

R. 13044

Dr. D. Primo Garrido Sánchez

ORACION INAUGURAL

del Curso de 1939 a 1940 en
la Universidad de Salamanca



SALAMANCA

Imprenta y Librería de Hijos de Francisco Núñez
Ramos del Manzano, 36 y Rúa, 15

1939



Excmo. Señor:

Señoras y Señores:

Queridos estudiantes:

INTRODUCCION

Bien quisiera hacer un estudio somato psíquico tan completo y acabado del pueblo salmantino, que de él resultara un verdadero retrato físico y moral, así en el estado de salud como en el de enfermedad.

Nada tan digno de atraer nuestra atención como tratar de conocer la constitución, el temperamento y el carácter de un pueblo, pues de su conocimiento se derivan fecundas aplicaciones y consecuencias útiles en todas las manifestaciones de la actividad humana.

Al médico le interesa sobremanera, pues para prevenir y curar las enfermedades, necesita conocer antes los dos factores de los que la enfermedad depende, organismo y medio ambiente; pero también le es necesario su conocimiento al gobernante, para aplicar debidamente las leyes; al legislador, para hacerlas apropiadas y justas, a la manera de ser del mismo; al jurisconsulto, para conocer substancial y concretamente el derecho humano, que si es único en su esencia, varía de matiz de unos pueblos a otros; al poeta, que canta e idealiza nuestros sentimientos; al escultor, que esculpe la armonía y belleza de la figura humana..., a todos, en fin, interesa saber lo que somos y lo que seremos.

A primera vista parece que este estudio no resultará de tanta utilidad, pues así el sentir popular como el criterio científico están acordes en considerar que la constitución y el temperamento orgánicos no pueden cambiarse, y aquél lo expresa bien gráficamente en su conocida frase de "genio y figura hasta la sepultura".

Impresionado Nægeli por la peregrina historia de la Peregrina, trató de comprobar si efectivamente era cierto lo que de ella se decía en relación al cambio completo de su constitución histórica.

Esta Peregrina iba en sus primeros tiempos de pueblo en pueblo llamando la atención con sus relatos fantásticos, sus leyendas y sus canciones.

Casóse la Peregrina, y al casarse se operó en ella un cambio tan radical, que fué luego un modelo de seriedad y de vida ejemplar.

A pesar de ésto, Nægeli pudo comprobar que la Peregrina, de casada, era, en el fondo, la misma histórica que la Peregrina de soltera; y que solo habían cambiado un poco sus rasgos las condiciones ambientales.

Mi opinión, por modesta que sea, no se acomoda al sentir general de unos y otros.

Es verdad que la constitución orgánica y el temperamento no pueden cambiarse radicalmente, pero sí modificarse por una educación y género de vida convenientes, y más aún el carácter, puede y debe cambiarse, adaptándose con provecho individual y social al medio ambiente; lo contrario sería tanto como reconocer que para nada valen la educación moral y física, la civilización, la cultura y la higiene.

Desterremos, por consiguiente, o mejor enterremos el tan conocido dicho popular ya referido "genio y figura hasta la sepultura". Genio y figura deben adaptarse, corregirse y perfeccionarse para bien del individuo y de la sociedad. Pero para perfeccionarlos y corregirlos, lo primero que hace falta es conocer el organismo, y esto

es lo que me propongo con esta insignificante contribución a su estudio.

Bien quisiera yo, repito, hacer el retrato físico y moral de nuestro pueblo, pero estoy muy lejos de creer que lo haya conseguido. Solamente he intentado dibujar *Algunos rasgos fisiológicos y clínicos del pueblo salmantino* en la solemne apertura del curso académico de 1939-1940 en la Universidad de Salamanca.

Constitución, temperamento y carácter de los salmantinos

A pesar de la reducida extensión de la provincia de Salamanca, son muy diferentes los rasgos biológicos de sus habitantes.

Cuando sometemos a nuestra observación los diversos tipos morfológicos que nos rodean, encontramos distintas variedades de éstos, destacándose con marcado relieve los siguientes: 1.º Individuos de piel gruesa, morenos, pelo y ojos negros o castaños, panículo adiposo bien desarrollado y con tendencia a acumularse en el tronco; cuello corto, cara encendida y pentagonal "rostro rebosando salud", según el dicho vulgar, cavidades craneales, torácicas y abdominales amplias, con vísceras potentes, corazón, etc.; su estatura varía, pero no suelen ser muy altos, más bien de talla media o bajos y rechonchos. Su temperamento endocrino es hipotiroideo y de matiz vagotónico, si bien en este punto lo dinámico no se adapta siempre, ni mucho menos, a lo morfológico y estático, y de buen carácter, sociables, bondadosos y sintónicos con los demás, aunque su colorido psíquico sea oscilante, pues de la alegría y hasta la exaltación más subida pasan rápidamente y sin motivo o por motivos fútiles, a la depresión y tristeza.

En fin, este tipo que en gran número de casos se da en la región salmantina, corresponde con bastante exactitud al hábito pícnico de Kretschmer, al marco-esplácnico de Viola, braquitípico de Pende, digestivo de la escuela francesa, constitución apopléctica, que para otros

sería artrítica y temperamento sanguíneo de los autores antiguos, si bien, y a decir verdad, donde encaja más perfectamente es en el pícnico de Krestschmer. Ya se sabe, por otra parte, que la equivalencia entre unas y otras constituciones, hábitos morfológicos o tipos orgánicos, según los diferentes autores y escuelas, no es completa, pues los puntos de partida y bases de clasificación de unos y otros, como se sabe, son diferentes.

Se encuentran bastantes ejemplares de pícnicos en toda la provincia, pero especialmente en los partidos de Vitigudino, Ciudad Rodrigo, Ledesma y región central.

Según la creencia popular, no desprovista de fundamento, estos individuos estarían expuestos a la congestión y hemorragia cerebrales, a la gota, obesidad, diabetes, reumatismo crónico, arterioesclerosis y nefritis crónica.

Opuestamente a la constitución que acabamos de describir, la realidad nos presenta tipos opuestos. Son, a saber: sujetos más bien altos y esbeltos "con mucha línea", línea harto perjudicial en las mujeres, que en los partos suelen pagar bien cara la elegancia que de solteras le proporcionó, por las dificultades que ocasiona para la salida del feto la estrechez pélvica; rubias no pocas, aun en nuestro país, con frecuencia ojos verdes o azules; tórax largo, plano y estrecho; costillas declives; ángulo epigástrico agudo; poca grasa; músculos de débil desarrollo y piel fina; costillas décima y alguna vez la novena fluctuantes y, en fin, cavidades esplánicas reducidas, con vísceras pequeñas y ptosadas o predispuestas a la ptosis visceral. Su temperamento suele ser hipertiroideo y simpaticotónico, de carácter dulce, comunicativos y afectuosos, sentimientos nobles y generosos, y también a veces alegres, expresivos y muy sociables. No faltan, sin embargo, casos en que estos caracteres tan estimables, que pudiéramos decir son la crema moral de la sociedad, caen en defecto, pues los hay taciturnos, desconfiados y herméticos, aislándose más y más del

medio ambiental hasta tocar el autismo. Corresponde este tipo orgánico al asténico de Stiller, leptosómico de Krestschmer, microesplácnico de Viola, longilíneo de Pende y algo parecido al respiratorio y cerebral de Sigand y Auliffe y, por último, al nervioso de los autores antiguos.

Aparecen diseminados por toda la provincia, viéndose mayor número en Sequeros y Béjar.

La constitución asténica predispone a la tuberculosis, pero no ligada a ella necesariamente, a la enteroptosis, neurastenia y a la dispepsia nerviosa.

También en ciertos casos a las hernias, varices, enfisema pulmonar constitucional, clorosis, albuminuria ortostática, úlcera gástrica y tiroxicosis.

Intermedio de estas dos modalidades de la constitución orgánica se nos ofrece a nuestro estudio, en la provincia de Salamanca, otro tipo, que a mi juicio es el más frecuente, y forma, por así decirlo, la gran masa social de nuestro país. No encaja exactamente en ninguna de las clasificaciones de los diversos autores y escuelas, pues aunque tenga alguno de los rasgos del atlético de Krestschmer, se le diferencia profundamente, ni es tampoco el muscular de Sigaud y Auliffe, y únicamente se acerca bastante al normo esplácnico de Viola o medio líneo de Pende. Se comprende que el estudio que de la constitución orgánica han hecho los autores italianos, se adapte a nuestra región más que el de la escuela francesa, alemana, etc., debido, en parte, a la analogía de raza, clima y costumbres de los dos pueblos italiano y español.

Son individuos de estatura media, piel morena y cabellos y ojos negros, cejas pobladas, desarrollo muscular fuerte y proporcionado, cavidades y vísceras en armonía con el esqueleto y músculos, en una palabra, son sujetos normales en el sentido de Grote. No son hipertiroideos ni hipotiroideos y la estigmatización vegetativa no llega a desplazarse de una manera pronunciada y menos aún en las glándulas de secreción interna, hipóli-

sis, suprarrenales, etc. De carácter tranquilo, reflexivo y consciente, reaccionan debidamente ante los agentes externos; son, en fin, de buenos sentimientos para con los demás y perfectamente sociables.

No se crea por esto que dicho tipo orgánico es el ideal somato-psíquico, pues éste, abstractamente concebido, no se encuentra en la realidad orgánica, sino que lo que me propongo demostrar en mis observaciones, es que este hábito marfológico se aparta de los otros, que son extremados, y es más armónico y proporcionado que los demás, aunque raro será el caso que afinando mucho no dejemos de encontrar que también en grado diverso se inclinan por matices más o menos acusados hacia un lado o hacia otro, es decir, hacia el hábito pícnico o el asténico o a algún otro menos común.

Otra constitución bastante frecuente en nuestra comarca, aunque menos que las anteriores, es la linfática, que corresponde al concepto vulgar del linfatismo y a la constitución linfático clorótica de Paltauf. Se presenta más manifiesta y evidente en la infancia y adolescencia. Son sus caracteres orgánicos: Piel fina, poco tejido muscular y de aspecto fofo en conjunto. Ganglios linfáticos, amígdalas, folículos linfáticos, etc., de excesivo desarrollo. Son propensos a padecer anginas, corizas, conjuntivitis, erupciones, raquitismo, escrófulas y tuberculosis. Muchas veces le acompaña una deficiencia de desarrollo del sistema cardiovascular o más aún de las cápsulas suprarrenales y genitales, o bien se combinan, ya solo o ya unido, a la insuficiencia endocrina referida, o a la hipertrofia del timo, constituyendo el estado tímico-linfático (Neuser). Tales sujetos son apacibles y tranquilos (temperamento flemático de los autores antiguos). Este estado tiene algún punto de contacto con el asténico y también con el artrítico, como si fueran sus polos opuestos, que equidistara de los dos. No es raro que en la adolescencia tengan escrófulas, faringitis, coriza, etc., o alguna manifestación tuberculosa a la que

siempre se han creído predispuestos los asténicos linfáticos y que en la edad adulta padezcan litiasis, gota, reumatismo diatésico, etc., propia de los artríticos o pícnicos, etc.

No debemos dejar de tener presente que no aparecen estos tipos puros en la realidad, pues con frecuencia hay caracteres de unos y otros en los diferentes individuos, de tal manera, que lo más a menudo que se observa son tipos mixtos, aunque por el relieve que adquieren ciertos caracteres merecen destacarse los ya mencionados.

La clasificación de Sigaud y Auliffe dividiendo los tipos en respiratorio, cerebral, muscular y digestivo, no se adapta a nosotros. La de Krestchemer sí, en sus dos hábitos pícnico y asténico, pero no así el atlético, del que si bien no es raro, no llega sin embargo en nuestro país a ser tan frecuente como para constituir uno de los términos fundamentales de su clasificación. El tipo displástico (gigantes eunucoides, obeso, poliglandular, infantilismo, acromia, etc.), lo creo francamente patológico e impropio para considerarlo como una modalidad constitucional.

En resumen, creemos que en nuestra comarca predomina, en primer lugar, el tipo normo-esplácnico o medio línea de los italianos; abundan mucho los pícnico y asténico, menos el linfático y el atlético y, siendo cosa rara, el displástico, que lo conceptuamos francamente patológico.

Antes de terminar esta breve reseña de las constituciones orgánicas o tipos morfológicos, así como de sus temperamentos en nuestra provincia, digamos algo concretamente del carácter salmantino.

Tiene fama de ser retraído, indiferente y frío. Creemos que en general no es así en todos los hábitos morfológicos y temperamentos expuestos, sobre todo en el normoesplácnico. Es afectuoso, comunicativo y social, sin perder su reflexión y ecuanimidad, que en cierto modo



le caracteriza, así como su grado ponderado de ponerse a tono con el ambiente.

Es verdad que también en esta, como en las demás constituciones, los hay taciturnos, recelosos, irónicos, reservados y fríos, carácter que, como decíamos antes, tiene fama de ser peculiar de esta tierra salmantina; pero veamos lo que hay sobre este particular.

No se puede negar que, al menos aparentemente, se encierra en esta apreciación un fondo de verdad. En la Armuña, partidos de Peñaranda y Alba, así como en el centro de la provincia, encontramos sujetos reservados, poco comunicativos, "el charro de costra gruesa" o "el armuñés de los siete chalecos" según el dicho popular; son herméticos, incomprensidos hasta por sus más íntimos familiares y con facetas diversas, pues unas veces se revelan con afectuosidad y hasta con ternura y otras con la más extremada frialdad.

Pero estudiando con un poco de atención tan interesante asunto, venimos a concluir que este carácter esquizotímico no es general ni privativo, por decirlo así, de esta región, que evidentemente no comprende sino a una gran minoría de sus habitantes y que aun en estos esquizotímicos predomina en muchos, interiormente, el componente de afectuosidad sobre la frialdad de hielo de otros psicoestésicos.

En otras comarcas como en la Sierra de Francia y Béjar, abundan los sujetos francos, afectuosos, hospitalarios y generosos, pero de cierta inestabilidad afectiva, pues tan pronto pasan del cariño más intenso y sincero al odio más violento y terrible, que aunque suele ser momentáneo, a veces reviste caracteres trágicos.

Debemos consignar que así como todos los autores que de estas cuestiones se han ocupado afirman que la ciclotimia conviene con el hábito pícnico y la esquizotimia con el asténico, atlético y displástico, no parece confirmarse esto en nuestro país, al menos, mis observaciones no son concordantes en este respecto, pues con fre-

cuencia he visto esquizotímicos en todos los tipos y bastante a menudo en los pícnicos.

Veamos ahora el medio ambiental salmantino. (1).

“La provincia de Salamanca limita, al Norte, con Zamora y Valladolid; al Este, con la de Avila; al Sur, con la de Cáceres, y al Oeste, con Portugal. Se halla situada en la región central de la península Ibérica y ocupa una extensión de 12.794 kilómetros cuadrados. Su suelo acusa una pendiente que no llega al uno por ciento y una altitud media de 800 metros aproximadamente, si bien en este sentido hay grandes diferencias de unos puntos a otros, desde los de más altura, Cerro Calvitero y Peña de Francia, por ejemplo, que alcanzan las de 2.041 y 1.723 metros sobre el nivel del mar, respectivamente, hasta los de nivel muy bajo, Muelle de la Fregeneda o Vega de Terrón sobre el Duero, 158 metros, confluencia del Tormes y del Duero, 329, habiendo entre estos extremos todas las graduaciones intermedias, por ejemplo: Santibáñez de la Sierra, 616; Hinojosa del Duero, 621; Ciudad Rodrigo, 662; Retortillo, 743; Villar de la Yegua, 758; Tejares, 791; Salamanca, 810; Cantalpino, 830; Armenteros, 1.065; La Alberca, 1.076; Candelario, 1.116; Puerto de Monsagro, 1.406, etc.

En su parte meridional forman una región montañosa las elevadas sierras de Béjar, Francia, Gata y las que arrancan de las Mesas que abarcan a Béjar y a la mayor parte de los partidos judiciales de Sequeros y Ciudad Rodrigo. Las ramificaciones que de ellas se desprenden penetran y se extienden, perdiendo en altitud, hasta las márgenes del Tormes y sus afluentes, y hacia el centro de la provincia se encuentran lomas y colinas separadas por anchos valles.

El resto de la provincia, o sea la casi totalidad de los partidos de Salamanca y Peñaranda, una gran par-

(1) Doctor Garrido. Estudio del bocio y cretinismo endémicos en la provincia de Salamanca. 1923.

te de los de Alba, Vitigudino y Ledesma y extensos espacios en los demás, ofrecen grandes mesetas llanas y escalonadas, de aspecto uniforme y monótono en las regiones terciarias y cuaternarias y un poco más variado en las graníticas, por efecto de sus canchales.

El suelo de la provincia y el subsuelo accesible a la observación, están formados por rocas hipogénicas del grupo de las graníticas y sedimentarias de las épocas primarias, de transición, terciaria y cuaternaria, pertenecientes a los períodos estrato cristalino, siluriano, eoceno, prioceno, mioceno y postplioceno. No hemos de entrar en la descripción de la manera como están repartidas estas formaciones geológicas en el territorio de la provincia de Salamanca, porque después la presentaremos en un mapa de manera que sea fácil apreciar de un golpe de vista dicha distribución, juzgando así la influencia que puedan tener en la producción del bocio y cretinismo endémicos.

De los 12.794 kilómetros cuadrados que tiene de superficie la provincia de Salamanca, corresponde 11.594 a la vertiente izquierda del Duero y 1.220 a la derecha del Tajo, que son los ríos entre los que se reparten sus dos principales cuencas hidrográficas.

Estas dos cuencas se subdividen dentro de la provincia en ocho secundarias, de las que siete corresponden a la vertiente del Duero y una a la del Tajo; las primeras son las del Tormes, Huebra, Yeltes, Agueda, Masueco y Travancos, y la última es tan solo una parte del Alagón, siendo afluentes de éste el Cuerpo de Hombre, Francia, Quilama, etc.

La cantidad de aguas pluviales es corta, ni son muchos tampoco los días lluviosos.

El número y caudal de las fuentes de una comarca, así como la calidad de sus aguas, depende de la cantidad de lluvia o nieve que sobre la comarca cae, de la naturaleza y disposición de las rocas que forman el suelo y subsuelo, de la extensión del área absorbente y de las

disposiciones mineralógicas de las capas por las que circulan.

Así es que en la provincia de Salamanca, como las rocas graníticas, estrato cristalinas, silurianas y eocenas, componen más de los dos tercios de la superficie, repartidos principalmente por las partes meridional, central y occidental, las aguas de lluvia penetran por estas rocas y encontrando otras zonas más compactas, se deslizan, según la pendiente, brotando en manantiales, pero pequeños, por ser en general pocas las aguas pluviales, excepto en las Sierras de Béjar y Francia, que por ser comarcas más lluviosas, son también mucho más abundantes sus fuentes.

Las formaciones proicena, arcillo-margosa que se presenta en el norte y centro de la provincia, en algunos depósitos cuaternarios arcillosos y arenosos del partido de Alba, principalmente, las fuentes faltan o son tan escasas, que los habitantes tienen necesidad de usar aguas de pozos o de charcas.

Las aguas que brotan de los granitos y de las rocas estratocristalinas y silurianas, son, en general, excelentes, puesto que en las capas que atraviesan dominan el elemento silicio, escasea el alcalino (carbonato de cal) y falta el yesoso. Algunas hay tan puras, que en los términos de Candelario y Béjar se encuentran, casi, como si fueran aguas destiladas.

Las de procedencia proicena, miocena y postpliocena, son de calidad más inferior, por llevar sales terrosas en disolución, pero no son malas tampoco para la bebida, por no contener yeso, pues el tramo yesoso falta en los depósitos terciarios de la provincia.

Es también bastante abundante la provincia de Salamanca en aguas minero-medicinales, pero de ello no hemos de ocuparnos por no interesar a nuestro objeto.

Los cereales constituyen una buena parte del cultivo del suelo, siendo casi exclusivo en las mesetas llanas y distinguiéndose por su feracidad La Armuña, Campo de

Peñaranda, gran parte del de Alba y el Campo de Argañán, en Ciudad Rodrigo. Se cultivan también, en regular extensión las leguminosas y, de modo variado en la provincia, el viñedo, constituyendo el principal cultivo de las Riberas, partido judicial de Vitigudino, y en la Sierra de Francia, donde, por gozar de temperatura apropiada y suelo, tiene en estos puntos su natural asiento; es ya mucho menos importante en el resto de la provincia, donde se presenta en trozos diseminados, que ofrecen, por su situación local, buena orientación y el terreno no se presta para otros cultivos.

Hay extensos prados y praderas y en los terrenos donde es posible el riego, huertas con bastante producción de hortalizas, algunas plantas textiles, frutas, etc.

Es elemento muy importante de la vegetación, el arbolado. Falta en la Armuña y en el partido de Peñaranda, escasea en los alrededores de Salamanca, pero va creciendo en las partes S. y SO. de este distrito; en el de Alba y en la parte central y occidental de la provincia, forma extensos montes de encina en su mayor parte; muchos robles también en Ciudad Rodrigo y Sequeros, escasos pinos, y algunos acebuches, fresnos, chopos y álamos. En Santiz y Valdelosa, así como en algunos pueblos del partido de Sequeros, como Valero y Herguijuela de la Sierra, se encuentran alcornocques, y en las riberas de algunos ríos, el aliso.

El clima es muy variado, pues si bien es verdad que la mayor parte de su territorio puede considerarse como una gran meseta, presenta en cambio, puntos de tan diversa altitud, que desde la región de las nieves perpetuas de la Sierra de Béjar y Candelario, puede pasarse por diversas transiciones hasta algunas comarcas de la Sierra de Francia y arribes del Duero, donde se cultivan el naranjo y otras plantas de regiones cálidas.

La temperatura media del año es de 12. a 13 grados centígrados. La máxima temperatura corresponde a los últimos días de Julio o primeros de Agosto, llegando a

42.º a la sombra y aire libre, y la mínima, a fines de Diciembre o primeros de Enero, que baja hasta 12.º y más.

Los vientos más frecuentes son al NO. (Gallego), que en Abril y Mayo suele ser fuerte y seco, los del SO. y SE. (serrano), generalmente precursor y acompañante de lluvias, el NE. (burgalés) y N. (cierzo).

Por lo demás, el clima es frío en general y eminentemente variable: a un día hermoso de sol, sucede otro de los más crudos de invierno; en un día hace bueno por la mañana, graniza por la tarde y nieva o hiela fuertemente por la noche, siendo los meses de Julio y Agosto de un calor poco menos que ecuatorial.

Casas en general faltas de higiene, poca ventilación, habitaciones reducidas y no poca humedad en algunas. En vez de sol y aire que llevan la alegría a los hogares, en muchas de ellas hay obscuridad, humedad, frío y tristeza. Mucho se puede esperar de la Fiscalía de la Vivienda, que trabaja activa e intensamente en mejorar nuestros hogares

Alimentación en general no deficiente y substanciosa. Nuestros acomodados charros toman abundantemente buena carne, embutidos, vino de la tierra o de la Mancha, etc., nutriéndose en demasía. Ya veremos la importancia patológica que tienen estas costumbres cuando nos ocupemos de las enfermedades cardio-vasculares en nuestra provincia.

El alcoholismo no tiene gran arraigo, por regla general, excepto en algunas regiones vitícolas, donde es más frecuente. En fin, puede decirse que el salmantino es moderado en sus costumbres, trabajador y honrado.

La sífilis no es más frecuente que en otros países.

La riqueza natural de la provincia de Salamanca hace que en general sus habitantes no tengan que buscar el sustento fuera de ella, y sea por esto o por su condición orgánica y psíquica, los salmantinos no suelen lanzarse a empresas arriesgadas ni a locas aventuras; son, por el contrario, reposados y tranquilos, pero no por

esto dejan de ser emprendedores y tener iniciativas que desarrollan en la industria y en el comercio, así como en otras manifestaciones de la actividad humana que prodigan dentro y fuera de la provincia.

Tal es, en resumen, la característica esencial de nuestro pueblo. Morfológicamente normo-esplácnico o medio lineo, armonía entre lo estático y lo dinámico, de carácter ecuánime, ponderado y tranquilo. Responde al castellano serio y formal, austero en sus costumbres, hidalgo en su comportamiento, noble y caritativo para con los demás, pues aunque tiene fama de frío y retraído, es solo en apariencia, según creo.

Esta tierra ha dado siempre competentes y honrados agricultores, industriales y comerciantes de iniciativa, soldados valientes, muchos hombres de Ciencia repartidos en los Institutos, Universidades de España y otros Centros docentes y también, aunque en menor número, poetas insignes y músicos eminentes.

Conocido el feno-tipo salmantino, que según se sabe es la suma del genotipo y del paratipo, veamos su Patología, es decir, la manera de reaccionar ante los agentes morbosos.

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO

Son, en este país, muy frecuentes. En mi consulta los enfermos que más abundan pertenecen al aparato digestivo, no perdiendo de vista que siempre he hecho Medicina general. No es esto de extrañar, pues también ocurre lo mismo en otras regiones de España. ¿Causas..?

En la Sierra de Francia es muy frecuente padecer de la boca y tener mala dentadura y desde luego esto ya es algo. En otros casos, pueden señalarse causas generales: comer de prisa, abusos dietéticos, preocupaciones y disgustos, así como el género de alimentación que se hace: mucho embutido con especias, caza con espesas salsas y buen vino, quesos fermentados, muy añejos y en aceite, etcétera, pueden, desde luego, aportar su contribución a este respecto. No debemos ser más extensos en estas consideraciones y si pasar, desde luego, a tratar en particular cada una de las enfermedades o grupo genérico de ellas que pertenecen a este apartado.

DISPEPSIAS

Se ha dicho que de cada diez enfermos que se quejan del estómago, sólo uno presenta lesión gástrica y esta regla clínica tiene en mi despacho rotunda confirmación. Solamente la experiencia de muchos años puede a uno convencerle de que al enfermo que sufre del estómago hay que buscar su origen en el sistema nervioso,

cerebro y médula, principalmente (tumores cerebrales, meningitis, tabes...) aparato circulatorio, corazón y vasos (insuficiencia cardíaca, miocarditis, endocarditis, lesiones valvulares, sínfisis pericardiaca, hipertensión, arterioesclerosis, angina de pecho...) aparato respiratorio (bronquitis crónica, enfisema, bronquiectasias, tuberculosis pulmonar...) nefritis azotémica, hipertensiva y clorurémica, ptosis renal y otras enfermedades del riñón, anemias en todas sus variedades, enfermedades avitamínicas o por carencia, endocrinas, por intoxicación, saturnismo, tabaco... o autointoxicación; de origen genital en la mujer, hernia epigástrica, helmintiasis, etc., y las más importantes, aun de origen hepático litiasis biliar, ictericias, cirrosis, y, en general, todas las enfermedades hepáticas, pues el hígado, antes que quejarse por él mismo, acostumbra a hacerlo por el estómago; las muy frecuentes del intestino, señalándose, en primer lugar, la famosa apendicitis, pero también la tuberculosis intestinal, el cáncer de este órgano, enfermedades del duodeno, perivisceritis diversamente localizadas, etc. Añadamos a esta lista de enfermedades, larga, pero no completa, las dipepsias por abusos dietéticos, digustos y preocupaciones, neurosis, bocas mal cuidadas, errores de higiene, estigmatización vegetativa, excesos genitales... y se dará uno cuenta de la tarea a que el Médico tiene que entregarse cuando examina un dispéptico, pues lo particular del caso es que muchas veces estas enfermedades se anuncian por síntomas gástricos antes que por sus síntomas propios localizados, dando lugar a errores de diagnóstico, si esta noción no se tiene presente. Seguimos el criterio general de distinguir entre las dipepsias, las primitivas propiamente dichas y las secundarias, considerando a las primeras como esenciales o fundamentales, en el sentido de no depender claramente de otra enfermedad conocida y secundarias a las que no reúnen este carácter y cuyas causas en su mayoría acabamos de indicar.

Se verá la extensión que las dispepsias tienen en esta región, cuando se examine el gráfico correspondiente.

ULCERA DE ESTOMAGO

Después de las dispepsias, la úlcera, con el cáncer de estómago, comparten los primeros lugares de nuestra ordenación patológica. La úlcera de estómago se prodiga mucho, desafortunadamente, en Salamanca. No hemos podido hallar particularidad etiológica que lo explique, lo que por otra parte quizá no sea necesario, pues también se padece mucho en otras regiones y pueblos. Fundamentalmente la etiología y patogenia del *ulcus gástrico* se reduce a que la digestión péptica de una zona de la mucosa gástrica, es iniciada por lesión pequeña de infección, intoxicación o erosiva y no neutralizada por el reflujo duodenal o preexistir hiperacidez humoral, estigmatización vegetativa, disionia, alteración endocrina y otras, todas ellas no precisadas todavía. ¿Se dan por aquí alguna de estas condiciones patogénicas distintas a las de otros países?

No es probable si bien dependiendo el origen de esta enfermedad de un fondo constitucional hay que conceder cierta predisposición orgánica en nuestro país a padecer esta enfermedad; añádase que según autores competentes, el hábito asténico de Stiller favorece su presentación y ya dijimos anteriormente que esta constitución se ve a menudo en la provincia. Su sintomatología es, como siempre, unas veces clara y terminante y otras insidiosa y oscura, que resiste a la perspicacia del clínico más sagaz. Hemos visto varias veces dispépticos que apenas se quejaban de sus molestias, o a lo más presentaban un ligero ardor de estómago y, más tarde, una profusa hemorragia gástrica, nos puso en el verdadero camino del diagnóstico con el sonrojo consiguiente. Casos también no raros de úlceras con dolor sin horario fijo, o de localización ectópica, dolores en el vientre, tórax o en la re-

gión renal, simulando cólicos nefríticos, o rarezas como úlceras en las que el dolor se quitaba con una irrigación rectal. Talès formas clínicas, de difícil diagnóstico, se ven a menudo en nuestros enfermos.

CANCER GASTRICO

Llegamos al estudio de esta terrible dolencia, la que no ha podido ser dominada hasta el momento actual, a

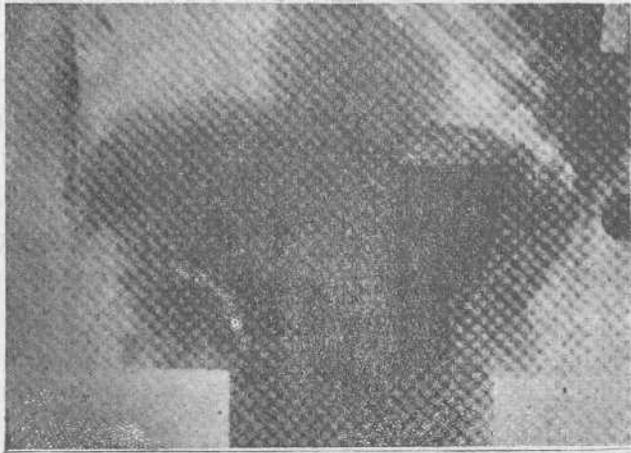
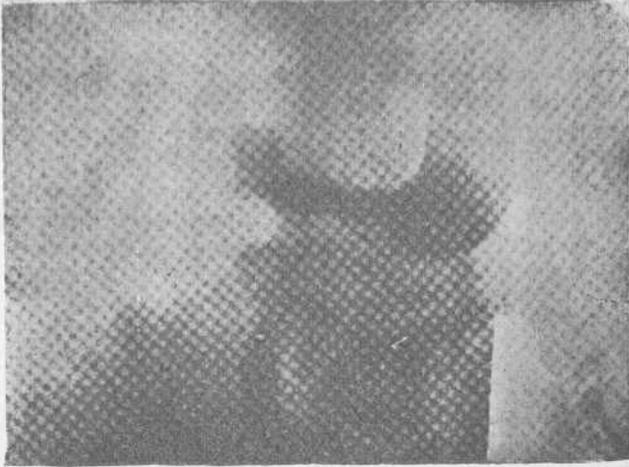


Imagen de cáncer gástrico en una enferma que además tenía artritis con ligera tumefacción, especialmente en rodillas y tobillos.



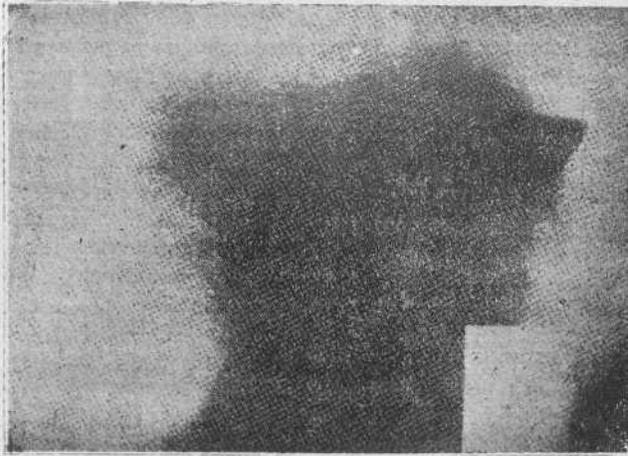
Cáncer de estómago, que simulaba en el comienzo una enfermedad infecciosa séptica.

pesar de consagrarse a su estudio con el mayor ahinco e interés los más eminentes hombres de ciencia de todos los países.



Forma escirrosa de linitis con manifestaciones pseudo-reumáticas.

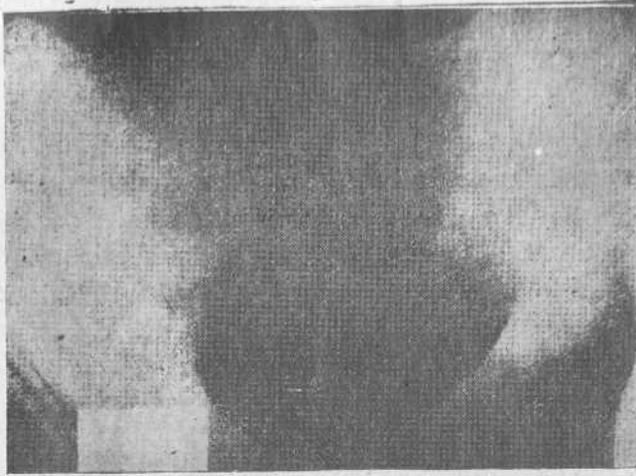
Es verdaderamente aterrador el progreso de esta enfermedad, y yo, por mi parte, aunque sea discrepando



Enfermo de carcinoma gástrico que tuvo un comienzo bastante prolongado con artralgias de tipo reumático.

de la opinión de otros médicos, creo firmemente que cada día es mayor el número de cancerosos de estómago.

Algunas particularidades de presentación y diagnóstico que he observado en los enfermos de mi consulta,



Neoplasia gástrica en cuyo curso se presentaron reiteradamente manifestaciones articulares.

fueron expuestas en un artículo que se publicó en "Los

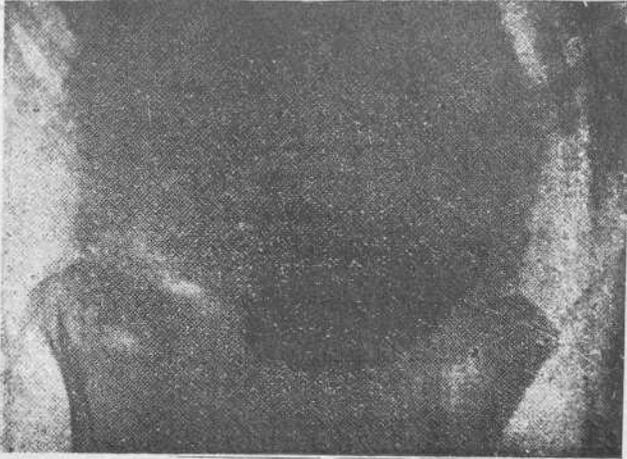


Enfermo que presentaba ligera tumefacción articular y que en nuestra consulta obtuvimos la presente radiografía.

Progresos de la Clínica" de Madrid (1). De lo entonces publicado entresacamos lo siguiente:

(1) P. Garrido.—Los Progresos de la clínica.—Madrid.—Febrero, año de 1935.—Número 278.

1.º Cánceres de estómago simulando reumatismo subagudo o crónico. Esta forma clínica, de la que vi y he venido observando bastantes casos, me parece muy interesante, chocándome mucho no haber visto publicado sobre este asunto nada parecido, pues en nuestra zona no es raro y de gran interés diagnóstico. Se trata, sencillamente, de enfermos que no acusando apenas síntomas gástricos, vienen sufriendo dolores articulares, de tal modo intensos en determinados casos, que llegan hasta impedirle la progresión, unas veces sin abultamiento de la articulación ni enrojecimiento ni otro síntoma inflamatorio, y otras, por el contrario, con ligero empasta-

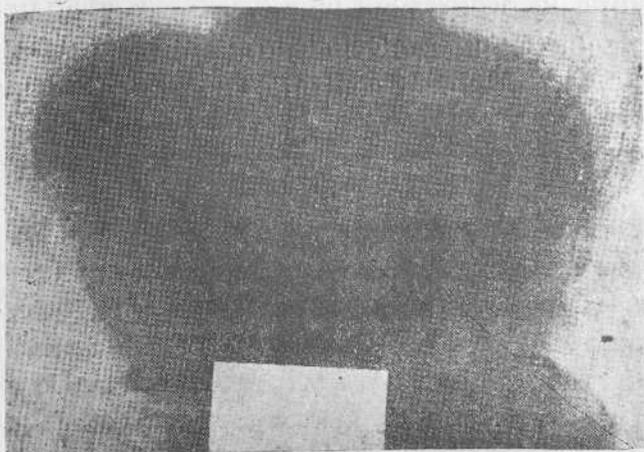


Cáncer gástrico de un enfermo cuyo curso fué acompañado de fiebre y dolores articulares.

miento y edema, que atestiguan la modificación de los tejidos periarticulares. Acompaña ligera fiebre, poco o nada apetito, con estado saburral manifiesto, cansancio, depresión nerviosa y anemia. Ante este complejo sintomático lo que domina son las astralgias o artritis y todos los demás síntomas, se cree que son satélites de ellas, desconociendo su verdadera naturaleza, con perjuicio del enfermo que se ha desaprovechado el momento mejor para la intervención quirúrgica y el consiguiente desprestigio del Médico. No vamos a describir aquí el histo-

rial clínico expuesto en dicha Revista y que sirvió de base a nuestra comunicación. Tales casos fueron también estudiados y examinados por nuestros alumnos del despacho y de la Cátedra, estudiados todo lo detenidamente que era necesario con sus correspondientes radiografías, etc.

Posteriormente hemos observado algunos más. Es sorprendente que tal modo de comenzar clínica-



Radiografía con historial clínico muy parecido al anterior.

mente el cáncer de estómago apenas se haya referido por otros.

¿Será privativo de esta Región donde el reumatismo se padece mucho y pudiera considerarse esta particularidad debido a la predisposición regional, favorecida su presentación por el agente tóxico o infeccioso del cáncer...?

No lo creemos así.

Formas raras o poco comunes de cáncer de estómago en su sintomatología se presentan, al igual que en otros países, en esta región salmantina, por ejemplo: los que se describen en referido trabajo; cáncer gástrico que en su evolución presentó un cuadro completo de septicemia. Otro de páncreas, que comenzó con síntomas de fiebre

de Malta, y otro, en fin, que hizo pensar en una leucemia, etc...

PTOSIS GASTRICA

La caída del estómago la observamos frecuentemente en la Clínica, unas veces con síntomas propios y otras en enfermos que no se quejan de ella y que vienen a la consulta por padecer otras afecciones, bien de aparato digestivo o de no importa qué otro aparato, respiratorio, nervioso... Se sabe que a la ptosis gástrica se unen trastornos de atonía y neurosis, que frecuentemente la acompañan, pero también en ocasiones, síntomas renales, hepáticos, de plexo solar, perivisceritis, estigmatización vegetativa, pancreáticos e intestinales. Pero no hay que perder de vista que las ptosis viscerales tienen por base la constitución asténica de Stillé que como ya se ha dicho figuran en la región salmantina en lugar muy respetable.

GASTRITIS CRONICA

La gastritis crónica tiene por origen una debilidad constitucional general y local a la que se suman como agentes determinantes y provocadores, transgresiones de régimen, abusos de la higiene, causas de orden infeccioso o tóxico, otras enfermedades de estómago, trastornos circulatorios, anemias y enfermedades generales. Ya sabemos la importancia patogénica que actualmente conceden todos los clínicos a la gastritis crónica en la presentación de la úlcera y del cáncer gástricos. Su sintomatología no es siempre muy expresiva, teniendo que acudir para hacer el diagnóstico a la radiografía de pliegues de mucosa y a la gastroscopía.

En Salamanca se abusa no poco de especias, cerveza y vino, picantes, embutidos, caza bien condimentada, y esto, unido a las demás causas que la producen, hace que entre nosotros la gastritis crónica se padezca bastante.

ESTENOSIS PILORICA

Siendo la estenosis pilórica en su inmensa mayoría consecuencia de otras enfermedades, úlcera y cáncer, pericolecistitis y perivisceritis, peritonitis tuberculosa, sífilis, comprensión por tumores o quistes, dicho está que esta afección no tiene fisonomía propia regional, pues aquellas enfermedades se padecen en todos los países. En el nuestro, como las dolencias que la originan son muy frecuentes, también lo es la estenosis pilórica.

NEUROSIS GASTRICA

Hace ya bastantes años publicamos un modesto trabajo con el título de "Concepto clínico de la neurosis gástrica" (1) cuyo material de estudio estaba calcado, como es natural, en enfermos de esta región salmantina y del que copiamos algunas de sus conclusiones por parecernos todavía aplicables a este trabajo y al momento actual, con algunas salvedades, que después diremos, y son, a saber:

Las neurosis localizadas son enfermedades muy frecuentes y entre ellas las gastroneurosis ocupan el primer lugar.

El juicio que estas neurosis localizadas nos merezcan marcará la orientación que debemos seguir en su tratamiento; de ahí la importancia que tiene para el Médico el juzgar aquéllas rectamente.

Diverso ha sido el criterio que los autores han tenido de las neurosis gástricas; unos creen que existen siempre en el estómago lesiones ostensibles y que el padecimiento gástrico engendra la neurosis general: otros la limitan solamente a las alteraciones gástricas que se presentan en las enfermedades nerviosas orgánicas, y otros,

(1) Primo Garrido.—Concepto clínico de las neurosis gástricas. Madrid, 1912.

en fin, las consideran como derivadas de neurosis general.

Este último concepto resume nuestro modo de ver la cuestión, basado en argumentos clínicos y sancionado además por los conocimientos que nos presta la Filosofía.

Los casos en que las gastroneurosis se nos ofrecen como neurosis exclusivamente locales, son raros, y estudiados a fondo, se llega a descubrir la relación con la neurosis general.

Se han incluido indudablemente en las neurosis gástricas afecciones de estómago que reconocen otro origen que el neurósico (trastornos anémicos, retenciones estomacales, enfermedades de las glándulas de secreción interna); pero aquéllas, en su inmensa mayoría, son dependientes de la enfermedad general ya mencionada.

El tipo por excelencia de las neurosis gástricas es la dispepsia nerviosa o neurastenia gástrica en la que los diversos factores que concurren al acto digestivo resultan alterados de la manera más irregular y más variablemente posible, no solo en la marcha general de la enfermedad, sino hasta de un momento a otro. De aquí la importancia de no conceder a un solo análisis de jugo gástrico un valor decisivo.

Las demás neurosis gástricas se apartan más o menos de este tipo de pureza, pero conservando, no obstante, en sus caracteres, los principales rasgos comunes a todas las gastroneurosis.

La presentación de un tipo u otro de gastroneurosis (secretorias, de motilidad, sensitivas, mixtas) depende, en general, de la neurosis o nervosismo que la origina, de las condiciones individuales del enfermo, y del medio ambiente que le rodea. Con frecuencia se observa una especie de relación inversa entre la individualidad nosológica de las gastroneurosis y la enfermedad general de que aquélla depende a neurosis bien caracterizada, gastroneurosis poco definida.

Las anteriores conclusiones, que en época ya lejana fueron por mí establecidas, pueden hoy mantenerse en casi su total integridad, a excepción de la frecuencia de referidos neurosis gástricos, que según creo, al igual que las neurosis generales, especialmente el histerismo, han disminuído mucho. No dejará de llamar la atención este hecho si se tiene en cuenta que la vida aumenta incesantemente en dificultades y complejidad, lo que exige una mayor actividad física y psíquica, estados que al exagerarse llevan o acarrearán un mayor número de padecimientos nerviosos. A esto contestaremos que tal manera de razonar puede convenir a la neurastenia, siempre que ésta sea adquirida, pero no al histerismo, el cual, como diremos en otro lugar, disminuye visiblemente, gracias a la mayor potencia de lo que podemos llamar facultades psíquicas de control, reflexión, ecuanimidad, dominio de sí mismo, etc. Para su ordenación englobamos las neurosis gástricas en las dispepsias primitivas.

Una vez esbozadas las características de las enfermedades del estomago, que yo he recogido durante el ejercicio profesional en esta tierra de Salamanca y sus diversas comarcas, expondremos por medio de un gráfico su frecuencia (durante los últimos veinticinco años), señalando con una línea horizontal estas mismas enfermedades y su frecuencia, por la longitud de la línea, estando en relación directa estos dos términos.

Enfermedades del estómago (1)

| | |
|---|--------------|
| Dispepsias primitivas y secundarias. | 1 663 casos. |
| Úlcera de estómago..... | 932 » |
| Ptosis gástrica, con síntomas netamente definidos.. | 528 » |
| Cáncer de estómago..... | 480 » |
| Gastritis crónica..... | 282 » |
| Estenosis pilórica..... | 64 » |

(1) En este, como en los siguientes cuadros clínicos, solamente tienen representación gráfica, aquellos enfermos que fueron estudiados detenidamente. Los restantes, bastante numerosos, que no pudieron ser observados suficientemente, no figuran en estas estadísticas.



ENFERMEDADES DEL INTES- TINO

Aunque poco tienen de característico a nuestro objeto nos ocuparemos en primer lugar de las enfermedades agudas y crónicas que afectan a la totalidad de este gran segmento del aparato digestivo, dispepsias intestinales y enterocolitis aguda y crónica. Hay muchos casos de estas dolencias, sobre todo en los meses de verano, por las causas ya conocidas del calor, alteración alimenticia, exaltación microbiana, etc., que no hay para qué seguir mencionando las restantes causas que todo el mundo sabe y que como hemos dicho más arriba, dichas afecciones no tienen entre nosotros nada de particular.

Colitis

Las colitis, en todas sus formas, merecen que nos fijemos en ellas por la importancia que tienen en esta región. Hubo un tiempo, y no lejano, por cierto, en que se creía que las ofensas externas eran los únicos agentes determinantes y provocadores de las colitis. Hoy, a este problema etiológico y patogénico, se le da un mayor alcance. Se reconoce que a las causas exógenas hay que añadir las endógenas y éstas las podemos dividir en dos grupos, uno de causa general y otro regional orgánico, representado el primero por un círculo mayor, y el segundo por uno menor y concéntrico al primero.

El círculo mayor abarca las neurosis generales y vegetativas, la disionía, la alteración endocrina, paratiroides en primer lugar, pero también en algún modo

tiroides, ovario e hipófisis, y últimamente enfermedades de otros órganos y aparatos extradigestivos. El menor, comprende las alteraciones gástricas e intestinales de otra naturaleza. Enfocada así esta cuestión ya se vé que no es meramente local su origen, sino que alcanza la constitución del organismo y también al aspecto dinámico del individuo, pues llega a afectar la función del sistema nervioso general y vegetativo, disonía, endocrinas... factores todos que influyen grandemente en nuestro dinamismo. Es por lo que las colitis varían mucho de unas comarcas a otras, no solo porque cambian las causas exógenas sino también porque es diferente el fondo orgánico de los pueblos. En la región salmantina figuran, según mis observaciones, en los primeros lugares: la colitis mucosa antes que ninguna otra, pero también las formas disintéricas y las colitis ulcerosas. No hablamos de la colitis mucomembranosa porque ésta la consideramos como crisis de vagotonismo en los estreñidos, o bien en otros casos que por errores de diagnóstico se toman por tal, lo que solamente son colodisquinesias.

Apendicitis

Muy frecuente, lo mismo la aguda que la crónica. De importancia excepcional su estudio, porque diagnosticada a tiempo la aguda, tiene un tratamiento quirúrgico de brillantes resultados, y la crónica es asimismo dominada por la terapéutica intervencionalista, pero no he podido encontrar caracteres que diferencien la apendicitis de nuestra tierra de las otras regiones, y por eso no debo ser más extenso.

Tuberculosis intestinal

Siendo la tuberculosis intestinal pocas veces primitiva y sí las más de las veces secundaria a la tuberculosis pulmonar, hemos de conocer primero el desarrollo y ex-

tensión que ésta alcanza en nuestro país, y después precisar el porcentaje que tiene con la misma. Respecto a este último punto, hemos de decir que dicho porcentaje es alto y que la tuberculosis intestinal es, en esta tierra, de presentación frecuente.

La primera cuestión será tratada más adelante.

Cáncer intestinal

Análogas consideraciones a las que hicimos al tratar del cáncer de estómago tenemos que hacer aquí, no perdiendo de vista, como es natural, que el cáncer intestinal es mucho menos frecuente que el del estómago, repitiendo también en este lugar que el cáncer intestinal es más frecuente en la época moderna que en las anteriores. Hemos visto bastantes casos de cáncer de recto, que es, desde luego, el que alcanza mayor porcentaje; le sigue el cáncer de colon y de ciego, y, por último, el de intestino delgado, que en verdad es raro.

Estenosis y obstrucción intestinal, ulceraciones intestinales y alteraciones vasculares del intestino

Son enfermedades de presentación y frecuencia análoga a la de otros puntos.

Parasitosis intestinal

Muy frecuentes los ascárides lumbricoides, los oxiuros y las tenias.

Hace años que examiné un caso de anquilostomaduodenalis en un enfermo de Ciudad Rodrigo, cuya historia clínica se publicó en una revista de la localidad (Boletín Oficial del Colegio Médico).

¿Traquinosis?.. por fortuna no son frecuentes.

Enfermedades del intestino (1)

38

| | |
|--|------------|
| Dispepsias intestinales, enterocolitis aguda y crónica . . . | 628 casos. |
| Colitis | 370 » |
| Parásitos intestinales | 328 » |
| Apendicitis aguda y crónica | 242 » |
| Tuberculosis intestinales | 120 » |
| Estenosis y obstrucción intestinales | 42 » |
| Cáncer intestinal | 38 » |
| Úlceras intestinales | 38 » |

(1) Referente a estos cuadros clínicos, véase la aclaración hecha en el primero. Pág. 33

Enfermedades del hígado y vías biliares

Por la excepcional importancia que tienen en esta región las afecciones de las vías biliares, vamos a anteponer su estudio a las del hígado propiamente dicho.

La colecistitis sea litiásica o de otro origen, se lleva la primacía. Muchas veces es de diagnóstico fácil por su claridad sindrómica, pero muchas otras, también, es tan insidiosa en su presentación y desarrollo, que hay que adivinarla o diagnosticarla por intuición. Con la máscara de la dispepsia gástrica, dispepsia hiperesténica, hiposténica obanal, gastritis y duodenitis con síndrome pilórico, simples gastralgias, cólicos hepáticos esbozados, se ofrece a nuestro examen muchas veces, otras con un síndrome intestinal, estreñimiento pertinaz, diarreas funcionales con heces decoloradas o hipercólicas, colitis, diarrea praudial, diarreas de tipo fermentativo, más que de putrefacción, etc. Dolores no de cólico hepático ni siquiera endolorimiento en la región vesicular o coledócica, sino de puntos muy distantes del sitio de origen; el conocido dolor en el hombro derecho o en la columna vertebral, hombro y brazo izquierdo, esternón y región precordial, simulando angina de pecho, en el brazo derecho, exclusivamente, en la región renal pareciendo cólico nefrítico, en el abdomen, etc., son botones de muestra para formarse idea de las formas larvadas de la colecistitis, y esto sin otros síntomas que puedan servir de apoyo para sentar en firme el diagnóstico. En ocasiones una jaqueca, estado nauseoso, lengua amarga por las mañanas y noches de desvelo con vómitos biliosos o de

alimentos en seguida de comer, picores por el cuerpo, o síntomas neurasténicos, preceden en mucho tiempo, a los síntomas claros e indudables de esta afección. No debemos olvidar la fiebre, ya en forma de décimas, ya fiebres sueltas que no tienen explicación, o bien en accesos que parecen palúdicos, y repitámoslo una vez más, esto sin los síntomas fundamentales de la afección.

Es claro que pensando en este diagnóstico y haciendo una historia clínica cuidadosa, precisando los antecedentes, aquilatando las circunstancias de presentación de estos síntomas aislados, viajes en coche o ferrocarril durante el período menstrual, ser precedidos de haber tomado huevos, chocolate, salsas, seso, etc., y, por último, la exploración clínica detenida y meticulosa, unido al examen radiológico y a los análisis oportunos de orina, sangre y cateterismo biliar, es raro que no se encuentre alguna base para afirmar lo que intuitivamente hemos presumido. Yo, por mi parte, he de asegurar, que esta clase de enfermos son de los que más vienen a mi consulta, y digo a mis alumnos: cuando veamos a un sujeto de tipo pícnico (antiguo artrítico), más aún si es mujer, moreno, con las conjuntivas turbias o subictericia, que se queja de algo gástrico y que parece neurasténico... pongámonos en guardia y pensemos en un enfermo de vías biliares.

No cae dentro de los límites que me he impuesto, repetir la sintomatología clásica de las colescititis, pues este objetivo está aquí fuera de lugar.

Generalmente, se cree que las colescititis son en su mayoría de origen calculoso; pero yo he observado muchas consecutivas a afecciones intestinales, principalmente, o de otra naturaleza.

Esto tiene su importancia porque el tratamiento no es lo mismo en unas que en otras, y se llega a hacer el diagnóstico diferencial nada fácil, por cierto, en bastantes casos, haciendo una buena historia clínica, precisando la cronología de los síntomas y sobre todo con la poderosa

ayuda de las radiografías, de las que no se puede prescindir, así como de los análisis, etcétera. Otro tanto ocurre en tan frecuente asociación de las colecistitis con la apendicitis o bien con la colitis derecha, y tanto en uno como en otros casos, no descuidar la repercusión que todos estos procesos hayan podido tener en la glándula hepática. Los restantes procesos patológicos de la vesícula así como del resto de las vías biliares, ceden en importancia a las colecistitis

Ictericias

He asistido en diferentes ocasiones pequeñas epidemias de ictericia catarral y de vez en cuando se dejan ver casos esporádicos de esta enfermedad. Su etiología viene a ser igual que la de otras regiones; menos casos de las llamadas ictericias infecciosas (hepatitis) y también no frecuentes por fortuna la ictericia grave o pernicioso (atrofia amarilla del hígado).

Cirrosis hepática

Se cosecha vino en regular abundancia, principalmente en dos comarcas de la provincia, la Sierra de Francia, en el partido de Sequeros, y la Ribera, en el partido de Vitigudino; además, existen viñedos poco extensos en muchos de los pueblos de la provincia, y esto quiere decir que se hace buen consumo de este artículo. Como se sabe, el factor etílico juega importancia primordial en la producción de las cirrosis vasculares, aunque no el único ni mucho menos, pero a pesar de estas consideraciones, no es en Salamanca la cirrosis, enfermedad que se padezca con gran frecuencia.

Cáncer hepático

Vemos los Médicos de por acá más número de cán-

ceres hepáticos de lo que pudiera esperarse y aunque se me tache de pesado, insisto que los cánceres de la Medicina Interna, que son los que yo trato, son ahora más frecuentes que antes. Cánceres difusos, indoloros, sin ictericia ni ascitis, pero con graves progresos del estado general. (Cánceres en almendra) se observan rara vez; mayor número de cánceres nodulares, secundarios, con la clínica ya conocida, y escasos, por fortuna, los adenocánceres.

Quiste hidático

Siento no poder ofrecer en esta revista de la patología regional salmantina, una estadística exacta de los quistes hidáticos diagnosticados por mí en relación con los observados por otros compañeros de por acá y comparada, además, con la de otras provincias de España, pero creo firmemente, que en nuestras latitudes se alcanza una respetable cifra de quistes, debido a que Salamanca es agricultora y ganadera, es decir, abundante en perros y otros animales domésticos, que, como se sabe, son los sectores de la tenia.

El resto de las enfermedades hepáticas no tiene fisonomía propia, diferente a las de otras regiones o comarcas.

Absceso hepático

Enfermedad grave, de la que los Médicos de esta tierra tenemos, por fortuna, poca experiencia. De las diferentes formas clínicas de los abscesos hepáticos, la amebiana no se padece autóctonamente en este país, pues si alguna vez se presenta, es de importación, y esto es un buen sustraendo a la suma total de abscesos. Las otras causas, sépticas, de origen abdominal, propagadas o metastásicas, no son de más eficacia y frecuencia en la región salmantina que en otras partes.

Las enfermedades del páncreas y peritoneo no han de detenernos mucho, no porque deje de ser interesantísimo su estudio, pues el páncreas, por su secreción interna y externa, la influencia que tiene en la digestión, en el metabolismo, tensión arterial, sistema nervioso de la vida vegetativa, etc., colocan a esta glándula en lugar preferente o preferentísimo en la economía orgánica, sino porque no es éste nuestro objeto.

Las insuficiencias pancreáticas, pancreatitis aguda y crónica, carcinoma pancreático, litiasis y quistes de este órgano, se ven con no rara frecuencia.

De las enfermedades del peritoneo, dejando aparte la peritonitis aguda, la peritonitis crónica fímica es la que observamos más a menudo en sus formas ascíticas, caseosa, fibrosa, fibrocaseosa, seca y localizada. Hay que pensar en ella siempre que un individuo joven acuse dolores difusos de vientre, no explicables fácilmente, y que se prolongan a pesar de un tratamiento correcto, y si se añade meteorismo, vómitos, alternativas de estreñimiento de vientre y diarrea, décimas, demacración y comienzo de matidez en el bajo vientre, mas aun lesiones fímicas pulmonares o pleurales, aunque sean mínimas, se tienen ya todos los principales síntomas. Abunda mucho.

Enfermedades del hígado y vías biliares (1)

4

| | |
|------------------------------|------------|
| Enfermedades de las vías bi- | 960 casos. |
| liares | |
| Ictericias | 538 * |
| Cirrosis hepáticas | 62 * |
| Quieste hidatídico | 36 * |
| Sífilis hepática | 34 * |
| Cáncer hepático | 28 * |
| Absceso hepático | 6 * |

(1) Referente a estos cuadros clínicos, véase la aclaración hecha en el primero. Pág. 33

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

ENFERMEDADES DEL CORAZON

Endocarditis y lesiones valvulares cardíacas

Salamanca paga tributo no pequeño a estas enfermedades, que según es sabido, responden a un origen infeccioso, reumatismo, corea, anginas, sarampión, viruela y escarlatina, fiebre tifoidea, sepsis, erisipela, gripe, etcétera. De todas ellas el reumatismo ocupa con mucho el primer lugar. Este reumatismo, o sea, el genuino, se padece mucho en estas latitudes y aunque se conocen bien las circunstancias externas que favorecen su presentación, frío húmedo en el ambiente y en las casas, y, sobre todo, clima cambiante y variable, cosa que se da en el mayor grado en esta región, etcétera, es, seguramente, una enfermedad infecciosa, una septicemia atenuada, aunque todavía no se haya descubierto el agente productor.

Modernamente se tiene del reumatismo un concepto más concreto y preciso. En vez de considerarlo como antes se hacía, una enfermedad general infecciosa con localizaciones articulares y viscerales, haciendo depender éstas de aquéllas, se cree que el punto de partida del proceso es siempre local, foco séptico en dientes, amígdalas, vesícula, aparato digestivo, genito-urinario, etcétera, y desde esta localización parten las bacterias o

toxinas a la sangre y vísceras, determinando las lesiones ya conocidas y que le son propias.

Las lesiones valvulares cardíacas se deben también a la sífilis, tuberculosis, arterioesclerosis, traumatismo... sin dejar de mencionar las congénitas, etc.

Las endocarditis agudas y crónicas llamadas benignas son las más frecuentes, pero también observamos bastantes casos de la terrible endocarditis lenta. La subaguda terminal de Vázquez y la séptica se ven menos veces, afortunadamente. Aquí, como en todas partes, hay que hacer notar que la endocarditis y consecutivamente las lesiones valvulares no siguen solamente a las formas intensas y generalizadas del reumatismo, según las leyes de Bouillaud, sino que también a las atenuadas y discretas y que especialmente en los jóvenes, un simple endolorimiento de una o varias articulaciones, puede ser la única manifestación del reumatismo seguido de las lesiones endocárdicas, y, por último, puede presentarse la endocarditis sin haber notado nada el enfermo, como si fuera enfermedad primitiva y por esto no se denomina ya reumatismo articular, sino cardio-articular, y si añadimos que sigue una marcha con fases de apaciguamiento o de latencia de las lesiones y otras de recrudecimiento de las mismas, tendremos ya explicado por qué se llama reumatismo cardio-articular evolutivo.

Las lesiones valvulares cardíacas son consecuencia de ella y tan frecuentemente, que son aquí, de los enfermos más concurrentes y asiduos a la Clínica. Las lesiones valvulares mitrales aparece en primer lugar, estrechez e insuficiencias y bastante a menudo combinadas. No voy a entrar a discriminar si unas son más frecuentes que otras y hasta hay autor que cree que todas son estrecheces, al menos en su principio, cuestión que bajo nuestro punto de vista no nos interesa.

Por lo demás, su sintomatología es bien conocida,

y ni en ésta ni en su marcha apenas tenemos nada que mencionar.

Sigue en frecuencia de las lesiones valvulares cardíacas, la insuficiencia aórtica con su origen sifilitico, reumático, arterioesclerótico, estreptococcia, neumococcia y estafilococcia, así como tuberculosis y otras enfermedades infecciosas; a éstas la estrechez aórtica y luego las del corazón derecho y congénitas.

Pericarditis

Conocido es el origen reumático de esta enfermedad, así como también tuberculoso, neumocócico o procedente de otras infecciones. Las autointoxicaciones como la uremia y el escorbuto pueden también ocasionarla. En nuestro país son muy frecuentes las lesiones pleuro-pulmonares, y estas, por propagación, dan lugar en ocasiones a la pericarditis. Con tal número de causas no es extraño que la pericarditis sea enfermedad relativamente frecuente en nuestro país. Según mis observaciones, hay bastantes casos de pericarditis seca, que pasan desapercibidos, ora porque al enfermo mismo no llama la atención por su insidiosidad, o bien porque no son diagnosticadas, resultando que curan íntegramente o bien dan lugar a la sínfisis cardíaca ulteriores. Las formas con derrame necesitan siempre para su diagnóstico, ser controladas por la radiografía y perfeccionadas por el electrodiagnóstico.

Miocarditis aguda y crónica

Unas veces primitiva clínicamente, y las más secundaria a procesos infectivos, es muy interesante su estudio por lo delicado del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, pero todo lo que yo pudiera decir a este respecto sería lo clásicamente conocido.

No hay particularidad alguna regional. Enfermedad frecuente.

Sífilis cardíaca

Los síndromes cardíacos más frecuentemente observados en la clínica, son: las arritmias extrasístoles, arritmia completa y disociación auriculoventricular. De la forma sensitiva el más común es la angina de pecho, que sobre todo en los jóvenes es frecuentísima como causa. He oído decir a autoridades médicas, que la sífilis es la causa casi exclusiva de la angina de pecho, y aunque en general para todas las edades este concepto es insostenible, creo que sí puede aplicarse a la angina en las personas menores de cuarenta años. Hay también miocarditis, mediastino pericarditis, así como insuficiencias cardíacas de este origen. Las endocarditis sífilíticas son más raras.

No es en Salamanca donde la sífilis hace más estragos; sin embargo, se presenta con harta frecuencia y seguirá siendo, así como en las restantes provincias españolas, mientras no se establezca una profilaxis rigurosa y eficaz.

Angina de pecho o infarto del miocardio

La angina de pecho, patrimonio, como se ha dicho, de la lues, de la arterioesclerosis, hipertensión, etc., lo es también de las infecciones, intoxicaciones, autointoxicaciones, endocrinas, enfermedades de la nutrición, estigmatización vegetativa, neurosis, disionia, y por último, compañera frecuente de otras alteraciones cardíacas, mediastinales y aórticas. Como en otras razas y pueblos, siendo la lues, alcohol, café, tabaco, saturnismo, arterioesclerosis, nerviosismo... los agentes más importantes de la etiología de este temible síndrome, la angina

de pecho es en esta región frecuente. Para su conocimiento se hace imprescindible el electro cardiograma, y, como se sabe, es pródiga en formas larvadas y de difícil diagnóstico.

El infarto miocárdico, forma clínica la más dramática y grave de la angina de pecho, reconoce como causas la embolia, que es rara, y la trombosis más frecuente, dependiendo ésta de las infecciones y en particular la sífilis y muy principalmente de la esclerosis coronaria. Adopta formas clínicas muy variadas, conociéndose hoy en día mucho mejor que antes su estudio, debido a los progresos que se han conseguido con la electrocardiografía.

Neurosis cardíaca

Unas veces solitaria y otras en relación de dependencia claramente manifiesta con neurosis generales, su diagnóstico es, en ocasiones, muy delicado por la dificultad de precisar si solamente son funcionales los síntomas que estamos observando o alcanzan a lo orgánico. El estudio de las enfermedades del corazón se ha enriquecido en nuestros días notablemente, de modo principal por el electrodiagnóstico y la ortoradiología, y con estos medios unidos a una concienzuda exploración clínica no solamente cardíaca, sino de todo el organismo, juntamente a los antecedentes de la historia clínica, nos permitirán orientarnos de modo seguro. Ocasiones hay en que habrá que tener calma, saber esperar, antes de decidirnos a sentar el diagnóstico, y en todo caso, hay que hacerse cargo de la totalidad del enfermo, no de uno solo de sus aparatos o sistemas orgánicos.

Su etiología está representada por lo que se ha llamado la "constitución emotiva" como predisposición, dependiendo mucho de las glándulas de secreción interna y en la que juega un gran papel el tiroides y co-

mio factores externos las emociones, los excitantes exteriores, café, te, alcohol, tabaco; las contrariedades, preocupaciones o disgustos, padecimiento de otras vísceras (y entonces las manifestaciones cardíacas podían conceptuarse como reflejos), la distonía vegetativa en relación con el sistema endocrino y con la disonía, etc.

Los enfermos de este grupo son concurrentes asiduos, en gran número, a nuestras consultas y no hay médico, por poca experiencia que tenga, que no haya visto casos de estas neurotonías cardiovasculares y que no haya tenido que acudir a multitud de medios para calmar sus angustias y obsesiones. La pricoterapia es, como se sabe, el mejor remedio.

De las arritmias, no mencionaremos más que las orgánicas, por ser las funcionales muy numerosas y de manifiesta vaguedad clínica.

ENFERMEDADES DE LOS VASOS

Hipertensión arterial

Es muy común, en esta tierra de Salamanca, donde la herencia es frecuente, además el hábito pícnico o apopléctico, la diatesis vaso neurótica, el temperamento endocrino, etc., aunque las demás constituciones y temperamentos no sean ajenos a ella y donde los factores externos provocadores o desencadenantes, infecciones, intoxicaciones, lesiones valvulares, emociones, etc., son aquí tan frecuentes como en cualquier otra región. La hipertensión es una enfermedad heredada y familiar. Conocemos un sin fin de familias en las que se cumple esta ley; muchos hermanos, en multitud de casos, se vieron afectados por ella, algunos en edad temprana, veinticinco, treinta o treinta y cinco años, y los más sucumbieron a sus terribles consecuencias, hemorragia cerebral, uremia, hemorragias viscerales, angina de pecho, etc. Por ahora nos limitamos a referir nuestras observaciones, pero hay, como se sabe, multitud de testimonios de médicos eminentes que así lo han probado.

Presentan los hipertensos rasgos clínicos que en un estado anterior a la hipertensión declarada, hace ya presumir que ésta tendrá lugar: es el estado de prehipertensión. Existe en ello lo que se ha llamado la diatesis vaso-neurótica, la fácil modificación de las tensiones por el esfuerzo, las emociones fáciles, los cambios de temperatura; suelen padecer jaquecas, albuminurias, dermatofismo, tendencia a las congestiones, cianosis

pasajeras, manos frías hipogenitales, sudoración fácil, etcétera, son pequeños síntomas, que aislados tienen un valor insignificante, pero considerados en conjunto forman un haz de pruebas de muy presumible valor diagnóstico. El psiquismo de estos enfermos es también digno de tenerse en cuenta. Ya en un período precoz de la hipertensión, o más aún en el pre hipertensivo, se observan manifestaciones propias de los ciclotímicos, correspondiendo a su hábito constitucional pícnico, o a otra constitución orgánica, pero también notamos alteraciones de la afectividad, angustias, estado ansioso e inquietud, etc. Sabemos qué relieve tan destacado tienen los síntomas psíquicos en la hipertensión plenamente desarrollada, pero bajo nuestro punto de vista no nos interesa este aspecto de la cuestión.

Patogénicamente creemos que la hipertensión es una peculiaridad constitucional que se presenta como compensación a otros alterados factores orgánicos quizá respiratorios o metabólicos, y si es así, como creen muchos autores, entre ellos Jiménez Díaz, podemos afirmar que esta peculiaridad constitucional tiene en Salamanca una gran representación.

Si quisiéramos ahora distinguir las distintas variedades de hipertensos, hablaríamos de la hipertensión por espasmos, por intoxicaciones, por infecciones, trastornos endocrinos, trastornos vasculares, etc., pero todo esto no nos interesa, y sí la llamada hipertensión por la plétora que tiene en Salamanca una copiosa representación. Nosotros no creemos que la plétora pueda producir única y exclusivamente la hipertensión, pues si así fuera, querría decir que para nada servirían los mecanismos reguladores de que dispone el organismo, senos carotídeos, nervio de Cyon, hígado, bazo, intestinos, riñón plexo subpapilar, etc. Para que se produzca aquella es necesario la predisposición constitucional, y la plétora puede considerarse como causa ocasional o coadyuvante. Pero dejando aparte este aspecto de la

cuestión en la región salmantina, así como en su vecina la extremeña, se ven muchos individuos que sobre un hábito pícnico de predisposición, se añade por una alimentación copiosa y bebidas abundantes, principalmente, vino de la tierra, justificado según ellos por el rudo trabajo del campo, que da por resultado el tipo pletórico; hombres robustos con esqueleto y músculos bien desarrollados, pero, principalmente, con cavidades anchas, cráneo, tórax y abdomen, vísceras potentes, de rostro lleno y colorado, vasos amplios con pulso lleno y tenso; son, en fin, los de hábito apopléctico expuestos a las congestiones principalmente cerebrales, al decir de los autores antiguos y que eran los mejores candidatos a las sangrías, que periódicamente se sometían gustosos, reputadas como salvadoras por ellos y por sus médicos, practicantes y sangradores. Existen muchos pletóricos en Ciudad Rodrigo, Vitigudino, centro de la provincia y también en el partido de Sequeros. El doctor Cañizo hizo hace años un buen estudio de estos pletóricos salmantinos, describiendo sus características fisiopatológicas, así como su sintomatología, en diversas publicaciones, dando también con este motivo una conferencia en la Real Academia de Medicina de Madrid.

Otras enfermedades de los vasos

Ahora debemos tratar de las aortitis, que son muy frecuentes, tanto las sifilíticas como arterioescleróticas o de otra naturaleza, pero su estudio no ofrece rasgos particulares locales.

Los aneurismas aórticos son más bien raros, o al menos, así es mi experiencia.

Tampoco merece que nos detengamos en las arteritis agudas y subagudas, pero no así en la crónica, en la arterioesclerosis y aterosoma, pues esta "herrumbre de la vida" es por esta comarca cosa corriente, sin que en su

etiología podemos señalar más que los factores de todos conocidos.

Las flebitis no nos sugieren nada característico; y entre las enfermedades de la arteria pulmonar, debemos consignar que hemos visto dos casos de enfermedad de Ayerza.

Enfermedades del corazón y vasos (i)

| | | |
|---|--|------------|
| Hipertensión y arterioesclerosis..... | | 975 casos. |
| Endocarditis y lesiones valvulares..... | | 628 » |
| Neurosis cardíaca..... | | 322 » |
| Aortitis crónica..... | | 230 » |
| Flebitis..... | | 185 » |
| Arritmias orgánicas..... | | 84 » |
| Sífilis cardíaca..... | | 65 » |
| Miocarditis aguda y crónica..... | | 62 » |
| Angina de pecho..... | | 34 » |
| Pericarditis..... | | 22 » |
| Aneurismas aórticos..... | | 18 » |
| Arteritis aguda y subaguda..... | | 8 » |
| Arteritis de la pulmonar..... | | 2 » |

(1) Referente a estos cuadros clínicos, véase la aclaración hecha en el primero. Pág. 33

APARATO RESPIRATORIO

Las fiebres catarrales o estacionales, por presentar síntomas del aparato respiratorio, las incluimos en este lugar, aunque también pudiera hacerse en el capítulo de Infecciosas. Son frecuentísimas en este país al final del Otoño, durante todo el Invierno y Primavera en forma esporádica, endémica o epidémica, confundiéndose con la gripe, que es como comúnmente suele designarse por médicos y profanos. Es sabido que ambas afecciones tienen una analogía de origen, pues las fiebres estacionales son producidas por el virus filtrante y la gripe por este mismo virus más el Pfeiffer y otras bacterias. Favorece, a no dudarlo, la propagación y el contagio de aquéllas, las condiciones atmosféricas, pues se observa que el mayor número de casos se presentan no solo con los enfriamientos sino cuando reinan los vientos N. O. (gallego), el N. E. (burgalés) y N. (cierzo) que probablemente favorecen su contagiosidad, así como la permanencia de muchas personas en locales cerrados.

Bronquitis, bronquiectasias, enfisema y asma

Enfermedades de las más frecuentes en la región salmantina. Concurren para su origen, el hábito pícnico, muy extendido en la comarca, o sea el antiguo artritisismo, el alcohol, tabaco, etc., las inclemencias y variabilidad del clima, el estar, por esta causa o por otras razones, mucho tiempo en lugares cerrados, privándose de los

beneficios de respirar aire puro en el campo, las malas condiciones higiénicas de las viviendas, y, por último, el factor alérgico que tanta influencia tiene en éste como en otros procesos patológicos. Es claro que no debemos mencionar aquí el restante grupo de causas, muy numerosas, por cierto, que conviene más especialmente a las bronquitis secundarias, de origen cardíaco, renal, diatésico, anomalías de las vías respiratorias superiores, profesionales, etc., procedentes de otras enfermedades bronquio pulmonares.

Todas estas afecciones tienen entre sí una relación íntima, un lazo común, y, por esta razón, las presentamos en un sólo grupo. Repetimos que en Salamanca tienen una representación numerosísima, siendo ellas de las que más contribuyen a dar carácter a la Patología regional salmantina.

Pneumonía

No hay médico de por acá que no tenga una sólida y dilatada experiencia en tratar pneumónicos, hasta el punto de que hay médicos rurales que pueden conceputarse como especialistas en pulmonías, por el sentido clínico y la perspicacia que han adquirido con su mucha práctica.

Esto prueba los numerosos casos que de esta enfermedad se presentan en nuestra comarca.

Las pulmonías que yo he visto y tratado se ofrecían en muchos casos con todos los caracteres de la pulmonía franca; signos funcionales y objetivos típicos, esputos herrumbrosos, pneumococos puros en los esputos... nada falta, en fin, de los caracteres asignados clásicamente a la pulmonía fibrinosa, llamada, además, franca o a frigore. Es verdad que también abundan las arténicas, sépticas o malignas, pero éstas, según mis datos, en menor número que las primeras en las que se encuentra el pneumococo puro de los tipos I y II. Decimos es-

tó, porque hemos oído a médicos de otras regiones que cada vez ven menos número de pulmonías genuinas y si las atípicas, en las que además del pneumococo se observan estreptococo, Pfeiffer y Friedlaender, etc.

¿Qué circunstancias etiológico-patológicas influyen en su origen?

Las pulmonías se padecen en todas las edades, en todas las regiones y con todas las constituciones y temperamentos; lo que sí influye como factor coadyuvante de la acción del pneumococo es la debilidad constitucional o adquirida, enfriamientos, cambios bruscos de temperatura, etc., que aquí, en esta meseta castellana, están siempre a la orden del día.

Broncopneumonía

Frecuentísima también, unas veces primitivas y las más de ellas secundaria a otros procesos generales infectivos o bronquiopulmonares, no acertamos a ver en esta enfermedad peculiar significación regional.

Abscesos y gangrenas pulmonares

Más veces secundarios que primitivos están en la mayoría de casos en relación con las lesiones de las cuales se derivan.

Cáncer del pulmón

Es tenido por enfermedad rara, pero este concepto va desapareciendo, sin que pueda yo asegurar si esto es debido a que el cáncer es cada vez más frecuente, como yo creo firmemente, o porque se diagnostica mejor, o por ambas cosas a la vez, lo que es más probable.

Quiste hidatídico del pulmón

Salamanca, región ganadera y agricultora esencial-

mente, era de sospechar que pagase un buen tributo en este respecto, y así es, efectivamente.

La radiología ha venido a confirmar este hecho, desconocido antes de su descubrimiento. Las neumoconiosis no son frecuentes.

Pleuresías

De este extenso grupo de variedades de pleuresías, no debemos hacer aquí comentario especial, sino que la primitiva, clínicamente considerada, es muy común como la causa que la origina, casi siempre fímica, como se sabe. Las otras variedades reconocen una etiología secundaria.

Tuberculosis pulmonar

Los enfermos que nutrían mi despacho hace próximamente quince o veinte años, eran más que ningunos otros, palúdicos y tuberculosos. Con la creación de los Dispensarios antipalúdicos y de la Lucha Antituberculosa este aspecto ha cambiado por completo.

En aquellos tiempos los tuberculosos pulmonares en esta provincia, ascendían a cifras verdaderamente altas. Después se ha mejorado algún tanto las condiciones de vida en general, mejora de jornales, y por tanto, de alimentación, higienización de las viviendas, aunque en este respecto es realmente poco lo conseguido hasta ahora, depuración de aguas, etc., y sobre todo, la Lucha Antituberculosa con sus Preventorios, Dispensarios y Sanatorios ha venido a mejorar considerablemente nuestra situación frente a la "terrible peste blanca", disminuyendo también el número de enfermos asistentes a las consultas de los médicos generales.

No estando por consiguiente el que suscribe, en condiciones de aportar a este modesto trabajo, datos verídicos sobre el estado actual de la tuberculosis pulmonar

en la provincia de Salamanca, pedimos al doctor Prada Garrido, Director del Dispensario Antituberculoso, una nota concisa que reflejara dicho estado.

Amablemente nos remite algunas cuartillas condensando en ellas las oscilaciones de la tuberculosis pulmonar en los diferentes países del mundo y en relación con nuestra provincia, apuntando las causas de su variabilidad. Mejorarían mucho estas páginas incluyéndolas aquí completamente, pero para no hacerlas demasiado extensas, copiamos solamente algunos fragmentos de las mismas.

“Flatzeck-Hofbaner distingue en la mortalidad tuberculosa de un país la tasa adicional, que corresponde a la fase epidémica de tuberculización masiva y la tasa basal, que corresponde a la fase endémica. Los medios indirectos de Lucha Antituberculosa (1) obran solamente sobre la primera fase, pero llegados a los límites de la fase endémica, no hay más que una fuerza que sea capaz de hacer que el descenso de la mortalidad tuberculosa continúe: La Lucha Antituberculosa propiamente dicha.

Concretamente, una región determinada, puede hallarse en tres posiciones distintas, en relación a la evolución de su infección tuberculosa.

1.ª Fase de pretuberculización masiva. En este caso las cifras de mortalidad son de 8 a 10 por 10.000 habitantes, pero dato importante, siempre que esta cifra no sea el resultado del descenso de cifras altas (30 o 40 por 10.000) y siempre también que la región o nación no haya experimentado en un largo período de tiempo, un cambio notable, en sus medios de trabajo, en sus movimientos de población, en sus medios económicos, en una palabra, en sus modos habituales de vida. Se caracteriza, además, por existir en la misma, cifras

(1) Medios indirectos o profilaxis de disposición.

altas de mortalidad infantil y un gran predominio de las tuberculosis extrapulmonares.

2.^a Fase de tuberculización masiva. Cifras altas de mortalidad (o cifras medias estabilizadas largo tiempo o con muy pequeñas oscilaciones) 20, 30, 40 hasta 80 por 10.000 h. Mortalidad infantil muy elevada e igualmente predominio en la mortalidad de las formas extrapulmonares.

3.^a Fase de destuberculización. Descenso continuo, progresivo y acelerado, de la curva de mortalidad hasta encontrarnos con cifras de 8 a 10 por 10.000.

.....

Si teniendo presente estas nociones, examinamos, por ejemplo, los datos de mortalidad en España, referidos al quinquenio de 1927-1931 y lo hacemos separando las cifras de las capitales de las de las provincias, veremos, por lo que se refiere a las capitales, que las diferencias son extraordinarias entre sí, estando a los extremos de la serie Gerona, con 35 por 10.000 y Albacete, con 9'4 por 10.000.

La mayoría de las capitales (entre las cuales se encuentra Salamanca) con cifras altas y medias, superiores a 15 por 10.000, habiendo solamente once que den cifras inferiores a 15. En las provincias consideradas en su totalidad, por el contrario, las cifras altas o medias se dan en muy pocas de ellas; Sevilla, Cádiz, Madrid, Vizcaya, Santander, etc., entre 15-20 por 10.000.

Lo más frecuente es hallar cifras bajísimas; las más bajas, Teruel, 4'4; Guadalajara, 4'5; Salamanca, y con ella casi todas las provincias de la meseta castellana central (excepto Madrid), así como Cáceres, Badajoz, Zamora, Valladolid, de 5 a 10 por 10.000 h.

No podemos dejar de señalar el hecho de que las costumbres, trabajos, medios y modos de vida de la inmensa mayoría del campo español han permanecido, en términos generales, invariables en sus últimos cincuenta

años, siendo especialmente marcada esta fijeza e inalterabilidad de vida en el campo salmantino y provincias limítrofes.

En el quinquenio de 1931 a 1935, la mortalidad nacional por tuberculosis del aparato respiratorio alcanzó un promedio de 9'3 por 10.000 h. Destacan entre las provincias de mayor mortalidad Cádiz (15'5), Sevilla (14'9), Santander (14'5), Coruña (14'2), Pontevedra (13'4), y entre los de menor mortalidad Guadalajara (3'5), Teruel (3'7), Cuenca (4'9), Soria (5'3), Avila (5'4).

Nuestra provincia (7'3), Zamora (7'2), Valladolid (9'2), Cáceres (9). Es decir, esta región está comprendida en cifras que oscilan de 5 a 10 por 10.000.

Resumiendo por lo que respecta a la provincia de Salamanca y para el quinquenio de 1931, la cifra de mortalidad por tuberculosis de aparato respiratorio, es francamente inferior a la media nacional, 7'3 contra 9'3, sucediendo lo contrario para la mortalidad por otras tuberculosis (tuberculosis extrapulmonares) Salamanca, 3'6, España 2'4.

Nuestra provincia, siguiendo a la inmensa mayoría del suelo español, está en fase de pretuberculización masiva. Si nos referimos aisladamente a la capital y a la provincia, diremos, que también siguiendo el gran bloque central que engloba a casi toda España, la capital está en fase de tuberculización masiva y el campo en fase de pretuberculización".

Enfermedades del aparato respiratorio (1)

| | | |
|--|---|--------------|
| Tuberculosis pulmonar..... | Ver la página núm. 60. | |
| Fiebres catarrales o estacionales. Bronquitis aguda..... | | |
| Bronquitis crónica. Asma. Emfisema y brónquitectasias..... | Casos demasiado numerosos para representarlos gráficamente. | |
| Broncopneumonías..... | | 1.186 casos. |
| Pneumonia..... | | |
| Pleuresías..... | | 739 » |
| Absceso del pulmón y gangrena | | 632 » |
| Cáncer del pulmón..... | | 518 » |
| Quiste hidatídico del pulmón..... | | 54 » |
| Neumociosis..... | | 18 » |
| Sífilis pulmonar..... | | 14 » |
| | | 12 » |
| | | 2 » |

(1) Referente a estos cuadros clínicos, véase la aclaración hecha en el primero Pág. 33.

Enfermedades infecciosas

Las enfermedades eruptivas, sarampión, viruela y escarlatina, tienen, aproximadamente, la misma representación numérica que en el resto de España. El sarampión, que invade a todos, más pronto o más tarde; la escarlatina a no pocos, y la viruela a escasísimo número, afortunadamente.

La clínica de estas enfermedades es por demás conocida.

Otro tanto diremos de la erisipela, muy común también en nuestro país.

Gripe

La gripe es esencialmente epidémica y cuando falta este carácter hay que ser cautos en el diagnóstico. No me refiero, naturalmente, a las grandes epidemias de gripe o pandemias, sino a las pequeñas epidemias o más bien endemias que se confunden muy a menudo con las fiebres catarrales o estacionales. Hay que distinguir, pues, entre las fiebres catarrales o estacionales y la verdadera gripe; pero, a decir verdad, si la discriminación de este punto es siempre interesante bajo el punto de vista científico y práctico, por lo que se refiere a su frecuencia diremos: que las fiebres estacionales o catarrales son frecuentísimas en la región salmantina. No hay año en que dejen de presentarse varias de estas, generalmente en Invierno y Primavera y alguna vez en Otoño, mientras que la verdadera gripe es, por fortuna, mucho más rara. En estas fiebres catarrales, que el público y los médicos tienen tendencia a calificar de gripe,

he estudiado con insistencia su bacteriología y nunca he encontrado en los esputos más que una flora vulgar y no específica, micrococos catarrales, estreptococos, estafilococos, pneumococos, etc., pero nunca el Pfeiffer, que como se sabe, acompaña a las formas respiratorias de la gripe.

La epidemia de gripe magna que yo asistí como médico, fué la de 1918, que asoló no solo a España sino también a parte de Europa. Tuvimos ocasión de visitar numerosos casos de gripe en todo la región salmantina, estudiar su bacteriología, hacer bastantes autopsias y conocer su clínica. De entre todas las formas patológicas de esta infección nos llamó grandemente la atención las broncopneumonias de referida epidemia, las cuales fueron objeto de nuestro especial estudio y dió origen a un opúsculo que por entonces publicamos (1).

Pero antes de ocuparnos concretamente de esta tan interesante cuestión, hemos de referirnos, primeramente, a los caracteres generales de dicha epidemia.

La forma clínica más frecuente fué la llamada gripe benigna o gripe simple, que duraba algunos días, muy aparatosa y molesta en su comienzo, pero que cedia pronto, dejando al enfermo, además del susto consiguiente, un quebrantamiento general y una astenia que duraba tres o cuatro veces más que la propia enfermedad. Seguía a ésta, la forma respiratoria, la bronquitis gripal con mucha tos y expectoración mucopurulenta, espesa y verdosa, síntomas respiratorios difusos y síntomas generales intensos, las congestiones pulmonares, las pneumonías gripales, el edema pulmonar gripal y las broncopneumonias.

De nuestro trabajo ya referido entresacamos lo más pertinente a nuestro objeto.

“Etiología. El total de casos de broncopneumonía

(1) Doctor Garrido. Contribución al estudio de las broncopneumonías de la última epidemia de gripe. Madrid, 1919.

vistos y tratados por mí, durante la epidemia de Mayo y Junio y la recrudescencia de Octubre (enfermos particulares y de Beneficencia), ascienden a 184. De mis estadísticas resulta que el número de broncopneumónicos, en relación con el de atacados de gripe fueron:

| | | |
|-------------------|-------|-------------------|
| En el mes de Mayo | 3,25 | por 100 de gripe. |
| ” ” ” ” Junio | 4 | por 100 de gripe. |
| ” ” ” ” Octubre | 12,50 | por 100 de gripe. |

Como se ve, dicho número va aumentando sucesivamente durante el tiempo de desarrollo de la epidemia. Los adultos fueron más atacados que los viejos, y éstos, a su vez, más que los niños. No hay diferencias sensibles de un sexo con relación al otro.

Esta enfermedad, en general, ha mostrado preferencia por los individuos débiles de suyo, o debilitados por otros padecimientos; pero las broncopneumonías llamadas sépticas, las más terribles de todas, no han necesitado de preparación del terreno orgánico, pues sin distinción ataca por igual a fuertes y débiles. Su distribución en la provincia de Salamanca fué bastante diferente. En algunos puntos, como Guijuelo, el número de broncopneumónicos en relación con el de atacados de gripe, fué muy crecido, al contrario de otros, como por ejemplo, ciertos pueblos de S. O. de Ledesma, donde prevalecieron las formas digestivas en el comienzo de la epidemia. En la de Octubre, estas diferencias han sido menos notables. Las circunstancias climatológicas de altura, humedad, distribución de los vientos, etc., prestan su colaboración etiológica a las condiciones individuales de los enfermos para explicar aquellas diferencias.

En Mayo y Junio últimos, aún más que en esta época, observamos todos los médicos un hecho de eficacia precisa en cuanto al origen de esta enfermedad; se trata de enfermos gripales que por efecto de no haber cuidado convenientemente las primeras manifestaciones de su origen, contrajeron la broncopneumonía a seguida

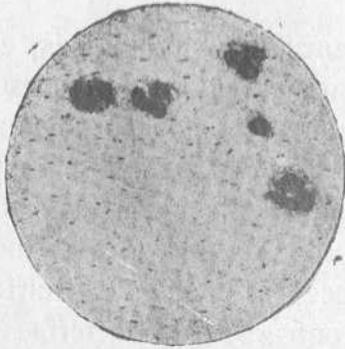
de haberse dedicado prematuramente a sus ocupaciones. Los griposos no recaían en la gripe otra vez, sino en la pneumonía o broncopneumonía, unas veces gripales y otras no.

Es también de interpretación clara la inmunidad que se adquiere cuando se padece por vez primera la gripe, aunque no sea esta inmunidad tan precisa y completa como en otras enfermedades infecciosas, la viruela, por ejemplo; sin embargo, deja su efecto bienhechor para nuevas invasiones. Así ha ocurrido ahora, al repetirse la epidemia de Octubre, en la cual los enfermos con afecciones de pecho graves no habían padecido la gripe en Abril.

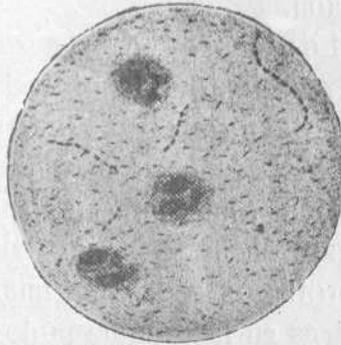
Estas son las circunstancias etiológicas más claras que he visto yo influir en la presentación de la enfermedad pulmonar, objeto de nuestro trabajo. Huelga decir que todas estas causas no son sino predisponentes de la broncopneumonía y que la causa eficiente son los agentes bacterianos.

La bacteriología de la gripe no aparece tan clara como fuera de desear. Por una parte, no siempre se encuentra en las afecciones gripales el bacilo de Pfeiffer, tenidos por muchos como específico; a su vez se presentan otros microorganismos, la mayor parte saprofiticos de nuestras cavidades superiores de los aparatos digestivo y respiratorio acompañando al de Pfeiffer, de tal modo que éste nunca se presenta puro.

Cuando en los meses de Abril y Mayo examinaba yo los esputos de las pneumonías y broncopneumonías clínicamente gripales, pude comprobar la constancia del bacilo de Pfeiffer en ellos. Por el contrario, en las formas febriles, catarrales, etc., no era tan frecuente hallarse en las preparaciones de productos patológicos de tales enfermos, apareciendo en primer lugar el micrococcus catarralis y también estreptococos y pneumococos. (Véanse las figuras de la lámina 1.^a).



Pfeiffer y micrococus.
Broncopneumonía gripal.



Pfeiffer y estreptococos.
Broncopneumonía gripal subaguda.

Por aquel entonces formé el concepto de que el bacilo de Pfeiffer era específico de las broncopneumonías gripales, y factor de importancia grande en la etiología de la gripe, aunque hoy por hoy no parece que se le pueda considerar como agente exclusivo.

En cuanto a las broncopneumonías de Octubre, tengo que hacer una distinción.

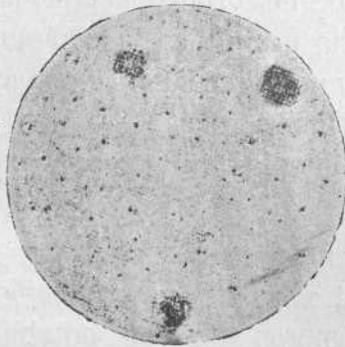
Algunas de éstas han presentado cuadros clínicos y bacteriología exactamente igual a las de Mayo y Junio; pero otras (y no pocas en número) ofrecían notables diferencias desde uno y otro punto de vista. Concretándonos, por ahora, al bacteriológico, hemos de dejar sentado que en estos casos (broncopneumonía séptica) no hemos encontrado Pfeiffer o muy pocos bacilos en algún que otro campo, y sí una flora bacteriana de microorganismos vulgares poco característica.

Estas broncopneumonías llamaron poderosamente aquí la atención de médicos y profanos, dando lugar, por el aspecto séptico y hasta tífico de muchos enfermos, a que la gente las tomara por verdadero tifus. Yo mismo he podido comprobar en algún caso (en Octubre) que la fiebre tifoidea se había asociado a una de estas broncopneumonías. Esta comprobación descansó en el hemo-

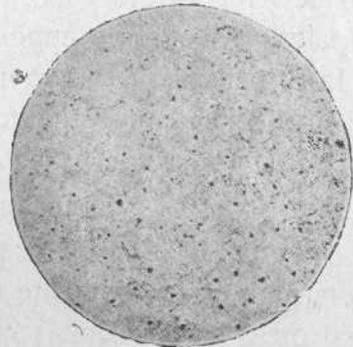
cultivo, reacciones de aglutinación, etc.; pero a decir verdad, en la mayor parte de los casos no había tal asociación.

Los cultivos de sangre, reacciones serológicas, etcétera, cuanto el laboratorio con sus poderosos recursos puede contribuir al desentrañamiento de los problemas clínicos, se pusieron en juego, sin que de él, en esta ocasión, pudiéramos obtener otras soluciones más que tales broncopneumonías son debidas a microorganismos saprofiticos asociados unas veces al bacilo de Pfeiffer y otras en las que no pudo encontrarse esta bacteria.

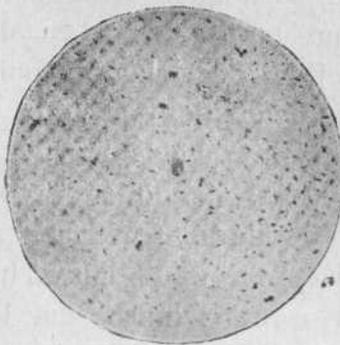
Clínicamente, y también bacteriológicamente, se diferencian en grado notable de las genuinas broncopneumonías gripales. (Véanse las figuras de la lámina 2.^a)

LAMINA 2.^a

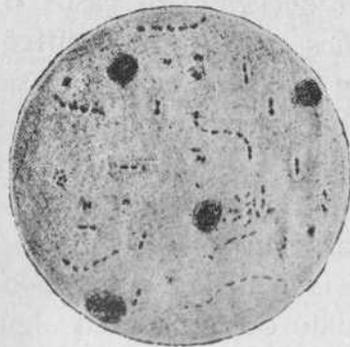
Micrococcus.
Broncopneumonía de tipo gripal.



Micrococcus.
Broncopneumonía de tipo gripal.



■ Pfeiffer y algún micrococcus.
Broncopneumonía gripal.



Estreptococos y pneumococos.
Broncopneumonía séptica.

.....

Ultimamente leemos las sugestivas investigaciones del Instituto de Pasteur, de París, sobre el tema inagotable del agente etiológico de la gripe.

Estas investigaciones se basan en el virus filtrante de Nicolle y, según ellos, se puede considerar, como dice Laumonier, por lo que se refiere a los procesos pulmonares gripales, tres fases en su desarrollo.

Primera fase. El ataque de virus filtrante parece poner al pulmón, en el que produce un ligero catarro, en estado de receptividad. Entonces interviene el bacilo de Pfeiffer, originando congestiones intensas.

Segunda fase. El estado anterior del pulmón favorece la entrada del pneumococo, determinando pneumonías y broncopneumonías.

Tercera fase. El protagonista es el estreptococo con sus broncopneumonías sépticas.

.....

.....

.....

Formas clínicas

Las que yo he visto en esta epidemia, son:

1.^a La forma de broncopneumonía común, que constituye el fondo clínico de la descripción anterior.

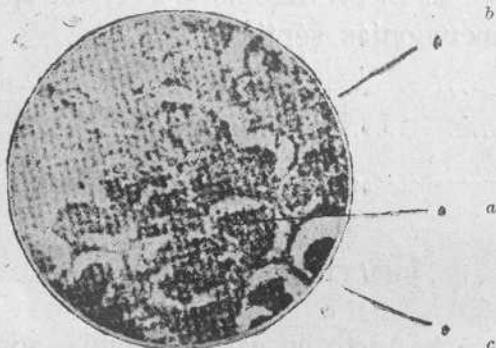
2.^a La forma congestiva. En ésta, los síntomas clínicos convienen con los de una congestión pulmonar, al menos en su principio. Empero, la presentación posterior de signos físicos de hepatización, en unos casos, y el existir en los restantes otros síntomas de broncopneumonía, hacen creer que esta gran congestión rodea los focos inflamatorios, obscureciendo su apreciación directa. Alguna vez he podido dar realidad a esta suposición, cuando me ha sido posible practicar la autopsia.

3.^a Forma asfíctica, con disnea extremada y muy

pocos síntomas percutorios, siendo los de auscultación los propios de la bronquitis capilar.

4.^a Forma séptica ya descrita. Hemos procurado en el curso de la anterior descripción hacer resaltar su autonomía clínica.

5.^a Formas atenuadas. Síntomas benignos, poca o ninguna fiebre ni dolor; esputos mucosos o mucopurulentos; apenas disnea. Parece un catarro gástrico hasta que al sexto o séptimo día aparece un esputo de sangre y signos físico claros, poniendo de manifiesto el verdadero diagnóstico. Varias veces he observado que esto sucede cuando el enfermo mejora, hasta el punto de que en seguida suele entrar en la convalecencia. (Véase lámina 3.^a).

LÁMINA 3.^a

- a. Infiltración leucocitaria.
- b. Exudado líquido derramado.
- c. Alvéolos pulmonares dilatados.

Estas son las notas etiológicas y formas clínicas que transcribimos aquí de aquella terrible epidemia gripal que en Salamanca, como en el resto de España, llenó de luto nuestra región, desolando nuestros campos, convirtiendo los pueblos en cementerios, llevando la más honda pena y consternación a muchos de sus habitantes y profunda tristeza a todos.

Los médicos de la provincia de Salamanca y de las comarcas limítrofes se superaron en competencia, es-

fuerzo personal y sentimientos caritativos. Muchos de ellos, tenían que visitar a un crecidísimo número de enfermos, diseminados en pueblos y aldeas; socorrer a los necesitados, consolar a los tristes y hasta enterrar a los muertos.

Verdaderos héroes y mártires de la profesión, pues algunos sucumbieron al agotamiento profesional y a la mortífera epidemia.

Todos se excedieron en el cumplimiento santo de su deber, destacándose, entre éstos, el médico de Escorial de la Sierra, don Saturio Serradilla, que fué, por este motivo, condecorado con la Cruz de Beneficencia.

Cerremos este inciso haciendo observar que la bacteriología de la gripe se ha precisado en estos últimos tiempos. Hoy se cree que el agente fundamental, sin el cual no hay gripe, es el virus filtrante, pero al cual se añaden el bacilo de Pfeiffer, constante en las formas respiratorias y a veces el micrococcus catarralis, cocos diversos, etc., de acción secundaria; es decir, lo que sostuvo hace ya mucho tiempo, como queda referido, Laumonier, fundado en los descubrimientos de Nicolle.

Las fiebres estacionales, = virus; la gripe virus + Pfeiffer.

Con menos frecuencia que la gripe respiratoria, se vieron también casos de gripe digestiva.

Ya en la llamada gripe simple y aun en la respiratoria, el aparato digestivo está tocado más que como síndrome secundario, llamando la atención la lengua saburrosa, aporcelanada, los vómitos, endolorimiento de vientre y la diarrea sero mucosa, que tan constantemente acompaña a las manifestaciones gripales, pero en ciertos casos estos síntomas forman el cuadro clínico principal, oscureciendo a todos los demás y por eso ha recibido el nombre de gripe digestiva, y en otros adquieren un relieve tan inusitado, que justamente puede hablarse de formas disentéricas, coleriformes y tíficas; de

estas últimas, se observaron en la epidemia referida de 1918, no pocos casos.

De las formas nerviosas, lo que recordamos más claramente fueron las menengitis y encefalitis gripales, comprobadas aquéllas bacteriológicamente y estas últimas por la clínica. Por lo demás, en todos los casos de gripe hay, como se sabe, síntomas nerviosos, cefalalgia, quebrantamiento general, corvadura, neuralgias diversas y una astenia tan pronunciada y duradera, que es a veces lo que más molesta al enfermo durante y mucho tiempo después de la enfermedad.

Y para terminar, ocupémonos también, aunque solo sea someramente, de las formas malignas de la gripe, que tan gran papel jugaron en aquella epidemia y a la que dieron en muchos casos un fuerte dramatismo.

Ya hemos hablado de las broncopneumonías sépticas, pero se presentaron aún formas más fulminantes, la llamada gripe hipertóxica, de tórax pulmonares tantes y el edema del pulmón de forma asfíctica o brocopléfica. Su curso fué de pocos días, a veces de horas, matando a los enfermos rápidamente, llamando la atención del público por el aspecto violado que daban a los enfermos y a los cadáveres, y ellas fueron las que hicieron pronunciar las palabras de peste y cólera. Las hubo también hemorrágicas y albuminúricas, y, finalmente, otras formas clínicas cardio-valvulares, con síntomas de colapso o síncope, al cual sucumbían los enfermos de modo también fulminante. Parecían estar en relación con un síndrome de insuficiencia de cápsulas suprarrenales o quizá por toxemia bulbar, miocarditis, etc., o por estos mecanismos asociados.

Reumatismo

Hemos de referirnos, en primer término, al reumatismo articular agudo o enfermedad de Bonillaud, y des-

pués al reumatismo post-infeccioso o más bien al reumatismo focal-séptico.

Por lo que se refiere al primero, es una de las enfermedades que más se padecen en la provincia de Salamanca, especialmente en los sitios montañosos y húmedos, como en el partido de Sequeros, en algunas comarcas de Béjar y pueblos ribereños de Vitigudino y Ledesma, aunque también se padece en el Llano, si bien menos frecuentemente.

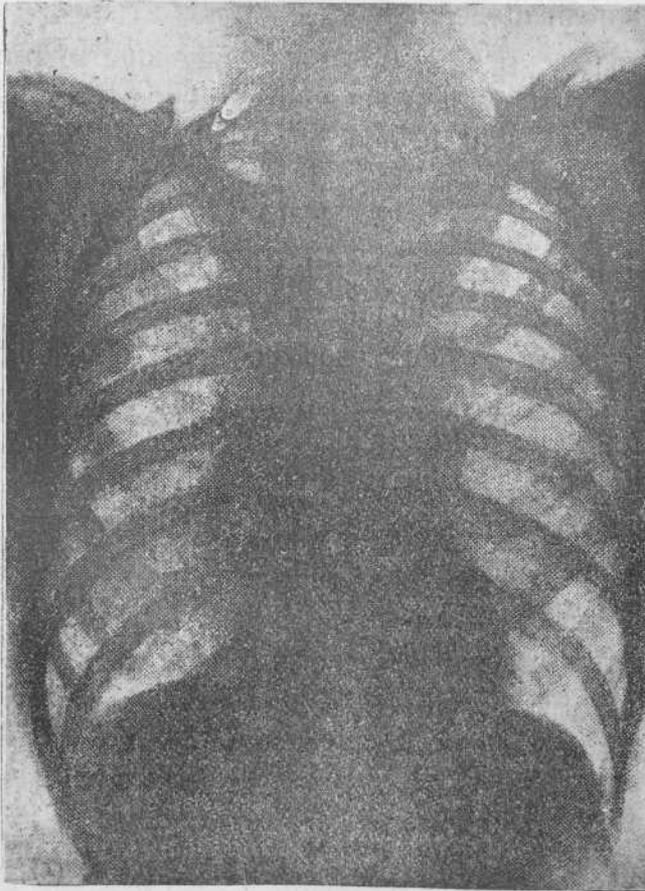
Desconociendo el agente microbiano que lo produce, solamente hemos de consignar que las circunstancias etiológicas que aquí hemos observado más propicias para padecer el reumatismo, han sido el clima variable y húmedo, así como las profesiones más trabajosas, que exponen a las articulaciones a las inclemencias del tiempo y a la fatiga de las mismas.

El mayor número de casos no aparece siempre en los meses más crudos del Invierno, sino también en la Primavera, sobre todo cuando ésta es fría y húmeda, y en el Otoño, con las primeras lluvias.

Aunque el reumatismo articular agudo sea, como parece indudable, una enfermedad infecciosa, es nuestra opinión que en su cuadro clínico juega un papel importante la alergia; quizá pueda establecerse en su patogenia alguna analogía con la glomerulonefritis aguda. Insistimos que el clima de Salamanca, sumamente variable y comprendido en la gran zona de los países templados, es el más a propósito para su presentación, y así es efectivamente. Se sabe que hay autores que hacen depender el reumatismo poliarticular agudo de un foco séptico, principalmente anginoso.

Los reumatismos post-infecciosos no tienen fisonomía especial regional. En este lugar hablaremos brevemente de la artritis crónicas y de las artrosis. Es sabido que suelen incluirse estas afecciones en el mal llamado

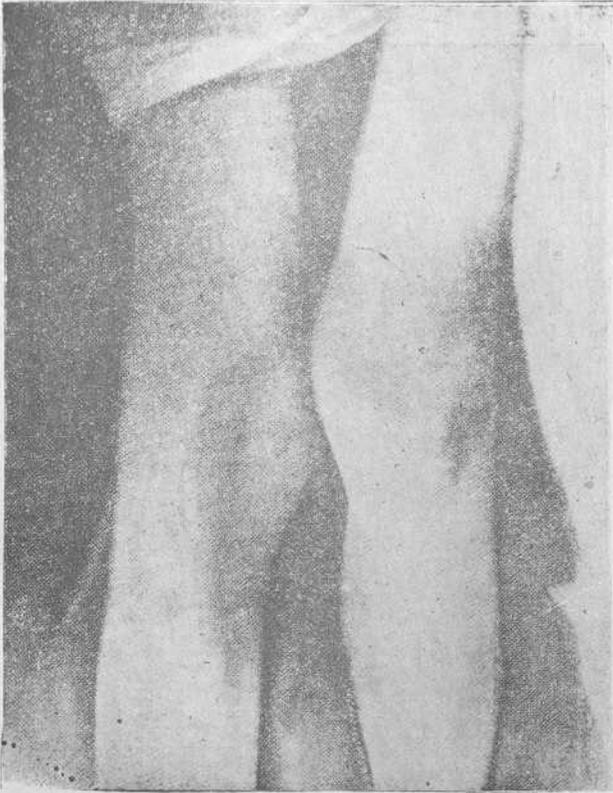
reumatismo crónico y, por tanto, parecerá impropio que ahora nos ocupemos de ellas. Pero, a nuestro juicio, reconocen por causa, en su gran mayoría, un origen infeccioso, ya sea general o local, colaborando en su producción, es verdad, otros factores, factor humoral, factor endocrino, factor nervioso, externo y, por fin, muy eficazmente el factor alérgico.



Radiografía de pecho de una enferma discretamente tuberculosa, principalmente hilar.

Tiene gran importancia su estudio, pues son numerosos los casos que acuden a nuestras consultas y ocasiona muchos dolores y molestias, siendo, además, re-

beldes a todos los tratamientos conocidos. Sus consecuencias, si prontamente no acudimos en ayuda de estos pobres enfermos, son desfavorables, pues suelen desembocar en la anquilosis articular con el consiguiente



Artritis infecciosa tuberculosa de la rodilla.

impedimento para la movilidad, que, cuando es general, condena a los enfermos a la inacción completa.

Bajo un punto de vista etiológico patogénico, ha sido estudiada esta cuestión por nosotros en un artículo que se publicó hace años en "Los progresos de la Clínica" (1). (Ver las figuras correspondientes).

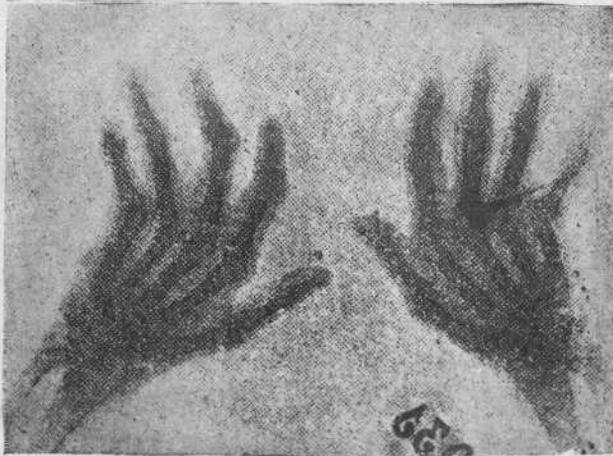
(1) P. Garrido.—Orientaciones etiológico patogénicas sobre el reumatismo crónico. Ensayo de clasificación de sus variedades «Los progresos de la clínica» número 273.



Artritis infecciosa tuberculosa de la mano.



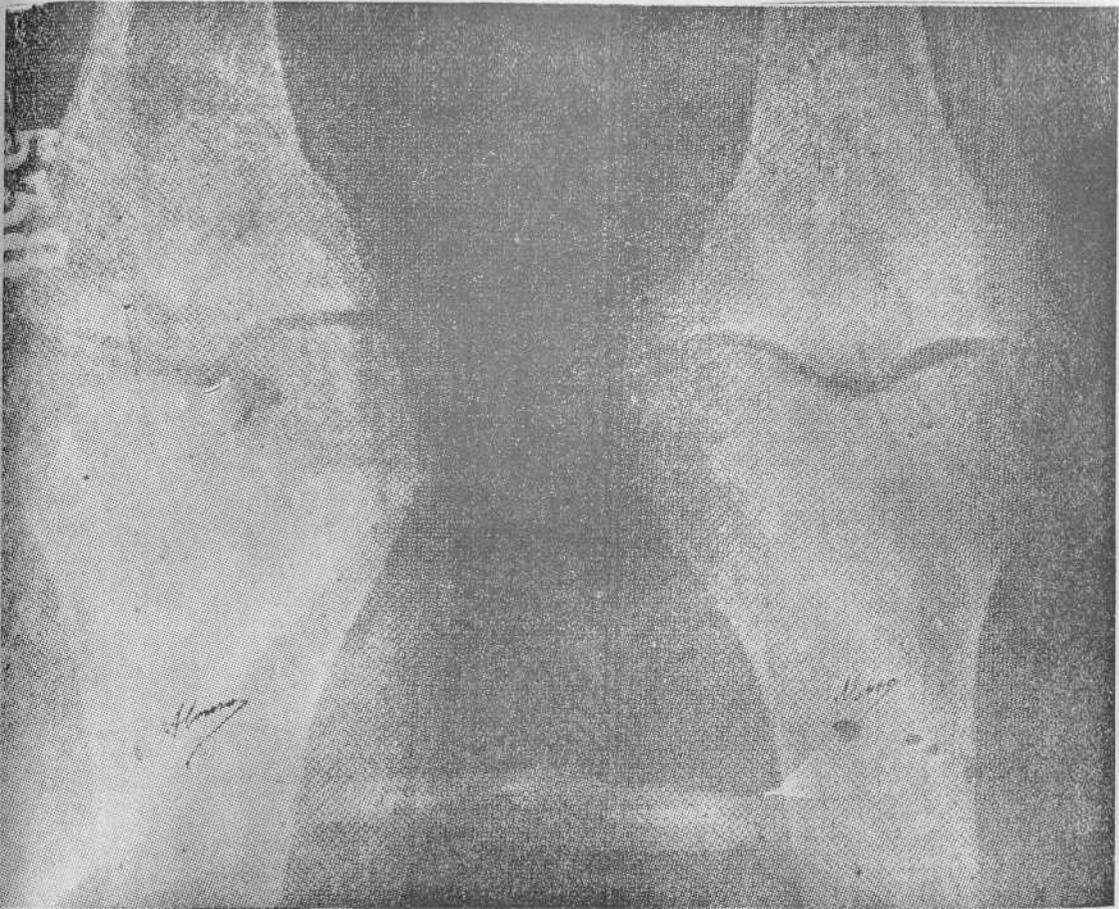
Radiografía de la articulación de la rodilla. Se observa intensa decalcificación y pinzamiento articular.



Desviación axial, decalcificación manifiesta, alteración de las superficies articulares y en sinótesis algunas de ellas.



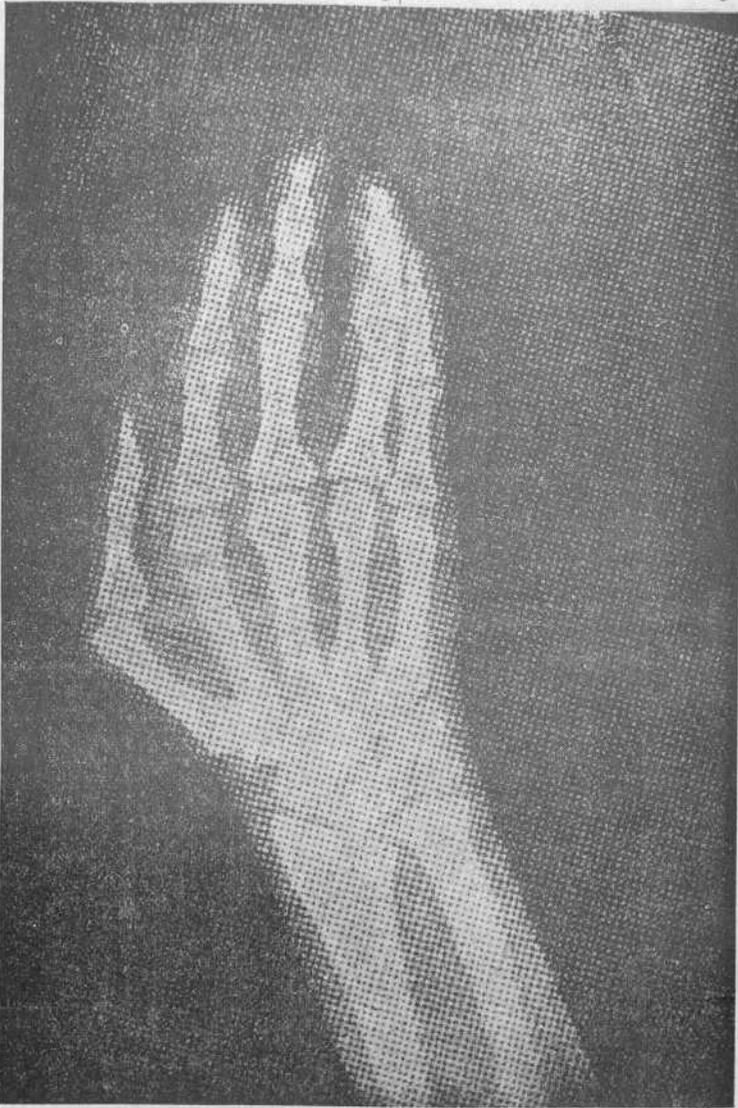
Artritis infecciosa tuberculosa de los tobillos y dedos del pie, de la misma enferma.



Artritis infecciosa probablemente de origen tuberculoso; se aprecia intensa descalcificación, pinzamiento articular y comienza a ser borrosa la parte externa de la línea articular y se ven exudados (lado izquierdo)



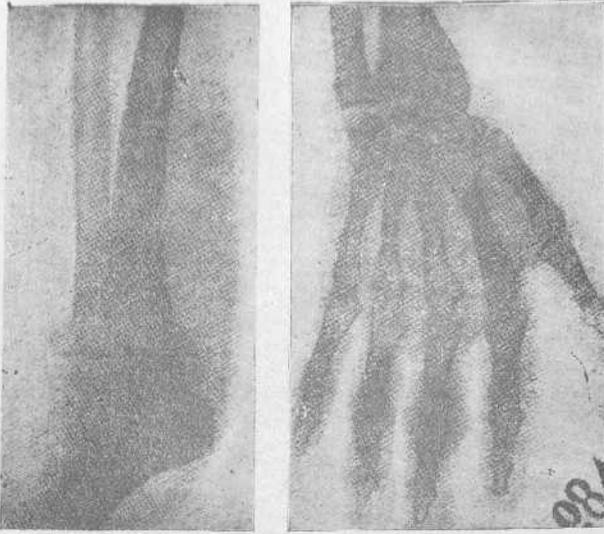
Poliartritis crónica reumática. Nodulos de Aschoff. Insuficiencia mitral.



Radiografía de la mano derecha. Se observa manifiesta decalcificación, desviación axial; las superficies articulares de algunas falanges están profundamente alteradas, y borrada la línea articular por adherencias de sus caras articulares.



Idénticas alteraciones que en la figura anterior, si bien menos pronunciadas; en contraposición a la primera figura, aparecen aquí las superficies articulares muy limpias, la mayor parte de ellas.



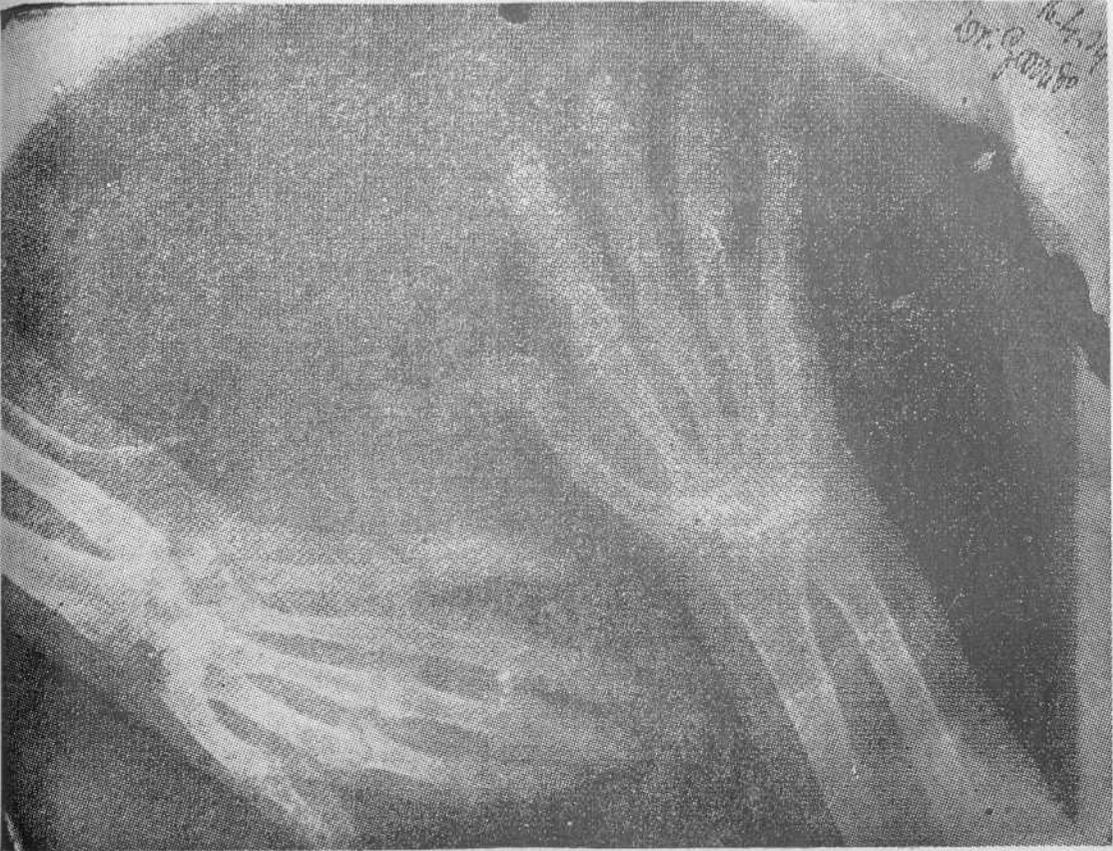
Radiografía de la mano y del codo de un enfermo afecto de poliartritis crónica reumática. Este enfermo ha vivido en habitaciones húmedas y constantemente expuesto a las inclemencias del tiempo por su profesión (picapedrero).



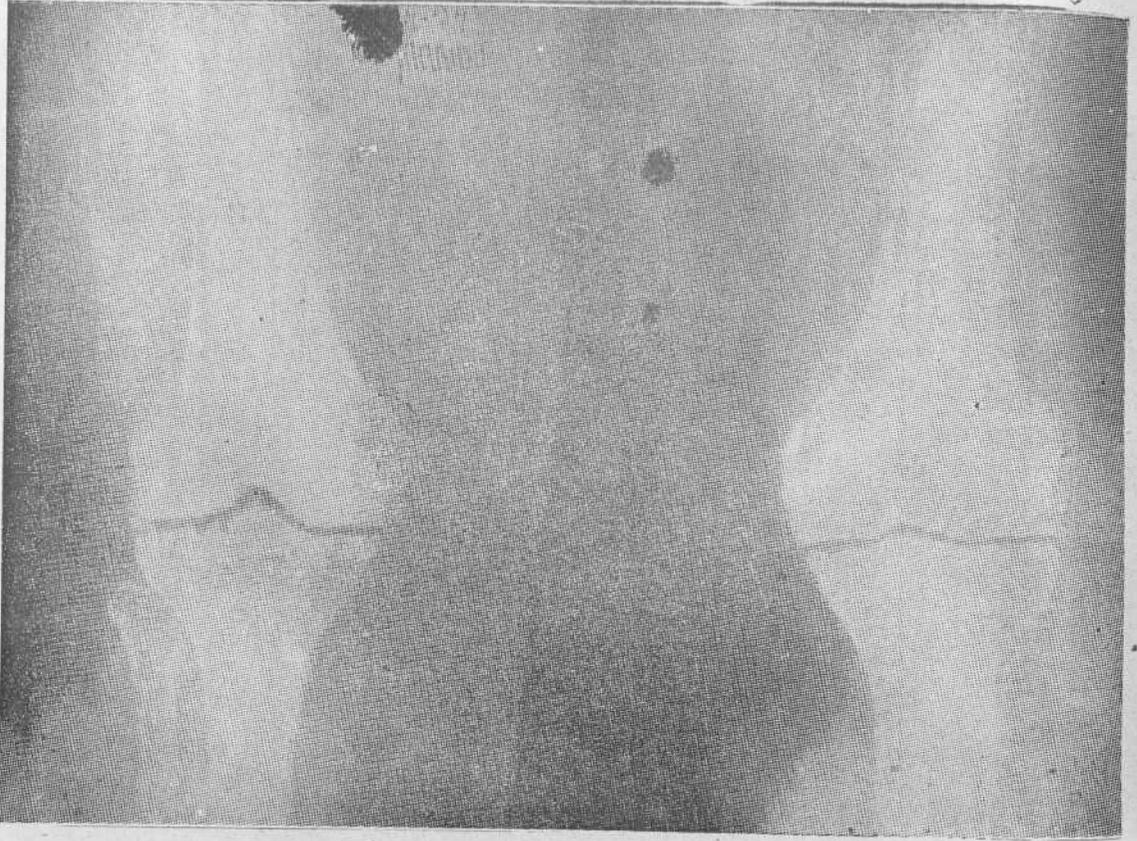
Radiografía de las manos de otro enfermo también de poliartritis crónica reumática, que atribuye su reumatismo crónico a sufrir continuas mojaduras y fríos (churrero).



Enferma de poliartritis crónica primitiva [deformante].



Radiografía de las manos. Se aprecia los caracteres de artritis, decalcificación y fusión de las superficies articulares, desviación axial y artrosis (alteración de los contornos de las superficies articulares, destrucción del cartilago).



Radiografía de la rodilla de la misma enferma; deformación de los contornos articulares, comienzo de osteofitos (artrosis).



Otro caso de artritis deformante crónica primitiva, del cual no pudieron obtenerse radiografías.

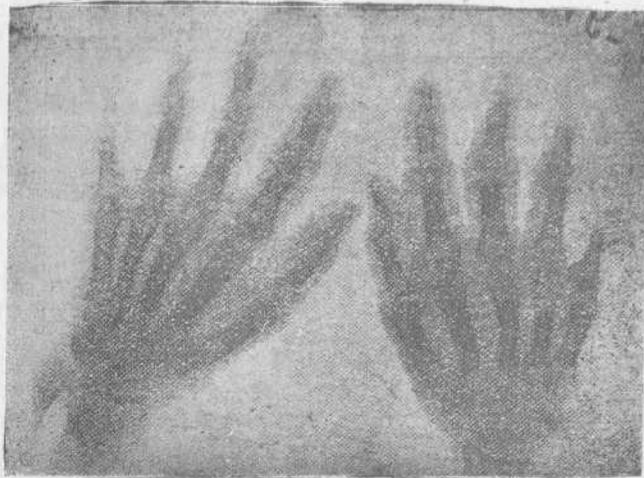


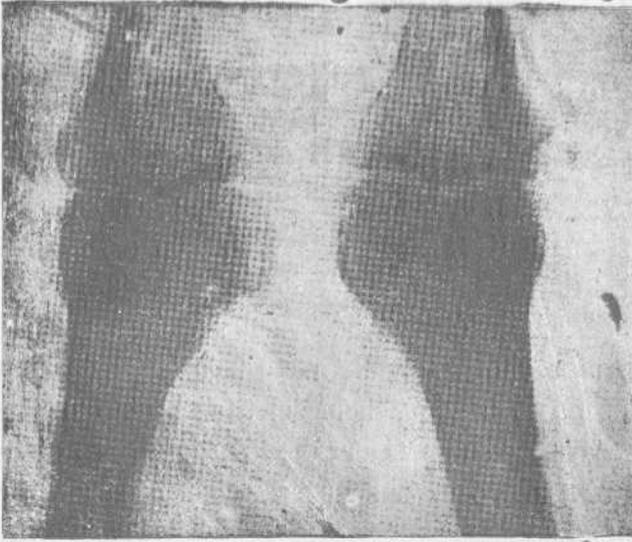
Artropatía gonocócica, artritis-artrosis, decalcificación comienza la degeneración artrósica, osteofitos.



Poliartritis infecciosa, probablemente a consecuencia de un foco séptico vesicular.

Las radiografías siguientes muestran] caracteres netos, muy [acusados de artritis.





Septicemias

Muy importante su estudio, no tiene para nosotros, en este lugar, interés alguno, por no encontrar en su patología y clínica rasgos diferenciales específicos propios. Se dan por aquí septicemias de las más diversas variedades. Las más frecuentes, son las de estreptococos, pneumococos, estafilococos y colibacilos. Hemos visto también casos de septicemias por meningococos, tetrágenos y gripales.

Fiebre tifoidea

La fiebre tifoidea ha reinado, por decirlo así, a sus anchas en Salamanca capital, y en muchos pueblos de la provincia. Hasta hace pocos años, era endémica en nuestra ciudad, con recrudescimientos epidémicos que, generalmente, solían tener lugar con las primeras lluvias de Otoño (Noviembre y Diciembre). De estas epidemias, algunas bastante extensas, recuerdo la de 1919

y 1920, es decir, en los años que siguieron a la terrible epidemia gripal de 1918.

Hoy, la situación ha mejorado bastante con el arreglo del alcantarillado, la purificación de las aguas del Tormes, que es el río que nos surte de agua para la limpieza y bebida, si bien muchas familias hacen uso de aguas de fuentes, no escasas éstas en las afueras de la ciudad. Añádase el mejoramiento individual de la higiene y la vacunación.

Formas clínicas de fiebres tifoidea en Salamanca, se ven las más variadas, desde el tifus ambulante hasta las formas ataxo-dinámicas más violentas; pero en la actualidad, el número de caso de fiebre tifoidea ha disminuído mucho.

Tifus recurrente y tifus exantemático

El tifus recurrente aparece, de vez en cuando, en escaso número y de tifus exantemático no tengo noticia de ningún caso; sin embargo, yo creo haber tratado, hace años, a un compañero que se contagió de un portugués. Tomadas las medidas higiénicas convenientes, quedó perfectamente limitado.

Paludismo

Hace 15 o 20 años, el paludismo era frecuentísimo en Salamanca, dándose todas las formas clínicas del mismo con todas las variedades del hematozoario, *plasmodium vivax*, *plasmodium malariae* y *plasmodium falciparum*. Su intensidad es diferente en la provincia, pues mientras que en la parte Sur de la misma, como en Sequeros (Sotoserrano, Cepeda, etc.), así como en los pueblos ribereños del Duero, Yeltes y Agueda, se encuentran formas graves del paludismo, en otras comarcas es menos severo, especialmente en las alturas de la provincia, pero en general casi todas las regiones se ven

atacadas fuertemente por el hematozoario, teniendo también este carácter la gran zona central de la misma, pueblos del partido de Salamanca, Alba de Tormes y Ledesma.

Los embalses de agua en el verano, la necesidad de buscar abrevaderos para el ganado, ya en el campo o bien en los pueblos, la falta de conducción de aguas residuarias hacen, al ser arrojadas las sobrantes en las inmediaciones de las casas, excelentes incubadoras de anofeles.

En los partidos de Béjar y Sequeros, las aguas corrientes no permiten el desarrollo de los mosquitos, pero en cambio viven espléndidamente en los valles de las márgenes del Alagón, originando también formas intensas de la malaria.

Conocidas estas particularidades respecto a las favorables condiciones para la existencia de una endemia palúdica, el doctor Prada, al hacerse cargo de la Inspección Provincial de Sanidad, y como resultado de una encuesta que hizo en todos los pueblos de la provincia, averiguó que, de los 386 Ayuntamientos de que consta, existía paludismo autóctono en 372, con un número de palúdicos de más de 18.000.

La campaña que para desterrar esta endemia en la provincia emprendió el doctor Prada, es bien conocida de todos, debiendo mencionarse, por la inteligente colaboración que siempre le ha prestado, el doctor Arcocha, mereciendo ambos el reconocimiento de los salmantinos.

La Inspección Provincial de Sanidad ha tenido la atención de facilitarnos el siguiente cuadro estadístico de los enfermos vistos en 10 años.

| AÑO | POSITIVOS | NEGATIVOS | TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|--------|
| 1925 | 500 | 213 | 713 |
| 1926 | 1.341 | 569 | 1.910 |
| 1927 | 2.058 | 736 | 2.794 |
| 1928 | 4.540 | 639 | 5.179 |
| 1929 | 5.408 | 2.302 | 7.710 |
| 1930 | 4.056 | 1.738 | 5.794 |
| 1931 | 2.434 | 1.076 | 3.510 |
| 1932 | 2.508 | 1.447 | 3.955 |
| 1933 | 1.674 | 1.130 | 2.804 |
| 1934 | 1.682 | 1.035 | 2.717 |
| 1935 | 2.418 | 1.454 | 3.872 |
| TOTALES..... | 28.619 | 12.339 | 40.958 |

CLASIFICACION POR FORMAS

| TERCIANAS | CUARTANAS | LAVERANIA |
|-----------|-----------|-----------|
| 25.108 | 1.010 | 2.030 |
| MIXTAS | DUDOSAS | TOTAL |
| 285 | 186 | 28.619 |

Desde que se establecieron los dispensarios antipalúdicos y se organizó oficialmente la cura y defensa contra el paludismo, la situación ha cambiado radicalmente. El saneamiento de las comarcas más atacadas, por los medios modernos que la Higiene pone a nuestra disposición, la cura profiláctica por la quinina, el diagnóstico precoz de la infección y el tratamiento radical y completo del mismo, han producido un resultado brillante, de tal modo, que hoy es ya raro que acudan a nuestras consultas enfermos de paludismo, pues éstos, además de haber disminuído mucho en número, son tratados convenientemente y a tiempo en los diferentes dispensarios regionales.

Carbunco

Muy ganadera la provincia de Salamanca, era de esperar que el carbunco se desarrolle en ella con intensidad y extensión, sucediendo así, efectivamente. En los meses de Primavera, Verano y principios de Otoño, es cuando se ven más casos.

El doctor Arcocha nos ha referido que en el Payo y Peñaparda se desarrolló años pasados una epidemia carbuncosa de origen que pudiéramos llamar hídrico.

Contagiadas algunas cabezas de ganado, fueron lavadas sus vísceras en las fuentes del pueblo, de cuyas aguas contaminadas hacían uso las reses del mismo, infectándose a su vez y propagando la infección carbuncosa a los moradores de la localidad que con ellas se ponían en contacto, lo que dió lugar a la infección carbuncosa humana, en un total de cerca de 100 casos.

La forma más corriente es la pústula maligna, el edema maligno carbuncoso es más raro, y el carbunco interno, excepcional. La etiología es bien conocida.

Erisipela. Paperas. Rabia. Tétanos

Su presentación en esta comarca, es análoga a la de las demás de Castilla.

Fiebre de Malta

Muy extendida en esta región, reconoce, casi siempre, la etiología caprina, pocas veces leche o queso de oveja, y en algún caso raro contagio interhumano.

Las formas clínicas son variadísimas, imitando la fiebre tifoidea, la malaria, colibacilosis, gripe, tuberculosis, reumatismo, meningitis, septicemias de otro origen, etc. He visto meningitis maltesas, encefalitis con localizaciones en la base, protuberancia y cerebelo, mielitis, meningo-radiculitis y neuritis del mismo orden.

Enfermos destinados a llevarlos al Manicomio por la gran preponderancia que en ellos habían tomado los trastornos mentales, curados estos trastornos pocas semanas después; otro enfermo se presentó en mi consulta quejándose de fuerte dolor de pecho, sobre todo al respirar. Como estaba demacrado por la fiebre de Malta que padecía, tenía algo de tos, falta de apetito, etcétera, se le consideró como tuberculoso y, como tal, fué tratado.

Reconocido detenidamente, pudo ponerse en claro que el dolor que tanto le atormentaba, era una mialgia del pectoral que se exacerbaba, naturalmente, con los movimientos respiratorios.

Nada en el pecho ni en los demás órganos sensiblemente. A los dos meses volvió por la Clínica contentísimo de encontrarse, según él, como nunca de bien.

Casos de ciática, neuralgias y neuritis de otras regiones, dolores de raquis, simulando el mal de Pott, etcétera, pudiéramos decir que a montones.

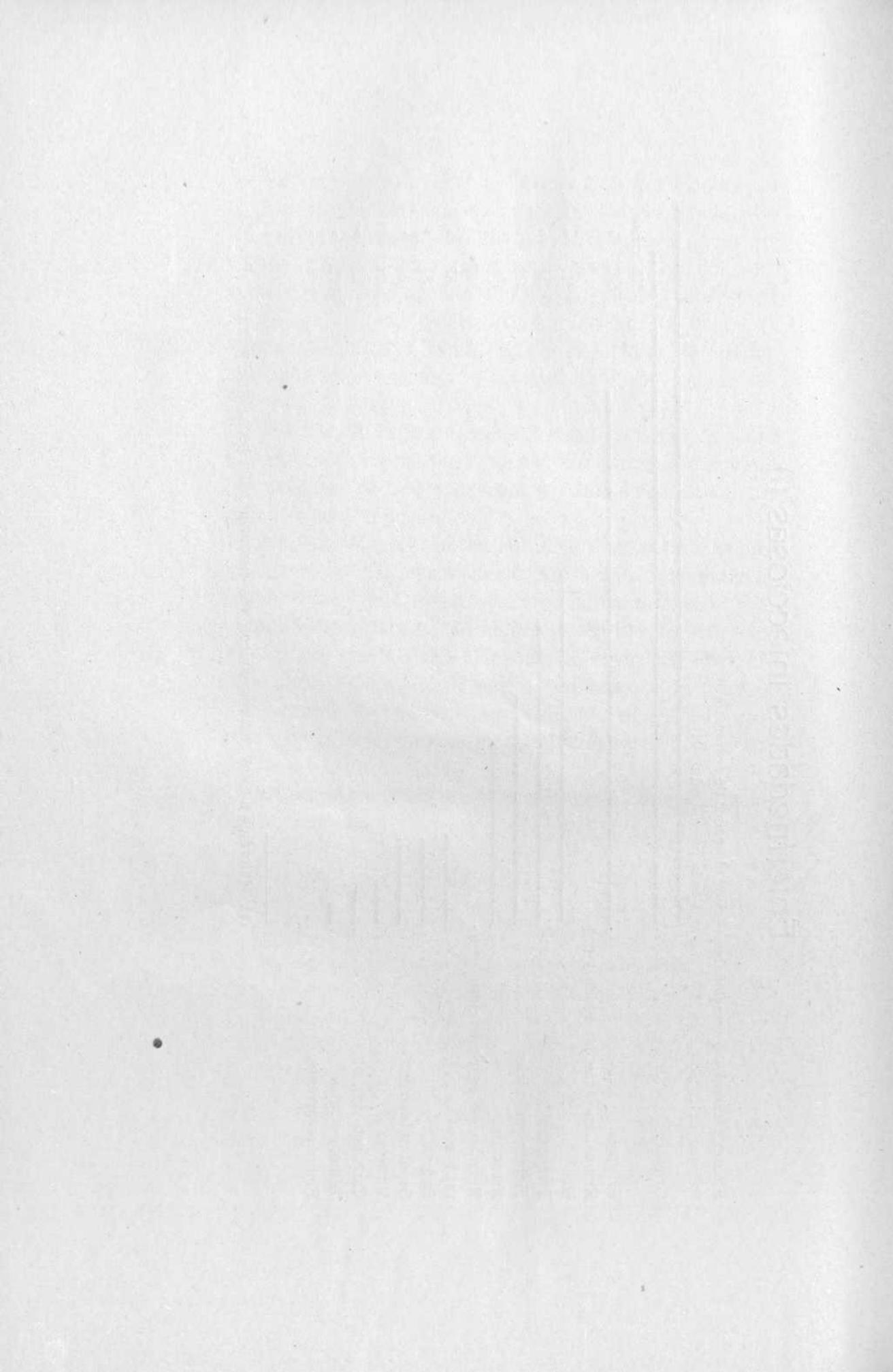
Sería de desear una inspección más eficaz y rigurosa en el ganado que, indudablemente, reportaría grandes beneficios a la salud.

La fiebre de Bang, es por aquí poco conocida, aunque no ignorada.

Enfermedades infecciosas (1)

| | | |
|--|---------------------------------|--------------|
| Fiebres catarrales o estacionales.. | Ver el gráfico de respiratorio. | |
| Paludismo..... | Ver la página núm. 94. | |
| Gripe..... | | 1.526 casos, |
| Erisipela..... | | 520 * |
| Reumatismo articular agudo y crónico .. | | 344 * |
| Fiebre tifoidea..... | | 285 * |
| Fiebres paratíficas | | 220 * |
| Escarlatina..... | | 176 * |
| Reumatismo post-infeccioso general y local | | 87 * |
| Papera..... | | 84 * |
| Septicemias médicas..... | | 84 * |
| Viruela..... | | 48 * |
| Carbunco..... | | 28 * |
| Tétanos y rabia. | | 12 * |
| Fiebre recurrente..... | | 3 * |

(1) Referente a estos cuadros clínicos, véase la aclaración hecha en el primero. Pág. 33



ANEMIAS

No debemos tratar aquí de las anemias agudas ni tampoco de las secundarias. Estas últimas, infecciosas, como las consecutivas al paludismo, tuberculosis, sífilis, fiebre de Malta, etc., tóxicas, saturnismo, óxido de carbono... tumorales, como las del cáncer, post hemorrágicas, parasitarias, anquilostomas, botriocefalias o viscerales, no tienen personalidad propia, sino cuando aparecen en el primer plano, por destacarse su sintomatología excesivamente, o por debilitarse los cuadros clínicos correspondientes a las afecciones de origen. Su frecuencia está en relación con estas últimas.

Como anemia primitiva, hemos de decir dos palabras de la clorosis. Creemos, como la mayoría de los médicos, que en contra de la opinión antigua, es rara. Se pasan años y años sin ver ni un solo caso característico.

Al principio de nuestra carrera, en la Sierra de Francia observamos algunos casos en Valero, pueblo situado en el fondo de varias montañas, con poco sol y umbrioso, mientras que en el pueblo de al lado, San Miguel de Valero, situado en lo alto, batido por los vientos y bañado por el sol, donde, además, las mujeres trabajan en el campo en las faenas agrícolas, no solo no aparece ni un solo caso de clorosis, sino que la misma anemia de otro origen, es rara. De entonces acá, también en Valero apenas se observan ya casos de verdadera clorosis.

Anemia perniciosa

Aquí, como en casi todas partes, parece que el número de casos de anemia perniciosa haya aumentado.

Es así, efectivamente, o ¿es que desde que se han generalizado y perfeccionado los análisis de sangre estamos en mejores condiciones para diagnosticarla? No me atrevo, por el momento, a contestar esta pregunta, aunque bien pudieran ser las dos cosas unidas. Lo que no cabe duda es que la anemia perniciosa es una enfermedad nada rara, desde que nos tomamos la molestia de estudiar la hematología, no solo en aquellos enfermos en los que ya se denuncia la anemia, sino en muchos otros en los que el análisis de sangre se hace para completar el examen clínico. Así se ven formas nerviosas, gastro-intestinales, cardio-vasculares, que reconocen este origen, o bien se sospecha otra enfermedad cualquiera y, al hacer el análisis de sangre, se queda uno sorprendido de sus resultados.

Leucemias

Tengo la impresión de que esta comarca figura a la cabeza de las provincias españolas, donde más se padecen tales enfermedades.

Lo mismo que en la anemia perniciosa, los análisis de sangre practicados a la menor sospecha de existir esta afección, han demostrado su relativa frecuencia.

Como no se conocen todavía las verdaderas causas de la misma, ni su patogenia, no podemos colegir a qué es debida su frecuente presentación. Hemos visto buen número de enfermos leucémicos, mielógenos o linfénicos, pero también leucemias de monocitos, leucanemias, y como cosa curiosa, un caso de leucemia de polinucleares o granulocitos, y otro linfoideo sin infartos ganglionares, y gran infarto de bazo.

Las granulomatosis, púrpuras y demás enfermedades hemorrágicas, agranulocitosis, no merecen mención alguna.

Las enfermedades de la sangre verdaderamente raras, lipoidosis, cloroma, mielomas múltiples, etc., no han sido observadas por nosotros.

Enfermedades de la sangre (1)

Anemias agudas y secundarias Casos numerosos poco precisos y sin autonomia clínica definida.

| | |
|--------------------------|-----------|
| Púrpuras | 68 casos. |
| Anemia perniciosa..... | 38 * |
| Leucemias | 36 * |
| Linfogranulomatosis..... | 10 * |
| Clorosis..... | 6 * |
| Agranulomatosis..... | 2 * |

(1) Referente a estos cuadros clínicos, véase la aclaración hecha en el primero. Pag. 33

Enfermedades de la nutrición

La gota ha disminuído mucho, según mi experiencia. Al principio de nuestro ejercicio profesional, era relativamente frecuente ver afectados de ataques intensos de gota aguda algunos de nuestros acomodados charros, nutridos a base de mucha y buena carne, con más que suficiente cantidad de vino, y llevando, además, una vida completamente sedentaria. Ya no se ven tales manifestaciones de la gota, y sí solamente formas más atenuadas o larvadas de la misma diatesis, por ejemplo, formas gastrálgicas, neuralgias diversas, bronquitis crónica..., lo que quiere decir que tiende visiblemente a decrecer en número e intensidad. Una mayor comprensión de lo que debe ser la ración nutritiva, así como de las restantes prácticas higiénicas, debe ser la causa del hecho que dejamos apuntado.

Obesidad

Visiblemente disminuyen también el número de obesos, y si la estética es la causa que más influye, indudablemente, en el bello sexo, en general puede decirse que este hecho es un índice de civilización, que ve en la obesidad menor resistencia física, mayor predisposición a padecer un sin fin de molestias y enfermedades, aparte de lo que pierde en esbeltez y elegancia la forma física orgánica. Con razón se ha dicho que las razas más cultas son enjutas y esbeltas.

Diabetes

Lo contrario que en la gota y la obesidad, pasa con la diabetes. Esta ha aumentado en proporciones muy manifiestas. ¿Causas...? La vida cada vez más agitada; el nerviosismo, siempre en aumento, de los tiempos modernos; las emociones y conmociones psíquicas; los abusos de todo género: sexuales, digestivos, etc., parecen ser los factores principales que rompen el equilibrio fisiológico tan delicado del metabolismo de los hidratos de carbono. Felizmente, esta desagradable nota queda contrabalanceada por un tratamiento de la diabetis más acertado que antes, debido al mejor conocimiento que hoy tenemos de esta enfermedad, tanto de su fisiopatología como de la clínica, y, en fin, debemos señalar con piedra blanca el descubrimiento de la insulina, que si bien no cura la diabetes en todas sus formas clínicas y variedades, es un dique contra el cual aquella enfermedad queda detenida en sus avances y progresos, para bien de los muchos enfermos que son víctimas de ella.

Enfermedades del metabolismo (1)

| | | |
|---------------|--|------------|
| Obesidad..... | Casos numerosos, pero de vaguedad clinica. | |
| Diabetes..... | | 386 casos. |
| Gota..... | | 44 » |

(1) Referente a estos cuadros clinicos, véase la aclaración hecha en el primero. Pág. 33

Enfermedades endocrinas

Empezaremos por el estudio de las alteraciones del tiroides en la región salmantina.

El hipertiroidismo reaccional y la enfermedad de Basedow, son relativamente frecuentes. Nada hay que hacer notar a este respecto, sino que algunos casos de bocio basedowicos son consecuencia de bocios neutros, que en número nada escaso abundan en algunas comarcas de esta provincia.

Por lo que se refiere al estudio del bocio y cretinismo endémicos, séanos permitido aquí extendernos algo más que lo que nos consienten los límites que nos hemos impuesto, debido a que, aunque ya en gran disminución y casi extinguidos, todavía puede hablarse de dos focos de bocio y cretinismo endémicos en la provincia de Salamanca, ya que sobre esta cuestión presenté un modesto trabajo al IX Congreso de las Ciencias, celebrado en Salamanca en el año 1923 (1).

De este opúsculo, transcribiremos aquello que nos parezca más apropiado a nuestro objeto.

"Introducción". Queremos, con el presente trabajo, contribuir, aunque modestamente, a que desaparezca el hecho inexplicable de que, estando la medicina española incorporada hace tiempo a la marcha mundial del progreso, se haya descuidado un punto tan interesante como es el no haber hecho el estudio topográfico del bocio en nuestro país, dada la importancia que ha adquirido en estos últimos tiempos, pues como dice muy

(1) Doctor Garrido.—Estudio del bocio y cretinismo endémicos en la provincia de Salamanca, 1927.

bien Goyanes, "el asunto tiene un interés positivo desde el punto de vista social y sanitario, porque la degeneración estrumosa resta un número no despreciable de jóvenes a los trabajos agrícolas, a la defensa de la patria y aun al bienestar de la familia, sostiene en las regiones invadidas un cierto grado de depresión intelectual y física y contribuye al atraso general de la nación..."

No figura, pues, España en los mapas clásicos del bocio (Bircher, Mc. Carrisón, etc.)

En nuestro país existen focos de bocio y cretinismo endémicos en Cataluña, Galicia, en las provincias Vascongadas, si bien en éstas con menos intensidad; en las montañas de Santander, vuelve a adquirir preponderancia, para culminar en Asturias y León. Existe también en Avila y Toledo.

En la provincia de Salamanca hay dos focos; uno, en el partido de Sequeros, y otro, en el de Ciudad Rodrigo. El foco de Sequeros, se continúa con el de las Hurdes, si bien no son comparables en importancia, pues así como el de Sequeros decrece visiblemente, siendo en la actualidad muy poco intenso, son las Hurdes, bajo este punto de vista, comarca desgraciadamente privilegiada, no solo por llegar el máximun la endemia bociosa y cretínica, sino por ser campo fértil para el desarrollo y prosperidad de otras afecciones endocrinas.

Aunque a la provincia de Salamanca pertenecen algunos lugares hurdanos (Cavaloria, Revollosa y Martinebrón, anejos del Ayuntamiento de Herguijuela de la Sierra y de Sotoserrano), como quiera que éstos son muy pocos en número, que, naturalmente, no se les puede separar del resto de las Hurdes, que como se sabe pertenece a la provincia de Cáceres, y, por último, noticiosos de que los señores Marañón y Goyanes han hecho el estudio del bocio en esta región, hemos prescindido de este fragmento, que, como el resto de dicha

comarca, será descrito de modo inimitable por Marañón y Goyanes, autoridades máximas, en España, de estas cuestiones.

.....

.....

.....

Breve descripción de los focos bocio-cretinos en particular

Sierra de Francia.—De la sierra de Béjar, parte la de Gudina o Godiña, que, marchando al O., forma un



Figura número 1

escalón poco elevado; tuerce luego al SO., y dejando a Levante a Escorial de la Sierra, llega a Pico Cervero;

avanza por el O. formando los picos de la Quilama y Puerto de Rinconada, y por el SO., pasando por la Peña de Francia y el Pico Mingorro, internándose en la provincia de Cáceres. Desde el pico Cervero, parte la sierra de Linares, y desde el Puerto de la Rinconada, y hacia el NO., la de Tamames.

Recibe el nombre de Sierra de Francia la comarca perteneciente al partido de Sequeros y situadas

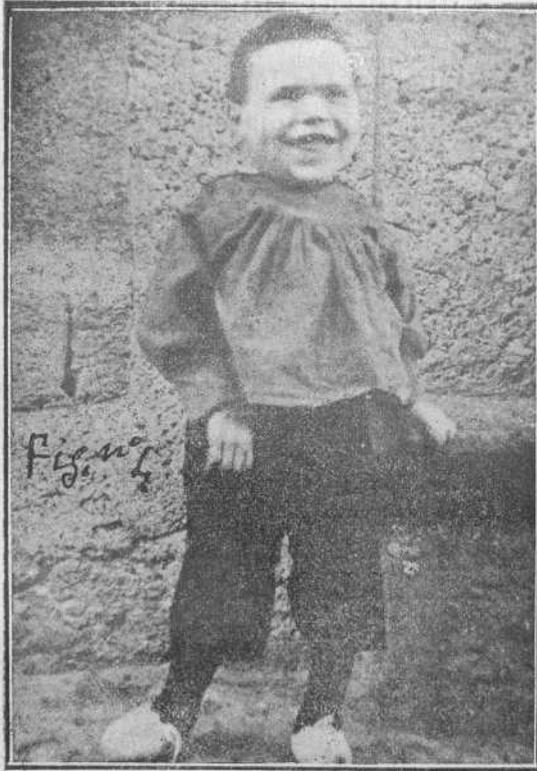


Figura número 2

al S. de estas sierras, entre las mismas y el confín de Cáceres. Cuatro puertos principales dan acceso a ella, viniendo de la capital: el de Pajares, entre Los Santos y San Esteban de la Sierra; el de Tornadizo o de Linares; el de Rinconada y la Quilama, y el de la Calderilla o de Tamames.

Su constitución geológica es siluriana, en su mayor

parte; presentando ésta, empinadas crestas y escarpados francos, y la granítica, redondeados macizos y grandes riscales.

Comprende los pueblos siguientes: Tornadizo, San Miguel de Valero, Valero, San Esteban de la Sierra, Santibáñez de la Sierra, Molinillo, Pinedas, Miranda del Castañar, Cepeda, Sotoserrano, Herguijuela de la Sierra, Madroñal, Moganaz, Monforte, Casas del Conde, Villanueva del Conde, Garcibuey, Sequeros, San Martín del Castañar, Arroyomuerto, Alberca (La), Nava de Francia, Caserito y Peña de Francia.

La Sierra de Francia, es uno de los más pintorescos rincones de España y con mucho el más bello de la provincia de Salamanca, formado por estrechos y profundos valles, a los que limitan empinadas crestas y en sus límites altas montañas, en el centro de una más suave accidentación, constituido por lomas o colinas de moderada pendiente.

El clima suave y templado, la variedad de vegetación verdaderamente extraordinaria, pues desde el naranjo, olivo y otros árboles propios de países cálidos, hasta el roble, encinas y arbustos de regiones frías, hay todas las gradaciones posibles, pero con una profusión y combinación tales, que más parece toda ella un gran jardín, en la cual hubieran colaborado, por igual, el esplendor de la naturaleza y la mano inteligente del artista.

Risueñas laderas pobladas de viñedo, esmaltado éste por el olivo, higueras, melocotoneros, etc.; abajo las huertas con árboles frutales, nogales, cerezos, castaños; en lo profundo del valle, los ríos y arroyos que no podían faltar; arriba, montes de castaños, matorrales o brezos, forman el paisaje más frecuente de la comarca, pero nunca monótono, pues ora sucede a éste escarpadas rocas como las de Valero, ora valles de tanta majestad y poesía como los de Batuecas, ora grandes montes de castaño o encina; es, en suma, digna esta campiña de

ser visitada por las personas amantes de las bellezas naturales y de ser trasladada al lienzo de los más afamados artistas.

La altitud de sus distintos puntos es aun más diversa que en el resto de la provincia, por ser, como ya se ha dicho, región muy quebrada, así es que aquella está continuamente variando. Ejemplo: Peña de Francia,



Figura número 3

1.723 metros; Alberca, 1.076 metros; Arroyomuerto, 1.039 metros; San Miguel de Valero, 942 metros; Sequeros, 941 metros; Linares, 941 metros; Herguijuela de la Sierra, 676 metros; Miranda del Castañar, 651 metros; Cepeda, 650 metros; San Esteban de la Sierra, 645 metros; Santibáñez de la Sierra, 616 metros, y Valero y Valle de las Batuecas, lugares cuya altitud apenas rebasará los 550 metros sobre el nivel del mar.

La cuenca hidrográfica, única de la sierra, está constituida por el Alagón. Este río tiene en la provincia un curso de 44 kilómetros. Nace al Este de Membribe, pasa por Frades y por cerca de Aldeanueva de Campomajado, sigue su curso por Endrinal, Monleón, donde se incorpora el Mandriles y el Riofrío, avanza entre l'ornadizos y San Esteban de la Sierra, penetra en el término de Valero, donde recibe las aguas del Quilama y Pasajes, continúa por Miranda del Castañar y Molinillo, incorporándosele el Sangusín por la izquierda y el Francia por la derecha; en Sotoserrano recibe las aguas del Cuerpo de Hombre, y más abajo las del Río Maol, entrando en la provincia de Cáceres para unirse al Tajo cerca de Alcántara.

La comarca es de las más lluviosas de la provincia, y por esto, y por ser el suelo y subsuelo de rocas permeables, son numerosos los manantiales en el país, brotando muy ricas aguas, cuya composición química no se ha determinado en todas ellas, operación, aunque prolija, necesaria, pues dicha composición ha de variar mucho de unas a otras, siendo para nuestro objeto este punto, de especial importancia.

Estas aguas son cristalinas, algunas puras, lo que se comprende por la calidad de los estratos que atraviesan. Llevan en disolución fosfatos, silicatos, carbonatos de calcio, magnesia, sodio, etc., y algunas, como las de ciertas fuentes de Valero, son ligeramente alcalinas y quizás con algo de litio. La alcalinidad y pureza de ciertas aguas de la Sierra, unida a determinados elementos químicos, como he dicho antes, aun no estudiados, a su radioactividad, etc., ha de ser el origen de las virtudes que le atribuyen los habitantes del país y pueblos comarcanos, como por ejemplo las del Hueco, en Valero, y sierras de Linares, estimulantes del apetito y favorecedoras de la digestión, las de Perehigo, en Miranda, para el mismo fin, y diuréticas las del Caño de Sequeros, etc.

Según el químico A. Chatin, todas las aguas del globo contienen iodo y su riqueza crece con la del hierro. Otros químicos creen que la riqueza en iodo de las aguas va unida a la de los bromuros y nitratos.

Muy interesante había de ser para nuestro estudio,



Figura número 4.

determinar la riqueza en iodo y carbonato de cal de las aguas de la Sierra, principal foco del bocio en la provincia, ya que en la producción de éste, se ha atribuido siempre una importancia de primer orden, estudio que brindamos a nuestros químicos de la provincia.

Detalles del clima, vegetación, etc., ya queda algo indicado, no creyendo necesario ser más extensos.

La región está muy poblada, los pueblos poco distantes entre sí, casas de piso bajo (cuadras y bodegas), piso principal y segundo piso en muchas.

Calles estrechas y tortuosas, casas desiguales, con poca ventilación y ventanas estrechas, calles empedradas; tienen los pueblos de la Sierra de Francia aspecto moruno en lo que concuerda el nombre de algunos de éstos. Poca higiene en todos ellos.

En general, los habitantes de esta comarca son de mediana estatura y bien constituídos, bastantes sanos, sin grandes taras patológicas, de carácter alegre y vivaracho, en muchos vehemente e impetuosos.

La alimentación es mixta, teniendo predilección manifiesta en algunos pueblos por la carne y el vino.

Bocio y cretinismo endémicos del foco Sierra de Francia

San Miguel de Valero.—Pueblo de unos 850 a 900 habitantes, situado a la entrada de la Sierra, viniendo de Salamanca, y a 914 metros sobre el nivel del mar, estando muy azotado por los vientos.

Eran antes verdaderamente pobres, habiendo hoy mejorado mucho su condición económica y su higiene, si bien todavía algunas casas presentan, como primera habitación, la cuadra, conviviendo la familia con la vaca, cerdos, burros y gallinas. Las casas son bajas, la alimentación regular, y hacen uso de agua de fuente.

Es muy sano; los habitantes de muy buena constitución y se padecen pocas enfermedades crónicas, no se prolongan mucho las epidemias, siendo éstas escasas.

Sólo hay actualmente algunos casos de bocio y otros de infantilismo hipotiroideo. Conozco un caso de éstos, de muy baja estatura y muy inteligente. Tiene cerca de ochenta años. Antes hubo más casos de bocio.

Valero.—Pueblo de unos 650 habitantes, situado en profundo valle, de donde emergen elevadas montañas. Dos ríos, el Quilama y Pasajes, le encierran en un án-

gulo, abierto hacia el NE. Estos ríos son abundantes en truchas y barbos.

Hay mucho arbolado: nogales, cerezos, castaños y una gran variedad de árboles frutales. El pueblo presenta casas de uno a dos pisos, calles estrechas y sombrías, y por la posición que ocupa este lugar, recibe la acción del sol un par de horas menos que los demás. Esto ha-



Figura número 5.

ce que sean muy frecuentes las anemias y clorosis. Poca higiene en el pueblo, comen regularmente y hacen uso de agua de fuente. A pesar de su situación, no es demasiado enfermizo. Es uno de los pueblos de la Sierra más castigados por la endemia y de esto puede juzgarse por lo que de él dicen los demás:

De Valero, los papudos,
Porque lo causan las aguas.

Si bien en la actualidad el número de papudos es mucho menor, existen todavía, sin embargo, de unos quince a veinte casos de bocio endémico, neutros, fidosos o circunscritos, sin síntomas de compresión. Es también muy general cierta hipertrofia difusa y moderada del tiroides, sobre todo en las mujeres. En los niños es poco frecuente. Hay algunos cretinos, pero no sordomudos. (Véase la figura número 1).

Este se encuentra en el Hospicio de Salamanca con otra hermana cretina y además tiene en Valero otros seis hermanos, uno hipoteroideo raquítrico y otro anormal psíquico. Sus padres no han sido bociosos ni cretinos.

Véase otro ejemplar de cretinismo esporádico. (Figura número 2).

Abundan también los ejemplares de individuos que, no siendo cretinos, presentan ciertos rasgos atenuados de los que yo creo fueron estigmas cretinos, y que transmitidos por herencia han ido perdiendo su significación gracias a mejorar las condiciones higiénicas y sociales del país. Son los cretinoides.

Repitamos que la epidemia, muy disminuída ya, tiende visiblemente a desaparecer del todo.

San Esteban de la Sierra.—1.208 habitantes. Tres casos de bocio simple y un cretino.

Santibañez de la Sierra, Molinillo, Pinedas, Miranda del Castañar, Garcibuey, Villanueva del Conde, Moggarraz, Casas del Conde y Sotoserrano.—Pueblos en los que nada hay que hacer notar, tanto por lo que se refiere a la topografía del terreno, cuanto a su constitución geológica: fuentes, arbolado, higiene y costumbres de los habitantes, etc., pues todos los caracteres que bajo este punto de vista les conciernen, quedan ya dichos en las nociones generales más arriba expuestas.

En todos ellos ha disminuído el número de casos de bocio, siendo éste en la actualidad escaso.

No tengo noticias de la existencia de cretinos y des-

de luego puede asegurarse que si los hay, ha de ser algún caso raro.

Cepeda.—Con 1.300 habitantes. Tres casos de bocio-cretinos. Pueblo de casas muy apiñadas y de poca higiene. Muchos casos de raquitismo y anemias, no siendo rara la tuberculosis.

Hubo bastante bocio y cretinismo. El bocio abunda más en las mujeres, creciendo con la edad.



Figura número 6.

En la actualidad, habrá de unos quince a veinte. Raro en los niños. También existían casos de cretinismo y cretinoides. (Véanse las figuras números 3 y 4).

Madroñal.—A dos kilómetros de Cepeda, situado en las estribaciones del Cabril; tiene 280 habitantes. Pueblo éste el más castigado por la endemia del foco serrano y seguramente de la provincia.

Oculto entre espesos árboles (castaños, nogales, cerezos, etc.), parece, por sus casas raquíticas, lugar de liliputienses, presentando, tanto por su situación cuanto por lo pintoresco de los alrededores, el más bello paisaje.

Sus casas están apiñadas, las calles estrechísimas y en ellas, como en casi todos los pueblos de la Sierra, se arrojan hojas de castaño y robles o bien helechos destinados a convertirse en estiércol.

No hay para qué decir que allí tienen lugar todas las faltas de higiene. Hacen uso de aguas de fuente, de



Figura número 7.

excelente calidad y muy frías en verano, renombradas en toda la comarca. Antiguamente la alimentación era deficientísima en extremo, casi se mantenían exclusivamente de patatas, castañas y judías, habiendo mejorado muchísimo en la actualidad.

El número de habitantes con bocio era en otro tiempo tan crecido, que por raro podría tenerse encontrar casos sin él, existiendo también muchos cretinos proporcionalmente al número de individuos. Verdad es que

todos los factores que se creen generadores del bocio y todas las circunstancias que suelen acompañar al desarrollo de la endemia tenían allí su asiento; lugar situado en oscura y frondosa hondonada, con poco sol, alimentación pobre y monótona, carente en alto grado de la más elemental higiene, con árboles como los cerezos y nogales y arbustos como el helecho, que, como se sabe, existen muy á menudo en los focos del bocio, todo, en fin, se reunía allí para dar por resultado una humanidad intensamente bociosa y cretina.

Hay también varias observaciones de habitantes de los pueblos comarcanos que adquirían el bocio luego de vivir en él algún tiempo.

Las gentes de la Sierra atribuían el bocio de los habitantes del Madroñal, a la costumbre que éstos tienen de cargar sobre la cabeza.

Mucho ha disminuído también en éste, como en los otros pueblos, la endemia bociosa y cretina; no obstante, calculamos unos veinticinco o treinta casos de bocio y varios cretinos y cretinoides. (Véanse las figuras números 5, 6 y 7).

Al mejoramiento de la alimentación y la higiene, creemos que es debido este resultado.

Monforte.—Pueblo de 400 a 500 habitantes, oculto también entre copiosa arboleda. Hay bastante bocio y algún cretino. Dos casos.

(Véanse las figuras números 8 y 9), el más típico caso de cretino hipotiroideo que hemos podido recoger.

Herguifuela de la Sierra.—Lugar de 600 habitantes aproximadamente. También hay regular número de bocio, disminuído en estos tiempos. Anejos de éste, son: Cavaloria, Rebollosa y Martinebrón, pueblos hurdanos con intensa degeneración cretina. Pero dejamos a otras plumas más autorizadas que la nuestra, la descripción de ellos.

Sequeros.—Cabeza del partido de su nombre. Es uno de los pueblos menos castigados de la endemia.

Aiberca.—Lugar de 2.000 habitantes. No abunda mucho el bocio y cretinismo, pero hay algunos casos.

San Martín del Castañar, Nava de Francia, Cepeda y Cabaco.—Pueblos con poco bocio y alguno que otro caso de cretinismo.

Arroyomuerto.—Lugar de 500 habitantes. Situado en el límite NO. de la Sierra. Pueblo pobre, muy castigado por el bocio más que por el cretinismo. (Véase figura número 10).

Madroñal, Monforte, Valero y Arroyomuerto.—Son los cuatro pueblos donde es más intensa la degeneración bocio-cretina del foco serrano.

Foco de Ciudad Rodrigo

Este comprende los pueblos siguientes: Navasfrías, El Payo, Peñaparda, Villasrubias, Robledo, Sahugo, Herguijuela, Cespedosa, Agallas, Villarejo, Vegas de Domingo Rey, Serradilla del Llano, Serradilla del Arroyo y Monsagro, situados en los orígenes del río Agueda y en la vertiente Norte de la cordillera Carpeto-Vetónica y que, después de internarse en Portugal, recibe el nombre de Sierra de Estrella.

Los puntos más culminantes de mencionada cordillera de Este a Oeste, son: Peña de Francia, el Jaque, La Carbonera y el Picoto. Este último es notable, porque sirve de límite municipal, provincial y de Estado. En él confluyen tres términos municipales: Navasfrías (Salamanca), Valverde de Fresno (Cáceres) y Fuiños (Portugal).

La cuenca hidrográfica está representada por el Agueda, que tiene origen en el término municipal de Navasfrías, en una fuente llamada de Los Llanos, situada casi a la cumbre de la cordillera. El mencionado río recibe numerosos riachuelos, que aumentan bastante su caudal.

En general puede afirmarse, que en las crestas y faldas de la cordillera predomina el gneis, y cuanto más al Norte, parece dominar más las rocas graníticas, y en los bajos, el terreno de aluvi3n.

La vegetaci3n en las faldas y puntos elevados, est1 representada por el brezo y, en menor cantidad, por otros peque1os arbustos; como el tomillo, la retama, et-



Figura n1mero 8.

c3tera. En los sitios pr3ximos a los lugares habitados, abunda el roble, de aqu3 que parte de esta comarca sea designada con el nombre de El Rebollar. Hay muchos grados, y se cultiva la patata, algunas legumbres y hortalizas, algo de centeno y trigo en algunos pueblos y principalmente en Robleda. El subsuelo es de pizarra e impermeable.

A grandes rasgos hemos bosquejado la constituci3n geol3gica y aspecto general de la comarca. Veamos de anotar, particularmente, los datos que se refieren a cada pueblo.

Navasfr3as.—Pueblo de 1.666 habitantes, situado en la margen izquierda del r3o Agueda, en la falda de

das eilas están precedidas de un corral, cubierto de hojas de roble y de helecho; corral que sirve a la vez de depósito a todas las suciedades. Próximas suelen estar las cuadras, a veces en el mismo cuerpo del edificio, no



Figura número 10.

siendo infrecuente que se haga vida común con los animales domésticos.

La ventilación no puede ser más deficiente. Hay casa en la que el aire no tiene más acceso que por la puerta de entrada y, cuando más, por algún raquítico ventanillo de un pie cuadrado, que por cierto permanece constantemente cerrado.

Los habitantes, en general, son de escaso desarrollo físico y su cultura es muy deficiente.

La alimentación, no es del todo deficiente; la base

principal la constituye la patata y el pan, con frecuencia de centeno, pero se consume bastante carne. De alcohol se abusa bastante.

Se padecen con frecuencia enfermedades infecciosas principalmente el sarampión, propagándose con intensidad y causa numerosas víctimas; también el paludismo, en su forma terciana y dobles terciana, siendo



Figura número 11.

poco frecuentes las perniciosas. Abundan los padecimientos reumáticos y, como consecuencia, las afecciones cardíacas.

Existen unos doce casos de bocio, principalmente en la mujer, y predominando los síntomas de hipotiroidismo; seis casos de sordomudos y dos idiotas; habiendo en la familia de estos dos últimos, individuos con bocio.

El Payo.—Lugar con 1.556 habitantes; situado, como el anterior, en la vertiente Norte de la cordillera y como a cinco kilómetros de las crestas de la misma, entre dos elevaciones considerables. La orientación es de Norte a Sur.

La elevación situada al SO. es pizarrosa, y la situada al NE. arenosa, como procedente de la descomposición de los feldepatos del granito que forman el suelo y subsuelo. De suerte que el suelo y subsuelo, donde está enclavado el pueblo, pertenece a dos formaciones distintas; al Oeste y Sur, pizarroso; al Este y Norte, arenoso.

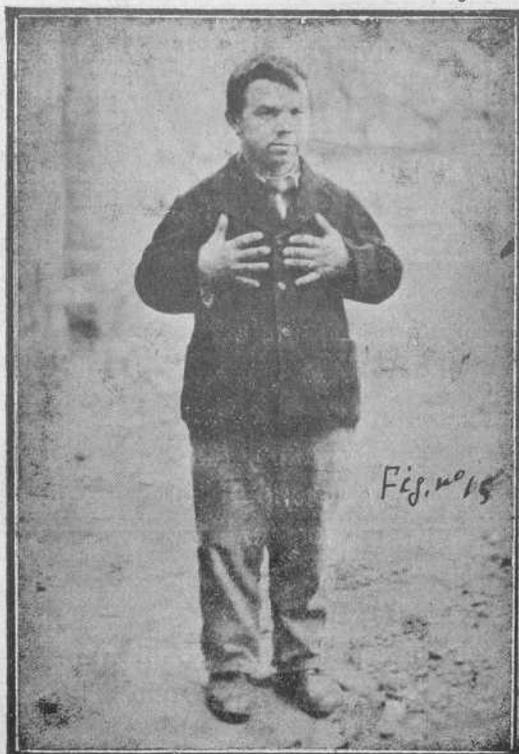


Figura número 12.

Las calles son como en el anterior, ocurriendo lo mismo con las viviendas, costumbres y alimentación.

El pueblo es abundante en agua, existiendo tres caños con una gran abundancia de este líquido. Todas estas aguas proceden de terreno granítico, pues este pueblo está enclavado en la zona en que empiezan a predominar las formaciones graníticas sobre los gneis.

Se padecen muchas enfermedades crónicas, princi-

palmente, el reumatismo, cardiopatía y, sobre todo, el alcoholismo crónico y hallando con relativa frecuencia epilepsia.

Hace unos treinta años, existían numerosos y magníficos ejemplares de bocio, pero en la actualidad han disminuído considerablemente, habiendo unos diez o doce casos y entre ellos un sordomudo y dos niñas idiotas, hermanas.



Figura número 13.

Existen también muchos casos de hipertrofia del tiroides en niñas desde nueve años, en jóvenes y mujeres adultas.

Peñaparda.—Pueblo de 1.500 habitantes, situado en una colina de escasa elevación, en plena zona granítica, en suelo arenoso y subsuelo de igual naturaleza.

Por lo que respecta a costumbres, higiene, habitacio-

nes y cultivos, no varían en nada de los anteriores. Se encuentra también en mucha abundancia el roble y el brezo, hortalizas, legumbres y cereales.

Los habitantes son incultos y de malos instintos, dando una criminalidad relativamente elevada.

Su alimentación se compone de patatas, pan de centeno, algunas hortalizas, carne de cerdo y cabra y bastante alcohol.

Es frecuente el paludismo, el sarampión y la difteria, por lo que se refiere a las enfermedades infecciosas; el reumatismo, cardiopatías, alcoholismo y enfermedades de estómago, por lo que hace a las crónicas.

Existen unos diez casos de bocio, en su mayoría mujeres de unos cincuenta años, algunas con bocio bastante voluminoso y con síntomas de hipotiroidismo. Hay cuatro cretinos y varios individuos del tipo cretinoídes. Existen dos sordomudos y no hay idiotas.

Villasrubias.—Lugar de 800 habitantes, situado al Este de Peñaparda, en una ligera elevación, y atravesada por una carretera que va desde Ciudad Rodrigo a Perales del Puerto (Cáceres).

Está situado en terreno pizarroso y se ven próximos al pueblo huertos dedicados al cultivo de hortalizas, también hay roble alto y brezo; hay terreno dedicado al cultivo de cereales, principalmente trigo, constituyendo la riqueza de este pueblo, así como en los anteriores, la del ganado.

Se ve algo más de progreso, lo mismo en las viviendas como en las costumbres de los habitantes de este pueblo.

Hay unos doce a catorce casos de bocio de diferente desarrollo, todos ellos con manifestaciones de hipotiroidismo, oyendo referir el caso de una mujer que, por librarse del bocio, se le había punzado ella misma, vertiendo gran cantidad de una substancia gelatinosa, poco espesa, y con ello se vió libre de él. Hay un cretino y bastantes individuos del tipo cretinoídes.

Robleda, Sahugo (véase figura número 13), Martiago (1) (véase figura número 11), Villarejo, Herguijuela de Ciudad Rodrigo, Cespedosa de Agadones y Vegas de Domingo Rey, difieren muy poco de las descripciones anteriormente hechas.

También existe bocio, y en bastante abundancia, en Serradilla del Llano, Serradilla del Arroyo y Monsagro (2), de este último hay un buen ejemplar. (Véase figura número 12). Se encuentra en el Hospicio de esta capital.

En el resto de la provincia, pueden señalarse algún que otro caso, pero no llegan a constituir endemia, solamente ésta se inicia en algunos pueblos del partido de Béjar, rayando con la provincia de Cáceres, siendo en territorio de esta provincia donde puede hablarse de focos endémicos (Garganta de Béjar, etc.)

El hipotiroidismo del adulto se ve con alguna frecuencia, así como el mixedema infantil o cretinismo esporádico. De las restantes glándulas de secreción interna consignaremos únicamente que la enfermedad de Addison no es rara por nuestras latitudes, probablemente debida en su mayor parte a la tuberculosis de las cápsulas suprarrenales, pero también reconoce otros orígenes, por ejemplo, yo he visto algún caso de Addison seguir inmediatamente a la fiebre de Malta.

Nada de hipófisis, epífisis, genitales digno de mencionarse.

(1) Este partido está compuesto de Martiago y Agallas, este último tiene 700 habitantes y once cretinos y cuatro bocios-cretinos.

(2) De 550 a 600 habitantes, treinta casos de bocio simple, cuatro bocio-cretinos.

Enfermedades del sistema nervioso

Allá por los años de 1918 y 1919, cuando todavía no nos habíamos repuesto de los estragos de la gran epidemia de gripe de 1918, apareció una enfermedad singular que nos desconcertó algún tanto a los médicos de por acá, considerándola como encefalitis gripal, como si se dijera una secuela de la gripe, hasta que caímos en la cuenta de que la que teníamos delante, era la ya famosa encefalitis letárgica, como variedad, la más llamativa y común, de la encefalitis infecciosa.

Fué una verdadera epidemia por toda la provincia, al igual que ocurría en el resto de España, pues aunque después no haya desaparecido totalmente, solo han sido casos esporádicos los que observamos de vez en cuando.

Las variadísimas formas clínicas de esta curiosa enfermedad con sus secuelas, fueron aquí tan conocidas como en otros países.

De entre todas sus consecuencias, la más conocida entre nosotros es el síndrome Parkinsoniano. Secuelas de tipo hiperkinético o bien espasmos de torsión y mioclonías, son más raros, así como las psicopatías de tipo juvenil.

El doctor Cañizo estudió numerosos casos de la encefalitis y sus secuelas, publicando una Memoria que presentó al IX Congreso de las Ciencias en Salamanca.

Encefalitis de otra naturaleza, las hemorragias cerebrales frecuentes en los pánicos, los reblandecimien-



tos cerebrales, tumores del cerebro, no tienen fisonomía especial regional en esta provincia.

Las meningitis, tuberculosa, cerebro espinal, meningocócica, séptica, reacciones y estados meníngeos, tienen su representación aquí como en otras partes más frecuente de lo que quisiéramos.

Lo mismo puede decirse de la arterioesclerosis cerebral.

De las enfermedades de la médula debemos hablar, en primer lugar, de la poliomiелitis anterior aguda o parálisis infantil espinal, por su carácter contagioso y epidémico.

A decir verdad, en Salamanca no he visto presentarse verdaderas epidemias de esta enfermedad.

En cambio, esporádicamente es muy tenaz y constante, y si a esto se añade que algunas veces aparecen pequeños focos de la misma, que tienden a hacerse endémicos, concluiremos que la parálisis infantil espinal es entre nosotros de las enfermedades más frecuentes del sistema nervioso.

Las restantes enfermedades de la médula, mielitis aguda y crónica, tabes dorsal espasmódica, atrofas espinales, esclerosis lateral amiotrófica, siringomielia y hematomielia, heredoataxias, etc., no presentan para nosotros interés especial.

El interesante grupo de enfermedades que comprende el sistema extrapiramidal de tan moderno pero ya muy completo estudio, así como de las enfermedades del cerebelo, no haremos más que mencionarlas.

La sífilis y metasífilis, si bien frecuentes entre nosotros, no son más que en otras provincias y seguramente lo es menos que en algunas otras, como Madrid y Barcelona.

La esclerosis en placas no tiene peculiaridad etiológica ni clínica especial.

Igual ocurre con las neuralgias y neuritis. Muy fre-

cuentes, como en todas partes, la ciática, la neuralgia del trigémino, intercostal, cérvico occipital, etc.

Tócanos ahora hablar, aunque sea someramente, de las neurosis.

Es un hecho bien conocido que la gran neurosis, o sea, la histeria, ha perdido mucho de su antigua frecuencia y de su antiguo esplendor sintomático. Sobre todo, esto último: ya es cosa rara presenciar aquellos magníficos y dramáticos ataques histéricos, no solamente como los que describió Charcot que, según se ha dicho, no traspasaron los muros de la Chalpétriére, sino las diversas modalidades de los mismos, mucho más frecuentes que los primeros, y que al comienzo de nuestra carrera se veían con demasiada profusión.

Lo que ahora observamos, son raramente algún ataque convulsivo, nada teatral y aparatoso y sí, más a menudo, lo que se ha llamado la histeria mono sintomática, acompañados en uno y otro caso de la "constitución histérica" y del psiquismo histérico. Indudablemente ha influido en este hecho la mayor perfección cultural y educativa que da por resultado un mayor dominio psíquico.

Al contrario que la histeria, la neurastenia "la forma elegante de la alienación mental" es estigma de los tiempos modernos, si bien, recientemente, tiende a desmembrarse este complejo sindrómico, que hace 20 o 30 años abarcaba un sin fin de enfermedades.

Aunque muy frecuente, no es Salamanca país destacado en este respecto.

Enfermedades mentales

Durante muchos años estuve encargado de la asistencia facultativa del Manicomio Provincial de esta ciudad.

De los enfermos allí recluidos, el porcentaje mayor lo daba con mucho la esquizofrenia, lo que no tiene nada de particular, puesto que así sucede en los restantes Manicomios y mucho más aquí, donde la constitución esquizotímica es, según mis observaciones, muy frecuente. Aquella predomina en la Armuña y en los partidos de Alba y Peñaranda. Quisiera hacer notar en este lugar que en una proporción desmedida existían, por aquel entonces, bastantes paranóicos, ora se considere el síndrome paranóico como adscrito a la esquizofrenia, o con existencia independiente. Lo creo también en íntima relación con la constitución psíquica de muchos de los habitantes de la provincia.

Mucho menor en número, pero relativamente frecuente, eran los epilépticos, y entre las psicosis tóxicas, casi desconocidas, la morfinomanía y la cocainomanía, pero en cambio no dejaban de darse casos de psicosis alcohólica y el mayor contingente de esta enfermedad procedía de la Sierra de Francia.

La psicosis maníaco-depresiva, la de involución, arterioesclerosis y seniles, no acusan rasgos especiales.

Las psicosis sifilíticas, afortunadamente, más bien raras.

Las oligofrenias, sin caracteres específicos regionales.

Estas notas, reflejo de mis observaciones de otro tiempo, coinciden sensiblemente con la estadística actual, según me ha manifestado el Director del Manicomio Provincial, doctor Borreguero.

Enfermedades del sistema nervioso (1)

| | | |
|--|----|--------|
| Sifilis cerebro-espinal..... | 28 | casos. |
| Parálisis periféricas. | 24 | * |
| Tumores cerebrales..... | 18 | * |
| Metasifilis..... | 18 | * |
| Mielitis aguda y crónica | 16 | * |
| Comprensión lenta de la médula.... | 16 | * |
| Enfermedades degenerativas de la médula... .. | 15 | * |
| Espasmos musculares..... | 14 | * |
| Enfermedades del cerebro..... | 12 | * |
| Esclerosis en placas | 9 | * |
| Siringomielia..... | 3 | * |
| Ataxia de Friedrich..... | 3 | * |
| Ataxia cerebelosa de Marie..... | 1 | * |

(1) Referente a estos cuadros clínicos, véase la aclaración hecha en el primero. Pág. 33

A los estudiantes de Salamanca

Es hoy una fecha histórica para las Universidades españolas. Después de la trágica convulsión social que ha sufrido España, durante la cual tuvieron que cerrarse las aulas académicas, abre hoy de nuevo sus puertas la Universidad a la juventud estudiosa y trabajadora.

Se nos ha confiado a los universitarios la delicada misión, que es un alto honor, pero también una gran responsabilidad, de elevar el nivel cultural de España, que por el esfuerzo supremo de todos los españoles ha de recobrar su antiguo esplendor y poderío.

Para ello pondremos a contribución todo nuestro valer con el mayor entusiasmo y por nuestro honor debemos hoy prometerlo emocionados, no solo por España, sino como ofrenda a los caídos y en especial a nuestros universitarios, a quienes más que nunca recordamos en el día de hoy con fervor y devoción por su heroico comportamiento defendiendo a España. Hasta los que nos hallamos ya en el ocaso de la vida, necesitamos sentirnos jóvenes para trabajar con vosotros, tanto como España merece y como España necesita.

Ya lo ha dicho repetidas veces nuestro insigne Caudillo: España necesita, más que nunca, producir... producir... producir... y para conseguirlo no hay más que un camino, trabajar... trabajar... trabajar sin descanso. Venid, pues, queridos escolares, a la Universidad, llenos de fe y entusiasmo para investigar, para buscar con ansia la verdad, la verdad fecunda siempre en bienes individuales y sociales, la verdad para ser, además de cultos, buenos, nobles y generosos, difundiéndola por España y

por el mundo, harto necesitado de paz, de bondad y de fraternidad.

Nunca he comprendido que la misión de la Universidad sea solamente formar hombres cultos y aun sabios, si éstos tienen secos el alma y el corazón. En los centros docentes, sin descuidar la educación física, ha de modelarse el espíritu de la juventud para hacer hombres inteligentes y cultos, sí, pero también justos, buenos, comprensivos, educados, sociales, caritativos y generosos; modelación y perfección que no debe terminar hasta la muerte. Y si bien es verdad que esta perfección progresiva alcanza a todo ser humano, es imperativa en primer término, para todos aquéllos que siquiera alguna vez pisaron los claustros universitarios.

Por cobijarnos en estos augustos recintos, estamos más obligados que nadie a emprender de nuevo esta humanitaria y magnífica labor, pues la Universidad de Salamanca fué potente faro que iluminó en algún tiempo los destinos del mundo.

Y ahora diremos, para terminar: Si cuando España regía el mundo, la Universidad de Salamanca influyó en los destinos de España, ya tenemos aquí trazado nuestro ideal que pondremos por encima de todo: Hacer una España grande e imperial y que la Universidad de Salamanca contribuya nuevamente a guiar los designios de España.

HE DICHO

INDICE

| | <u>Páginas</u> |
|--|----------------|
| INTRODUCCION..... | 5 |
| CONSTITUCION, TEMPERAMENTO Y CARACTER DE LOS SALMANTINOS..... | 9 |
| ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO..... | 21 |
| Enfermedades del estómago..... | 21 |
| Dispepsias..... | 21 |
| Úlcera de estómago..... | 28 |
| Cáncer gástrico..... | 24 |
| Ptosis gástrica..... | 29 |
| Gastritis crónica..... | 29 |
| Estenosis pilórica..... | 30 |
| Neurosis gástrica..... | 30 |
| ENFERMEDADES DEL INTESTINO..... | 35 |
| Colitis..... | 35 |
| Apendicitis..... | 36 |
| Tuberculosis intestinal..... | 36 |
| Cáncer intestinal..... | 37 |
| Estenosis y obstrucción intestinal, ulceraciones in- testinales y alteraciones vasculares del intestino.... | 37 |
| Parasitosis intestinal..... | 37 |
| ENFERMEDADES DEL HIGADO Y VIAS BILIARES ... | 39 |
| Ictericias..... | 41 |
| Cirrosis hepática..... | 41 |
| Cáncer hepático..... | 41 |
| Quiste hidatídico..... | 42 |
| Absceso hepático..... | 42 |
| ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO.... | 45 |
| Endocarditis y lesiones valvulares cardíacas..... | 45 |
| Pericarditis..... | 47 |
| Miocarditis aguda y crónica..... | 47 |
| Sífilis cardíaca..... | 48 |
| Angina de pecho o infarto del miocardio..... | 48 |
| Neurosis cardíaca..... | 49 |
| ENFERMEDADES DE LOS VASOS.. | 51 |
| Hipertensión arterial..... | 51 |
| Otras enfermedades de los vasos..... | 53 |

| | <u>Páginas</u> |
|--|----------------|
| APARATO RESPIRATORIO..... | 57 |
| Bronquitis, bronquiectasias, enfisema y asma | 57 |
| Pneumonía..... | 58 |
| Broncopneumonía..... | 59 |
| Abscesos y gangrenas pulmonares..... | 59 |
| Cáncer del pulmón..... | 59 |
| Quiste hidatídico del pulmón..... | 59 |
| Pleuresías..... | 60 |
| Tuberculosis pulmonar..... | 60 |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS.. | 65 |
| Gripe..... | 65 |
| Formas clínicas..... | 71 |
| Reumatismo..... | 74 |
| Septicemias..... | 93 |
| Fiebre tifoidea..... | 93 |
| Tifus recurrente y tifus exantemático..... | 94 |
| Paludismo..... | 94 |
| Carbunco..... | 97 |
| Erisipela. Paperas. Rabia. Tétanos. | 97 |
| Fiebre de Malta | 97 |
| ANEMIAS..... | 101 |
| Anemia perniciosa | 102 |
| Leucemias..... | 102 |
| ENFERMEDADES DE LA NUTRICION | 105 |
| Obesidad..... | 105 |
| Diabetes..... | 106 |
| ENFERMEDADES ENDOCRINAS..... | 109 |
| Breve descripción de los focos bocio-cretinos en particular..... | 111 |
| Bocio y cretinismo endémicos del foco Sierra de Francia..... | 117 |
| Foco de Ciudad Rodrigo..... | 123 |
| ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO..... | 133 |
| ENFERMEDADES MENTALES..... | 137 |
| A LOS ESTUDIANTES DE SALAMANCA..... | 141 |

X641045459
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

6403413211