

Algunas consideraciones sobre un nuevo síndrome: La Acrodinia

Por M. J. ECHEVERRÍA.

Hace pocos días, mientras seguíamos la visita matutina en la sala de Clínica Médica Infantil, que el profesor **Nobécourf** tiene en el Hospital "Des **Enfants** Malades," el doctor Jean Hallé nos presentó un enfermo atacado de una curiosa enfermedad: *La Acrodinia*.

A decir verdad, no recordamos que nuestros profesores de Patología Médica nos hayan enseñado a conocer, aun a través de una simple explicación, esta rara afección, y por eso nos hemos decidido a escribir el presente artículo, después de haber estudiado el caso arriba mencionado, así como algo de la escasa literatura que al respecto existe.

No estará de más advertir que estas líneas, más que todo, van dirigidas a los estudiantes de medicina de nuestro país que ya ellos por lo pasado de sus estudios se concretan en su mayoría únicamente a leer los textos oficiales..

De nuestros colegas, los médicos-conociendo como conocemos su espíritu estudioso, solamente nos a-

gradaría escuchar o conocer su opinión en cuanto a si esta enfermedad existe en Honduras, es decir, si ellos la han observado, qué concepto etiológico y patogénico les merece y cuál ha sido su conducta terapéutica al respecto.

Vertidos los conceptos anteriores, entremos en materia.

HISTORIA

En realidad no vamos a ocuparnos de una enfermedad sino más bien de un cierto número de síntomas clínicos cuyo conjunto por definición constituye un *síndrome*.

Sentemos, pues, el siguiente principio: *La Acrodinia no es una enfermedad, es un síndrome*.

Parece ser que los primeros casos fueron observados en 1828. en París, en donde 40.000 personas fueron atacadas en el transcurso de pocos meses.

Pero esta epidemia, como todas, fue pasajera y la literatura no nos recuerda sino algunos casos esporádicos aparecidos en Bélgica, allá por

el año de 1845 y en Crimea en 1854.

Después, el silencio se hizo a su alrededor, explicándose así que este síndrome desapareciera no sólo de los libros y revistas, sino también de la memoria de los **médicos**.

En los últimos tiempos su estudio ha renacido y las **observaciones** se multiplican más y más.

La AcroTodia ha sido sucesivamente descrita bajo nombres diferentes, así: Eritroedema (Surft, congreso médico de Australia), Trofo-Dérmato-jVeurosis (**Selter**, Congreso de Cassel), Dérmato-Polineuritis (Thurnfield), Enfermedad de Ferr (Ferr, de **Zurich**), Síndrome caracterizado por insomnio, sudores y perturbaciones vasomotoras de las extremidades I Comunicación de la Sociedad de Pediatría de París, julio de 1926, **H. Janet** y **Dauras**), etc. El término de Aerodima, que es no sólo el más antiguo sino también el más apropiado, corresponde a **Chardon**, médico francés.

Entre los autores franceses que se han ocupado de la cuestión, citaremos a Nobécourt, Janet, Dayras, **Comby**, **Hansbalter**, Pichón, **Péhn**, Debré y Hoestetter; de otros países, Van Bogaert, Van Koumans, J. Sweerts Clubb. Snoyball. Hobill-Colle, etc.

ESTUDIO CLÍNICO

La AcroTodia es una afección casi exclusivamente infantil.

Se observa entre 4 meses y 6 años de edad: en los niños más grandes es rara y en el adulto excepcional.

Generalmente se produce en indi-

viduos cuyo estado anterior de salud no dejaba qué desear.

Evoluciona en tres períodos: Período de invasión o período prodromico. período de estadio y período final o de regresión.

Este último período nos permite decir de una vez que el pronóstico es benigno, por lo menos en la inmensa mayoría de los casos.

Período de invasión. — Lo que más llama la atención de los padres en este período, es el cambio de carácter del niño, que se vuelve triste, solitario, apático, sin deseos de caminar ni de jugar. Por la noche está irritado, no duerme bien y suda. En fin, una observación atenta puede poner de manifiesto un ligero edema de manos y pies y un cambio de coloración de la piel a este nivel. Excepcional diente hay pert. digestivas.

Período de estadio. — Este segundo período sobreviene en general 4 o 5 semanas después de la aparición de los primeros síntomas. En él el síndrome se presenta bajo una forma completamente característica. Hay que considerar los síntomas cardinales y los síntomas accesorios. *Los síntomas cardinales* son: perturbaciones psíquicas, perturbaciones motoras, manifestaciones cutáneas, sudores generalizados y sensaciones dolorosas.

Perturbaciones psíquicas. ~ Es lo que primero atrae la atención. El niño huye de la luz, se esconde en *lüb* brazos de su madre, cuando se le quiere examinar llora o hace gestos de mal humor. Otras veces se **re-**

fugia en una esquina de la habitación y allí permanece inmóvil y silencioso durante largas horas.

Todo esto traduce un estado de fatiga que es difícil encontrar en otros estados patológicos.

El sueño es intranquilo o hay insomnio tenaz que se prolonga durante semanas o meses. Este insomnio es generalmente una consecuencia de las sensaciones dolorosas y pruritos que adelante se describen.

PERTURBACIONES MOTORAS

Constituyen otro síntoma dominante de la afección. A veces son **tan intensas**, que llegan hasta simular verdaderas parálisis.

En realidad lo que existe es un estado de astenia profunda y una hipotonía generalizada a consecuencia de la cual el niño se resiste a caminar.

Al lado de las pert. motoras o de orden nervioso deben colocarse las *manifestaciones cutáneas*, que por su **netitud** y constancia merecen un **lugar** de primer orden en el cuadro nosográfico del **síndrome** que describimos.

llLas manos y los pies son el asiento de un eritema rojo vivo o violáceo, color de carne cruda" dicen algunos autores anglo-sajones (ray

beef hands and/foot). Esta rubicundez se extiende en capa uniforme interesando los dedos, la cara palmar y la cara dorsal de las manos. Lo mismo se observa en los pies. Además, las extremidades están aumentadas de volumen. Existe a su nivel un *edema elástico*. La presión del dedo que hace palidecer la región no produce el clásico godete."

La secreción sudoral a nivel de pies y manos es permanente y su intensidad es tal, que en no pocas ocasiones engendra una verdadera desesperación en los enfermos. La epidermis de estas regiones se descama de manera más o menos importante, dándoles un aspecto desagradable al tacto y repugnancia a la vista.

Los sudores pueden generalizarse provocando o favoreciendo erupciones cutáneas más o menos pasajeras (Sudamina, miliar roja).

En fin, apuntemos como carácter importante que manos y pies son objeto de sensaciones desagradables o dolorosas: hormigueos, sensación de quemadura y sobre todo de comezón o escozor. Los **enfermitos** se frotan las manos una contra otra o bien contra sus vestidos, los muebles y los muros. Estas perturbaciones sensitivas aparecen en general como ver-

(laderas crisis paroxísticas. Ellas son en parte responsables del **insomnio**.

Por último el *estado general* se halla profundamente modificado, particularmente al final de la afección. El adelgazamiento es intenso, inquietante, lo cual se explica en virtud de un síntoma casi constante: *la anorexia*.

Digamos de paso que, en general, este es el único síntoma digestivo que se registra; no hay vómitos, no se constata ninguna otra alteración de orden gastrointestinal.

El contraste, dice H. Janett, es a retener.

Los síntomas accesorios comprenden:

1°— La sialorrea que se manifiesta por un exceso de baba si se trata de un niño muy pequeño. En el niño de más de 3 años el síntoma e presenta como en el adulto. En ambos casos es frecuente observar que la almohada "se moj a" durante la noche.

2° — Congestión ligera de las **conguntivas** y conjuntivitis franca, pero banal, por consiguiente: *foto-fobias*.

3° — El aparato respiratorio es generalmente respetado, pero puede observarse ligera bronquitis.

4° — Al examen del aparato circulatorio: existencia de *taquicardia* (140 a 160) sin perturbaciones del ritmo. En fin, anotemos que la acrodinia evoluciona *sin fiebre*.

Los exámenes complementarios no ofrecen nada de particular. Así: el líquido Cef al o raquídeo, la sangre y la orina, son normales.

La cutireacción a la

tuberculina es negativa.

DIAGNOSTICO

Cuando se ha visto un enfermo alacado de Acrodinia difícilmente se equivoca el médico frente a un segundo caso.

El síndrome es tan característico, los síntomas cardinales son tan constantes, que el diagnóstico se impone lo más a menudo.

El diagnóstico diferencial se hará descartando la eritromelalgia, la enfermedad de Raynaud, la acrocianosis banal, afecciones que todos conocemos a través de su propia sintomatología.

PATOGENIA

Escuchemos lo que al respecto nos dice Henri Janet: ¿Cómo podremos encontrar una explicación satisfactoria de los numerosos síntomas que se agrupan para construir el síndrome de la Acrodinia?

Un lazo de unión existe en realidad entre todos estos síntomas tan diversos a primera vista: revelan una alteración del *sistema neuro-vegetariano*. Sabemos en efecto que el sistema nervioso autónomo (simpático y neumogástrico) regula el equilibrio vaso-motor: en la acrodinia las perturbaciones vaso-motoras ocupan el primer lugar; el conjunto de fenómenos observados a nivel de las extremidades, que es manifiestamente de origen circulatorio, no es debido a una alteración vascular, puesto que en la regla, su evolución es

benigna; luego no se puede **explicar este** conjunto de fenómenos sino en virtud de una perturbación de la inervación vascular. El sistema nervioso **autónomo** regula también la secreción de las glándulas. Por consiguiente, una **perturbación** de dicho sistema explicaría la traspiración excesiva y la salivación **abundante**, fenómeno este último poco común en Patología Infantil.

Otros síntomas pueden explicarse igualmente en virtud del desequilibrio vago-simpático notablemente la hipotonía muscular, puesto que se sabe que el tonus muscular está regido por la asociación de los dos sistemas: cerebro-espinal y vago-simpático.

Las sensaciones dolorosas también pueden considerarse como de origen simpático. Su difusión, sin relación con una distribución nerviosa **truncular** o radicular no hablan en favor de esta manera de pensar?

Por lo *que* concierne a las manifestaciones anormales del **psiquimol** "No subemos que hay una estrecha relación entre ciertas psicosis y la exageración de un desequilibrio vago-simpático que **a** menudo **las precede**? *Santenoise*).

¿Todas estas **consideraciones** no

nos permiten, sino afirmar, por lo menos sospechar la existencia de perturbaciones más o menos intensas del sistema vago simpático?

Janet continúa expresándose así: "Si quisiéramos juzgar las ideas con más **precisión**, encontraríamos algunas dificultades. En efecto, en la acrodinia encontramos síntomas de *vagotonía* (depresión, fatiga, sudores, salivación, enfriamiento de las extremidades) y síntomas de *simpaticotonía* (insomnio, taquicardia, hipertensión arterial).

¿Hay predominio de uno u otro de estos elementos? Forzoso es confesar que ni el análisis clínico ni las pruebas farmacodinámicas permiten en la hora actual pronunciarse en un sentido exclusivo. Por consiguiente contentémonos con saber que lo que existe es un *desequilibrio vago-simpático*."

De la anatomía patológica nada diremos, ya que las autopsias hasta la fecha no existiendo o siendo **raras**, Lodo lo que al respecto se diga no son sino conjeturas o ideas más o menos confusas que esperan su confirmación.

ETIOLOGÍA

Nada de-afirmativo puede decirse

en cuanto a la etiología de la acrodinia. Tres hipótesis y teorías se invocan en la actualidad para explicar el origen de esta curiosa afección, 1° Teoría Endocrina; 2°, Teoría Tóxica; 3°, Teoría Infecciosa.

La Teoría Endocrina es incapaz de explicar aún de una manera mediocre el conjunto sintomático de la acrodinia. Mucho se ha hablado de una posible insuficiente suprarrenal, pero, quien quiera que conozca lo que son los síntomas de una insuficiencia, estará de acuerdo en que no son precisamente los que constituyen el síndrome que estudiamos en el presente artículo. Por consiguiente, la teoría endocrina sólo debe de ser retenida como un recuerdo histórico o como un accidente en el curso de las múltiples discusiones sostenidas con el objeto de aclarar el concepto etiológico de la acrodinia.

La Teoría Tóxica parece contar con mayor número de partidarios. En este caso la acrodinia no sería sino la consecuencia de una intoxicación exógena. Entre las principales sustancias enérgicas figuran notablemente la ergotina y el arsénico.

En efecto, el ergotismo gangrenoso se inicia por algunos síntomas que recuerdan los de la acrodinia; sensación de hormigueo en las extremidades, astenia, sensación de pesantes, dolor en los miembros, etc. Pero, síntoma capital, es el ergotismo de las manos y los pies adquieren un aspecto violáceo negro más bien y se esfuman; terminada la intoxi-

cación, el enfermo que cura es portador de mutilaciones, accidente que en la regla no se registra en la acrodinia. Por otra parte, entre los antecedentes del paciente no existe la ingestión o absorción de ergotina, cornezuelo del centeno, etc.

El profesor Karl Petren (de Lund, Suecia), ha invocado el arsenicismo crónico basándose en la analogía que hay entre los síntomas de una otra afección. Sin embargo, como muy bien lo hace notar R. Tourquely, es posible que sólo se trate de una simple semejanza y no de identidad. Por consiguiente, no siendo satisfactoria ninguna de las hipótesis precedentes, un último problema nos queda por considerar: la acrodinia tiene un origen infeccioso.

La tuberculosis y la sífilis pueden descartarse conforme a los resultados que nos proporciona el laboratorio. La gripe ha sido incriminada. Pero la hipótesis de una Encefalitis epidémica parece cautivar fuertemente la atención de algunos autores. Sin embargo, numerosos argumentos militan contra este modo de pensar: ausencia de fiebre, ausencia de toda reacción del líquido cefalorraquídeo, falta de los signos clásicos de la encefalitis letárgica, (mioclonias), no existencia de infecciones en los antecedentes del enfermo, etc., etc.

En resumen: nada de preciso se sabe hasta la fecha en cuanto al origen de la acrodinia. Ni la teoría endocrina, ni la tóxica, ni la infecciosa son capaces de explicar claramente la etiología del síndrome. ¿Se

trata entonces de un virus hasta hoy desconocido, neurotrofo, específico. Es lo que nos dirán los investigadores del porvenir.

TRATAMIENTO

La **incertidumbre** en **cuanto** a la etiología del síndrome explica la dificultad de establecer un tratamiento efectivo. De ahí que el médico se vea obligado a instituir una terapéutica puramente sintomática.

Los autores americanos dicen haber obtenido buenos resultados mediante la amig-delectomía, que ellos practican de manera sistemática, en semejantes casos.

Los partidarios de la teoría endocrina emplean con buen resultado, según dicen, la opoterapia suprarrenal.

En Francia la actinoterapia **por** los rayos ultravioleta, cuenta con decididos defensores. "Ella mejora, escriben, rápidamente estos enfermos y acorta la duración de la **acrodinia**. Actualmente debemos tenerla como el tratamiento de elección y recurriremos a ella tan precozmente como posible sea."

A estos medios se **agregará** una

alimentación substancial, y rica en vitaminas.

El insomnio y demás perturbaciones nerviosas serán combatidos por los medios habituales.

Feer dice haber obtenido muy buenos resultados mediante el empleo de la atropina. **Como** se ve por los apuntes anteriores, para combatir la acrodinia, sólo contamos en la hora actual con una *terapéutica sintomática*, más o menos pobre, según el criterio propio de cada médico, o *empírica*, para emplear la expresión de Henri Janet.

M. Echeverría.

París, 13 de julio de 1931.

La guarida más frecuente y desgraciadamente la más ignorada de la infección blemorrágica crónica está situada en las vesículas seminales. Es en el interior de estos órganos que es necesario buscar sistemáticamente el origen de estas múltiples e incesantes recidivas que reinfectan constantemente al viejo blemorrágico y que pueden llegar a engendrar en él la impotencia y la esterilidad. — *Luyt.*

(Viene de la pág. 24)

perimental y que un investigador no debe ¿escuidar,

En cuanto al médico político, casi no es médico y, sin embargo, puede prestar grandes servicios a la medicina.

¿Cuál es la vida privada del médico? En cualquier categoría que esté situado el médico, lleva una vida de trabajo incesante y de renunciamiento. Renuncia a la fortuna, porque salvo raras excepciones, cuando triunfa sólo

a menudo muere en la miseria o gana su vida y la de su familia; deja a los *rayos* en el abandono. Renuncia a todas las pequeñas distracciones: vida mundana, teatro. ¡El teatro! el médico siempre lo tiene delante; el drama, la comedia, el sainete, se representan en su clínica.

Así: el duque de X y su mujer, la duquesa, vienen a consultarle. La duquesa sufre trastornos que inquietan al duque: "Le ruego, doctor, que la examine cuidadosamente". "Caballero, replica el médico indignado, yo tengo la costumbre de examinar cuidadosamente a todos mis enfermos". El duque se retira discretamente y deja a su mujer con el doctor, que le ruega se desnude. La interroga, la explora, la percute, la ausculta, él no encuentra nada, nada. Ella sufre algunos trastornos nerviosos, eso es todo.

"Doctor, yo quiero haceras una confidencia — dice al fin la duquesa, que ha tomado confianza por lo minucioso y discreto del examen. Yo quiero mucho al

duque, mi marido, yo le respeto, yo le venero, yo le quiero mucho." "Como a un padre", interrumpe irónicamente el doctor. "Exacto, continúa la duquesa, él es de mucha más edad que yo. Pero el corazón tiene sus derechas y yo estoy en relaciones con un joven que me gusta mucho y yo tiemblo de que mi marido me descubra y esta ansiedad es la *eau.ª* de mi nerviosismo".

Terminado el examen, el duque entra de nuevo en la clínica y el doctor le tranquiliza *sSo*, e ^{ios} trastornos de su mujer.

ta última se despide pretextando una visita. Una vez solo, el duque le da las gracias al médico y le dice: "Doctor, yo quiero mucho a mi mujer, le tengo un gran cariño y sentiría ser la causa de su enfermedad. Pero usted me comprende, yo soy hombre y tengo mis debilidades. No quiero ocultarle que tengo una amiguita y tiemblo de pensar que mi mujer, si ha descubierto estas relaciones, esté enferma por mi causa".

¿Qué médico no podría contar algunas historias de este género?

Acabaremos considerando la muerte del médico que *es* generalmente valerosa. A menudo es víctima de su profesión y del exceso de trabajo que se impone. Si llega a la vejez entonces se retira, desaparece de escena y se dedica a la lectura, al arte o a la literatura.

Sin exponer la menor crítica del trabajo del señor Sergeant, de-

bemos decir que el orador no ha examinado más que superficialmente el asunto. Laignel-Lavastine distingue dos clases de diagnósticos: el diagnóstico en superficie, es decir, la exposición de los síntomas y el diagnóstico en profundidad, es decir, la investigación de las causas de la enfermedad. Pues bien, haciendo un examen del *médico en la sociedad moderna*, el señor Sergent se ha limitado a hacer un examen en superficie. Hubiera podido investigar porqué el médico de 1930 difiere del de 1830 y aun del de 1880, y hacer el examen de la cuestión en profundidad.

Diversas circunstancias han transformado las condiciones del ejercicio de la medicina y modificado la mentalidad del médico. Estas circunstancias son de orden material unas, otras de orden moral y otras, en fin, **técnicas**.

Las circunstancias de orden material se refieren al cambio de las condiciones de la vida moderna: el teléfono y el automóvil han cambiado completamente el ejercicio de la medicina, sobre todo rural. El radio de acción de cada práctico ha crecido considerablemente y por otra parte el transporte de los enfer-

mos a los hospitales se ha facilitado enormemente.

El desarrollo de la industria, uniéndose a la transformación de los medios de comunicación, ha creado centros industriales donde los obreros se ven obligados, sino en teoría, al menos de hecho, a servirse del médico agregado a la explotación **industrial**.

Esta industrialización del país que amenaza con el abandono del campo, exige toda una legislación social nueva. La protección de la infancia, la beneficencia médica, los seguros por accidente del trabajo, la protección de la mujer embarazada, la lucha contra las enfermedades contagiosas, etc., etc., han sido organizadas y reglamentadas por leyes y decretos y el médico ha sido el agente indispensable de estas reformas. Todas las administraciones, todas las colectividades tienen un médico agregado. De modo que en el momento actual puede decirse que no hay un fiolo médico que de un modo o de otro no esté funcionarizado o asalariado. Se ha llegado al punto en que el médico ha debido recurrir al único medio eficaz para defenderle en su aislamiento, al Sindicato.

Por tanto, no es por gusto ni **por** inconsciencia por lo que el

médico llega al sindicalismo, sino al contrario, porque es obligado y forzado. Esto es tan cierto que los que seguimos la marcha del sindicalismo médico, hemos podido ver que progresa a saltos y que cada salto es el resultado de la aplicación de una nueva ley social.

Los primeros sindicatos que se fundaron tuvieron por objeto responder a las exigencias del ejercicio normal de la medicina, fijar tarifas para evitar una competencia desleal y hacer respetar las reglas de la deontología. La aplicación de la ley sobre beneficencia médica (1883), determinó el primer salto que aumentó el número de sindicatos y sindicatos; nuevo salto cuando la ley de 1898 favoreció el desarrollo de la mutualidad; salto más grande todavía, cuando desde 1899 la responsabilidad patronal en los accidentes del trabajo obligó a los médicos prácticos a salvaguardar sus intereses y su dignidad en la aplicación legal de esta medida; después la ley sanitaria de 1902, las diversas leyes y reglamentos de la profilaxia de las enfermedades transmisibles impusieron más a los prácticos la obligación de agruparse.

Después de la guerra, esta obligación fue más necesaria con la ley de 1919 y su artículo 64 sobre las pensiones; la amenaza de los seguros sociales condujo a la generalización del sindicalismo en todo el **cuerpo** médico. Las discusiones constantes entre las colectividades y los Poderes Públicos y nuestros sindicatos para

permitir al médico vivir y guardar la ilusión de independencia, han modificado indiscutiblemente el espíritu del médico y han tenido una repercusión indudable sobre su manera de ejercer. ¿Se puede criticar al médico si se ha visto obligado a adaptarse al nuevo medio social y a buscar los modos más favorables para él de esta adaptación?

Al mismo tiempo se alcanzaban progresos inauditos lo mismo en la ciencia que en la técnica médicas. La revolución pastonaria, con sus corolarios la antiseptia y la asepsia transformó completamente la cirugía. Todas las operaciones podían ser abordadas con un mínimo de riesgo, pero para esto la casa de salud era indispensable. El enfermo ya no se opera en su domicilio. Las clínicas quirúrgicas se multiplican. Se encuentran actualmente en todas las ciudades aun las menos importantes y a veces aun en el medio rural. De este hecho se deduce una profunda transformación en el ejercicio del simple práctico. Ocurre lo mismo con la obstetricia en las ciudades. El desarrollo de maternidades, de clínicas de partos, de hospitales, ha hecho que en París, el práctico, lo mismo que la comadrona, asistan cada día menos partos a domicilio.

Ciertas enfermedades que, como la difteria o la fiebre tifoidea, constituían la mitad de las ocupaciones del práctico han desaparecido casi completamente o se han atenuado mucho. La vacunación y la aeroterapia preventiva limitan todavía el nú-

mero de enfermos y la duración de las enfermedades.

A todos estos progresos vienen a unirse los descubrimientos; la radiografía, los procedimientos de laboratorio, el desarrollo de las especialidades, de modo que el médico práctico tiene que recurrir a estos medios auxiliares.

Además la extensión de la responsabilidad médica obliga al práctico a recurrir a todos estos nuevos medios de diagnóstico y tratamiento. La menor fractura debe ser radiografiada; sino el médico se hace responsable de una consolidación viciosa. La cura de una herida infectada debe ser seguida de una inyección antitetánica, pues el médico es castigado duramente si el enfer-

mo muere de tétanos. El práctico no ve apenas a los

tuberculosos, éstos frecuentan el dispensario o van a hacer una cura al sanatorio. También le es difícil tratar al sifilítico, porque la necesidad de numerosos exámenes serológicos y las series de inyecciones intravenosas, hacen el tratamiento inabordable para las gentes de escasos medios económicos.

Todos estos progresos hacen que el médico práctico, en otro tiempo un terapeuta, se convierta cada día más en un repartidor, en un intermediario que según los casos dirige a los enfermos a casa de tal o cual especialista, o tal o cual institución sanitaria.

Por otra parte, estas instituciones sanitarias exigen un material tan complicado y costoso, Que el médico encargado de una de ella." se ve obligado a convertirse en el empleado de una administración, como la asistencia pública de París, de una gran industria o de una rica colectividad.

A! convertirse en intermediario el práctico, se ve tentado a seguir las costumbres de todos los intermediarios, contando con una comisión para poder vivir.

Además, en los hospitales, en las clínicas, en las casas de salud, se ha producido la misma evolución que en las industrias bajo la influencia del maquinismo. El artesano se ha retirado ante el obrero de taller. El práctico y aun el especialista aislado, independiente, estos artesanos de la medicina, deben buscar para vivir un puesto en el taller médico.

Todo esto es evidentemente molesto para los que admiran las nobles tradiciones de los médicos de antaño, pero es la consecuencia del progreso y a él debemos plegarnos de buen o mal grado. Estamos en pleno periodo de transición; de aquí el malestar que reina en el cuerpo médico, con todas las faltas y abusos inseparables de toda revolución. Este desarreglo no puede ser más que momentáneo y poco a poco se realizará una nueva organización del ejercicio de la medicina. Sin duda, el médico, provisto de todas las cualidades del práctico de antaño, será cada día más raro, como ya no se encuentra el artesano hábil y concien-

zudo, que como un verdadero artista, ejecutaba una obra perfectamente cuidada. Mas el industrialismo médico, cuyo trabajo en serle será menos perfecto que el trabajo individual hecho por un hombre de conciencia, esperamos que permitirá repercutir sobre todos los beneficios de los descubrimientos científicos, hará desaparecer las enfermedades evitables y disminuirá el número de las demás. En suma, esto será una ventaja para la humanidad.

Al sindicalismo médico corresponde la tarea de tomar parte en esta reorganización inevitable del ejercicio de la medicina, de impedir que en el periodo de transición haya demasiadas victimas, de hacer que la industrialización médica que se anuncia y la cual nadie podrá parar, se haga a favor del médico y que si se convierte en un funcionario de una vasta administración sanitaria sea él que conserve la dirección de esta administración.

Es necesario dar al mundo la paz y la tranquilidad, pues la higiene social seria verdaderamente engaño e ilusión si la humanidad debiera encontrarse un día próximo en frente de un cataclismo más espantoso aún que el vivido hace quince años. Seria inútil cuidar con gran trabajo preciosas existencias, favorecer la natalidad y mejorar la raza humana para llegar a nuevas matanzas y nuevas carnicerías.
—*Spillman*.