Generalmente las Clínicas están reunidas en un amplio espacio, conservando la separación entre sí; junto á las Clínicas se levanta siempre el Instituto anatomo-patológico.

En cambio, los edificios dedicados á las disciplinas, anatómica, fisiológica, de higiene, así como las Policlínicas y otras construcciones complementarias á los fines educativos del médico, suelen estar separados y á veces en lugares muy distantes. Una de las Universidades más clásicas del Imperio, es sin duda la de Bonn, que puede ser conceptuada como un término medio entre la berlinesa y otras más pequeñas todavía, como por ejemplo Heibelberg y Marburgo. La creo un modelo aceptable para darse cuenta exacta de la índole de estos Es-

tablecimientos.

Hace una detallada exposición de como son por lo general las Clinicas, complementarias de las Facultades deteniéndose especialmente en lo que se refiere al Johannis-Hospital de Bonn, situado en Wilhelmplatz, formado por una construcción central, con dos brazos particulares a los extremos del mismo, hospital de fundación particular; en el Cecilien - Hospital en Colonia, y el Angusta-Hospital, de la misma ciudad.

La Charite de Berlin, gran mezcla en aquella época, de construcciones antiguas y nuevas que formaban la gran masa de los edificios clinicos universitarios, la describe minuciosamente; lamenta la incoherente reunion de estilos y construcciones en la arquitectura de aquella institución.

Termina hablando del Hospital para niños Kaiser und Kaiserin Friedrich, el mejor hospital pediatrico de toda Alema-

nia, dice Saier; del Westend-Hospital, verdadera población constituida por una serie de edificaciones alineadas en una vasta extensión de terreno; del Hospital Virchow, moderno entonces y que hacia la competencia al Spenderf de Hamburgo; y de este último que ensalza con gran entusiasmo y le conceptua como uno de los mejores de Europa y acaso del mundo.

La segunda parte de esta memoria trata de la organización de la enseñanza medica y especialmente de la Clinica de Alemania dividiendola en cuatro capitulos: Personal docente y auxiliar, escolares, Enseñanzas y Pruebas de suficiencia.

La tercera parte la dedica a presentar su labor personal en el curso de Medicina Interna del Profesor Schultze de la Universidad de Bonn, donde lo sobresaliente fueron las enseñanzas sobre Patologia del sistema nervioso; la del curso de medicina interna en la Policlínica del Profesor Leo; el curso de Enfermedades de la Infancia con el profesor Ungar; el de

Anatomía Patológica con el profesor Ribbert; el de diagnóstico microscópico y químico con los doctores Ester y Finkelsburgo; visita domiciliaria de la Policlínica en compañía del Dr. Kindberg; el curso en la Universidad de Berlín con el profesor Baginski; y el de cuatro meses a las órdenes del profesor Lehartz en el Hospital de Hamburgo.

Como colofón esta memoria tiene unas conclusiones señalando las modificaciones que España necesitaba, respecto a enseñanza clínica, en cuestión de locales, personal y métodos pedagógicos.

EL DOCTOR SUÑER EN BERLÍN

**Etiología y Profilaxis de las Diarreas de Verano de los
niños pequeños de España**

Con el título "Contribución al estudio de la Etiología y de la Profilaxis de los niños pequeños de España" presentó Enrique Suñer una interesante Comunicación al III Congreso Internacional de Protección al Niño de Pecho, celebrado en Berlín del 11 al 15 de Septiembre de 1.911. Nombrado Delegado oficial de España para esta reunión tomó parte activa en todas las discusiones y presentó esta penencia -comunicación, que luego publicó en forma de folleto.

El folleto tiene 15 páginas en papel de hilo grueso y tamaño en 4°. Lleva también cinco láminas y cuatro gráficas. Las láminas son los siguientes fotograbados:

1ª.- Coco-bacilos, procedentes de un cultivo obtenido por siembra de moscas no infectadas artificialmente con gérmenes de gastroenteritis.

2ª.- Cultivo mixto dominando bacilos, procedente de colonias obtenidas por siembra de heces fecales de un niño de gastroenteritis.

3ª.- Mosca infectada con las heces fecales de un enfermo sembrada a las 4 horas. Las colonias a las 24 horas, fecha de la reparación, presentan ya las formas bacilosas.

4ª.- Cultivo de estafilococos obtenido por siembras de heces fecales de un niño enfermo con gastro-enteritis.

5ª.- Colonias obtenidas a las 24 horas de sembrar una mosca previamente infectada con gérmenes del enfermo nº 4.

6ª.- Colonias obtenidas a los 5 días de sembrar una mosca infectada previamente con los gérmenes del enfermo número 4.

7^a.— Cultivo de bacilos obtenidos por siembra de heces fecales de un niño enfermo con gastroenteritis.

8^a.— Mosca infectada con gérmenes del enfermo número 7, sembrada al cabo de 24 horas. Las colonias desarrolladas demuestran la existencia de los grupos de bacilos característicos

El folleto de esta comunicación está elegantemente impreso en la Tipografía y Casa Editorial de Cuesta - Macas Picavea, 38 - Valladolid.

Los capítulos más importantes de este magnífico trabajo son los siguientes:

1^a.— Influencia de la estación, de la temperatura y de la humedad atmosférica en el aumento de gastroenteritis.

2^a.— Casos de insolación en España.

3^a.— Influencia del género de alimentación.

4^a.— Influencia de la dentición y sobre todo de la dentición difícil.

52.- Influencias bacterianas.

Creemos interesante en un estudio de orden histórico-crítico copiar literalmente sus conclusiones en las que se expresa de la siguiente forma:

Para terminar con estas ideas debo consignar el interés que para la etiología de las infecciones gastro-intestinales de verano, tienen dos factores: uno la acción de la temperatura sobre la multiplicación de los gérmenes (un cultivo del bacilo coli en estufa a 33° y otro á la temperatura del ambiente: 18° 20°, dan al cabo de 48 horas el primero 15 veces más colonias que el segundo); otro la disminución del poder bactericida de los jugos intestinales, por la acción de diferentes modificadores, como recientemente ha estudiado con gran detenimiento Medowikow. (Aceite de ricino, de croton, calomelanos, diatafanis, etc.).

Para terminar, señores, una concepción completa acerca de la etiología de las diarreas de verano, por lo menos para España, la tendremos con la consideración compleja de una serie de factores que acabo de analizar; entre los cuales son los principales los siguientes:

Sobrecarga estival, alimentación artificial, alteraciones de los medios alimenticios por las altas temperaturas exteriores, fermentación difícil, disminución de fuerzas digestivas, aumento del número de bacterias por la influencia del calor, rebajamiento del poder bactericida de los jugos intestinales y facilidad de propagación de gérmenes por intermedio de las moscas.

En consonancia con estas ideas la profilaxis que debe operarse, consistirá en: disminuir la ración alimenticia en el verano, hacer propaganda de la natural lactancia, escrupulo-

en asepsia del medio, evitar todo lo posible la influencia sobre el niño directa ó indirecta de las altas temperaturas y defender las casas en aquellos sitios donde las moscas pululan por las telas metálicas que tan brillante resultado han dado en todas partes contra la plaga del mosquito en la lucha antipalúdica.

Valledolid 23 Agosto 1911.

POINTS DE VUE DANS L'ÉTUDE GÉNÉRALE DES MÉNINGITES

En 7 de Julio de 1.916 el doctor Sauer publica en la Revista Archives de Medecine des Enfants un interesante trabajo titulado "Nuevos puntos de vista en el estudio general de las meningitis" tiene 22 páginas.

La tesis fundamental de este trabajo la sintetiza en las siguientes palabras: Las meningitis, como el cancer, la tuberculosis et quelques autres questions cliniques transcendentes et débattues, sont toujours d'actualité. Elles le sont parce que les problèmes nosologiques qui s'y rapportent ne sont pas résolus. Malgré que, dans les revues, dans les livres, dans les congrès scientifiques, la méningite soit l'objet d'études constantes, toujours elle fournit un aliment à la curiosité ou pour le moins à la manière d'interpréter beaucoup des phénomènes qui se rapportent à son histoire.

Ce n'est qu'avec le désir de faire une exposition, d'après mon expérience personnelle des cas observés, en relation avec les opinions émises, que je m'occuperai de cet objet, de la manière la plus concise possible.

Nombreux sont les points de vue, au dire de Schottmüller, qui dans les temps modernes ont servi à classer les méningites aiguës. On a fait attention au caractère purulent ou non des exsudats méningés (méningite suppurée et non suppurée). Dans cette dernière, on a distingué la méningite tuberculeuse des méningites non tuberculeuses.

Schultze donne le nom de méningite simple aux méningites à exsudat clair non tuberculeuse. Il les a aussi dénommées "méningites séreuses".

Relativement au mode de répartition de l'exsudat, on distingue la lepto-méningite cérébro-spinale de la méningite

laire. Suivant l'origine du processus méningitique, on a établi les groupes de la méningite traumatique, méningite otique, méningite rhinogène, méningite idiopathique, etc.

Parmi les méningites de nature infectieuse, existe une classification basée sur la cause bactérienne (méningite méningococcique, tuberculeuse, grippale, pneumococcique, etc.). On peut établir enfin dans les méningites aiguës une classification suivant que les agents déterminants siègent en dedans ou en dehors des méninges: dans ce dernier cas, les agents pathogènes résident dans les organes voisins et la méningite ainsi produite mérite le nom de concomitante.

Méningisme.

Le premier problème intéressant qui se présente dans l'étude de ces méningites est celui du méningisme. Que devons-nous entendre par "méningisme", par "état méningé"? Nous devons com-

prendre dans ces conceptions des syndromes occasionnés par des réactions fonctionnelles des méninges, véritables pseudoméningites, ou, à en croire quelques publicistes récents, soutiendrons-nous que ce méningisme n'existe pas, qu'il y a seulement des méningites légères ou intenses, curables ou non, à symptomatologie complète ou incomplète, dont les différences sont celles qui font établir les deux grands groupes anciennement décrits avec la qualification générique de méningisme, de méningite véritable?

Observateurs impartiaux, nous aurons à établir les terrains distincts qui appartiennent à ces questions. Il n'est pas douteux que l'admission du méningisme obéit à une nécessité clinique représentée par l'existence fréquente de maladies avec la symptomatologie apparente d'un processus méningitique, qui disparaît en général rapidement d'une manière inespérée. Ces faits existent; ils peuvent être l'objet de discussion plus

ou moins vive, mais les différencier est une nécessité de la réalité clinique.

Il n'est pas si facile qu'on le suppose de résoudre d'emblée le concept du méningisme.

EL PROFESOR SUÑER EN EL III CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA

En los primeros días del mes de Octubre de 1.925, del 5 al 10 se celebró en Saragosa, el III Congreso Nacional de Pediatría. En esta ocasión se puso de relieve la personalidad científica de D. Enrique Suñer Ordoñez, al desarrollar la Ponencia Oficial de la Sección de Medicina Infantil.

Después de haber leído casi todas las obras del profesor Suñer, para preparar la presente tesis, nos parece que es uno de sus mejores trabajos. Por lo menos nosotros vemos en él, el estudio más documentado sobre los trastornos nutritivos del niño de pecho.

Se trata de una comunicación en un folleto de 46 páginas, dividida en seis partes. En la primera trata de la importancia del tema que se propone tratar, que en aquella época, por su

extensión y extraordinaria complejidad, constituía una de las cuestiones más difíciles de sintetizar de toda la Pediatría.

En la segunda parte expone las opiniones que han pretendido en el orden histórico dar cuenta del origen y naturaleza de los trastornos nutritivos del lactante. Habla de las opiniones de Einkelstein, Biedert, Meigs, Morgan Retch, Wiederhofer, Recherich, Oserny, Keller, Langstein y Meyer.

En el tercer capítulo consigna aquellas aportaciones parciales que en aquella época (1925) contribuían a la concepción y adquisición de conocimientos acerca de la materia de la penencia oficial que desarrollaba. Se extiende en consideraciones sobre los trabajos de Tissier, More y Strasburger, respecto a la intervención de las bacterias en la génesis de los trastornos digestivos.

Cita también los trabajos de Flügge, Rotzschki, Ford,

Combe, Variet, Lesage, Ferrien y Maggan.

El capitulo IV se ocupa de las investigaciones de Silberstein y Singer acerca de la influencia que tienen en el aumento de tono y del peristaltismo intestinal las diferentes razas de coli y por las cuales deducia D. Enrique Suñer que el mas poderoso influjo lo ejerce las precedentes de niños afectos de procesos intestinales con intoxicación, siendo indiferente que el cultivo de estos germenos se haga en medios muy ricos en hidrocarburos o grasas. Hace citar muy documentadas de Schiff, Bayer y Correns.

El Capitulo V trata de la intoxicación por los acidos como el origen de muchos trastornos de la nutrición de la infancia, ocupandose de la influencia de los adelantos de la Quimica fisiologia.

El Capitulo VI, el más personal, es en el que sintetiza

su pericia y sus magníficos conocimientos sobre la puericia.

Copiamos los siguientes párrafos: Llegamos al interesante problema del metabolismo en los niños de pecho, y particularmente del metabolismo "basal", o mejor dicho en nuestro idioma, "fundamental".

Rápidamente señalaré los precedentes de este nuevo método de investigación en los primeros estudios de Rubner, realizados en 1902, por los cuales puso en evidencia la relación existente entre el desprendimiento de calor del cuerpo y la superficie del mismo; principio conocido hacia ya media centuria por Regnault y Reiset. En 1899, Magnus Lévy y Folek, sustituyen el método difícil y engorroso de la calorimetría directa por el de la indirecta, que se funda en la medición de los cambios respiratorios. En 1906, Schlicsmann y Marschhausen, enseñan que, niños absolutamente quietos, producen 886 cal-

rias por 24 horas. En 1921, Benedict y Talbot, construyeron la curva del metabolismo, desde el nacimiento hasta la pubertad, sobre observaciones hechas en 256 niños de todas las edades. Las conclusiones de estos autores difieren algo de las obtenidas por Heubner, y publicadas en su Tratado de Medicina infantil y en otros sitios, según las cuales, el total de requerimientos energéticos durante el primer año, en las veinticuatro horas, y por kilogramo de peso, asciende a 100 calorías en el primer trimestre, 90 en el segundo, 80 en el tercero y 70 en el cuarto.

Todo niño, para vivir, crecer y desarrollar su actividad, tiene necesidad de un número determinado de calorías. Este conjunto es al que Heubner denomina "cociente de energía". Si de este cociente restamos las calorías que corresponden al desarrollo, movimiento, gritos, y las que se eliminan con

los excreta, nos quedarán las pertenecientes exclusivamente al metabolismo basal, o sea "la cantidad de calorías por hora y metro cuadrado, empleadas por el organismo en mantener sus funciones estrictamente indispensables". El número de calorías que representa el metabolismo "basal" varía, según los resultados obtenidos por los diferentes investigadores, como son también diferentes para cada uno las cifras que nos dan cuenta del valor total de los requerimientos energéticos. Solamente como un término medio deben ser tomados los datos que continuación expongo, que por otra parte han sido publicados por mí en otro lugar.

El metabolismo basal, según las diferentes edades, viene a representar del 40 al 60 por 100 del valor energético total en 25 a 35 por 100 de la cifra total correspondiente al sexo; el resto se divide entre la actividad muscular y las pérdidas calorimétricas.

El valor energético total no es en realidad una fórmula matemática exacta. Se halla sujeta a variaciones y hasta a errores; pero cuando la comparamos con los demás métodos preconizados para determinar la ración alimenticia del niño o del adulto, debemos reconocerla un fundamento científico, de valor positivo y real.

En los distroóficos-prematuros, en los hipotroáficos, el metabolismo aumenta por kilogramo de peso; lo contrario sucede en los obesos. Respecto a este particular, Morse y Talbot dan los resultados siguientes:

Niño normal.....	50 a 63	calorías	por	kilogramo.
Niño flaco.....	65	id.	por	id.
Obeso.....	40 a 50	id.	por	id.

Los estudios del metabolismo y las conclusiones que de ellos se derivan para la determinación de la ración alimenticia en los niños normales, suscitan interesantes problemas en

lo que se refiere a su aplicación terapéutica, muy especialmente en las enfermedades de la nutrición del lactante.

Tenemos en primer lugar el caso de los hipotroáficos y el de los atroáficos. En ambos existe una desviación de las cifras ponderales correspondiente al peso real y al peso debido. Si en estos niños nos atenemos para fijar su ración alimenticia al peso real, nos exponemos a quedarnos por debajo de las cantidades de alimento necesarias para mejorar su nutrición; por el contrario, si nos referimos al peso debido, corremos el riesgo de provocar una "reacción paradójica" o una interacción alimenticia, pues estos niños -los atroáficos- con sus profundos trastornos nutritivos, tienen muy disminuidas sus capacidades digestivas y de asimilación celular. El alimento en estos casos no actúa como nutriente, sino como elemento tóxico.

Este problema, imposible de resolver para cada caso en la práctica, he propuesto, con un cierto tanteo ecléctico, encararlo en el sentido de que la ración alimenticia, adjudicada, se dé progresivamente, ensayando la tolerancia individual y siguiendo la dirección representada por las dos cifras extremas del peso real al peso debido.

En los estados febriles en los que las combustiones aumentadas elevan el consumo de reservas y las calorías desprendidas, en los enfermos de la nutrición puede una alimentación excesiva traspasar la tolerancia y favorecer la aparición de fenómenos tóxicos. Claro es que estos resultados se hallan sujetos a muy extraordinarias diferencias, según los casos.

Este concepto no envuelve, ni remotamente, la defensa de la inanición, contra la cual hay que luchar, siguiendo una orientación moderna y quizá exagerada en ocasiones. Con ello

hago referencia a la tendencia de la actual pediatría alemana, iniciada por Finkelstein, de disminuir el período de veinticuatro horas de dieta hídrica, que ha sido hasta aquí clásico en la Terapéutica de los trastornos digestivos agudos del lactante. Finkelstein manifiesta un gran temor a las curas de hambre prolongadas, aun en el período de reparación. Sólo en casos en que el estado general tóxico y la mala función intestinal lo reclaman, debe hacerse, y aun en estos casos, como sucede cuando existe una diarrea aguda, sobrevenga o no la desintoxicación, no será prudente traspasar el tiempo de doce horas.

He de confesar que no participo de este criterio tan radical; en la dieta hídrica, con tanta frecuencia utilizada durante veinticuatro horas, y aun más, no hemos encontrado esos grandes peligros, y con frecuencia patentes beneficios. Nos referimos, entiéndase bien, a los casos de trastornos intes-

tinales agudas.

Tampoco participamos del criterio demasiado exclusivista de este autor por lo que se refiere a la leche de mujer. Recomendado su empleo en los pequeños lactantes afectos de dispepsia o enterocolitis, debe, al cabo de un primer período, ir seguida del uso de la leche albuminosa. Sólo posteriormente podrán utilizarse otros productos dietéticos, como las leches agrias, desgrasadas o añadidas de lactosan o plasman. Contra el criterio general de que la leche de mujer es lo mejor en el tratamiento de los trastornos nutritivos agudos, expone este autor algunas objeciones. En los procesos de reparación -dice hacen falta sales que se han perdido con el agua, y la leche de mujer es muy pobre en ellas. No convienen las grasas ni cantidades grandes de azúcar, y la leche de mujer tiene mucho de ambas. Necesita el organismo abundante albúmina, y la leche de mujer es muy pobre en ella. Al pensar de esta manera,

creemos nosotros ver un pequeño exceso de carisma hacia la terapéutica por la leche albuminosa. En primer lugar, olvida el valor específico bien demostrado del suero de la leche de mujer; en segundo término, el problema terapéutico debe, a mi entender, plantearse en relación con la edad del lactante. Por debajo de seis meses, en la leche de mujer, suficiente, claro está, en cantidad y calidad, hallará el niño todos los elementos que necesita para lograr la reparación, sin que creamos en los peligros a que alude, de un exceso de grasa o azúcar, puesto que ambos principios inmediatos pueden disminuirse, acertando las raciones en la medida de lo necesario —en la práctica no hemos visto nunca graves inconvenientes—.

Si el niño tiene más de seis meses, es natural que la reparación se ayude con el empleo de una alimentación complementaria racional.

Si en la fase última de la Descomposición o atrepsia, el

final catastrófico, como dice Finkelstein, es más probable con la leche de mujer, es asunto para nosotros difícil de resolver por la gravedad del pronóstico en estos momentos con cualquier dietética que se utilice.

Tal vez en estos casos, los medios dietéticos por sí sólo no sean suficientes. El éxito quizá dependa de otros procedimientos terapéuticos, y en este sentido ofrece un interés de ensayo el empleo combinado de la insulina con el suero glucosado, como hemos visto en anteriores páginas.

En este trabajo es muy interesante su opinión sobre la leche albuminosa de la que dice: La leche albuminosa es, indudablemente, una conquista valiosa de la Pediatría alemana, y aunque quizá su valor haya sido un tanto exagerado, puede producir en muchos casos indudables, beneficios. Su más clara indicación es la dispepsia por los hidrocarburos. En estos

casos, su acción antifermenatativa es eficaz. El escaso valor calorígeno obliga a mezclarla con hidrocarbonados digestibles como el extracto de malta, utilizado actualmente por Finkelshtein en la proporción hasta del 5 por 100.

A falta de leche albuminosa, pueden utilizarse otros recursos con parecido éxito; la misma leche de burra, la desecada sin grasa y sin añadirle azúcar; las leches fermentadas, el caldo de verduras. El quid terapéutico en todos estos casos está en suprimir los principios alimenticios que dañan.

La presencia de la fiebre en los estados intestinales agudos, debe ponernos en guardia respecto a la importancia del proceso, ligado, generalmente, a la intoxicación y bastantes veces a los agentes infectantes. Viene en estos momentos la indicación de la dieta hídrica y de cuantos procedimientos terapéuticos se consideraran útiles para luchar contra la intoxicación y la deshidratación.

Con motivo de la eventual presencia de la fiebre en los trastornos agudos de la nutrición en el lactante, debe recordarse las opiniones emitidas acerca de la fiebre de azúcar, de sal y de sodio.

Hein y John consideran que la fiebre de sal observada en lactantes a los que se les ha hecho ingerir 100 gramos de una disolución al 1 por 100 de cloruro sódico, es producida por acumulación de calórico, ocasionada por el agua que se retiene en los tejidos y no se elimina por la piel mediante la transpiración.

Pinkelstein observa en los lactantes que ingieren fuertes cantidades de azúcar una elevación térmica, sobre todo cuando dicha administración se hace a continuación de un período de dieta hídrica. La influencia pirogénica en estos casos va en el siguiente orden decreciente: lactosa, azúcar de remolacha

extracto de malta y dextrina maltosada.

Fiebre de sal y fiebre de azúcar han sido observadas por mí hasta en niños mayores, y creo que debe existir una predisposición individual para estos fenómenos.

Schaps hace en lactantes inyecciones subcutáneas de 5 c.c. de disolución de glucosa al 5 por 100, o de lactosa al 9 por 100. En el 60 por 100 de los casos se observan a continuación elevaciones térmicas que pueden llegar a la cifra de 39° c. Samselsohn cree, en contrario a lo anterior, que la fiebre producida por el azúcar o la sal se debe a la impureza bacteriana de la disolución que se emplea y que la misma no se observa cuando se toma la precaución de redestilar el agua que se utiliza y someter las disoluciones a la temperatura de 200 grados.

Esta explicación del fenómeno no parece tan claramente

aplicable a los fenómenos de hipertermia producidos por ingestión.

Finizio acaba por admitir la posibilidad de que las disoluciones de sal o de azúcar predispongán a la hipertermia aun en el caso de que no ejerzan su acción de una manera directa sobre el organismo.

Queda, por fin, otro tipo de fiebre, la denominada de "set", observable en los niños pequeños sometidos a una escasez muy grande en la ingestión de líquidos. Modernamente, la interpretación que se da de la misma, es la de que se trata de una fiebre por concentración de sales, y en la que actúan especialmente los productos derivados o intermedios de los albuminoides introducidos en el organismo con los alimentos.

De todas maneras, todos estos procesos febriles, si no directa, indirectamente, guardan relación con los procesos tóxi-

cos deshidratantes, los de peor pronóstico en las enfermedades agudas de la nutrición en el lactante.

Las papillas maltosadas merecen una mención particular en estas notas de terapéutica que venimos consignando.

Empleadas originariamente por Liebig en la enteritis foliular aguda disintérica, su indicación se ha llevado más allá, y se han utilizado en los enterocatarros agudos. Estas papillas maltosadas pueden dar un excelente resultado en aquellos casos en que las proteínas y las grasas son mal toleradas. En las fases de reparación suelen ser un excelente recurso para iniciar el tránsito al régimen mixto hidrocarbonado.

Terrien ha realizado un concienzudo estudio de las condiciones que debe reunir un buen maltosaje. De sus estudios se deduce que la diastasa de la malta produce la liquefacción de los granos de almidón a la temperatura optima de 85° c. Las

más favorables resultados se han obtenido en estas condiciones, sin traspasar la acción sacarificante.

En cuanto al empleo del fermento lab en forma de lab-lacto-fermento Mialhe o de pagnina (Von Dungern), creo oportuno indicar que su manifiesta utilidad se muestra como favorecedora de la digestión de la leche en el momento de la convalecencia y del paso a un régimen lácteo.

Todos estos recursos dietéticos tan importantes se hallan sometidos a la indiscutible superioridad de la leche de mujer, con las condiciones y observaciones que acerca de su empleo hemos hecho en el lugar oportuno. Se podría añadir a las objeciones que hace Finkelstein, otra más: la referente a la intolerancia que algunos raros organismos presentan para la leche de mujer. Estos hechos, observados por Bouchacourt, Bar y algunos otros, han sido recogidos por Bailleul. Las intoleran-

cias específicas para la leche de una sola mujer, sobre todo si es la madre, cuando otros niños soportan perfectamente la misma leche, y el hijo también la de otras mujeres, son inexplicables. Algunas, como la señalada por Rotschild, se justifican por un exceso de grasa; otras, por defecto de principios inmediatos, que llevan al niño a un estado de hipocalimentación que desaparece ante el empleo de una lactancia mixta.

En todo caso, estos hechos debemos considerarlos como excepcionales, y, según mi criterio, no invalidan mi afirmación, que reitero, acerca de las ventajas del empleo de un régimen natural condicionado, siempre que pueda hacerse en buenos medios o se logre que el niño lo acepte, lo que suscita verdaderas dificultades en muchos casos en que el enfermo fué prematuramente lactado.

Sus conclusiones de esta trascendental ponencia las sintetiza del siguiente modo: Para terminar este conjunto clini-

co que vengo esbozando, haré una nota acerca del valor actual del resto de la Terapéutica no dietética en los trastornos agudos del lactante. Se marca una tendencia en los presentes momentos a limitar cada vez más el uso de los fármacos, y a sustituirlos por el empleo de los medios higiénicos, físicos y dietéticos.

En pie el valor de la enteroclisis, se considera cada día más peligroso el empleo sin tino y sistemático de los purgantes, de los analgésicos y de los astringentes.

Los primeros, con su acción irritante, colocan el epitelio intestinal en peores condiciones para la absorción y la eliminación; provocan además, fácilmente, la deshidratación. Su administración debe limitarse a contados casos de diarrea febril. El purgante de elección sigue siendo el clásico aceite de ricino. Los analgésicos, particularmente los opiáceos, disminuyendo el tono intestinal y el peristaltismo, son capaces

de provocar la retención, y con ella, los fenómenos tóxicos. Lo mismo podemos decir de los astringentes, y especialmente del subnitrate de bismuto, del que tanto se abusó en otros tiempos.

Bien manejados, con el auxilio de la enterocclisis, eventualmente, pueden ser útiles; pero quizá sea su aplicación, al parecer tan sencilla, una de las que exijan más la perpicacia clínica del médico.

El uso de las inyecciones de suero fisiológico, sobre todo clorurado, debe ser objeto de un cuidado especial, por el peligro que envuelve en la producción del síndrome, denominado "hidrocefaloide", que en definitiva no es otra cosa que la manifestación, por parte del encéfalo, del cuadro general de la "intoxicación". La retención clorurada en el tejido nervioso es probablemente en estos casos, el motivo inmediato de la

producción de este síndrome amenazador.

Deseo que lo anteriormente escrito, con la mejor voluntad de presentaros un boceto del "estado actual del estudio de los trastornos nutritivos del lactante", haya conseguido llevar un poco de orden, claridad y enjuiciamiento a estos magnos y muchas veces oscuros problemas, que frecuentemente se presentan en un estado de contradicción dentro del terreno de las teorías, de las hipótesis y hasta de los mismos experimentos. Esta complejidad, derivada del período constituyente en que se encuentra aún esta rama de la Pediatría, es la que ha podido hacer decir a v. Bokay en una de sus últimas publicaciones, "que el médico que no hubiera seguido su progreso en los dos últimos decenios y se le ocurriera leer un libro moderno sobre la materia, lo arrojaría desesperado al ver, repetidamente, que no podía entenderlo.

LA ACIDOSIS EN LOS TRASTORNOS NUTRITIVOS DE LA INFANCIA

En Diciembre de 1.925 en la Revista del Instituto Llorente, al poco tiempo de haber ganado D. Enrique Suñer, su cátedra de Madrid, publica un trabajo que titula: La acidosis en los trastornos nutritivos de la infancia y que no obstante su brevedad resulta de gran contenido científico.

Desde hacia unos años se había venido invocando la intoxicación por los ácidos como el origen de muchos trastornos de la nutrición de la infancia. El progreso de la Química fisiológica en los últimos decenios del pasado siglo había dado fundamento científico a los primitivos puntos de vista. En el Orden histórico se citaban los nombres de Czerny-Kelber, como los primeros pediatras que formulan una hipótesis fundamentada acerca de la intoxicación ácida en los procesos gastrointestinales en

nicos de los lactantes. Antes de ellos, sin embargo habian sido lanzadas diversas afirmaciones en el mismo sentido desde Fleisch hasta Minkowski, Meyer y Langstein. Todo esto lo recuerda y comenta magistralmente el profesor Suffer, pasando después á ocuparse de los de Finkelstein, Solgo, Perges y otros.

Para después a hablar de la Pediatría francesa, y dice: La Pediatría francesa fué en un principio reacia a admitir el concepto de acidosis en los estados de intoxicación por trastornos nutritivos de los lactantes. En su lugar (Hutinel, Nobecourt, Maillet) daban una mayor importancia, como factor genético unas veces, sintomático otras, a la retención nitrogenada, y de aquí el empleo de la palabra azoemia, que en la literatura de nuestros vecinos se encuentra con tanta frecuencia.

Actualmente estas ideas han cambiado ya en Francia, en donde se admite la acidosis como estado que acompaña no sólo a la diabetes, sino a otros procesos: como dispeptico, vómitos cíclicos

de los niños, etc. Respecto a los vómitos acetémicos de los niños, puede servir de modelo el estudio hecho por Marian recientemente.

Sin embargo, el concepto de acidosis para la escuela francesa es mucho más limitado que el que se posee en otras partes. Comparándole con el que se tiene del mismo por las escuelas americana e inglesa, según Labbé y Hith, corresponde a un síndrome que presenta una individualidad clínica, patológica y terapéutica en el cual existe una hiperproducción o ausencia de destrucción de los ácidos normales, como ocurre en la diabetes, inanición, intoxicación por anestésicos y vómitos cíclicos en la infancia. Este grupo ha sido por algunos separado de la acidosis bajo la denominación de cetosis. Estado es el de la cetosis que puede ser separado de la acidosis propiamente dicha, como han demostrado Van Slyke y Cullen en un enfermo que eliminaba 20 gramos de cuerpos cetónicos en veinticuatro horas y a pesar de ello no había disminución de la reserva alcalina.

Labbé y Rith han propuesto que se reserve el término de "acidosis" para los síndromes producidos por la intoxicación debida a cuerpos cetónicos y que se califiquen de "hipoalcalinidad basal" los dependientes de la disminución de la reserva alcalina.

En la intoxicación de origen alimenticio de los lactantes ha demostrado recientemente Clausen que la acidosis puede ir en algunos casos asociada a una elevación considerable del ácido láctico en la sangre. Estos se relacionan mucho con la anhidremia y la descompensación cardíaca, y en ellos generalmente no se encuentran los cuerpos cetónicos (cetosis).

De estos y otros estudios sobre la génesis de la acidosis se desprenden muy interesantes consecuencias terapéuticas, pendientes en la actualidad de una amplia y completa comprobación. Carrasco Cañenas ha sintetizado este asunto con cierto. La cetosis es la consecuencia de la combustión incompleta de la glucosa, que impide la degradación de los ácidos grasos que se detiene

en los cuerpos cetónicos, productos intermedios en el metabolismo de las grasas y albúminas. Para que se oxiden totalmente cuatro gramos de grasa es menester que se quemé un gramo de glucosa. La insuficiencia hepática es culpable en la mayoría de los casos de estas horribles perturbaciones del metabolismo tan ligado entre todos los principios inmediatos. Para luchar contra la insuficiencia hepática con acidosis se debe intentar aumentar la reserva de glucógeno en el hígado. Esto se pretendió lograrlo en su principio con las inyecciones de glucosa. Actualmente se consigue el resultado mejor con la combinación de glucosa e insulina. Parece que esta combinación ha dado buenos resultados en las acidosis no diabéticas, en manos de Torrelló y de Carrasco Formigueira.

Convierte en este momento recordar los anteriores trabajos experimentales de Bayer y Coreniz, a causa de la importancia que la desecación o deshidratación tiene en los estados tóxicos de

la naturaleza que estudiamos, así como la significación patogénica de la asociación del régimen hidrocarbonado al proteico. Es cierto que en los experimentos y observaciones recordados por Carrasco Cadenas no se habla de disminución en la ingestión de agua; el hidrocarbonado que se utiliza es la glucosa, y, además, le acompaña la insulina, como medio de reactivar la destrucción de la glucosa por el hígado. De todos modos, considero del mayor interés comparar ambas clases de trabajos experimentales y clínicos en una nueva comprobación.

LA PROTECCION A LA INFANCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA

MEDICO

Es este un curioso folleto, muy bien editado, con ideas originales & interesantes, pero que no tiene fecha de publicación, aun cuando suponemos debe ser hacia 1.929, pues en la portada dice -por el Doctor D. Enrique Suñer, academico, catedratico, Director de la Escuela de Puericultor, y el ingreso en la Real Academia en 1.928.

Este folleto como pie de imprenta tiene la siguiente leyenda: Ensayo destinado a la primera edicion del Anuario Medico de España, Gran Via, 21 y 23 - Madrid, Tiene 45 páginas, con letra menuda y 40 lineas cada página.

Por su belleza literaria creemos oportuno reproducir el colofon de este folleto, verdadera síntesis del mismo. Como vemos por esta ojería a los distintos problemas de la protec-

ción al niño, el asunto es árduo, complejo, social, de una transcendencia económica incalculable, de perspectivas numerosas en el porvenir de pueblos, de razas y de naciones.

El crecimiento de la población exige sacrificios, altruismo, comprensión cristiana, sentido de una verdadera caridad entre las naciones afines y desemejantes por naturaleza, por gustos y por inclinaciones. Se dice fácilmente que es necesario que un país crezca para que sea fuerte y próspero; pero no podemos olvidar al mismo tiempo que esta prosperidad engendra tragedias tan terribles como las presenciadas en la gran guerra que, al fin y al cabo, ha sido desencadenada por razones económicas, dependientes del crecimiento de la nación germánica. El amor al niño envuelve, pues, pavorosos y trascendentales problemas. Sin embargo, el egoísmo no debe dominarnos y la aspiración de todo hombre justo ha de ser el cuidado del retoño tierno y delicado, para convertirlo en árbol frondoso y fuer-

te en el futuro. Un niño es el germen del hombre del mañana; lo mismo puede desarrollar un malhechor que un Santo. Cuando un niño muere, no sabemos lo que la Humanidad ganó o perdió; pero cuando muchos niños mueren, sí sabemos, dejando a un lado pesimismo, que se ha perdido una fuerza y una riqueza incalculables. Esta fuerza y esta riqueza hay que conservarlas y acrecentarlas sobre los egoísmos y los odios de pueblos y de nacionalidades, porque su conquista es el único camino que los hombres de genio han trazado para lograr la perfección de la Humanidad, perfección que han visto los poetas y pensadores en esa creación del superhombre que concibió Nietzsche y que será siempre el estímulo ideal de nuestra lucha por la protección al niño.

LA MISION DE LA MUJER EN LA PROTECCION AL NINO

Con fecha Julio de 1.927 editado por la revista "Noticias médicas", publica D. Enrique Suñer una monografía titulada La misión de la Mujer en la Protección al niño, en la que recoge parte de las ideas que expuso en una Conferencia que pronunció en el Liceum femenino en Madrid, el 27 de Marzo del mismo año. Se trata de un folleto de 24 páginas en octavo.

El fondo de esta monografía tiene un carácter médico soci sosteniendo la tesis de que cualesquiera que sean las opiniones que las gentes sensatas tengan acerca de la emancipación moral, social y política de la mujer no puede negarse que el verdadero feminismo, aquel que trata de elevar la dignidad del bello sexo sin dejar por un solo momento de pertenecer al mismo, esto es, sin caer en las exageraciones del heminismo en ninguna parte encontrará una actuación mas apropiada que en t

dos aquellos asuntos que se refieren a la protección infantil.

Esta actuación de la mujer en favor del niño la examine desde tres grandes puntos de vista:

1ª.- Misión como madre.

2ª.- Como protectora social del niño y

3ª.- Como agente técnico de la protección infantil.

En estos tres aspectos, dice la mujer, sin dejar de serlo, puede realizar una magnífica labor social. El corazón, aconsejándola, la inteligencia, llevando sus frutos a la obra protectora; sentimientos e ideas unidas en un apretado haz, pueden presentar un alto ejemplo de alianza entre la condición más excelsa de la mujer como madre, y la actuación más independiente, socialmente aplicada.

A la hora de proyectar, de dirigir, de defender ante los Poderes públicos, de realizar dentro de una profesión, con todo su carácter técnico, la mujer se nos presenta con todas las

prerrogativas de la soberanía; en el momento de acercarse a la cuna del niño abandonado o enfermo simplemente, es la madre llena de sentimientos de ternura, la que contemplamos. Este es, para mí, el símbolo de la mujer en su más elevada manifestación; éste es el feminismo que debemos ambicionar; ese feminismo que encuentra su expresión más vigorosa en aquella figura de la historia, que se llama Isabel la Católica, mujer que supo aliar la entereza de la reina en el "tanto monta", con la sabiduría más intensa de aquellos tiempos, y ambas zonas de la actividad con sus deberes como mujer y como madre, cuidando de su casa, del gobierno de sus intereses como madre de familia, hasta llegar a aquellos menesteres más menudos, como el de repasar la ropa del rey D. Fernando. En todos los momentos en que esta encantadora mujer es examinada, podemos ver que sus roles directivos marchaban asociadas a sus cualidades femeninas intensamente bien caracterizadas.

Un ingenioso conversador, decía una vez, refiriéndose a las condiciones que debieran reunir los padres para merecer este nombre; "en nuestro país, donde para todo se exige la oposición o el concurso, no se piden estas pruebas de suficiencia para ser padre o madre, cuando precisamente para estos casos deberían llenarse todos los requisitos sin los cuales no es posible que el padre o la madre cumplan con acierto sus deberes como tales".

Todos sabemos que para ser buena madre es menester una serie de cualidades —de verdaderas virtudes podríamos decir—, no siempre fáciles de reunir. No basta solamente el cariño; es menester, además, la competencia, la abnegación, el espíritu de sacrificio, una serie de aptitudes, de sentimientos y de enseñanzas, que son indispensables para vigilar la vida del niño y conseguir que ésta vaya a flote sobre el torrente de los obstáculos que se oponen a su existencia.

Se ocupa después del abandono de los hijos, de los expósitos y de las Inclusionas, de la Investigación de la maternidad, de la supresión del torno, para aconsejar la creación de obras sociales, entre las que destaca los Asilos de maternología, Guarderías infantiles, comedores para embarazadas y las mutualidades maternales, en especial el Seguro de maternidad.

La parte más interesante de esta monografía, se refiere a la actuación de la mujer en la obra protectora del niño interviniendo con un carácter profesional verdaderamente técnica. Se expresa en la siguiente forma:

"Yo me permito hacer una división del papel de la mujer no agente técnico, en los siguientes grupos:

1º.- Acción divulgadora de todos los conocimientos que se refieren a la crianza inteligente del niño. Muy importante en este sentido es el papel de las Maestras, educando en la Puericultura a las niñas del último grado de la Escuela primaria.

2ª.- Como enfermera de niños. No hay necesidad de encarecer las razones que explican el beneficio que pueden proporcionar estas mujeres.

3ª.- Como Visitadoras para niños; encargadas de llevar al seno de las familias la observancia de los preceptos higiénicos en el más amplio sentido, preceptos dados por los Médicos en las Institutos de Puericultura y en los Dispensarios.

4ª.- Como niñeras tituladas que, en Guarderías infantiles, Instituciones de Puericultura, en el seno de las familias, han de ser inteligentes cuidadoras de los niños, que se verán asistidos por un personal conocedor de sus necesidades, exento de los peligros de la ignorancia y de la falta de preparación moral y técnica, que muchas veces tiene en los momentos actuales.

Todo este conjunto de mujeres que he separado en las tres divisiones hechas, ha de constituir un verdadero ejército fe-

menino en la obra protectora de la infancia. A este ejército femenino al que le podríamos llamar, a semejanza de otros análogos, Ejército de salvación, aplicado a la defensa de tres niños.

Una parte de este programa -la última- constituye la obra modesta, pequeña, satisfactoria, que estamos realizando en la Escuela Nacional de Puericultura, institución en la que he puesto el empeño de toda mi vida. No basta el buen deseo, el cariño, ni siquiera el dinero, para resolver el negro problema de la protección infantil. Es necesario más; hace falta la cultura técnica necesaria. Sin esta cultura no daremos grandes pasos eficaces hacia adelante.

Nuestra obra protectora no debe olvidar en absoluto, ningún niño desgraciado. Ninguna suerte de egoísmo debe de prevalecer ante el niño que sufre o puede sufrir por la falta de su madre, y en este momento quiero que en este local suene mi

vez para romper una lanza en favor del hijo de la nodriza, víctima propiciatoria, por la ley y contra la ley, del egoísmo humano, que es capaz de arrebatar, por un puñado de pesetas, a este niño de los brazos de su madre. Digamos muy alto aquí, que el límite de los siete meses de la ley de protección a la infancia señala para permitir esta separación, es insuficiente y que, además, no se cumplen las condiciones que la misma ley marca la mayor parte de las veces, para que ese niño al separarse de su madre, quede alimentado por el pecho de otra mujer. Más aún cuando esto último así fuera, ¿quién deja de comprender el perjuicio que al hijo de la nodriza se le causa con la separación?. Pues que, ¿no conocemos todos los peligros que tiene la admisión de nodrizas en el seno de nuestras familias, y eso, que en estos casos las elegimos y sometemos a reconocimiento facultativo? ¿Quién se cuida de hacer una defensa inteligente en iguales circunstancias del hijo de la nodriza,

HIGIENE DE LOS NIÑOS Y POLICLINICA GENERAL

En Malaga publicó un folleto en el mes de Febrero de 1.928, en el que se resume una conferencia que dió en aquel Colegio de Médicos sobre: Higiene de los niños y policlinica general. Mas que de un trabajo de especialización lo es de vulgarización. Empieza exponiendo unos datos sobre anatomia y fisiologia del recién nacido, para detallar despues los incidentes del crecimiento y posterior desarrollo.

La segunda parte del folleto, trata del problema de la lactancia materna, de la artificial y de los principios dieteticos fundamentales en el destete y segunda infancia.

La tercera parte trata de los cuidados de limpieza, vigilancia, etc. que se deben tener con el niño y de los perjuicios de la falta de higiene.

El cuarto capítulo se dedica a la sintomatología general de las enfermedades, constituyendo lo mejor de esta monografía por lo fundamentalmente que expone el estado actual de las vacunaciones preventivas en fiebres eruptivas e infecciones corrientes.

SISTEMA GRADUAL DIETETICO

Elitado por la Revista de Medicina, Cirugia y Especialidad de Barcelona publicó el Dr. Suñer en Junio de 1.929 un opusculo titulado Sistema gradual dietetico, que abarca 16 paginas con varios graficos.

En el prefacio dice: Hace varios años que vengo trabajando en mi Clínica de la Facultad de Medicina de Madrid y en la Escuela Nacional de Puericultura, sobre el asunto que motiva este artículo.

La base de mis estudios ha sido el conocimiento de las llamadas "reacciones paradójicas", de las a conocer por Finkelstein y sus discípulos, en publicaciones y diversos libros y revistas, y a cuya aclaración y crítica tanto ha contribuido Terrien con sus perspicaces estudios, alguno de ellos tan interesante como el publicado en Archives de Méi. des Enfants (julio de 1920).

No es mi objeto hacer en este momento un examen de dicha "reacción paradójica" que, indudablemente, ha sido exagerada cuando se ha pretendido formar con ella un medio para distinguir los diferentes tipos de la dispepsia, y estoy en absoluto conforme con Terrien al considerar que los trastornos cualitativos de la nutrición en los lactantes no pueden identificarse de un modo ilimitado con el carácter más o menos intenso de la reacción paradójica.

Puede, sin embargo, afirmarse un hecho, y es que en igualdad de alimentación y tomando como tipo la leche de vaca, los niños, según la situación normal o patológica en que se encuentren, pueden manifestar trastornos de intolerancia por parte del aparato digestivo y de la nutrición, que se traducen por una modificación en la curva ponderal.

Tratándose de hipotroáficos, estos fenómenos -bien comprobados por todos los clínicos- me indujeron a plantear el problema

del plan dietético de un modo gráfico, procurando hallar en un nuevo sistema una orientación para el clínico que le permitiera facilitar la prescripción dietética. De aquí nació el concepto de lo que yo he denominado línea gradual dietética, descrita por mí y expuesta en diferentes conferencias y lecciones dadas en los Centros que dirijo.

Antes de exponer lo que es la línea gradual dietética, me permitiré hacer una clasificación fundamental de los lactantes en los siguientes grupos:

PR PN = Hipotróficos,

PR = PN = Eutróficos

PR PN = Obesos

P.R. equivale a peso real.

P.N. significa peso normal.

Del examen de los datos expuestos se deduce que, según que el peso real sea igual, menor o mayor que el peso normal, así

tendremos el concepto de la eutrofia, de la hipotrofia y de la obesidad aplicadas a los casos que estudiemos.

Cuando nos referimos a eutrofia no hay problema, puesto que la ración alimenticia en su valoración energética es igual a las dos cifras representativas del peso real y peso normal, que se confunden. No sucede lo mismo en los otros dos casos, en los cuales el plan dietético ha de variar, con relación a los datos ponderales, en menos de lo que corresponde al peso real en la obesidad y en más cuando se trata de la hipotrofia. Sobre todo en esta última tiene su máxima aplicación la línea gradual dietética y para ella precisamente la formulé, en un principio.

LE MIRVANOI EN NEUROPATHOLOGIE INFANTILE

Con el título de Le MirvanoI en Neuropathologie infantil, publicó Don Enrique el año 1.931 en Strasburgo-Imprenta Alsaciana un trabajo de diez y seis páginas dedicado a la farmacología y terapéutica clínica del MirvanoI. Se trata de uno de esos trabajos que tienen una finalidad de propaganda científica que cada vez se extiende más en todos los países. Después de unas páginas en las que trata de la farmacología, farmacodinamia y farmacogenesia del producto presenta una serie de observaciones clínicas.

De estas observaciones deduce la utilidad del medicamento en cinco interesantes enfermedades de sistema nervioso: la corea de Sydenham, la displasia cerebral, la epilepsia, la parálisis y el espasmo de torsión.

No es esta la única ocasión en que trata de asuntos de neuropatología en relación con la clínica pediátrica capítulo de su especialidad por la que sentía especial preferencia.

Este trabajo se publica tambien en la Revue française de Pe-
diatrie, volumen VII.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES ETATS LYMPHATIQUES DANS L'ENFANT

La Casa Masson de Paris, editores-libreros de la Academia de Medicina de Paris-Boulevard Saint-Germain 120 - publicó en 1934, a D. Enrique Suñer un interesante compendio sobre el linfatismo con el título de Diagnostico diferencial de los estados linfáticos. Es un trabajo muy interesante con una decena de buenas fotografías.

La síntesis de este volumen puede resumirse en lo siguiente:

1º.- En la primera infancia el linfatismo se traduce casi siempre por una gran variedad de manifestaciones cutáneas y mucosas en las que los caracteres predominantes, son la pluralidad de síntomas de reconocida filiación histética.

2º.- La diferenciación entre linfatismo y escrofula reside en ciertos aspectos morfológicos como: "La cara escrofulosa...", los resultados de la tuberculina-reacción y otros síndromes derivados

de las asociación tuberculosis-linfatismo.

3^a.- Las pruebas anatomicas, biologicas y quimicas no son suficientes para demostrar y establecer el sistema thymus-linfatico, pero ciertos fenomenos patologicos y tambien la muerte subita dan a este concepcion nosologica una fisonomia propia.

4^a.- Las observaciones radiologicas no sirven para considerar siempre como indiscutible el diagnostico de hipertrofia del timo.

5^a.- La enfermedad de Hodgkin se diagnostica y se diferencia de otras enfermedades de los ganglios linfaticos por su evolucion progresiva y relativamente lenta, como tambien por el resultado histopatologico de las biopsias ganglionares.

6^a.- La evolucion por caseificacion, tuperacion y fistulizacion de los puntos mas fundamentales para el diagnostico de la tuberculosis de los ganglios cervicales. El examen histologico, bacteriologico, de los ganglios; la inoculacion al cobaya permite asegurar el diagnostico en los casos dificiles.

Las anemias linfoides y semi-leucemias representan en muchos casos formas preleucemicas, que interrumpen la leucemia en su evolución por anticiparse la destrucción globular sobre la reacción linfocitaria de los ganglios; esta destrucción significa una anemia aplástica, mortal en gran número de casos.

8º.- Lo que caracteriza su leucemia linfóide además de la hipertrofia de los ganglios en la cifra elevada de linfocitos y el aumento de globulos blancos de la serie celular ganglio-linfático.

9º.- Las neoplasias malignas representada esencialmente por el tumor linfático como son de una evolución rápida con caquexia precoz. La biopsia de los tumores demuestra los caracteres histológicos del sarcoma.

x x x

A nuestro juicio esta obra del profesor Suñer, que fué muy comentada en el Congreso Internacional de Linfatismo de 1934, es

una de sus mejores concepciones etiopatogenicas y clinicas. Es
lastima que no este traducida al español.

PSEUDO-CRUP BRONCONEUMONICO EN LOS NIÑOS

En Enero de 1.923 Don Enrique Suñer publicó un folleto impreso en los talleres poligraficos de Ferraz 72-Madrid titulado. El Pseudo-Crup bronconeumonico en los niños, con 29 páginas, del cual son interesantes, es interesante el concepto del crup que presenta en la siguiente forma:

El crup es considerado como una laringitis pseudo-membranosa, a cuya formación contribuyen principalmente los bacilos diftéricos. Es tal la relación que de un modo clásico se viene admitiendo entre el crup y difteria, que en el lenguaje científico corriente decir crup es lo mismo que decir crup diftérico; sin embargo de que otros gérmenes pueden también dar origen a laringitis pseudo-membranosas.

El crup (los autores hacen referencia siempre al producido por la difteria), puede tener dos formas; la primitiva y la

propaganda. En la primera, el germen se localiza desde el principio en laringe; en la segunda la infección laríngea tiene como precedente una localización más alta, que es la difteria de nariz, de boca o de faringe.

Desde Bretonneau se ha venido afirmando que el crup propagado era más frecuente que el primitivo, hasta el extremo de que aquel autor establecía una proporción de diez y ocho crupe de la primera forma por uno de la segunda. En la actualidad no puede decirse lo mismo: si he de atenerme a la enseñanza de mis propios enfermos, casi pudiera asegurar que la fórmula antigua se invierte, aunque no en tan gran proporción, pues para un caso de crup propagado, encuentro cinco o seis de crup primitivo. La explicación de este hecho puede buscarse en el progreso de la terapéutica contra la difteria; porque conforme se ha ido aprendiendo el diagnóstico y se ha ido inculcando en los médicos y en las familias la necesidad de tratar pre-

corrente e los diftéricos por el suero; conforme los laboratorios han ido preparando con más perfección este producto, y su propaganda se ha hecho más intensiva, los enfermos que antes se abandonaban a los recursos empíricos o medicos de la terapéutica farmacológica del siglo pasado, van siendo cada vez más raros, y el número de curaciones, por lo tanto, mayor.

Las conclusiones que presenta son las siguientes:

1ª.- Al lado de todo lo conocido acerca de las relaciones entre el crup y la bronconeumonía es menester admitir una forma nueva, en la cual la bronconeumonía produce el síndrome crupal por un mecanismo distinto, según mi parecer, de los conocidos hasta ahora. A esta forma clínica me permito proponer que se la dé el nombre de "pseudocrup bronconeumónico".

2ª.- Es necesario revisar nuestros actuales conocimientos acerca del crup diftérico, y especialmente en lo que se refiere a su patogenia.

3^a.— En el orden terapéutico, se derivan de los estudios que vengo haciendo las siguientes consecuencias: necesidad de tratar en estos enfermos la bronconeumonía y la estenosis laríngea al mismo tiempo; la primera, sobre la base fundamental de la terapéutica física, que es, a mi parecer, la más activa, y la segunda, por medio del intubamiento o de la traqueotomía (doy la preferencia al primero).

4^a.— Se demuestra en mis observaciones la poca utilidad del suero antidiftérico en el tratamiento de la bronconeumonía infantil; sin embargo de esto, creo que debe usarse siempre que exista la sospecha de la participación del bacilo diftérico.

5^a.— Como última conclusión, en el orden etiológico he de señalar una serie de gérmenes (difteria, estafilococos, pneumococos, entre los por mí encontrados) capaces de producir el cuadro clínico que he descrito.

EL DOCTOR SUÑER Y SUS COETANEOS

Nada hay que permita formular un juicio crítico sobre la personalidad científica de un gran maestro, como conocer la opinión de los que fueron sus coetaneos, sus amigos, sus compañeros de profesión, sus condiscipulos, sus emulor, y hasta de sus rivales. Por eso queremos recoger lo que de el han dicho ilustres figuras del saber médico contemporaneo como son doctores Corpedal, Peña, Alcarcon, Bermejo, Piga, Casares y Carro.

PALABRAS DEL DOCTOR GOSPELAL

Ni la aparente resistencia orgánica de nuestro Director, ni los solícitos cuidados de nuestro compañero el competente especialista de las enfermedades del aparato digestivo Dr. Carro y los de otros colegas, ni la inesperada decisión quirúrgica realizada urgentemente, han sido bastantes para oponerse a la lesión que, sin duda, silenciosamente, venía minando su existencia.

El Sr. D. Enrique Suñer ha sido un varón bueno, cariñoso, atento para todos sus amigos y compañeros. Fué un competentísimo maestro pediatra. Desde su cátedra de enfermedades de la infancia mostraba cada día, no sólo su suficiencia, sus sólidos y bien arraigados conocimientos en la Pediatría, que estaba encargado de enseñar en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, sino a la vez su amor a los niños y su interés por la salud de éstos. Una prueba de mayor excepción es la Escuela Ofi-

cial de Puericultura, que logró crear por su propia y exclusiva iniciativa, que constituía su ilusión antes, y después de creada, su alegría y su satisfacción, a pesar del trabajo y el esfuerzo que dedicó a su reconstrucción y sostenimiento, después de la guerra, venciendo dificultades, de que se lamentaba alguna vez.

La vida de trabajo profesional y de relativo sosiego del Catedrático Sr. Suñer sufrió un cambio hondo a partir de la situación de guerra en que España se vio envuelta por los Gobiernos republicanos y marxistas. Entonces, el Profesor Suñer, gran patriota, tan pronto como pudo hacerlo, ofreció sus servicios al Gobierno Nacional, y éste le encomendó la Vicepresidencia de la Comisión de Cultura; más tarde, en Caudillo de España le designó para el elevado puesto de Director de la Real Academia de Medicina, que ha ocupado hasta su fallecimiento. También desempeñó

el cargo, de gran dificultad y riesgo, de Presidente de la Comisión de Responsabilidades Políticas; el de Presidente de los Colegios de Médicos de España; asimismo presidió el Instituto Cajal, y, finalmente, al cesar, después de una ruda labor, en la Comisión de Responsabilidades Políticas, fué nombrado por el Jefe del Estado Delegado nacional Presidente de la insigne institución de la Cruz Roja Española, al frente de la cual le ha sorprendido la muerte.

La simple enumeración de estos importantísimos cargos prueba, además del alto concepto que se tenía de la inteligencia y actividad del Profesor Suñer y de su adhesión al régimen político de la Nación, hasta qué punto había cambiado para aquél la calidad y el volumen de sus trabajos materiales y las múltiples y graves preocupaciones de un espíritu como el suyo, de tan fina sensibilidad.

No parece aventurado suponer que este cambio de vida, tal vez el desorden en su régimen de alimentación, inevitable cuando se atiende a numerosos e inaplazables quehaceres, la pérdida de su anterior tranquilidad y antes que esto el sufrimiento y quebrantos personales y familiares graves, que ya le habían afligido durante la guerra, habrán colaborado, con alguna disposición orgánica desconocida, en la presentación de la enfermedad que nos ha privado para siempre de su acertada dirección en la Academia y de su estimadísima amistad.

Era nuestro ilustre amigo de entendimiento claro, de voluntad firme, de iniciativas meditadas, inflexible en el cumplimiento de sus deberes. De su labor y actividad en esta Corporación, de sus trabajos para la reorganización de la misma en la ciudad de San Sebastián antes de la liberación, y, después de ésta, en la capital de España, no exentes de críticas que le dolían e inquietaban, por estimarlas injustificadas, la Real Aca-

denia de Medicina, a la que dedicó preferente atención, tiene pruebas diversas, como de su selecta actuación científica. Era también conocida su cultura general y muy particularmente la que se refiere a la patología infantil. De una y otra ha dejado muestras y enseñanzas en publicaciones, conferencias y discusiones académicas. Por todo ello, la Real Academia de Medicina conservará de su director D. Enrique Sañer Ordóñez muy grata memoria. De su acreditada y sabia labor en la cátedra, más valiosos que los míos serán los elogios que dedicarán a su grandes merecimientos y virtudes sus compañeros de Claustro de la Universidad Central. En todos sus cargos oficiales demostró el Profesor Sañer su fervoroso amor a la Patria, su adhesión al Gaudillo Jefe del Estado y la seguridad del glorioso resurgimiento y porvenir de España.

El homenaje, a que hemos asistido ayer, rendido a la memo-

ria del Profesor Sañer por esta Real Academia de Medicina, por la Cruz Roja Española, por los Colegios de Médicos de toda España y a gran manifestación de duelo en honor suyo, de profesionales de todas clases en Madrid con motivo de la conducción de sus restos al cementerio, que presidieron los Ministros de Educación Nacional, de Gobernación y de Justicia, el Capitán General de Madrid y muchas y elevadas jerarquías civiles y militares, fueron demostración del respeto y simpatías que nuestro Director había sabido inspirar por su ciencia y por sus servicios a la Patria.

B. LEONARDO DE LA PENA

Siempre he considerado un deber ineludible asistir a las sesiones necrológicas en honor de un Académico fallecido; pero si éste, como ocurre en la presente ocasión, es, además, el Director de esta Real Academia y un fraternal amigo mío, desde los ya antiguos tiempos en que éramos estudiantes, el cumplimiento de aquel deber tiene aún mayores exigencias para mí, y por ello, en la ocasión presente, a impulso de mis sentimientos fraternales, voy a pronunciar algunas palabras en elogio de nuestro eminente y querido compañero (q.e.p.d.).

Como alumno de la Facultad de Medicina de Madrid, ya el Dr. Suñer se distinguió notablemente por su inteligencia clarísima, por su talento y por su aplicación, que le hicieron ser uno de los alumnos más aventajados de los que por aquel entonces cursábamos nuestros estudios en la Facultad de Medicina de San Carlos,

dándose la circunstancia, frequentísima en aquella época, de que el Dr. Suñer, siendo de posición económica modesta, pues era hijo de un respetabilísimo médico de Sociedad, era, sin embargo, como otros estudiantes también faltos de recursos, uno de los más aplicados de la Facultad.

Como Catedrático, diré que lo fué bien joven. Apenas terminados los estudios de la carrera, y habiéndose ya destacado en el cargo de Ayudantes de la cátedra de Patología general, hizo inmediatamente oposiciones brillantísimas a la cátedra del mismo nombre de la Facultad de Medicina de Sevilla, que por aquel entonces era provincial y dependiente, por tanto, de la Diputación de dicha capital; y a Sevilla se fué el Dr. Suñer, lleno de ilusiones por haber conseguido tan joven la aspiración suprema de su vida, el ser Catedrático; y en aquella Facultad de Medicina comenzó a realizar una labor decente de mérito extraordinario, en lucha diaria contra todos los prejuicios y todas las

dificultades inherentes a ser el único Profesor que en aquella Facultad había ingresado en la cátedra por oposición, mientras que los demás lo eran por nombramiento de la Diputación, en virtud de la influencia de amistades y prestigios locales. Esta circunstancia hizo que tuviera que luchar enormemente contra todo el Profesorado de aquella Facultad y que esta lucha se tradujera en ponerle toda clase de obstáculos a su labor, incluso el de no pagarle el sueldo correspondiente a su cátedra durante muchos meses; en vista de tales dificultades, que trató de resolver siempre con toda energía y con una voluntad indomable, reveladora de su carácter, decidió irse a Alemania a ampliar sus estudios, y después de bastantes meses de permanencia en las principales clínicas de dicho país, consiguió, al volver a España, ser nombrado Catedrático de Enfermedades de la Infancia de la Facultad de Medicina de Valladolid; y en esta Facultad

en la que hasta entonces la enseñanza de la Pediatría se había hecho en condiciones verdaderamente defectuosas, con la llegada del Dr. Suñer, la clínica infantil y su consulta sufrieron una honda transformación, que, juntamente con la magnífica enseñanza que en la cátedra y en los servicios clínicos dió el Sr. Suñer, contribuyó a que éste adquiriese rápidamente un gran prestigio como especialista, y a que fuese considerado por Profesores, alumnos y público como un maestro verdaderamente eminente de la Pediatría española.

No era bastante el ambiente provinciano a satisfacer los anhelos del Dr. Suñer, y allí por los años 1920 ó 1921 hizo nuevas oposiciones a la cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de Madrid, cuyo Tribunal tuvo la honra de presidir, y en refida oposición con otro distinguido especialista y después de ejercicios teóricos y prácticos brillantísimos, el Dr. Suñer fue

nombrado Catedrático de esta Facultad de Medicina, en la que inmediatamente reorganizó todos los servicios clínicos, mejorándolos notablemente y organizando un buen laboratorio y una consulta pública, a la que han concurrido numerosos niños enfermos, que han servido para la enseñanza y para que en la cátedra el Dr. Suñer realizara una labor verdaderamente eficaz, por lo científica y por lo práctica.

Tampoco eran suficientes, sin embargo, los modestos medios de que el Prof. Suñer podía disponer en la Facultad de Medicina para dar a la enseñanza toda la importancia que él deseaba, y aprovechando la circunstancia de ser Ministro de la Gobernación el llorado General Martínez Anido, obtuvo de este señor las cantidades necesarias para crear e instalar la Escuela Nacional de Puericultura, y en ella, mejorada incesantemente en su instalación y funcionamiento, el Dr. Suñer ha empleado una gran cantidad de energías de su vida, para organizar este Centro de modo

tan perfecto, que ha logrado, no solamente crear un plantel de jóvenes pediatras, bastantes de los cuales han llegado a ocupar, por sus méritos, las cátedras de Pediatría en algunas Facultades de provincias y los servicios de la especialidad en algunas instituciones de Beneficencia, sino que, además, ha tenido el gran mérito de atraer poderosamente la atención de los Poderes Públicos y de la sociedad en general hacia el organismo del niño, habiendo conseguido también que todos contribuyan en España a dedicar grandes cuidados y atenciones al desarrollo y crecimiento de la infancia y al cuidado de sus enfermedades.

Como fruto de todos sus trabajos y enseñanzas, el Doctor Suller ha escrito y publicado una magnífica obra, que muchos médicos generales y todos los especialistas manejan a diario en su biblioteca, acerca de las enfermedades de la infancia, libro repleto de conocimientos y de experiencia práctica, completamente personal, y además ha publicado gran cantidad de folletos enca-

minados todos a la defensa y al mejoramiento del organismo infantil y a la divulgación de los conocimientos de Pediatría y Puericultura.

Como hombre el Dr. Suñer se ha destacado poderosamente en multitud de aspectos e facetas de su vida. Hombre recto y justo en sus decisiones, honrado y probo a carta cabal, como le demuestra el hecho de haber desempeñado cargos de gran importancia en los que el sobe no, en sus múltiples aspectos, le acechaba, y sin embargo, toda su actuación en ellos ha sido limpia y transparente, ateniéndose en sus resoluciones y en sus juicios únicamente a los dictados de su criterio de rectitud y de justicia; hombre de convicciones morales arraigadas, no se ha dejado influir por la fuerza del poder y de la amistad, cuando éstos han pretendido algo injusto e en contra de sus convicciones, lo cual también le ha valido, como puede suponerse, críticas y murmura-

ciones abundantes y hasta el cese en algunos de los cargos públicos que ha desempeñado.

Ha sido, a pesar de lo que algunos puedan suponer, hombre verdaderamente cariñoso y afectivo, no sólo con sus familiares y amigos, sino con todos los discípulos y ayudantes, a los que siempre ha proligado sus acertados consejos y su protección ayuda, para que hayan logrado la mayor parte de sus aspiraciones. Hombre extremadamente impresionable y sensible, lo mismo ante la prueba de cariño y amistad que ante las críticas y murmuraciones injustas, el Dr. Suñer ha seguido siempre rectilínea la trayectoria de su vida, cuyo ejemplo de moralidad, de austeridad y de rectitud debe servir de enseñanza a gran número de ciudadanos españoles, de esos que yo llamo flotantes e insumergibles con todas las ideas y con todas las situaciones, a las que se acomodan con gran facilidad, para el logro de todos sus deseos y de todas sus ambiciones.

Sea independencia de carácter, esa energía verdaderamente ejemplar, le ha producido a nuestro eminente amigo, en muchas ocasiones de su vida, amarguras sin cuento, en algunas de las cuales, yo he acompañado y con mi cariño y mi optimismo ha contribuido a disiparlas.

Y como demostración bien reciente de la maldad y perfidia de algunos, sepan los señores Académicos, que en los últimos días de su vida y entre las numerosas cartas que a diario se recibían para mi llorado y querido amigo, ha llegado una anónima, en la que el malvado que la escribiera le manifestaba al Dr. Suñer su alegría al saber que se hallaba a las puertas de la muerte por gravísima enfermedad y su satisfacción por desaparecer a persona a la que aplicaba un calificativo completamente villano y miserable, y cuyo autor anónimo, si llegara a descubrirse, merecería la repulsa unánime de todos los españoles decentes.

Sirvan estas frases de homenaje a nuestro ilustre Director y de testimonio de mi fraternal cariño, así como de expresión sincera de mi dolor a la Real Academia y a la distinguida familia de mi llorado amigo por pérdida tan irreparable, y de mi ferviente deseo de que su espíritu vaya a ocupar en la gloria eterna el puesto destacado que merece por su actuación ejemplar y excepcional en la vida, por lo recta, justa, honrada y moral, así como por su sabiduría y su conducta verdaderamente meritoria y excepcional como español de primera categoría.

D. TIBURCIO ALARCON

Era por aquellos años de agitación en los que solicitábamos reivindicaciones justas o, cuando menos, equitativas, que, ¿por qué no decirlo?, en ocasiones, lo que se creía de justicia resultaban peticiones o deseos pocos justos.

Se daba el caso de que la carrera de Veterinaria o recía de representante en aquel Centro consultivo, y hubo de solicitar que se le concediese.

Pasó la petición a informe del Consejo, y como el Doctor Suñer conocía, por el tiempo que, como ha dicho el Doctor De la Peña, permaneció en Alemania, que allí la Veterinaria es Facultad, hizo una gran defensa de la petición, que a pesar de lo que algunos señores del Consejo se oponían a la idea, fueron tales los sólidos argumentos y tan brillante la defensa, que

logré convencer a los señores Vocales, que casi por unanimidad se tomó el acuerdo de que la clase veterinaria tuviera su representante en el ya dicho Real Consejo de Instrucción Pública, honroso cargo que desempeñamos, sucesivamente, los Académicos Sres. García Izcara, Vías del Villar y el que en estos momentos se honra en haceros sabedores de ese rasgo de generosidad del Dr. Suñer.

Y fué tal la alegría, la satisfacción y el agradecimiento de la clase veterinaria a la actuación del Dr. Suñer, que a pesar de la gran resistencia que tan ilustre Consejero hizo, no se pudo sustraer al deseo que todos los Veterinarios españoles sentíamos por exteriorizar el profundo agradecimiento a los eficaces trabajos de tan altruista Catedrático, que se le dió un banquete que llamó la atención por el número de asistentes y la sinceridad que a todos nos animó, y a cuyo homenaje asistieron representaciones de todas las Escuelas Superiores de Veterina-

ria, Colegio de Veterinarios, que le nombró socio de honor, Cuerpos de Subdelegados de Veterinarios titulares y del Ejército, incluso personas de gran valor científico, que veían en el malogrado Dr. Suñer una gran fuerza para todo lo que suponía engrandecimiento de toda institución científica.

B. LEIS SUÑER

Suñer fué un hombre bueno, y para el cultivo de la profesión y de la Ciencia vivió siguiendo el lema heroico de la Ciencia por la Ciencia, lema que encierra un romanticismo salvador que muchos no comprenden, pero a cuya sombra genios ilustres, como el de Suñer, hicieron el sacrificio de sus vidas, dejando señalada al morir brillante estela, guía segura para el progreso y engrandecimiento de los pueblos. Y frente al criminal anónimo del que el Sr. Peña ha dado cuenta esta tarde, no me ha ocurrido otra cosa que el recordar públicamente ahora con cuánto cariño me dió cuenta, por teléfono, la noche en que vosotros con él me elegisteis Académico, del acto que acababais de realizar; y yo, hombre agradecido, de los que no aceptan la acción de enroscarse como el caracol en su concha, para ver como el tiempo disipa los recuerdos, y más cuanto éstos en algunos pesan como losa de plomo, yo, repito, deseo que conste aquí

mi gratitud y ofrezco al maestro, en esta hora de dolor, lo que mejor puede ofrecer un espíritu creyente: una corona ya consagrada de oraciones al Altísimo, entretejida con votos de impercedero recuerdo.

R. ANTONIO PISA

No es la primera vez, Sres. Académicos, que el Profesor Suñer recibió injurias y amenazas, vilmente camufladas en el ánimo destinado a herir y quebrantar el recto espíritu de nuestro sabio Director. Recuerdo que fui miembro de Reacción Ciudadana - que yo presidí durante algún tiempo -, y no obstante nuestra falta de agresividad política y social, de nuestro deseo de sembrar el bien, librando a España de los males que la amenazaban, de nuestra carencia de odio y violencias, fuimos amenazados de muerte con "jarabe de pistola". Por suerte, ni su familia, la del Profesor Suñer, ni la mía, conocieron el hecho. El Profesor Suñer sercamente me dijo que él, como el Cardenal Cisneros cuando fundó la Universidad de Alcalá, alma mater de la Universidad de Madrid, "Hacia lo que debía hacer por servir a Dios. Y a El se lo encomendaba".

D. JOSE CASARES

Sacrificó su vida y su tranquilidad en el cumplimiento del deber; y en los últimos tiempos, en un difícil cargo, procuró, en medio de prendas sinsabores, hacer cuanto estaba en su mano para evitar pudiesen volver los luctuosos y trágicos días de la revolución marxista. Con su muerte pierde la Pediatría española una de sus personalidades más prestigiosas, y los que le queríamos, un amigo cariñoso, cuyo recuerdo no se borrará de nuestra memoria mientras vivamos.

DOCTOR CARRO

En plena madurez intelectual, cuando nada podía hacerle prever, una rapidísima enfermedad, que hizo ineficaces los recursos terapéuticos, prodigados por quienes asistíamosle con tanto cariño y tan honda devoción, lo arrebató de entre nosotros en el preciso momento en que llegaba a su cénit esa Movilización Cultural Médico-Práctica que fué su última organización, consagrada al mejoramiento profesional de la clase médica. Gracias a su esfuerzo y al apoyo del Ministro de Educación Nacional, pudo ser reconstruída en cinco meses la Facultad de Medicina de la Ciudad Universitaria, donde se celebró el Congreso, que el propio Caudillo quiso honrarasistiendo a la solemne sesión de clausura. Por aquellos días confiaba la muerte al que debía presidir tan trascendental acto, y él expuso, lisa y llanamente, su vehemente deseo de que no se interrumpiesen, por causa cuya, las

tareas científicas del Congreso. Al mismo tiempo, recomendaba a sus discípulos predilectos que no abandonasen la noble misión de la Escuela Nacional de Puericultura, y daba a todos ejemplo de serenidad, de modestia y de resignación cristiana.

Hasta el último instante, que él definió como "camino ideal sin término en esta tierra, prolongado hacia un más allá desconocido que presentimos", Suñer, patriota y cristiano supo darnos normas ejemplares de una vida que se consagró al cultivo de aquellos ideales que más pueden elevarla y ennoblecerla.

Al compartir las Reales Academias hermanas y el Instituto de España el duelo de la Real Academia de Medicina por la pérdida de su eximio Director, obligan, con su perenne gratitud, no sólo a nuestra Corporación, sino a toda la clase médica española, de la que el Profesor Suñer era una de sus más revelantes y representativas figuras. Permitid que sea mi voz, tan falta de autoridad como llena de emoción, la que, en nombre de una y otra, de este sentimiento.

HERENCIA Y EDUCACION

La monografía Herencia y Educación de 27 páginas, fué editada por la Comisión de publicaciones de la Sociedad catalana de Pediatría, el año 1.932. Está dedicada a la memoria de su compañero de especialidad el fallecido Doctor Casayas. Empieza diciendo que la íntima esencia de los fenómenos hereditarios nos es desconocida. Solamente pueden formularse hipótesis con el fin de tener un concepto provisional, por lo menos, que permita hasta cierto punto encauzar las investigaciones que tal vez en un porvenir más o menos remoto, logren darnos un criterio más sólido de los hechos hereditarios, que el que hoy tenemos.

Un gran fisiólogo -me parece que fué Claudio Bernard- ha dicho: "Una buena hipótesis llena la imaginación y no ocupa espacio". Así, pues, el formular hipótesis susceptibles en todo o en parte de ser

sometidas a comprobaciones experimentales, aun cuando representan un esfuerzo de naturaleza abstracta o teórica, no son inútiles si como gérmenes de ideas tienen más pronto o más tarde una demostración objetiva.

Son de un interés excepcional las siguientes conclusiones que formula:

1. En el orden de los fenómenos biológicos de la herencia sólo la idea de movimiento puede satisfacernos para explicar su génesis.

2. Los sujetos este el punto de vista de la herencia y educación pueden clasificarse en tres grupos: a) normales; b) nerviosos; c) degenerados. Los dos primeros son modificables. El último, no.

3. En los sujetos normales y en los nerviosos (en el sentido de Oppenheim), la educación, empezando por el ejemplo, es de un valor primordial.

4. En la formación de la voluntad, del carácter y de la personalidad moral, juegan un papel fundamental las representaciones contrarrestadoras de impulsos o inhibiciones perjudiciales.

5. La educación integral es, sin duda, el ideal pedagógico, siempre que el sistema se individualice; esto es, se adapte a las condiciones peculiares de cada caso.

6. La transmisión de los caracteres psíquicos normales o anormales se comprende mejor por una hipótesis dinámica que por otra anatómica.

7. Todas las hipótesis formuladas: anatómicas las altas funciones anímicas, tales como la evolución creadora, la firmeza indestructible del carácter, la fortaleza moral de los santos y de los héroes, impermeables a todas las sugerencias representativas perversas, solo la independencia del alma de la materia puede explicarlas. El mecanismo biológico, es en estos casos el instrumento del alma.

EL TRABAJO DE LOS NIÑOS

Este folleto es una memoria premiada por la Sociedad Española de Higiene. No tiene fecha en el pie de imprenta, pues esta editado por la Revista de Especialidades Médicas que dirige el Dr. Forus. Aun cuando no tiene fecha, debió publicarse en 1.906, pues el ejemplar que tenemos a la vista, es un ejemplar dedicado a su respetable amigo y compañero D. Sebastian Recasens con fecha Julio de 1906. Debajo del nombre del profesor Enrique Suñer, pone: Catedrático de Medicina de Sevilla. Trae un ligero prólogo en el que dice que el concepto de obrero, aplicado al adulto ó al niño, no puede, á mi juicio, suscitar dudas respecto á su extensión; debe ser todo lo más amplio posible y abarcar tanto el trabajo manual como el intelectual, dando así con estos dos calificativos carácter á la naturaleza del mismo, sin dejar de reconocer que tanto uno

como otro obrero pensan á contribución siempre la energía del músculo y la del cerebro, pues todo trabajo mecánico humano conducido á un fin útil tiene algo á mucho de inteligente, y es rara la empresa intelectual que no exija para su realización el empleo de cantidades variables de energía musculares.

Comprendiendo así el sentido y la genuina significación de la palabra obrero, considero inútil entrar en el análisis de la cuestión batallona de la división entre los obreros manuales ó mecánicos, y cerebrales ó intelectuales, que si puede realizar algún objetivo desde el punto de vista de ciertos grupos socialistas militantes, no ofrece nada alguna cuando se las examina abstractamente en el orden ideológico, como nosotros en este momento.

Así, pues, y en consonancia con el precedente criterio al estudiar el problema del trabajo de los niños, nosotros hare-

nos referenciamos a las dos clases que admitimos la del obrero manual y la del intelectual.

Antes de entrar en el examen detallado de las cuestiones referentes a cada una de las dos clases de trabajo de los niños, creo útil sentar algunos breves fundamentos generales que nos den cuenta de la naturaleza del mal social que envuelve el actual estado de este vasto problema, crítico en todos los países, agravado en el nuestro por las mismas causas esenciales que determinan el aumento del daño en los restantes Estados nacionales.

En las modernas sociedades se exige una prematura y excesiva producción a los niños, sin reparar en que las fuerzas físicas se agotan, que sólo se reponen con el reposo y la alimentación.

En el niño operario (obrero manual) el principal motivo

de su decadencia radica en la escasez de jornales de los padres, en las malas condiciones higiénicas que la pobreza acarrea y la consecuencia inevitable de estos males: la necesidad de trabajar prematuramente.

El niño estudiante, en otro concepto, paga crecido tributo á la enfermedad y á la muerte, más que por causa directa del exceso de trabajo cerebral, por la falta del suficiente desarrollo de su organismo, debida al régimen pedagógico, generalmente péjimo, á que se encuentra sometido, y en el cual suele olvidarse casi siempre las más elementales nociones de Fisiología y de Higiene.

El médico, por su peculiar esfera de acción, está llamado á intervenir como árbitro en la regularización del trabajo, teniendo en cuenta las condiciones físicas del niño y el progresivo desenvolvimiento de sus actividades.

No han adquirido en la redacción de los programas de reformas sociales los consejos médicos el valor que les corresponde por propio derecho; á ello se debe el principal retraso observable en el planteamiento y resolución eficaz de este problema; la voluntad de los médicos é higienistas no debe flaquear á pesar de las no muy propicias circunstancias que los rodean, pues su incesante laboreo ha de abrirles al fin el templo de las leyes, donde su concurso es indispensable, tanto como puede serlo el del pedagogo y el legista, para fundamentar racionalmente las disposiciones sobre la materia é inspirar otras nuevas.

En consonancia con la división fundamental establecida al principio de nuestro estudio sobre los obreros infantiles, vamos á examinar separadamente, y siempre desde el solo punto de vista médico, las condiciones en que se desarrolla la vida

del trabajo en el obrero manual y en el intelectual.

Después tiene un capítulo de seis páginas, dedicado al niño obrero manual, otro de cuatro páginas sobre el niño obrero intelectual; otro al estudio de los métodos pedagógicos y otro final en el que conante ideas y palabras del Sr. San Martín, de Giner de los Ríos y del Padre Menjas.

Termina este folleto con las siguientes palabras: "Hemos visto por la exposición hecha de nuestro asunto, que el actual estado crítico por que atraviesa el problema del trabajo de los niños, tanto para el obrero manual como para el intelectual, exige, si hemos de pretender alcanzar su resolución, remover los obstáculos que se oponen al planteamiento de las antiguas prácticas atenuadas, contemporáneamente denominados "educación integral".

LA ALIMENTACION DEL NIÑO PEQUEÑO Y SU INFLUENCIA SOBRE
LA MORTALIDAD INFANTIL

Monografía del 44 paginas editada en Valladolid el año 1938, durante la guerra de Liberación por el entonces Ministerio del Interior, Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad—Sección de Maternología, Puericultura e Higiene escolar. Constituye el volumen 12 de la colección "Publicaciones" Al servicio de España y del Niño Español.

La trascendencia pediátrica y social de esta monografía, se con toda claridad en las siguientes palabras de su prólogo:

Desde tiempos muy lejanos se sabe que el niño de la primera infancia es el más susceptible para enfermar y morir. Esta consideración se acentúa en su valor cuando nos fijamos en lo que sucede durante el primer año de la vida. Hablar del niño pequeño es tanto como recordar la necesidad de tener en cuenta la clasifi-

ción de las edades infantiles. Nosotros aceptamos, por parece muy ajustada a la realidad, y porque de esta manera rendimos homenaje a un ilustre pediatra español, desaparecido hace tiempo del mundo de los vivos, la del profesor Borobio. Comprende tres periodos: 1ª infancia (los dos primeros años de la existencia); 2ª infancia (del tercero al séptimo año, edad pre-escolar de otros autores); 3ª infancia (desde los siete a los catorce años), época final, que se continúa con el periodo de la pubertad. De la primera infancia es el primer año de la vida (lactancia), el que ofrece mayor interés para nuestro objeto, porque la susceptibilidad para la enfermedad y la muerte es tanto mayor, cuanto más nos aproximamos al punto de partida de la vida extruterina.

Podemos considerar también como un hecho axiomático, que en el niño pequeño (los dos primeros años de la vida), las causas de muerte más importantes, numéricamente consideradas para todos

los efectos estadísticos, son las afecciones del aparato digestivo.

Con estos antecedentes, nos ocuparemos del tema de la alimentación en el niño, correspondiente al período mencionado. Adviértese en seguida que su estudio abarca dos fundamentales problemas: 1º el de la Fisiología normal. 2º el del tratamiento sintético (hoy el más esencial en la Terapéutica), de las enfermedades de la nutrición.

Ante la imposibilidad de examinar ambos problemas me limitaré a señalar, a modo de ejemplos, unos cuantos hechos fundamentales que hacen referencia al magno asunto de la alimentación en el niño normal, y procuraré, dada la heterogeneidad de este selecto auditorio, huir de tecnicismos excesivos, propios para expresarlos ante un público exclusivamente especializado, con el fin de dar a mi trabajo el más claro aspecto comprensivo, y, por lo tanto, divulgatorio.

Cuando hace veinticinco años, y aún bastante después de esta fecha, leíamos en las obras de Medicina infantil o en las Revistas de Pediatría capítulos y artículos referentes a la alimentación artificial del lactante, queábamos muchas veces abrumados con la lista inmensa, compleja y diferente de los productos alimenticios recomendados. En estudios de recapitulación de los mismos (recoríamos uno publicado hace años por Ernst Deutsch), la sorpresa para el Clínico iba seguida de la desagradable sensación que produce la confusión cuando los hechos y las teorías se multiplican sin enlace y sin claridad. Así surgían elementos y alimentos sobre elucubraciones diversas y se multiplicaban los mismos casi hasta el infinito. Ejemplos de lo que digo son: "la leche desnatada por el método de Rothschild"; la preparada por "Winter y Vigier"; la denominada de "Backhaus"; la vegetal de Lehmann"; las "homogenizadas"; las "desnatadas"; "las albuminosas"; la "Babeurre", de los franceses, o "Buttermilch", de los alemanes,

etc., sin contar con la innumerable serie de los preparados farináceos, cuya aplicación se recomendaba en las alimentaciones complementarias.

Toda esta complejidad lamentable, evidente prueba de la ausencia de una orientación sólida, obedecía de un modo natural a la necesidad de llenar un vacío en el conocimiento de la Fisiología de la Nutrición infantil.

Los perseverantes esfuerzos de los Pediatras en todos los ses, hechos durante los dos últimos decenios, han logrado elevar considerablemente en esta materia. Sin que la discusión y hasta las dudas hayan desaparecido del todo, hoy puede, sin embargo, afirmarse que existen establecidas bases doctrinales que permiten deducir conclusiones prácticas más seguras.

Dar a conocer estas bases que informan la doctrina de la nutrición en el niño pequeño ha de ser el objeto primordial de esta conferencia.

Los fundamentos, hasta ahora incommovibles de la alimentación normal en el niño, se condensan en las tres siguientes leyes:

1ª.- La que me permito denominar "ley de Afinidad química", con su desdoblamiento en "ley de Homología" y "ley de heterología".

2ª.- La "ley de Adaptación fisiológica", incorrectamente denominada también "de entrenamiento".

3ª.- "Ley de Correlación digestiva".

La "ley de Afinidad química" puede enunciarse de este modo: digestión y asimilación de un alimento determinado es tanto más fácil para el niño cuanto más próxima esté la composición de dicho alimento de la que constituye los tejidos y células del organismo".

Es tan cierta la realidad de esta ley, que ella ha presidido, aún sin ser conocida por el análisis científico, la convicción empírica de que la natural lactancia (alimentación por leche de

mujer), era el óptimo sistema para la crianza del niño. La pre-
noción vulgar, aliada con la observación del Médico, ha consa-
grado en todos los tiempos y mantiene hoy todavía como consigna
inquebrantable, que el niño en los primeros tiempos de su vida
debe ser criado con la leche de su madre, naturalmente, mien-
tras en éste no existan motivos graves que lo impidan.

La fácil asimilación de los alimentos homólogos, o sea, aque-
llos cuya composición se aproxima más a la de los tejidos del or-
ganismo, nos lleva a una consideración exacta en el sentido qui-
mico, no en la definición que debemos dar de alimento (materia
que viene del exterior y alcanza nuestros tejidos celulares, pre-
via una serie de transformaciones digestivas); pero que prueba
la realidad de esta ley que comentamos: la facilidad con que
las propias reservas se utilizan en el mantenimiento de la vida,
dentro de los límites y oscilaciones normales, sin que el orga-
nismo padezca, ni siquiera se aperciba de este trabajo ni de es-

ta asimilación. Es que la composición de estas reservas: proteínas, grasas e hidrecarbonados es absolutamente "específica"; esto es de una "homología" tan avanzada, que sus fórmulas químicas corresponden idénticamente a las de nuestros tejidos. La "autofagia", por decirlo así, es la más fácil y cómoda de todas las digestiones y asimilaciones. Mas este concepto, exacto por más de un aspecto, no podemos, por las razones apuntadas, llevarlo a la concepción de alimento. Dentro de esta última se comprenderá que la leche de mujer, por "razón de especie", es el más homólogo de todos los alimentos que pueden darse al niño lactante. Tan cierto es así, que los trastornos más frecuentes, producidos por la leche de mujer, no son ocasionados por la dificultad "cualitativa" de su transformación y asimilación, sino por un exceso "cuantitativo" de uno o varios de sus principios inmediatos, que traspasa el dintel de la capacidad de trabajo del organismo que lo recibe.

A partir de estas consideraciones, se comprende en seguida lo que ha de ser un alimento "heterólogo" y qué inmensa diversidad de esta clase de alimentos encontramos en la Naturaleza. La carne, los huevos, las complicadas preparaciones de la pastelería, etc., representan para el organismo del niño pequeño una complejidad química tan distante de la propia celular, que solamente con su enunciación basta para comprender las dificultades para su asimilación, y el esfuerzo enorme a que obligan para realizarla.

Abundando en el problema de la "afinidad química", cuyos descubrimientos fundamentales en el terreno pediátrico se deben al incesante trabajo de autores como Meyer, Moro, Bauer, Hamburger, y a los cuales desde hace años venimos personalmente contribuyendo en la medida de nuestras fuerzas, encontramos una explicación más abstracta, también más profunda de la misma, en la "teoría de los coloides".

Ha sido Loeb quien ha dicho que "en el organismo todo es co-
loide". La partícula coloidal, desde el punto de vista de la quí-
mica biológica, viene a representar a la hora presente algo pare-
cido a lo que era el átomo en las ya antiguas concepciones de la
Química general. En cierto modo, esta teoría coloidal se identi-
fica con el concepto de los "iones", última expresión a que se
ha llegado en el análisis de la materia.

Los coloides se dividen en dos grupos: de "signo positivo" y
"negativo". Los primeros se reconocen por la propiedad que tie-
nen de precipitar una disolución al 2 por 1.000 de sulfuro de
arsénico coloidal, dejando intacta otra análoga de hidrato de
hierro. Lo contrario ocurre con los de signo negativo. En la
constitución de la materia las combinaciones de una y otra clase
de coloides pueden variar hasta el infinito. Las fórmulas coloi-
dales, así formadas, tienen una estructura diferente en la mate-
ria propia de cada organismo, que se aleja de la correspondiente

a las substancias heterólogas. Cuanto más distancia existe entre unas y otras más separada se encuentra también la composición coloidal.

Así, pues, se puede definir, basándose en esta concepción, el alimento homólogo y heterólogo. El primero, es aquel más próximo a la materia viva del organismo por la fórmula de sus coloides (combinación de los positivos con los negativos más análogos a la materia específica). El alimento heterólogo es el que tiene más distante su fórmula coloidal de la específica de un determinado organismo.

SIFILIS INFANTIL

Folleto elegantemente editado con papel cucha, en Barcelona, sin que tenga pie de imprenta es el que publicó en 1.929, con el título Sifilis infantil. La mayor parte de los casos que sirven de base á este estudio proceden de los servicios clínico y policlinico de Pediatría de la Facultad de Medicina de Madrid.

Empieza haciendo una aclaración: la de que los enfermos que forman la base de este trabajo han sido cuidadosamente revisados para poder asegurar el diagnóstico con las mayores probabilidades de acierto, porque la sifilis, como la tuberculosis, son dos etiologías en las cuales se tiende al abuso, y así aparecen jugando un papel en las anomalías de causa oscura cuando nos fijamos en el proceso embrionario que les da origen, en las cardiopatías congénitas, en las estenosis pilóricas del lactante y en tantas enfermedades para las cuales no siempre se encuentra una clara expli-

ación, y en las que, por tanto, se recurre a las dos causas mencionadas.

De este escollo, precisamente, es del que quiere huir, a cuyo efecto, al examinar cada historia clínica, he formulado in mente el siguiente problema:

¿La sífilis presente en este caso, debe ser considerada como la responsable del mismo, o es sólo una concurrencia de valor por la complejidad que aporta, pero sin que tenga la categoría de causa.

Indudablemente, hay que reaccionar contra algunas exageraciones y desechar muchas de estas últimas, como ocurre con libros como el de Leredde en el cual apenas hay proceso del sistema nervioso que no pueda ser afiliado bajo la etiología sífilítica.

Muchos neurólogos abusan, aun dentro de tratados de carácter general, del factor etiológico sífilis; y así vemos -por ejemplo- cómo Millian defiende el origen sífilítico del corea minor y Leredde nos habla de la epilepsia sífilítica, del neurosífilis, de la

neurastenia y de la histeria, que deben, según ellos, llevar el nombre de lústico.

Para que a un proceso del sistema nervioso podamos calificarlo de sífilítico, necesitamos que reúna condiciones que sean capaces de darnos la sensación de que la sífilis está en juego. Así, el antecedente, bien confirmado, de sífilis en los padres del enfermo, es una prueba de gran valor clínico, aun en presencia de reacciones de laboratorio negativas. La comprobación del carácter positivo de estas últimas es de una importancia indiscutible, y es asimismo de gran valor la coexistencia de una sintomatología clínica bastante completa para caracterizar el proceso lústico, tal como la triada de Hutchinson, ciertas sífilides, etc.

Entre este conjunto de pruebas utilizables en el diagnóstico, no podemos olvidar el valor de una tradicional y nunca bastante alabada, que es la terapéutica, la cual, si bien representa el retraso

en la exactitud de nuestros medios diagnósticos, no es menos cierto que en definitiva sirve para elucidar muchos casos dudosos, enseñándonos el camino práctico de la curación.

En la sífilis del sistema nervioso precisamente se ve la existencia de casos en los cuales ni los antecedentes inmediatos, ni las reacciones biológicas, ni la prueba terapéutica sirven para aclarar el diagnóstico; pero, a veces, por una serie de intuiciones, por lejanas etiologías y por deducciones comparadas con otros procesos, han llegado algunos clínicos a colocar estas enfermedades dentro de la etiología remota de la sífilis, la cual ha tomado un papel de acción hereditaria, cuyos caracteres patológicos se fijan en los gérmenes sexuales, para ser transmitidos a la descendencia, con una inclinación evolutiva fatal, por su carácter regresivo, en la fina anatomía y actividad funcional de los elementos neuronales.

A semejantes procesos se les denomina metasifiliticos o parasifiliticos, y el fondo de los mismos es esencialmente esclerótico. Entre ellos han colocado ciertos neurólogos la "enfermedad de Little", tan eminentemente infantil, así como la "hemiparesia paralizante", de mucha menor importancia en el niño.

Catalogando los enfermos infantiles con procesos lúeticos del sistema nervioso, se encuentra, entre ellos, los que padecen meningitis agudas.

Las sífilis en las leptomeningitis representan un factor etiológico indiscutible. Es seguro que un gran número de meningitis que en otros tiempos se denominaban "simples", y que actualmente un grupo de ellas llevan el calificativo de "serosas", obedecen a la etiología sífilítica. Precisamente para estas últimas formuló Bünninghaus la frase siguiente: representan "términos de ignorancia.

Antes del descubrimiento de la reacción de Wassermann, es indudable que muchas meningitis lúeticas no se diagnosticaron, y aun

después de dicho descubrimiento pasaron bastantes años hasta que se hizo la aplicación de este método de diagnóstico al líquido cefalo raquídeo. Por eso, muchos casos de líquido claro, con ligero aumento de albúmina, sin diferenciación de tipos de este elemento químico, con crecimiento de células linfocitarias y con investigación negativa de gérmenes, fueron incluidos en el cajón de sastre de las meningitis serosas.

El análisis químico de las seroalbúminas, su diferenciación de las globulinas y la distinción en estas últimas de las su y pseudoglobulinas, sobre la cual se ha pretendido establecer un diagnóstico diferencial entre la meningitis tuberculosa y la sífilítica parece aun que ha entrado de lleno en el dominio de los hechos ticos e indiscutiblemente categóricos.

Hablan de los siguientes casos: uno de meningitis, otro de una sífilis meníngea y otro también meníngeo. Señala la conclusión de que en el diagnóstico de las meningitis lúeticas, fuera de los

casos de Wasternann positivo perfectamente comprobado, es difícil.

Presenta después en esta publicación otra clase de procesos, de índole distinta. Copiamos sus palabras: El primero que voy a exponer es el de un niño cuyo diagnóstico ha sido muy discutido, pues en tanto que el nuestro —hecho cuando el enfermo tenía 13 años de edad— fué de encefalitis lústica, posteriormente —teniendo ya el paciente 17 años de edad—, un distinguido neurólogo ha observado a este enfermo y lo ha diagnosticado de "esclerosis en placas", no obstante estar considerada, como se sabe, esta enfermedad como excepcionalmente de origen lústico.

Este caso lleva, pues, un argumento importante a la necesidad de revisar nuestros conocimientos acerca de la etiología y comienzo del indicado proceso del sistema nervioso central: la esclerosis en placas.

He aquí un extracto de la historia clínica:

El padre es sífilítico confirmado, con todas las reacciones

biológicas intensamente positivas, ignorando cómo y hasta qué punto ha sido realizado el tratamiento.

El día 5 de enero de 1921, el niño cae en cama con un cuadro encefalítico; mejora pasajeramente y el día 21 tiene un nuevo ataque, que se repite el 23, con un amago de coma.

El 13 de febrero del mismo año fué llevado al Hospital del Niño Jesús, donde se le practica una punción lumbar que da salida a un líquido cefalo raquídeo claro, en el cual se obtiene un Wassermann positivo. Desde dicha fecha hasta el 8 de septiembre es sometido a fricciones mercuriales, iofuro potásico e inyecciones de benzoato de mercurio.

Antes, el día 16 de junio, un segundo Wassermann da resultado negativo. Pasan dos o tres meses y el 8 de septiembre, estando en un pueblo próximo a Madrid, el niño cae rápidamente enfermo con un ataque, diagnosticado por el médico que le asiste de meningocence-

falitis, con pérdida de conocimiento, falta de reacción pupilar y fiebre, que osciló entre 40 y 42 grados.

Existían trastornos de corazón que obligaron a emplear tónicos y excitantes cardíacos. Estos síntomas fueron atenuándose hasta que el enfermo recobró el conocimiento. La fiebre desapareció y las pulsaciones oscilaron entre 80 y 90; sólo quedaron síntomas de parálisis, más pronunciados en el lado derecho. La pierna derecha tiene marcada hipoestesia y en la izquierda sólo hay parálisis motora. No se observan trastornos ni en la emisión de heces ni en la de orina.

Con posterioridad a estos sucesos, ingresa en mi clínica y entonces encuentro taquicardia, sin fiebre; estado psíquico agudizado; Babinsky positivo; ataxia ligera; sensibilidad topográfica normal. El examen oftalmoscópico (hecho por el profesor Márquez) nos da estrabismo divergente y éstasis papilar doble.

El enfermo, al entrar en la clinica, tiene también disartria con bradilalia, Argyll-Roberson invertido y exaltación general de reflejos. Se le somete a una serie de análisis de líquido cefalo raquídeo, que acusan una larga leucocitosis (14 células por mm. cúbico); la glucosa y la urea son negativas; la albúmina está al 1 por 100. No hay bacterias y el Wassermann, en esta ocasión, es negativo.

Se somete al enfermo a un tratamiento específico intenso. Después, nuevo análisis de líquido cefalo raquídeo, en el cual el Wassermann sigue siendo negativo.

Un nuevo examen de fondo de ojo demuestra que el éstasis papilar ha desaparecido. El tratamiento específico se hizo a base de neosalvarsán, benzoato de mercurio y bismusel, alternando.

Estuvo este niño en la clinica unos 4 meses. Durante las tres primeras semanas se hallaba casi paralizado y su difícil marcha era de tipo espasmódico. Para que anduviera un poco era preciso

sujetarle por ambos lados. Los reflejos tendinosos estaban exaltados.

Conforme actuaba el tratamiento específico el enfermo iba mejorando, hasta que llegó un momento en que podía tenerse solo en pie; luego anduvo sin ayuda. Su marcha era de tipo atáxico, y parado, como puede verse en la fotografía adjunta, tenía una actitud atáxica, que recordaba la de los enfermos cerebelosos.

Poco a poco, iba todo mejorando, aun cuando nunca llegamos a alcanzar una verdadera resolución del proceso. No curó por completo; pero durante tres años que le observamos después, no volvió a padecer ninguno de los ataques que le privaban de conocimiento y le ponían en estado comatoso, como los que había sufrido al comienzo de su enfermedad. La exaltación de los reflejos rotulianos disminuyó mucho, pero el fenómeno de Argyll-Robertson invertido y la bradilalia han persistido hasta nuestra última observación.

El formular, muy posteriormente, un diagnóstico de esclerosis en placas en este enfermo obliga, como antes dije, a revisar las opiniones que pudiéramos calificar de clásicas, emitidas sobre la etiología de dicha enfermedad, que Marie consideraba como debida a un germen peculiar y que otros atribuyen al paludismo, al sarampión y a la fiebre tifoidea; pero que la mayoría de los neurólogos y sífilógrafos están conformes en considerar como de origen sífilítico muy dudoso, y también rara por debajo de los diez años (nuestro enfermo tenía 13 cuando hicieron explosión los accidentes).

Mas toda esta serie de factores etiológicos, que se han invocado para explicar la génesis de la esclerosis en placas, forman parte del grupo denominado exógeno, al lado del cual se halla el endógeno, propio de los adultos, en el cual no hay agente infeccioso averiguado, y que obedece a un mecanismo vascular de causa desconocida.

Interesa muchísimo recoger los casos que corresponden a niños y especialmente aquellos que, como el nuestro, tienen una etiología tan claramente específica, con una influencia tan manifiesta de la terapéutica, que, si no llega a ser totalmente curativa, es, por lo menos, bastante eficaz para que mejoren extraordinariamente los síntomas y la situación general del enfermo. La limitación terapéutica es la natural consecuencia de la presencia de lesiones secundarias, que no pueden cambiar.

De la historia clínica de nuestro enfermo refiriéndonos al período de nuestra observación, ¿se puede diagnosticar una esclerosis en placas, una esclerosis difusa, o es que, como dicen Krüner y Bruns en su "Tratado de neurología infantil", la sífilis del sistema nervioso central en los niños es siempre cerebro-espinal y entra, por lo tanto, en el cuadro de las grandes esclerosis de este sistema?

Es muy difícil decidirse; pero lo que sí puede asegurarse es que cualquiera que sea el caso que elijamos, todos los datos nos llevan a la conclusión de que se trata de un proceso esencialmente sífilítico y que en el caso de corresponder a una esclerosis en placas, ésta sería, naturalmente, de origen lúctico.

Del estudio de esta observación se deduce también que la idea que empieza con una meningoencefalitis puede terminar con una esclerosis difusa o múltiple, y ello obliga a pensar que la esclerosis en placas tiene, tal vez más veces de lo que se cree por la Clínica de adultos, un período inicial con fase inflamatoria y reacción consecutiva en el líquido cefalo raquídeo. Así, pues, nuestro diagnóstico, que hicimos fundamentalmente cuando estudiamos el caso, y que sostenemos, es el de una meningoencefalitis lúctica que aboca o predispone a una esclerosis (¿difusa? ¿en placas?). No me atrevo a hacer ninguna afirmación.

Tengo una segunda observación muy análoga a la anterior, en la que sucede algo parecido a lo expuesto, y por eso no la detallo.

Otra serie de casos de sífilis del sistema nervioso están representados por la pseudo-parálisis de Parrot.

Mis historias clínicas, en este sentido, no añaden nada a lo que se conoce en todas las obras clásicas que tratan de esta enfermedad.

En varios de mis enfermos, la sífilis nerviosa se desenvuelve bajo el aspecto de una meningomielitis, que da una paraplejía espasmódica inferior, con exaltación de reflejos.

ALGUNOS PROBLEMAS DE LA NUTRICION DE LA INFANCIA

El folleto de diez páginas titulado "Algunos problemas de Nutrición de la infancia" publicado en Madrid en Marzo de 1930 por la Editorial de Gaceta médica Española, recuerda en muchos aspectos la ponencia que desarrolló el año 1.925 en el III Congreso Nacional de Pediatría celebrado en Zaragoza. Aparte los puntos de contacto que tiene el título, sus ideas y desarrollo son muy análogos.

Inicia este trabajo a título de prologo con las siguientes palabras: En los asuntos de nutrición, de metabolismo, existen dos órdenes de trabajo: los especulativos o científicos puros y los de aplicación.

En los primeros hay que tener en cuenta a la calorimetría como una cuestión que se destaca entre las demás y sirve de base y de

fundamento, tanto en el orden normal como en el patológico, a la resolución de los problemas que la nutrición comprende. Es la calorimetría, y particularmente la fundamental, la originaria del moderno concepto que hoy tenemos sobre la nutrición, y ella es tan la que dirige y encauza la tendencia de los estudios que en el presente se realizan para perfeccionar los métodos de alimentación infantil y conocer mejor el mecanismo genético de las alteraciones de la nutrición.

Históricamente, ha sido en los laboratorios alemanes donde se han estudiado por primera vez los métodos calorimétricos, y la técnica de su investigación, que han conducido a la formación de dos clases de sistemas: el de la calorimetría indirecta y el de la directa; esta última hoy casi desechada en todas partes. De estos estudios de laboratorio surgió el concepto del metabolismo fundamental o basal, como generalmente se le denomina, y son inolvidables, en este sentido, los nombres de Magnus Levy, Rubner, Schlossmann, etc.

Pronto fueron estos métodos transportados a Norteamérica, donde adquirieron un desarrollo en proporción con el carácter eminentemente práctico de la medicina americana, distinguiéndose particularmente Benedict, Talbot, Lusk, Hermanos Dubois, Holt y Fales, entre otros.

En Pediatría, el nombre de Heubner va unido íntimamente a los primeros trabajos para aplicar la calorimetría a la alimentación del lactante. Heubner no hizo un objetivo especial del metabolismo basal en este problema. Se limitó, con una gran perspicacia de las posibilidades en aquella época, a estudiar los cocientes de energía previa investigación de la suma total de los diversos requerimientos energéticos. Reunió las cifras correspondientes a las diversas partidas que integran el gasto del organismo en el orden de la nutrición, que, como es bien sabido, son las siguientes: 1ª, Metabolismo fundamental; 2ª, Crecimiento; 3ª, Vida de relación; y 4ª, vida por los excretas.

Sus observaciones las trajo, por lo que se refiere a la alimentación del lactante, en las cifras de 100, 90, 80 y 70 calorías, como representantes de las necesidades energéticas totales que corresponden a los primeros, segundo, tercero y cuarto trimestres de la vida.

Actualmente, según mis puntos de vista, es también esta suma total la que el clínico debe considerar como la más importante en el terreno de la práctica y aquella que mejor puede utilizarse sobre la marcha ponderal del niño y su tolerancia digestiva, que son los dos grandes jalones que nos permiten deducir consecuencias y aplicaciones en la metabolimetría infantil, llámese normal o clínica.

Este concepto no se opone, sino que, por el contrario, afirma la importancia de los estudios de laboratorio en orden a la fijación de los datos calorimétricos; pero representan un avance provisional que solamente espera métodos de trabajo más fáciles en sus aplicaciones prácticas en los lactantes.

Lo mas interesante es lo que se refiere al metabolismo basal del que dice: En el momento actual, los procedimientos de investigación del metabolismo basal más generalmente usados en todas partes son de una difícilísima -estoy por decir imposible- aplicación en los niños de pecho, como tengo comprobado por mis intentos de averiguación del metabolismo fundamental en estos niños, para los cuales he utilizado la incubadora recomendada por Fouet, unida al analizador de gases de Launanié. No crea que esté de más el exponer estas dificultades, que bien podemos clasificar en dos grupos: intrínsecas y extrínsecas. Entre las primeras, derivadas de la condición natural del sujeto, con el cual se trabaja, son, como más importantes, las que a continuación expreso:

1º. Mantener, aun cuando la observación se reduzca al menor tiempo posible, dormido al lactante tranquilamente. La más pequeña excitación, el más leve movimiento, falsea considerablemente el

resultado de la observación.

2ª. El lograr este sueño después de un período de ayuno que no debe bajar de cuatro horas, si queremos huir de la fase de absorción alimenticia, tan importante en el examen, como han demostrado los americanos. Esta dificultad es, a mi juicio, la mayor, porque transcurridas cuatro horas, es considerablemente arduo mantener al niño pequeño dormido tranquilamente. De estas investigaciones tendremos necesidad de excluir a todos aquellos niños que no tengan reguladas sus pausas con cuatro horas, porque estos se despertarán antes, y el período de ayuno por debajo de cuatro horas es insuficiente para obtener datos exactos sobre el metabolismo fundamental, y, por otra parte, una pausa inferior a cuatro horas la considero, según mi propia experiencia, inadecuada para obtener una investigación con estómago vacío, ya que mis observaciones radioscópicas en niños de pecho, a los cuales hice ingerir una ración normal de leche de mujer o de vaca, mezclada con cito o radiobario, demues-

tran que a las tres, y aun a las tres horas y media de la ingestión, el estómago conserva una parte considerable del casum.

Si al mismo tiempo pensamos en las diferencias individuales de motilidad gástrica y de funcionamiento del píloro, se comprenderá bien lo probable que es obtener datos equivocados en el lactante.

3ª. La conservación, durante el tiempo que dure la experiencia de una tranquilidad muscular perfecta, es también muy difícil, aun cuando el niño no se despierte.

Las dificultades extrínsecas, o sean aquellas que se refieren a la técnica empleada, son también enormes. He aquí lo que yo he visto con el método que utilicé, antes señalado.

El niño no tiene, una vez dormido y colocado dentro de la incubadora, fuerza aspiradora suficiente para mover las válvulas de entrada del aire, aun cuando se sustituyan con láminas delgadísi-

mas de caucho, goma o papel de pergamino. El aire, por consecuencia, se agota rápidamente, y a los pocos instantes aparecen fenómenos de asfixia que obligan a suspender la prueba. Por otra parte, es también muy difícil mantener dentro de la incubadora una temperatura constante y agradable para que el niño continúe con un placido sueño. Todo ello hace que se despierte, que se agite, con la pérdida consiguiente de la observación realizada.

Para evitar todos estos obstáculos, no hay otro remedio que acudir a las perfectas instalaciones de los Benedict y Talbot: cámaras respiratorias en las cuales la temperatura es constante, en las que el aire es llevado en cantidad fija y aspirado de la misma precisa manera por medio de una bomba que funciona con toda exactitud y que conduce este aire, una vez aspirado, desde la cámara a los aparatos de análisis. Aun así, las dificultades totales de la investigación son lo suficientemente considerables para que poda-

nos afirmar que todavía no son posibles, en el terreno de la práctica, al menos de un modo general.

En 1921, los autores citados, Benedict y Talbot, sólo habían logrado construir la curva del metabolismo en niños, desde el nacimiento hasta la pubertad, sobre la base de doscientos cincuenta y seis observaciones. La determinación del metabolismo fundamental sobre la estimación del metro cuadrado de superficie cutánea sólo se halla consignada en las tablas de Dubois desde los ocho años de edad en adelante. Por debajo de esta edad no están en realidad, completamente resuelta (hacen falta muchas observaciones), y los cálculos, de metabolismo basal se refieren al peso del sujeto, fundamentalmente.

A este propósito, quiero consignar una observación que me sugiere el examen de este problema, en lo que se refiere a la comparación de la superficie cutánea con el peso, consideradas como términos de referencia para el cálculo calorimétrico. Es ya un lugar co-

¿mín el que asegura que la superficie cutánea es más constante que el peso. Estamos conformes, en principio; pero creo que no debe exagerarse esta conformidad, porque nada hay más peligroso en Medicina que las afirmaciones demasiado automáticamente generalizadas. Tomemos, como ejemplo, una de las técnicas más usadas de razonamiento con relación a la superficie cutánea: la de Lassablière (medición del perímetro torácico y de la cintura, suma de estas dos cifras y multiplicación por un coeficiente). Ahora bien; ¿es que la figura del cuerpo, su mayor o menor morbidez, el mejor o peor estado de nutrición, no harán cambiar estos datos numéricos, y, por tanto, sus aplicaciones prácticas?

En las aplicaciones diarias con el fin de fijar la ración alimenticia, la determinación del metabolismo basal en niños pequeños, conforme antes indicamos, no tiene utilidad práctica. Sólo en casos evidentemente patológicos (trastornos endocrinos especialmente)

puede ofrecer un interés primordial, y esta determinación, fácil de realizar en niños mayores, será engorrosa y muy difícil en los pequeños.

Científicamente, también nos interesan otros casos, como el de la obesidad, de causa endógena, la hipotrofia no tiroidea, los infantilismos. Hasta para la higiene y medicina sociales puede ser de verdadera trascendencia el estudio del metabolismo fundamental, como el de los requerimientos energéticos totales. Así se vislumbra la posibilidad de plasmar en datos numéricos el grado de las hipotrofias de la infancia y de la edad adulta, regionales y aun nacionales, producidas por disminución de masa corpórea, por el hambre, en una palabra.

La misma Zootecnia nos enseña que en la infancia de los animales, y particularmente en sus periodos de crecimiento, una alimentación abundante permite acrecentar su desarrollo y robustez y obtener ejemplares vigorosos y bellos para el trabajo, la exposición

o el deporte. Y no olvidemos, finalmente, que el concepto bastante completo que a la hora actual tenemos de la patogenia y terapéutica de los estados de nutrición en los prematuros se debe a un estudio científico de su metabolimetría clínica.

Deseando, pues, que estos estudios, como dejo indicado ya, se hagan más fáciles y prácticos, hemos de reconocer que para nuestras necesidades clínicas tenemos que conformarnos con la determinación de los requerimientos energéticos totales en relación con el peso casi siempre, o con la superficie cutánea. El proceder así en el trabajo diario de nuestras clínicas representa un extraordinario progreso. Utilizando este camino no marchamos al azar. Conociendo el valor calorimétrico de la ración que administramos, iremos sacando enseñanzas y aplicaciones de la numerosa serie de hechos que recojamos. Hoy puedo ya decir, por experiencia personal deducida de los estudios realizados en nuestra Escuela Nacional de Puericul-

tura, que los valores calorimétricos, de Heubner, que hasta hace algunos años se consideraban clásicos, son notoriamente insuficientes, y que las cifras de aquél autor, de 100, 90, 80 y 70 calorías para los cuatro primeros trimestres de la vida, respectivamente, debemos sustituirlas por otras más elevadas (nosotros, al menos provisionalmente, adoptamos las de 120, 110, 100 y 90); que son absurdas e inaceptables, la de Maurel (45 calorías por kilo); la de Terrien (60), y baja la de Nobécourt (83); que el mismo Charles Richet (hijo) ha hecho recientemente una crítica en este mismo sentido, de las mencionadas cifras.

De la determinación de los valores calorimétricos totales se deducen preciosas enseñanzas con relación a los diferentes tipos individuales, que no pueden reducirse a los tres clásicos del niño normal, del hipotrófico y del obeso.

EL ESCROFULISMO

Esta publicación del profesor D. Enrique Suñer, es uno de las mejores de todas sus obras. Sabemos que la escrofulosis, constituyó en el pasado siglo y principios del actual uno de los grandes síndromes médicos que más preocuparon a la medicina. Admitida primero como una síntesis de indiscutible realidad clínica, fue luego casi negada al querer identificarla con la tuberculosis.

Veamos como abría tan interesante a estas el Dr. Suñer en 1933, en pleno siglo XX, de esplendor científico, experimental y de triunfo de la Bacteriología: Estudiando la sintomatología clínica del escrofuloso, observamos en él, en los casos bien caracterizados, un conjunto de manifestaciones que recuerdan los caracteres típicos de la síntesis linfática. Bastará recordar la tenencia que tienen los escrofulosos a las manifestaciones sobre la piel y mucosas, como son los excemas, los líquenes, el coriza; el engrosa-

nimiento de los labios, la glositis exfoliativa marginal. Estas manifestaciones hacen del total organismo del escrofuloso un tipo muy distinto del que presenta el tuberculoso que no es escrofuloso; a esto se denomina "hábito escrofuloso". El escrofuloso tiene tendencia al engrosamiento de sus tejidos, particularmente apreciable en la cara, que se presenta abultada, con los labios gruesos y la nariz ensanchada, con manifestaciones frecuentes de rinitis crónica, con la conjuntivitis flictenular, acompañada de la fotofobia que tanto caracteriza a la expresión de la fisonomía de tales niños. Estos tejidos son fofos, tienen la consistencia que ha sido denominada por algunos autores alemanes "pastosa". La balanza no coincide con lo que aparentemente parecía que debiera suceder, puesto que es inferior el peso al volumen.

Se observa también en estos niños la frecuencia de los infartos ganglionares en todas las regiones, pero particularmente en las cervicocelares. Estos ganglios pueden llegar a supurar, a reblandecerse.

decerse con el tipo de la degeneración caseosa. Todo el aparato linfático, en general está hipertrofiado en estos sujetos, y es esa hipertrofia linfática probablemente el argumento clínico más sólido que permite comprender las relaciones del escrofulismo con la constitución linfática.

Es clásico describir, como acabamos de hacerlo, el hábito escrofuloso. La misma palabra "escrofa" (el cerdo) corresponde a una visión que ya desde los tiempos de Hipócrates se tenía sobre esta enfermedad. Es necesario decir que este hábito que describimos es el que se ha denominado "tórvido" para diferenciarlo de otro calificando de "erético". Soltmann, que caracteriza el escrofulismo tórvido por el abultamiento de la cara, la tumefacción de la nariz, el engrosamiento y prominencia de los labios, el aumento de volumen de los ganglios linfáticos en el cuello y en la nuca, la tendencia a un cierto grado de obesidad en el cuerpo y la pastosidad de las carnes, que llegan a ofrecer carácter edematoso, descri-

be el escrofulismo de tipo erético con los siguientes caracteres: finura de los cabellos, color azul de la esclerótica, rojo de las mejillas, tinte blanco azulado de los dientes, marcado color azulado de las venas que cruzan por la piel, delgadez de los músculos y de los huesos, grácil construcción del cuerpo y poco desarrollo de la grasa.

Con toda sinceridad he de manifestar mi opinión contraria a la admisión de este segundo tipo dentro del hábito escrofuloso, pues la descripción del eretismo, tal como ha sido hecha por Soltmann, no encuentro forma de diferenciarla del conocido hábito erético del tuberculoso no escrofuloso. Y de esta opinión parece ser el mismo Pirquet cuando confunde el hábito escrofuloso erético con el llamado "hábito tísico".

Como vemos, no se puede abordar el estudio de la patogenia del escrofulismo sin tratar de esta misma patogenia en el linfatismo,

ni tampoco es fácil diferenciar y describir la sintomatología del escrofuloso sin tener antes una clara opinión sobre la sintomatología del sujeto linfático.

Así pues, me voy a permitir decir lo que pienso, aun de la manera más concisa que me sea posible, sobre el linfatismo.

Dos estados, unidos por estrechas analogías, han sido descritos dentro del linfatismo; el denominado por Arnoldo Peltauf "estado tímicolinfático", y el conocido con el nombre de "diátesis exudati linfática", de Eserny. En los dos hay un carácter fundamental que los une: es la hipertrofia y la hiperplasia de todo el tejido linfático; las amígdalas, los folículos linguales, las placas de Payero, las vellosidades intestinales, los ganglios linfáticos de todas las regiones: ce vicales, mesentéricas, inguinales, axilares, son objeto de este desarrollo anormal que caracteriza a la diátesi

Por lo que respecta al "estado tímicolinfático", el hecho dife-

rencial más importante que ha sido descrito desde Paltauf como lo más característico de semejante estado, es la "muerte brusca", denominada también "muerte tímica". Sobreviene este accidente por causas distintas, a veces, hasta insignificantes, como, por ejemplo, la impresión producida en el niño por un baño fresco, por un toque en la faringe. Es conocida la peligrosa influencia de la anestesia general en estos casos, sobre todo cuando se aplica el cloroformo; un síncope mortal primitivo cardíaco puede sobrevenir con las primeras instalaciones del anestésico.

Para el diagnóstico del escrofulismo, así como para la separación de los dos estados: el tuberculoso del escrofuloso y el de la "síntesis linfática pura, hace falta recurrir a algunos métodos, entre los cuales hay especialmente los interesantes para la práctica. Es el primero el valor de las reacciones cutáneas por la tuberculina; háganse por el procedimiento primitivo de Pirquet o por la intradermorreacción.

Las reacciones cutáneas de tuberculina o las intradérmicas son intensamente positivas en los sujetos escrofulosos. Las pápulas que se desarrollan suelen tener un diámetro mayor de 2 centímetros, y con frecuencia son estos sujetos los que presentan los tipos de las reacciones por tuberculina denominadas "vesiculares o urticarianas". También estas reacciones, como consecuencia de su intensidad, tienen la facultad de persistir durante muchos días. Particularmente, según Mc Neil, son intensas en los escrofulosos que presentan al mismo tiempo la conjuntivitis flictenular.

En 1911 comuniqué al Primer Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría un trabajo de investigación acerca de la reacción tuberculínica de Pirquet, en la cual describía ya el hecho de que estas reacciones eran muy intensas en los sujetos escrofulosos. En contraste con estos hechos aparece la condición negativa de la reacción en los diatésicos exudativos aún no contaminados por el bacilo de Koch.

El segundo método para el diagnóstico diferencial es el examen de la sangre. La eosinofilia suele ser intensa en los escrofulosos, como lo es en los exudativos linfáticos. Este carácter, naturalmente, sirve para diferenciar, con todas sus limitaciones, claro está, los procesos escrofulosos de los tuberculosos que no lo son.

FISIOLOGIA DE LA DIGESTION Y DE LA NUTRICION DEL LACTANTE
CON EL FIN DE FIJAR LAS BASES DE SU ALIMENTACION.

Conceptuamos como una publicación de gran trascendencia, acaso más de las de mas trascendencia entre las muchas del profesor Suñer la titulada: Estado actual de los conocimientos de Fisiología de la Digestión y de la Nutrición del lactante, con el fin de fijar las bases de su alimentación por los siguientes:

- 1.- Por que se trata de un trabajo de gran fondo científico.
- 2.- Por que tiene tambien derivaciones, consecuencias diversas de orien practico.

No se trata de esas lucubraciones en que los profesores se dedican a teorizar y discurrir sobre temas de alta teorización, que luego solo sirven para aumentar el acervo doctrinal de las Ciencias si no que tambien resuelve y dá reglas sobre un asunto de tanta influencia en clinica pediátrica, como la alimentación del Niño. Ya

sabemos que aconsejamos lo que da más personalidad e individualidad a la Pediatría es cuanto se refiere a la alimentación.

Según Suñer en lo que concierne a las condiciones bioquímicas generales del organismo del lactante en relación con el problema de su alimentación, deben tenerse en cuenta las siguientes leyes.

1ª. Ley de homología.

2ª. Ley de heterología.

3ª. Ley de correlación funcional digestiva.

4ª. Ley de adaptación.

Por la ley de homología sabemos que los alimentos homólogos, o sea aquéllos que por su composición y propiedades son análogos o idénticos a las mismas condiciones celulares del cuerpo del niño de pecho, son los que mejor se digieren y asimilan, haciéndose de una manera más segura, rápida y natural el crecimiento y el desarrollo general orgánicos.

Por la ley de heterología aprendemos lo contrario: las dificultades con que el citado organismo tropieza para asimilarse, previa digestión, el alimento heterólogo, o sea aquel que por sus propiedades bioquímicas se halla distante de su composición celular.

La ley de correlación funcional digestiva señala la interdependencia que existe entre la digestión propiamente dicha, o sea la que ocurre en el tubo digestivo, desde la boca al ano, y la propia de los elementos celulares totales: "digestión interna o celular", según el concepto de Pfandler, que puede en cierto modo hacerse sinónima de la fase anabólica del metabolismo celular, o sea de los procesos intinos que preceden a la "asimilación".

Por último, la "ley de adaptación" expresa el esfuerzo total del organismo durante el curso de su vida para amoldarse a las influencias perturbadoras, al menos de un modo inicial, de una alimentación heteróloga. En el entrenamiento normal o patológico de

las células especiales y de otros tipos para asimilarse aquellas moléculas de los principios inmediatos que por su constitución bioquímica se hallan más tantes de las propias formadoras de los protoplasmas y núcleos de los tejidos humanos.

Dedica gran atención a la alimentación homelega y heterolega. Los esfuerzos realizados por pediatras ilustres, como More, Meyer, Hamburger, Bauer y otros, han puesto de relieve el papel activo de la llamada alimentación homelega en el niño. Esta clase de alimentos se absorben con gran facilidad y son asimilados ávidamente por las células. A este efecto tienen que transformarse, con el fin de que su íntima constitución molecular sea semejante a la de los protoplasmas y núcleos celulares. Estudiando lo que sucede con la digestión de los principios inmediatos, y particularmente con los protéicos, pudiéramos creer que era suficiente el esfuerzo de los fermentos digestivos para lograr esta transformación; mas esto que

sucede infaliblemente, de un modo normal, en los organismos entrenados, en las edades postinfantiles y hasta en la infancia misma, no significa ni mucho menos que represente una aptitud biológica de igual capacidad en todos los individuos, ni que esté sujeta a un proceso evolutivo completamente igual para el alimento heterólogo que para el homólogo.

La experiencia nos enseña que, salvo circunstancias verdaderamente excepcionales, el niño pequeño digiere y asimila mejor la leche de su madre que la leche de vaca o de cabra; que se encuentra en mejor tono fisiológico cuando se halla sometido a una lactancia natural que cuando se gobierna por otra artificial. Una serie de observaciones y de comprobaciones de laboratorio prueban que el organismo del niño alimentado por la leche de su madre sana, o en su defecto por la de una buena nodriza, presenta reacciones distintas a las de aquellos otros niños criados con leches de animales. El suero sanguíneo, por ejemplo, de los niños lactados natural

mente, tiene una cantidad y calidad de inmunisinas, bacteriolisis aglutininas, diferentes a los lacteos artificialmente, la reacción de las heces fecales en los primeros es ácida; neutra generalmente en los segundos. En la misma sangre aparece una diferencia en el número y actividad de las catalanas, cuando se examinan estas últimas en los aspectos de sus efectos oxidantes o reductores; en una palabra: todo cambia. Estas modificaciones significan ya mucho, y nos dicen que sin salir del mismo aparato digestivo, el efecto disgregador o analítico de los fermentos digestivos probablemente necesita ser mucho mayor cuando se ejerce sobre moléculas proteicas hidrofóbicas o grasas alojadas químicamente de los principios formadores de los tejidos del niño, que cuando se realiza sobre otras moléculas más próximas a estos últimos. Así se explica (por la necesidad de lucha digestiva contra los principios alimenticios heterólogos) que los procesos digestivos se hayan hecho a la vista de reforzar

y completar las acciones de cada fermento o de cada diastasa. Parece como si una razón previsora se hubiera esforzado en procurar la máxima seguridad en las transformaciones digestivas.

Así, por ejemplo, sucede con los amiláceos, modificados primero mente por la ptialina salival, luego por la amilasa pancreática, más tarde por los fermentos sacarolíticos del jugo intestinal; maltasa, sacarasa, lactasa. La sacarasa no se encuentra, al menos durante los primeros meses de la vida, en el jugo gástrico del lactante, y la mayor parte de los pediatras consideran que antes del sexto mes las amilasas salival y pancreática no tienen el poder suficiente para liquidar y sacarificar los granos de almidón. Es cierto que otros investigadores, como Moro, Allaria, Finizio, Conzelino, etc. creen y prueban lo contrario, admirándose, en cierto modo, a las clásicas prácticas populares de muchos países, que realizan en el niño de ocho una alimentación farinácea, aparte de la puramente láctea, desde las primeras semanas de la vida; pero estos últimos hechos tal

ves sea prudente colocarlos entre aquellas aptitudes individuales tan conocidas por todos los médicos y que permiten comprender cómo la humanidad persiste bajo las más desfavorables condiciones climatológicas y de vida, lo mismo entre las tribus bárbaras que en los sórdidos medios de los barrios pobres de las grandes capitales; en el campo, alejado del ambiente de progreso y de cultura, como en las aglomeraciones situadas en regiones apartadas de los grandes centros urbanos. Es la capacidad fisiológica extraordinaria de ciertos individuos la que permite comprender aquellas y sus otras manifestaciones de resistencia a las influencias nocivas de las transgresiones alimenticias.

Con la molécula albuminoidea sucede lo mismo; los fermentos se encargan de efectuar su disgregación y en los diferentes segmentos del aparato digestivo existen repetidamente los agentes activos que han de encargarse de este trabajo. La pepsina, en el estómago, la tripsina en el jugo pancreático; la erepsina, en el medio intesti-

mal. Sólo las grasas han economizado estas diversas actuaciones fermentativas, puesto que en realidad la existencia de una lipasa gástrica tropieza con la objeción seria, expuesta por el Profesor Gómez Ocaña, de su probable presencia en la cavidad gástrica como resultado de una regurgitación del jugo pancreático. Sin embargo, los estudios de Heinscheimer en el hombre y los de Fallaise, también en los adultos, afirman la creencia en el origen gástrico de dicho fermento.

Dudosa su existencia y aún más dudosa por lo que se refiere al niño de pecho, lo que puede asegurarse es la formación y presencia de dicha lipasa en el jugo pancreático. A este fermento le está indiscutiblemente confiada la más enérgica intervención en el desdoblamiento de las grasas y en la separación consecutiva, de sus dos elementos: ácidos y glicerina, dejando a los primeros en situación de unirse con los álcalis para formar jabones. A la saponificación de las grasas, a su emulsión y a la desolución ulterior de los ácidos

grases contribuye, por las sales que contiene, la secreción biliar, que hace más activa la influencia de la lipasa pancreática.

Respecto a la digestión interna se expresa en los siguientes términos: La ley de correlación funcional entre las dos digestiones la interna o celular y la propiamente dicha, la que se realiza en el tubo digestivo, se cumple tanto en los estados normales como en los patológicos.

En estos últimos aparecen los fenómenos propios de cada una de estas dos digestiones de una manera saliente. Así los vómitos, la diarrea, los dolores cólicos, son síntomas de la digestión externa, en tanto que la desnutrición, la deshidratación, la depresión psíquica, el mismo coma, son manifestaciones de la interna.

Fuera de los casos de perturbaciones muy intensas, en los cuales los segundos trastornos -los de la digestión interna o celular- dominan la escena, en los de tipo moderado y medio, la sintomatología local es la que atrae la atención, y sin embargo, al mismo tiempo,

con un perfecto isocronismo, se producen las alteraciones y perturbaciones en las dos digestiones.

Normalmente sucede lo mismo; pero en estos casos aún son más apagadas las manifestaciones generales; quedando sólo apreciables a una observación superficial los fenómenos locales. La manera de comer, con apetite o sin él -en lo normal el buen apetite siempre las deposiciones, son las que atraen constante e intensamente la atención; pero no la fijamos tan intensamente en el buen color, en el grado de nutrición, en la hidratación conveniente, en la seguridad del sueño y de todas las funciones psíquicas, porque todos estos hechos, por su carácter de regular constancia, su automatismo, y en cierto modo -sobre todo por lo que se refiere a la marcha periodal- por su latencia, no nos sorprenden en estado normal como la otras funciones, que por ser llamativas e intermitentes, excitan nuestro interés.

En el proceso general de la digestión es, pues, menester incluir la de las células del total organismo y examinar las condiciones particulares en que dicha digestión se realiza.

Del mismo modo que el aparato digestivo tiene una capacidad de tolerancia y de resistencia variable, las células in toto la tienen también, según los individuos. De una larga serie de meditaciones hechas por Pfaunder con este motivo, deduce este pediatra las siguientes conclusiones:

1º. El alimento artificial disminuye la capacidad de asimilación de las células.

2º. El alimento artificial aumenta las exigencias para la función digestiva de las células.

3º. El alimento natural disminuye las exigencias en la función digestiva celular.

4º. El alimento natural aumenta la capacidad digestiva celular (asimilación).

La realidad de estas opiniones, y especialmente la que hace referencia a la mayor o menor tolerancia de las células respecto a los alimentos naturales, tiene comprobación por un lado en las estadísticas, que demuestran generalmente y dentro de las condiciones más diversas, cómo la morbosidad y mortalidad por afecciones digestivas y de la nutrición, aumentan en los niños de pecho alimentados con leches extrañas, y por otra parte en algunos trabajos, como los de Pinkelstein, que enseñan la mayor facilidad con que se lesiona el epitelio intestinal por el suero de la leche de vaca. Como contraprueba de esta última afirmación están los estudios de L.F. Meyer, según los cuales los principios inmediatos de la leche de vaca no producen efectos nocivos en los animales pequeños, cuando se les dan mezclados con el suero de la leche procedente de las hembras de la misma especie.

De todo lo que venimos diciendo se deduce: que el esfuerzo celular para transformar, absorber, volver a transformar y asimilar,

en definitiva el alimento, no es el mismo con los alimentos o coloides homogéneos que con los extraños; pero, aparte naturalmente de la mayor complejidad o diversidad de las moléculas constitutivas de los principios inmediatos, hay otras, probablemente secretas aptencias o repulsiones, que explican la diversidad de efectos fisiológicos de las diferentes alimentaciones.

Examinando lo que ocurre en la digestión interna y metabolización de las grasas, se ve cómo después de una descomposición de las mismas en el aparato gastro-intestinal, su absorción en forma de emulsión de las grasas enteras en parte, y en parte de jabones alcalinos, al atravesar la pared intestinal, estos últimos convierten otra vez en grasas neutras; se aprende cómo en la obra de síntesis que el organismo realiza, la composición de las grasas de reserva es igual en las proporciones de trioleína, tripalmitina y tristearina a la propia de la especie animal que las absorbe (la grasa humana, abundante en trioleína, se funde a 15°), pero también

se aprende que si se somete a un animal a un prolongado ayuno para hacerle absorber después grasa de otro animal de diferente especie, en el sujeto de experimentación esta última grasa se absorbe y se deposita en reserva, sin transformarse en grasa específica, sino conservando la composición propia de la especie animal de quien procede.

Dedica después cinco páginas en un documentado capítulo a la elección de alimentos en el lactante que no reproducimos porque esta tomada de todos los libros de puericultura alemana, que Sauer debió manejar mucho. Habla de la leche de burra del Babeurre, Leche desecada, Leches humanas desecada, Leche de vacas, Dilución esterilización, Lactancia mixta, Alimentación complementaria y Destete. Todo este capítulo carece de originalidad.

En cambio tiene mas interesante las siguientes conclusiones respecto a la naturaleza de la alimentación del lactante hasta la época del destete.

1º. La natural lactancia por la homología de los principios inmediatos y las condiciones específicas del suero, es fisiológicamente y desde un punto de vista doctrinal, insustituible en la alimentación del lactante.

2º. En la artificial lactancia hace falta tener en cuenta que las mezclas ricas en hidratos de carbonos son tanto más peligrosas para el niño de pecho, cuanto mayor sea su proporción de suero y por la de albúmina. Una gran concentración del suero produce, por sí misma, efectos nocivos.

Trata más adelante de las consideraciones críticas sobre algunos alimentos modernamente recomendados en los lactantes, expresándose en la siguiente forma:

Huevos.- Este alimento ha tenido defensores y contradictores en todos los tiempos. Partidarios del mismo son Pinard y Voit; contradictores un gran número de pediatras. More, en 1924 muéstrase par-

tidario de su empleo en niños normales en la segunda mitad del primer año de la vida. Funda el valor nutritivo de la yema (la clara debe ser excluida) en su riqueza en vitamina a y en lipídios, especialmente en lecitina.

Nuestro parecer es que este alimento, la yema de huevo, no debe emplearse antes del décimo mes de edad, que ha de administrarse, al principio a muy pequeñas dosis y que se tendrá grande atención respecto a la posible influencia de ciertas idiosincrasias, causantes de intolerancia, así como no se utilizará en los casos de obesidad.

Leches ácidas.- La acidificación de la leche de vaca en la ficial lactancia, ya con ácido láctico o bien con ácido cítrico, como aconsejan recientemente algunos autores, y tiene un sensato fundamento, que es: evitar el gasto de ácido clorhídrico libre del estomago en la neutralización de la leche, con lo que dicho ácido

queda actuando exclusivamente en la digestión del caseum, colaborando a la acción de la pepsina.

Naturalmente que la indicación de esta variedad de leches aparece clara en lactancias artificiales y especialmente cuando se trate de niños hipopépticos. Es, sin duda, un método que estamos autorizados a ensayar.

Leche concentrada por evaporación.— Una serie de trabajos y observaciones hechas en diferentes países en los últimos años, han puesto de relieve el beneficio del empleo de la leche concentrada en la artificial lactancia. Un interesante estudio experimental realizado por Wallen-Laurence Koch, hace ver que la leche concentrada, así como la hervida, favorecen in vitro la acción digestiva de la tripsina en grado más elevado que la leche cruda y la simplemente pasteurizada.

En niños con plicoespasmo hemos obtenido nosotros en diferen-

tes ocasiones buenos resultados con el empleo de la leche concentrada. Esta puede prepararse cómodamente con el polvo de leche.

Leche con miel.— En una interesante revista general hecha por Comby, se tratan las ventajas, ya desde antiguo reconocidas, de la edulcoración de la leche hervida por medio de la miel. Estas ventajas derivan de la riqueza vitamínica de este producto. Según los doctores F. Ehrlich y E. King, la necesidad que tiene el organismo infantil de sustancias azucaradas para realizar su desarrollo, con ninguna otra materia hidrocarbonada se llena mejor que con la miel, rica en vitamina B. estimuladora del crecimiento.

La miel obtenida con todas las reglas higiénicas modernamente recomendada por los apicultores, es infudablemente un alimento de primer orden para la infancia. Es legítimo que atraiga más intensamente cada día, la atención de los puericultores.

Sopa de harina y manteca de Czerny-Kleinsehmidt.— Como una rease-

ción contra las opiniones, según algunos autores alemanes -Finkelstein entre ellos- demasiado exclusivistas contra el empleo precoz de las harinas en los niños de pecho, los autores mencionados han utilizado este producto alimenticio, en el que se incluye la novedad no sólo de la administración precoz de las harinas, sino de la adición a las mismas de la grasa, que en esta forma parece ser bien tolerada en muchos casos. Sus mejores indicaciones son para niños sanos, especialmente en las primeras semanas de la vida, para recién nacidos, prematuros y retrasados en el peso. No debe darse en el caso de no existir diarrea o tendencia a la misma.

La proporción del 5 por 100 de manteca aconsejada por los autores de este preparado, puede resultar excesiva según Finkelstein, quien de acuerdo con lo observado por Rietschel y Epstein, aconseja ir con adaptación cuidadosa en la riqueza de grasa y no traspasar la proporción del 2½ al 3 por 100. Los efectos sobre la nutri-

ción parecen ser los naturales á un alimento muy energético y sobre todo graso. Las observaciones comparativas hechas en la alimentación de niños de pecho con este alimento y con las mezclas sencillas a base de nata, no presentan ninguna ventaja especial. Lo que sucede con todos los regimenes ricos en grasa, se presentan con este alimento frecuentemente pérdidas abundantes de la urina con las deposiciones.

Nos declaramos en este punto temerosos, de que fuera de ciertos casos de individualidades tolerantes para una alimentación rica de harinas y grasa, en otros muchos, y especialmente en los niños habitantes de los países cálidos, esta sopa de mantequilla y harina pueda convertirse a menudo en un elemento dispeptogeno.

La carne en la alimentación del lactante.-- He aquí una serie de divergentes pareceres recogidos por Lereboullet recientemente de una encuesta realizada por *Vie Medicale* sobre este asunto.

Knauer da a los cinco o seis meses caldo de ternera; Marfan sólo aconseja la carne en el lactante enfermo con enterocolitis disenteriforme, infantilismo intestinal, enfermedad colíaca, después del primer año de su vida. R. Hamburger administra cada tarde una papilla preparada con 100 a 300 gramos de la sopa de Czerny-Kleinschmidt, hecha sin adición de leche, a la que añade una masa preparada con 50 a 60 gramos de crema de arroz, 10 a 30 gramos de azúcar y 40 a 80 gramos de hígado de ternera cocido y triturado en un mortero. Epstein utiliza dos papillas: una con yema de huevo con la clara, que se añade después, y adición de manteca y harina sometida al fuego; otra hecha con hígado de ternera o de vaca, que puede reemplazarse por sesos, riñones o mollejas, triturados y pasados por el horno.

Todos estos, más otros regímenes basados de "reducción o supresión de leche", se consideran incluso los más bien en estos pa-

en los pequeños, seguido correlativamente de una verdadera anti-
patía para los alimentos lactofarínáceos. No creemos hoy, como
piensa Taillens, que la carne debe ser proscrita de la alimenta-
ción infantil antes de los cinco años, pero consideramos muy pru-
dentes estas dos conclusiones de Lereboullet:

1ª. Hacia los quince meses se puede, de tiempo en tiempo, ha-
cer tomar los profectos cárneos que no exigen masticación; potajes
e caño, sopa de pan y carne de Marfan, hasta carne aplastada o he-
cha pulpa.

2ª. Hacia los veinte meses, cuando el niño tiene sus cuatro
caninos (16 dientes) y es, por lo tanto, capaz de masticar, se le
puede dar carne, de tiempo en tiempo.

Yo recomiendo en estos casos las "conchas a la béchamel" con
carne pulverizada de pollo o ternera, o de pescado fresco, como
lenguado o merluzo. Alguna vez también los higadillos de ave tri-
turados y preparados en la misma forma. El resultado de esta ali-

La parte final de las 36 páginas de esta monografía las dedica a las Bases para la determinación cuantitativa de la alimentación del lactante. He aquí sus palabras: Una afirmación podemos dejar sentada en esta materia: el único sistema verdaderamente científico a la hora actual para hacer la determinación cuantitativa de la ración alimenticia en el niño y en el adulto, es el calorimétrico. Indudablemente dicho sistema tiene sus dificultades, derivadas de lo que pudiéramos llamar la individualidad, que traduce las diferencias de aceleración o retardo de los cambios nutritivos según los diversos sujetos, conocidos hoy para los diversos tipos biológicos por los estudios del metabolismo basal. La determinación de este metabolismo en lactantes con relación a la superficie cutánea aún no está realizada de un modo indiscutible, de aquí que en los trabajos realizados en 1921 por Benedict y Talbot se atiende a la consideración del peso como base del cálculo.

En la determinación del "cociente de energía", que es lo verdaderamente útil para la práctica, puesto que integrado dicho cociente por las cuatro partidas energéticas estudiadas por Heubner desde hace bastantes años: la del metabolismo basal, la del crecimiento, la de la actividad muscular y la pérdida por los excreta, representa la cifra de cálculo necesaria para la fijación completa de un régimen dietético, hemos de tener en cuenta varias circunstancias indispensables.

La primera de ellas, como antes apuntaba, es la individualidad tan distinta según los diversos sujetos. Así, en el organismo como en la mecánica, podemos decir que existen máquinas con mucho y con poco gasto. La combustión, la transformación de principios nutritivos, se hace con una intensidad muy diversa, máxima cuando los citados tipos biológicos se transforman en organismos con taras o titucionales. Este es el momento de recordar las diversas actividades metabólicas en los obesos, hipotroóficos, hipertiroides, hipo-

tiroideos, etc.

La segunda dificultad práctica con que tropesamos, es la necesidad de tener datos perfectos en lo referente al valor calorimétrico de los alimentos. Así la leche, las harinas, las frutas, etc., varían en su valor energético de un modo natural según los diferentes países, y en cada uno de ellos cuando un defecto en la vigilancia sanitaria hace que la calidad de los mismos empeore (fraude, sofisticaciones, condiciones de cultivo, etc.).

Actualmente en nuestra Escuela nacional de Huericultura nos ocupamos de comprobar sobre la base de una observación lo más completa posible, el valor medio calorimétrico de la ración alimenticia en el lactante sano.

Todos estos hechos hacen que la fijación de una ración alimenticia no pueda tomarse como un dato inmutable, pues se halla sujeto a variaciones; más no obstante, ello representa un enorme progreso en la Dietética infantil normal y patológica.

Hechas las anteriores salvedades, y ante la necesidad de elegir un sistema de referencia, adoptamos el de Holt y Fales, hecho sobre la base de los estudios realizados por Benedict y Talbot, a los que aquellos autores añadieron numerosas observaciones. En las tablas de Holt y Fales se toma como relación calorimétrica el peso; pero con éste a la vista es fácil deducir la edad y, por tanto, las necesidades calorimétricas según esta última. Yo me he permitido esquematizar, modificándolas ligeramente, las cifras consignadas en las mencionadas tablas, para mayor claridad de comprensión.

Hélas aquí:

Primer trimestre de la vida: requerimientos energéticos totales	120 c.
Segundo ídem. id.: id. id.	110 c.
Tercer ídem. id.: id. id.	106 c.
Cuarto ídem. id.: id. id.	102 c.
Quinto ídem. id.: id. id.	100 c.
Del sexto al octavo ídem id.: id. id.	95 c.

Estos datos deben ser hoy día considerados como los jalones a los que podemos referirnos para guiarnos de un modo práctico en la determinación cuantitativa de la ración alimenticia del lactante.

x x x

En realidad esta Memoria no exige largas y detenidas conclusiones, puesto que su texto he procurado que sea desde el principio una sintética exposición deductiva de aquellos conocimientos a la hora actual mejor adquiridos sobre la Dietética en los lactantes, desde el punto de vista fisiológico.

Una deducción general de todo lo expuesto nos lleva a la siguiente conclusión: "El ideal en la determinación cualitativa y cuantitativa de la alimentación del lactante, debe ser aproximarse a lo natural: esto es, a proporcionar aquellos principios nutritivos que bioquímicamente se hallan más próximos a la composición celular; que las desviaciones de lo natural a lo artificial deben realizar-

se muy pausadamente, y que en todo momento, el que dirige una lactancia debe tener muy presente las condiciones y hasta las sorpresas de la individualidad para aprovecharlas o evitarlas.

Las desviaciones de lo normal en la alimentación del lactante deben ser consideradas como ensayos interesantes, en ocasiones útiles para estados patológicos; nunca como sustitutos ni destructores de los métodos naturales".

CONCLUSIONES

- 1ª.- El doctor D. Enrique Suñer puede considerarse como el fundador y el organizador de la Puericultura en España.
- 2ª.- Antes del doctor Suñer había en Madrid, Barcelona, Valencia y algunas otras grandes capitales y en muchos pueblos competentes especialistas de niños, que eran más bien pediatras, es decir médicos para curar las enfermedades de la infancia, que médicos puericultores para dirigir la lactancia y crianza en los primeros años de la vida.
- 3ª.- El doctor Suñer hizo su formación como pediatra y puericultor, en el extranjero, principalmente en Alemania, pues ni en su libro autobiográfico, ni en reportajes que hemos leído y se le hicieron en diferentes ocasiones, ni en los artículos necrológicos, se habla de instituciones pediátricas es

pañolas, ni de pediatras españoles que hubiesen influido en él.

- 4s.- En el interesante libro "El Aprendiz de Médico", que publicó en 1940, dedica un cariñoso recuerdo a sus catedráticos Oloriz, Cajal, Gomez Ocaña, Maestro, Jimeno, Hernando, pero no cita al de niños doctor Criado, que suponemos sería profesor suyo, ni al de Patología médica, ni al de Partos, ni al de Higiene. Hemos buscado detenidamente alguna alusión a estos maestros.
- 5s.- De su monografía "Notas sobre la enseñanza clínica en Alemania, deducimos que su interés por la Puericultura nació en el Hospital La Charite, de Berlín al lado del profesor Heubner, quien debió ser su verdadero maestro.
- 6s.- Orientado por su práctica en La Charite, trabajó en el Hospital para niños "Kaiser und Kaiserin Friedrich, el mejor

tro asistencial de Pediatría en toda Alemania, en aquella época.

7ª.- También trabajó en el Johanneis Hospital de Bonn, que tenía según dice en un opusculo dos salas para niños y dos para niñas de ocho camas cada una.

8ª.- En el Hospital Eppendorf, de Hamburgo, también hizo un breve curso de clínica pediátrica.

9ª.- En el Cecilien Hospital de Colonia, en el Westend, de Berlín, y en el Virchovo, se dedicó a clínica general de Medicina interna.

10.- El doctor Suñer como Cajal, Ferrán y otros médicos famosos eran hijo de un médico rural. Nació en Poza de la Sal (Burgos) el 26 de Noviembre de 1878. Se educó en el ambiente de rigorismo ético y disciplina de un trabajo de un buen facultativo de pueblo típico castellano.

- 11.- Después de ser alumno interno profesor clínico del Hospital de San Carlos, y profesor ayudante de clases prácticas, ganó por oposición en 1902 la cátedra de Patología General de la Universidad de Sevilla. De esta cátedra fue trasladado a la de Pediatría de Valladolid. En 1921, en oposiciones restringidas al turno de auxiliares y catedráticos, ganó la cátedra de Madrid.
- 12.- Una vez de catedrático en Madrid, por su iniciativa se fundó la Escuela Nacional de Puericultura; centro que se inauguró en 17 de Noviembre de 1925, siendo nombrado director y organizador de dicho centro.
- 13.- La creación de este Centro, representa el comienzo de la lucha en España contra la mortalidad infantil, dotándola del personal apto encargado de plantearla sobre bases científicas.
- 14.- La obra de Suñer tuvo felices consecuencias para nuestra Pa-

tria. La mortalidad infantil que en 1.911 oscilaba entre un 15 y un 20 por 100 para el primer año de la vida, bajo en 1932 al 11,2 por 100.

- 15.- En 30 de Abril de 1.928 ingreso el doctor Suñer en la Real Academia de Medicina leyendo un magistral discurso titulado *Notas medico-psicologicas sobre educación infantil*, que fué brillantemente contestado por D. Tomas Maestre.
- 16.- Es digno de consignarse en un sereno estudio historico-critico la desproporcion considerable que se observa entre el gran número de articulos y trabajos monograficos, proximo al centenar y el de sus libros.
- 17.- Los unicos libros que podemos consignar en la bibliografia del doctor Suñer son los siguientes: *Elementos de Patologia General*, *La Crianza del niño*, *Fisiologia y Clinica de la Nutrición del lactante*, *El aprendizaje de medico* y *Tratado de Enfermedades de la Infancia*, en tres tomos; del cual hizo

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Expediente de ingreso del doctor Suñer en la Biblioteca de la Real Academia de Medicina.
- 2.- Discurso de recepción del doctor Suñer en la Real Academia de Medicina. Contestación del doctor Maestro.
- 3.- Discurso necrológico del Dr. Suñer, escrito por el Dr. Carro.
- 4.- Discursos necrológicos del Dr. Suñer por los doctores Cospedal Peña, García del Real, Casares y Bermejo.
- 5.- Artículo del Dr. Llopis publicado en La Medicina Ibera de Junio 1.921, sobre el Dr. Suñer.
- 6.- Libro de Actas del Congreso de Pediatría de Palma de Mallorca de 1.912.
- 7.- Libro de Actas del Congreso de Pediatría de San Sebastián de 1.923.

- 8.- Libro de Actas del Congreso de Pediatría de Zaragoza, de 1.925.
- 9.- Libro de Actas del Congreso de Pediatría de Granada, de 1927.
- 10.- Libro de Actas del Congreso de Pediatría de Valencia, de 1.932.
- 11.- Colección de "El Siglo Médico" de los años 1928, 1929 y 1930.
- 12.- Historia de la Medicina del profesor Leizaola.
- 13.- Historia de la Medicina del Dr. García del Real.
- 14.- Historia de la Medicina del doctor Garrison.
- 15.- El aprendiz de médico autobiografía escrita por el Dr. Suñer.
- 16.- Aprendiz del médico, su vida hasta el Doctorado.
- 17.- Curso de medicina infantil.
- 18.- Archivos de Simancas. Catálogo XV. Papeles sobre introducción y distribución de quina en España.
- 19.- Contribución al estudio de la etiología y profilaxis de las diarreas de verano de los niños en España. Conmemoración del III Con reso internacional de protección al niño de pecho.

Berlin 1911. Valladolid 1911.

- 20.- La morbosidad infantil en la guerra y post-guerra (1921).
- 21.- Algunas observaciones sobre la acción de la fibrelisina en los niños (Valladolid 1910).
- 22.- La crianza del niño. Seis lecciones de puericultura.
- 23.- Enfermedades de la infancia (Valladolid 1921).
- 24.- El escrofulismo (publicado en el siglo médico) (1935)
- 25.- Estado actual del estudio de los trastornos nutritivos del lactante.
- 26.- Academia Nacional de Medicina. El dolor gástrico en la infancia extragástrica. Discurso de recepción del Ilustr. Sr. Don Santiago Garro y García y contestación del Ilustr. Sr. Sañer (Santiago).
- 27.- Enfermedades de la infancia. (Madrid-Valladolid 1921).
- 28.- Fisiología y clínica de la nutrición del lactante.

- 29.- Herencia y educación (Madrid 1932) "De la Pediatría Española"
- 30.- Los intelectuales y la tragedia española (Burgos 1937).
- 31.- Lecciones elementales de Patología General. 1903.
- 32.- Facultad de Medicina de Madrid. Memoria del Doctorado. Localización y funciones de los centros ópticos en el hombre. (Madrid 1901).
- 33.- Relaciones entre el crup y la bronconeumonía en los niños.
- 34.- Tuberculosis gangliopulmonar en la infancia (Valladolid 1918)
- 35.- Instituto de España. Real Academia de Medicina. Discurso por el Dr. Suñer. Tema: Notas para el estudio de la personalidad de Ramón y Cajal (Madrid 1941).
- 36.- Discurso leído en la Universidad de Valladolid en la sesión del curso 1919-20. Fundamentos de la moral en el alma del niño.
- 37.- Discurso leído en la Universidad de Valladolid en la inauguración del curso 1919-20. Apuntes sobre cuestiones éticas con

- 38.- La Nutrición del lactante (Madrid 1941).
- 39.- Enfermedad e la infancia (Valladolid 1917. 3 volúmenes).
- 40.- Modernos estudios sobre el paludismo. Conferencia dada en el Ateneo de Sevilla (1904).
- 41.- Estado actual del estudio de los trastornos nutritivos del lactante (Madrid 1925).
- 42.- Fisiología y clínica de la nutrición del lactante.