

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA

**LA OFTALMOLOGIA EN EL HOSPITAL DEL
NIÑO JESUS DE MADRID. ANALISIS
ASISTENCIAL (1893-1940)**

CLARA JIMENEZ SERRANO

Director: Prof. PEDRO NAVARRO

MADRID, 1994

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

La memoria académica que lleva por título "LA OFTALMOLOGIA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS DE MADRID. ANALISIS ASISTENCIAL - (1893-1940), presentada por D^a CLARA JIMENEZ SERRANO para la obtención del Título Académico de Doctor en Medicina, ha sido realizada en el Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia bajo mi dirección. El mencionado trabajo cumple los requisitos del método científico y sus contenidos son adecuados al objetivo previsto.

V.º B.º
EL TUTOR (2)

Fdo.: _____
(fecha y firma)

D.N.I.:

El Director de la Tesis



Fdo.: Dr. NAVARRO UTRILLA
(fecha y firma)

D.N.I.:

INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

Reunida la Comisión de Doctorado del Departamento de MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA, y una vez examinada la metodología y contenidos del trabajo de investigación realizado por D^a CLARA JIMENEZ SERRANO, emite informe favorable para que sea admitida a trámite.

Fecha reunión
Consejo Departamento

16 de Junio de L.994

El Director del Departamento



Fdo.: Dr. GRACIA GUILLEN
(fecha y firma)

A Javier, Bárbara
y Eduardo.

INDICE

Página

AGRADECIMIENTOS

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| Presentación | 1 |
| Objetivos e hipótesis | 3 |
| Material y métodos | 4 |
| Estado actual de la cuestión | 5 |
| | |
| CAPITULO 1.- EL IMPULSO FUNDACIONAL DEL HOSPITAL | 7 |
| 1.1. Introducción | 7 |
| 1.2. La Fundadora del Hospital | 8 |
| 1.3. El Primer Hospital | 13 |
| 1.4. El Nuevo Hospital | 18 |
| 1.4.1. Situación del Hospital | 18 |
| 1.4.2. Financiación durante el periodo fundacional | 21 |
| | |
| CAPITULO 2.- LOS OFTALMOLOGOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO | |
| JESUS | 27 |
| 2.1. Antecedentes Históricos | 27 |
| 2.1.1. Siglo XVIII y anteriores | 27 |
| 2.1.2. Siglo XIX | 30 |
| 2.2. Síntesis Biográfica de los Oftalmólogos del HNJ | 38 |
| 2.2.1. Cipriano González Pérez. Los cimientos de la especialidad | 38 |
| 2.2.2. Federico Couce y Landa. El primer especialista Jefe del Servicio . | 39 |
| 2.2.3. Francisco Poyales Fresno. La proyección internacional | 46 |
| 2.2.4. José Julio López Lacarrère. La obra ingente y creadora | 53 |
| 2.2.5. Carlos Costi y García de Tuñón. Oftalmología de post-guerra..... | 64 |
| 2.2.6. Otros oftalmólogos publicistas | 69 |
| 2.2.6.1. Faustino Muro Cordero | 70 |
| 2.2.6.2. Fernando González Palacios | 73 |
| 2.2.6.3. José Soto Eciolaza | 74 |
| 2.2.6.4. Angel Torres y Torres | 75 |
| 2.3. Anexo. Aportación bibliográfica de los oftalmólogos del HNJ | 76 |

| | |
|--|----|
| 2.3.1. Cipriano González Pérez | 77 |
| 2.3.2. Federico Couce y Landa | 77 |
| 2.3.3. Francisco Poyales Fresno | 78 |
| 2.3.3.1. Publicaciones | 78 |
| 2.3.3.2. Comunicaciones a congresos y conferencias | 83 |
| 2.3.4. José Julio López Lacarrère | 86 |
| 2.3.4.1. Publicaciones | 86 |
| 2.3.4.2. Comunicaciones a congresos y conferencias | 88 |
| 2.3.5. Carlos Costi y García de Tuñón | 89 |
| 2.3.5.1. Publicaciones | 89 |
| 2.3.5.2. Comunicaciones a congresos y conferencias | 90 |
| 2.3.6. Faustino Muro Cordero | 90 |
| 2.3.7. Fernando González Palacios | 91 |
| 2.3.8. José Soto Eciolaza | 91 |
| 2.3.9. Angel Torres y Torres | 92 |

CAPITULO 3.- PATOLOGIA OCULAR TRATADA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS

| | |
|---|-----|
| 3.1. Introducción | 94 |
| 3.2. Enfermedades de la Conjuntiva | 96 |
| 3.2.1. Conjuntivitis Contagiosa de Weeks | 96 |
| 3.2.2. Tracoma | 99 |
| 3.2.3. Conjuntivitis Purulenta del Recién Nacido | 103 |
| 3.2.4. Oftalmía Escrofular | 109 |
| 3.3. Enfermedades de la Córnea | 110 |
| 3.3.1. Ulceras | 110 |
| 3.3.2. Opacidades | 111 |
| 3.4. Enfermedades de los párpados | 113 |
| 3.5. Enfermedades de las vías lagrimales | 116 |
| 3.6. Iris. Cristalino. Resto de la patología | 118 |
| 3.6.1. Iris | 118 |
| 3.6.2. Cristalino | 119 |
| 3.6.3. Tumores. Desprendimiento de retina | 120 |
| 3.7. Consejos prácticos | 121 |
| 3.8. Estudio estadístico conjunto de la córnea y de la conjuntiva | 122 |
| 3.8.1. Introducción | 122 |

| | | |
|---------------------|--|------------|
| 3.8.2. | Análisis global de los IAC+IACJ durante el periodo 1916-40 ... | 123 |
| 3.8.3. | Análisis por subperiodos | 126 |
| 3.8.3.1. | 1 ^{er} Subperiodo (de 1916 a 1920) | 126 |
| 3.8.3.2. | 2 ^o Subperiodo (de 1920 a 1924) | 131 |
| 3.8.3.3. | 3 ^{er} Subperiodo (de 1924 a 1927) | 136 |
| 3.8.3.4. | 4 ^o Subperiodo (de 1927 a 1935) | 141 |
| 3.8.3.5. | 5 ^o Subperiodo (de 1935 a 1940) | 146 |
| 3.9. | Estudio estadístico de los párpados | 151 |
| 3.10. | Estudio estadístico del resto de la patología | 154 |
| 3.10.1. | Vías lagrimales | 154 |
| 3.10.2. | Cristalino e Iris | 155 |
| | | |
| CAPITULO 4.- | ANALISIS DE LA GESTION DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL | 158 |
| 4.1. | Introducción | 158 |
| 4.2. | Gestión de los recursos físicos | 163 |
| 4.2.1. | La concepción y diseño del HNJ como determinantes de su gestión y organización | 164 |
| 4.2.2. | Instalaciones | 169 |
| 4.2.3. | Equipamiento | 175 |
| 4.3. | Organización de los Recursos Humanos | 189 |
| 4.4. | Análisis de la Actividad Asistencial | 192 |
| 4.4.1. | Indicadores absolutos | 194 |
| 4.4.2. | Indicadores relativos | 199 |
| 4.4.2.1. | Estancia media de los enfermos oftalmológicos | 200 |
| 4.4.2.2. | Indice de ocupación | 202 |
| 4.4.3. | Otros indicadores | 203 |
| 4.4.3.1. | Edad | 203 |
| 4.4.3.2. | Procedencia de los enfermos | 206 |
| 4.4.3.3. | Consultas externas | 211 |
| | | |
| CAPITULO 5.- | RESULTADOS | 213 |
| 5.1. | Introducción | 213 |
| 5.2. | Conclusiones | 214 |
| 5.3. | Nuevas Lineas de Investigación | 223 |

| | Página |
|------------------------------------|--------|
| FUENTES DE ARCHIVO | 225 |
| FUENTES IMPRESAS | 226 |
| BIBLIOGRAFIA CRITICA | 227 |
| PERIODICOS Y REVISTAS | 245 |

ICONOGRAFIA.

- I. Doña María del Carmen Hernández y Espinosa
- II. Don Juan Manuel de Manzanedo y Gonzalo
- III. El Nuevo Hospital
- IV. La Iglesia del Hospital del Niño Jesús
- V. Francisco José Delgado Jugo
- VI. Miguel de Santa Cruz y Orué
- VII. Cipriano González Pérez
- VIII. Federico Couce y Landa
- IX. Nombramiento de Federico Couce
- X. Imposición de la Medalla del Trabajo a Federico Couce
- XI. Francisco Poyales Fresno
- XII. José Julio López Lacarrère
- XIII. Libro-atlas de biomicroscopía de la córnea
- XIV. Fotocampímetro Registrador de López Lacarrère
- XV. Carlos Costi y García de Tuñón
- XVI. Libro-atlas de biomicroscopía del cuerpo vitreo
- XVII. Umbralómetro de Costi
- XVIII. Aparatos de exploración
- XIX. Historia clínica
- XX. Enfermos atendidos en la Sala de Santa Lucía en Enero de 1916
- XXI. Cocina
- XXII. Farmacia
- XXIII. Departamento Hidroterápico
- XXIV. Pabellón de Electroterapia
- XXV. Ropero
- XXVI. La Reina Victoria Eugenia

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer al Profesor Pedro Navarro Utrilla, director de la presente tesis, sus continuas orientaciones y magisterio durante la elaboración de la misma.

Tengo especial deuda de gratitud con el doctor José Manuel Ollero Caprani por su extensa ayuda y apoyo desde el comienzo hasta el final de este trabajo.

Deseo expresar también mi agradecimiento a todo el equipo de la Sección de Estrabología del Hospital del Niño Jesús por su colaboración en la realización de la tesis.

Mi reconocimiento también al doctor Carlos Cortés Valdés, cuya indudable valía profesional y humana alentó mi ilusión por el ejercicio de la oftalmología primero, y por su investigación y estudio después.

Serán inolvidables mis conversaciones frente al Jardín Botánico, con el doctor Gregorio Díaz García del Viso, en las que tanto aprendí sobre la oftalmología madrileña.

A la Institución y sobre todo, a los pequeños pacientes, auténticos protagonistas de la historia.

INTRODUCCION

INTRODUCCION.

Presentación.

Las primeras investigaciones que realizamos, carentes de metodología científica, fueron impulsadas, desde el interés por conocer quiénes fueron los oftalmólogos que nos precedieron en el Hospital del Niño Jesús de Madrid.

El que la oftalmología formara parte de las clínicas del Hospital, desde el momento de su fundación, cuando aún no estaba considerada como especialidad, y siendo muy pocas las personas que se dedicaban al estudio de las enfermedades de los ojos, sumado a que se trata del primer hospital pediátrico fundado en España, representaba un doble atractivo y avalaba el interés de la investigación.

En la búsqueda de información coincidí con el doctor Ollero Caprani, que estaba trabajando sobre la historia del Hospital, y que me facilitó alguno de los documentos que se guardan en los archivos del Hospital.

Al estudiar estos documentos, mi interés por el tema, fue en aumento; los hombres, que se habían dedicado a la oftalmología en el Hospital, eran grandes profesionales de su época, con fama reconocida

nacional e internacionalmente, que habían traído al Hospital la tecnología punta en cada momento. Investigadores y estudiosos, ellos mismos habían diseñado material de exploración y tratamiento que, como es lógico, se incorporó a las salas y consultas que atendían.

Entre los diagnósticos que encontré, tanto en los libros y fichas de las consultas, como en los libros de registro de los niños ingresados, tengo que reconocer que algunos nombres de enfermedades, me eran desconocidos; bien por haber cambiado su nomenclatura o por tratarse de afecciones que afortunadamente ya pertenecen a la historia de la medicina y de nuestra especialidad.

Una cosa parecida me ocurrió con los tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, que empleaban. Los avances de la farmacología han sido tan espectaculares que no han dejado, de aquellos preparados que empleaban a finales del siglo pasado, más que el recuerdo. En cuanto a la cirugía, creo que será suficiente con recordar las novedades que, continuamente, nos están ofreciendo las casas comerciales, para poder apreciar la distancia que nos separa de aquellos tiempos, en que el éxito de una intervención estaba basado en la experiencia, pericia y capacidad de improvisación del cirujano. Cualidades que, por otra parte, también son necesarias actualmente para el éxito de cualquier intervención quirúrgica.

Me había parecido muy interesante, el análisis de la actividad asistencial que José Manuel Ollero, hace al final de su estudio y traté de incorporar su metodología al trabajo que yo estaba realizando.

No he sabido escapar de la magia que para cualquier investigador, tiene el final del siglo XIX y principios del XX. De esta curiosidad ha sido fruto el primer capítulo, que, aunque no se refiere al tema oftalmológico, nos delimita el marco que vamos a estudiar.

El periodo estudiado comprende desde 1893 a 1940. Durante este tiempo, la sociedad española y concretamente la madrileña, han sido testigos de importantes avatares políticos. De los hechos históricos ocurridos en el periodo estudiado, es la guerra civil de 1936 la que presenta tintes más negros. Sin embargo, no hemos querido dejarla fuera de este estudio. Encontramos en este periodo excepcional una patología característica y no debemos olvidar que el Hospital del Niño Jesús, dada la proximidad del frente de batalla, fue un hospital de campaña y aquí se atendían también adultos, hasta que podían ser evacuados a otros hospitales.

Objetivos e hipótesis.

Los hombres que, sucesivamente, se fueron encargando de que el proyecto surgido en 1877 se hiciera realidad, enfrentándose a importantes carencias de medios técnicos, materiales y humanos debían poseer una categoría humana y una capacidad de trabajo, que despierta el interés de cualquier profesional de la medicina que se aproxime a sus biografías.

Existe además otro aspecto tan interesante como el anterior, y es la patología que acudía al Hospital. Por supuesto, muy distinta de la

actual, y que nos permitirá realizar algunas consideraciones socio-económicas y clínico-administrativas sobre el periodo analizado.

El objetivo formal de este trabajo de tesis doctoral es el de estudiar la oftalmología del Hospital del Niño Jesús de Madrid, en el periodo de tiempo comprendido entre 1893 y 1940, desde una perspectiva global e integradora. Se pretende estudiar la asistencia hospitalaria y la repercusión que, sobre ella, efectuaba la organización de consultas y salas, los presupuestos económicos del Hospital y, aunque aquí se cite en último lugar, lo que seguramente fue más importante: el factor humano, su labor asistencial y sus producciones científica y técnica.

Material y Métodos.

Hemos consultado los Archivos no clasificados del Hospital, libros de hospitalización y consultas externas, así como, publicaciones periódicas de la época, tanto científicas como de información general. Bibliografía crítica, que comprende desde la historia de la sanidad en general, hasta la asistencia a la infancia en España, y todo lo relacionado con la especialidad, desde comienzos del siglo XIX, hasta mediados del siglo XX.

Se aplicarán los métodos científicos y técnicos historiográficos correspondientes. Los Indicadores Sanitarios, que se recogen en el *Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria*, publicado por la Subdirección General de Atención Hospitalaria en 1984, permitirán realizar

estimaciones estadísticas y calcular parámetros que permitan, a través de un análisis cuantitativo, enriquecer los aspectos descriptivos.

Los fundamentos básicos de la metodología que se ha de aplicar, recogen el enfoque de los ya utilizados en la Tesis Doctoral que presentó, en el Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense de Madrid, José Manuel Ollero, y que dirigida por el profesor Pedro Navarro, obtuvo la calificación Apto "Cum Laude" en fecha 21 de Noviembre de 1990.

Estado actual de la cuestión.

No existe ningún trabajo publicado de contenidos similares en cuanto a la orientación, hipótesis, extensión y profundidad del análisis asistencial efectuado. Es el primero que se realiza sobre la oftalmología en el Hospital del Niño Jesús. Tampoco conocemos ninguno, en el que se haga un estudio de la patología oftalmológica, en un periodo de casi medio siglo.

Hay varios autores que en su obra hacen referencia al Hospital del Niño Jesús de Madrid. El más completo es sin duda la Tesis Doctoral de Ollero Caprani, que narra la historia del Hospital, desde su fundación hasta el año 1919, estudiando la actividad asistencial llevada a cabo en el centro entre los años 1890 y 1919.

En *El Hospital de Niños. Revista teórico práctica de Paidopatía*, fundada y dirigida por Manuel Tolosa Latour, y de la cual era director honorario y fundador don Mariano Benavente, en su número del mes

de julio de 1884, hemos encontrado continuas referencias al Hospital; a su fundación, su desenvolvimiento y a la crisis que sufrió a finales del siglo XIX. Hacen referencia a la patología que ocupaba las salas del hospital y, en algunos casos, a los tratamientos que instauraban.

Más tarde, en 1917, Cipriano González Pérez, dictó dos conferencias, que luego fueron publicadas en *La Pediatría Española* y que han servido de punto de partida para posteriores artículos que, sobre el Hospital, se han publicado. Ligado al Hospital desde el momento de su nacimiento, era una de las personas que mejor conocían su trayectoria histórica desde que se fundara.

Otros autores como Antonio Espina y Capo, Alvarez Sierra, Sánchez Grangel, hacen referencia al Hospital en alguna de sus obras.

En 1961, Juan Garrido Lestache publica en la *Gaceta Médica Española*, en sus números de Julio y Agosto de 1961 el "Hospital del Niño Jesús. Su historia. Su evolución. Su influencia en el desenvolvimiento de la pediatría española. Año 1876-1961". Donde describe los momentos más significativos del Hospital en puertas de su centenario.

La Oftalmología Española es estudiada por Grangel, en su obra *Historia de la Oftalmología Española*. En este mismo año 1964, Munoa Roiz da a conocer su *Historia de la Oftalmología Española Contemporánea*. No quisiera pasar por alto el trabajo que para la obtención del grado de doctor escribe Linares Montes y que lleva por título *Evolución de la Oftalmología en España*.

CAPITULO 1
EL IMPULSO FUNDACIONAL DEL
HOSPITAL

CAPITULO 1.- EL IMPULSO FUNDACIONAL DEL HOSPITAL.

1.1.- Introducción.

Al comenzar cualquier estudio médico-sociológico sobre el Madrid de mediados del siglo XIX, parece necesario hacer referencia al hambre, condiciones de vida y a las múltiples epidemias que de forma constante padecían sus habitantes.

La situación de la infancia era todavía más sombría. A finales del siglo, la cuarta parte de la población no alcanzaba el año de edad y más del 40 por ciento no sobrepasaba los cinco años.

La mortalidad en Madrid era alarmante. Revenga se refiere a ella cuando habla de "Madrid, ciudad de la muerte", siendo esta aseveración compartida por la mayoría de escritores de finales del siglo XIX. La situación adquiere mayor dramatismo, cuando se hace referencia a la mortalidad en la infancia. Las tasas de mortalidad infantil presentan importantes diferencias de unos distritos a otros, siendo más bajas en los de más alto nivel económico, debido a diferentes factores, como la mejor alimentación de sus moradores, las condiciones de habitabilidad de las casas, la mayor ventilación y luminosidad, y las mejores condiciones higiénicas en general. En un estudio del año 1901, nos encontramos que, de los 191 fallecidos en el distrito de Palacio, 80 no

rebasaban los cuatro años y, en el de Universidad, de un total de 262, eran 130 los que tenían menos de cuatro años¹.

La Beneficencia Pública, aún siendo la de Madrid una de las mejor dotadas económicamente (de los 86 millones de bienes propios de la Beneficencia Española, pertenecen a Madrid 25.462.501,53 pesetas en 1887), es totalmente insuficiente para socorrer a los indigentes, marginados y enfermos que viven en la capital. Esto hace que aparezcan en Madrid establecimientos promovidos por la Beneficencia Privada.

1.2.- La Fundadora del Hospital.

Como contrapunto de este panorama, desolador a todas luces, existen en Madrid grandes fortunas como el caso de Juan Manuel de Manzanedo y Gonzalo. Nacido en Santoña y que emigró a Cuba en 1823, donde comenzó trabajando como criado y demandero, luego fue sombrerero. Se dedicó a los negocios en la Habana, ejerciendo de prestamista usurero (los intereses que cobraba estaban por encima del 12,5 por ciento anual). El éxito de estas empresas le llevó a crear una casa de banca. En 1845 regresa a España con una gran fortuna, estimada en 50 millones de reales, que supo incrementar por medio de sus inversiones en Madrid, donde se estableció.

Compró, en 1874, la casa-palacio situada en la esquina de la calle del Príncipe con la calle Huertas, y se la entregó en donación de arras a su esposa. Habían vivido en este edificio, entre otros, el Príncipe de Marruecos Muley Xequé (también conocido como el Príncipe Negro).

¹.- Fernández García, A. "La población madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico". *La sociedad madrileña durante la Restauración. 1876-1931*. Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura. Madrid, (1989).

En 1731, el Palacio pasa a ser propiedad de Juan Francisco Goyeneche, quién realiza en él importantes obras que fueron encargadas al arquitecto Pedro de Ribera. En los primeros años del siglo XIX, fue alquilada al Estado, albergando a la Contaduría del Pósito.

Don Juan Manuel fue uno de los principales introductores del capital esclavista cubano en Madrid. Adquiere la mayor parte de los inmuebles de los alrededores de la Puerta del Sol; en 1858 compra las casas de Santiago Alonso Cordero quien, acosado por las deudas, carecía de liquidez para mantenerlas. Manzanedo compró estas casas por 1.600.000 reales; menos de lo que le costaron a Cordero 24 años antes.

Se dedicó también a los negocios relacionados con la banca, contratas de tabaco, inversiones en bolsa, y a toda clase de especulaciones mercantiles. Fue el principal obligacionista en el empréstito Osuna al suscribir el 20 por ciento del total, que equivalía a 22 millones de reales, consiguiendo el control indirecto de la Casa Ducal de Osuna.

Dominaba el tráfico comercial de salida por el puerto de Santander, ya que era el presidente de la compañía de ferrocarril de Alar a Santander y propietario de los muelles de Maliaño. Invierte en fincas rústicas en la provincia de Toledo, a las que no sacó ningún rendimiento, lo que hace suponer que el objeto de su adquisición fue el prestigio social; no debemos olvidar que la nobleza de cuna poseía grandes extensiones de terreno en el campo, que ni siquiera visitaba.

En el sector industrial, sólo conocemos la inversión que realizó adquiriendo una fábrica de azúcar en Motril. Hubo años, como el de 1880, en que fue el español que más contribuyó a la Hacienda Pública.

Perteneció al partido moderado hasta 1868. La Reina Isabel II, como compensación a su fidelidad, le nombra Marqués por un Real Decreto de 24 de Febrero de 1864.

A la caída de la Monarquía, se convierte en un firme defensor del nuevo régimen. Pero la radicalización de éste y, sobre todo, el intento de abolición de la esclavitud en Cuba y Puerto Rico, hizo que el Marqués de Manzanedo se fuera aproximando, cada vez más, a los Alfonsinos residentes en París. Eligió el camino del exilio, primero a Biarritz, y después a París, como hiciera la mayor parte de la burguesía acomodada de Madrid².

Contribuyó de forma muy activa a la restauración de la Monarquía en España. Prugent estima en 10 millones de reales su aportación a la causa de Alfonso XII, y es muy frecuente ver su nombre unido al del Duque de Alba, Duque de Baena, Marqués de Alcañices y al de políticos como Cánovas, Moyano, Romero Robledo, hombres todos ellos decisivos para que Don Alfonso XII ocupara el trono que, años antes, tuviera que dejar su madre Isabel II.

En 1875 fue nuevamente ennoblecido, en esta ocasión por Alfonso XII que le da el título de Duque de Santoña "por los leales servicios prestados a la corona". Fue también Concejal, Diputado, Senador del Reino, Gentil-hombre de Cámara, Gran Cruz de Beneficencia y de Isabel la Católica.

Murió el Marqués de Manzanedo en la villa de Santoña, donde había nacido, el 19 de Agosto de 1882. Fue enterrado en la sacristía de la Capilla del Colegio de Santoña. Dejaba una fortuna superior a los 2.000 millones de reales.

².- Bahamonde Magro, A. *El horizonte económico de la burguesía madrileña*. U.C.M. Madrid, (1981).

Con este hombre se casó María del Carmen Hernández y Espinosa. Había nacido, la que con el paso del tiempo sería Duquesa de Santoña, en Motril en 1829. Contrajo matrimonio con un oficial del Ejército llamado José de Heredia y Ruiz de la Cámara, del que tuvo descendencia (dos hembras y un varón).

Viuda, bastantes años después se casó con el Marqués de Manzanedo. En los nueve años que duró este matrimonio, llevaron a cabo múltiples obras de caridad: la Fundación del Colegio de segunda enseñanza, denominado de San Juan Bautista, y el Hospital colocado bajo la protección de Nuestra Señora del Puerto, en la villa de Santoña; un colegio en Pinto, un proyecto de casas para obreros pobres (que según documentación que hemos recogido, no se llegó a construir), donaciones para el sostenimiento de la Asociación de Escritores y Artistas, pero sobre todo, la fundación del Hospital del Niño Jesús.

En su construcción y mantenimiento, no interviene, de forma directa, el Marqués de Manzanedo nada más que en la suscripción mensual de 200 reales. Prueba de ello es que en el largo pleito que mantuvo la Duquesa Viuda de Santoña con Josefa Manzanedo Intentas (hija natural del Marqués de Manzanedo, legitimada el 21 de Agosto de 1857, cuyos títulos heredó al no tener descendencia el matrimonio de su padre con doña María del Carmen), por la herencia de su esposo y padre respectivamente, no aparece en ningún momento el Hospital del Niño Jesús, considerando siempre a doña María Hernández como fundadora y propietaria de dicha institución.

Sin embargo, estamos convencidos de que Juan Manuel de Manzanedo jugó un importante papel en el mantenimiento del Hospital del Niño Jesús, pues la Duquesa de Santoña, con una periodicidad de

seis meses, debía presentarle las cuentas de los gastos que realizaba, y no ofrece la más mínima duda que el temperamento pragmático y realista del Marqués serviría de amortiguador al carácter impulsivo y querulante de su mujer.

Mujer inquieta y sin duda luchadora, la Duquesa de Santoña fue consciente de la necesidad de sacar a los niños de los hospitales de adultos, donde compartían con ellos las habitaciones y, a la vez, facilitar a los médicos lugares donde pudieran estudiar y tratar las enfermedades de los más pequeños. La pediatría aquí, todavía no era considerada una especialidad, aunque ya funcionaban en Europa algunos centros de asistencia a la infancia:

- "*Dispensary for Poor Children*". Fundado en Londres en 1769 por *George Armstrong*. Fue el primer hospital pediátrico.
- "*Hospital de Niños de Viena*". Fundado en 1787 por *Joseph Johann Mastalir*.
- "*Children's Hospital*". Fundado en 1852 por *Charles West*. Estaba situado en Great Ormond Street de Londres.
- *Carl Hennig*, dirigió en Leipzig una policlínica pediátrica (1855) y en la misma ciudad fundó en 1863 un hospital infantil.
- *Theodor August Steffen*, fundó en Stettin en 1853 un hospital pediátrico que él mismo dirigió.
- *Ludwing Mauthner von Mauthstein*, fundó en la capital del Imperio Austrohúngaro en 1844 la primera clínica pediátrica.

Pero serían los hospitales infantiles franceses (*"Maison de L'Enfant Jesus"* fundado en 1751 y el *"Hopital des Enfant Malades"*, ambos en Paris), cuyo funcionamiento pudo conocer más detalladamente durante sus estancias en París la Duquesa de Santoña, los que la sirvieron de modelo para la fundación del Hospital del Niño Jesús. Sin olvidar el *"Opedale del Bambino Gesú"*, fundado en 1869 por la Duquesa Arabella Salviati, en Roma. Hospital que sin duda también conocía, dados sus frecuentes viajes a la Ciudad Eterna.

1.3.- El Primer Hospital.

En sus viajes por Europa, recordemos que en París también tenía residencia, doña María Hernández tomó contacto con estos hospitales. y, asesorada por personal competente, consigue que una Real Orden del 26 de Marzo de 1876 la autorice a fundar hospitales de niños en Madrid y otros puntos de la península.

Se constituyó, entonces, la "Asociación Nacional para la Fundación y Sostenimiento de Hospitales de Niños en España", de la que era presidenta honoraria la Infanta Doña Isabel. Rápidamente, comenzaron las gestiones para la fundación del primer hospital para niños pobres de nuestro país, que se conocería con el nombre de Hospital del Niño Jesús. Estaba situado en un inmueble en el número 23 de la calle del Laurel. El nombre de la calle fue motivado por la existencia de un frondoso laurel en una huerta y, después de haber sido durante algún tiempo una designación puesta por los vecinos, pasó a tener confirmación oficial. Esta calle se encontraba entre el Paseo de las Acacias y el del Canal. Barrios del Gasómetro y de las Peñuelas, distrito de la Inclusa, Parroquia del Corazón de María.

El índice de mortalidad del distrito de la Inclusa era a finales de siglo de un 33,85 por ciento, sólo superado por las cifras que hacen referencia al distrito del Hospital. No obstante, debe tenerse en cuenta, que el mayor número de defunciones de este distrito se debe a los centros asistenciales radicados en la zona, descendiendo considerablemente las que se refieren a su vecindario autóctono. La tasa de natalidad se situaba alrededor de un 3,8 por ciento, muy por encima de la de otros puntos de España y, por supuesto, de las que eran consideradas habituales en Europa.

La inauguración oficial del Hospital tuvo lugar en la tarde del 14 de Enero de 1877. Asistió S.M. el Rey, S.A.R. la Serma. Princesa de Asturias, el Ministro de Gobernación y Fomento, el Obispo Auxiliar, el Gobernador Civil de Madrid, las Juntas Directivas de Damas y Caballeros y Profesores Médicos y Cirujanos del establecimiento.

A la llegada del Rey y la Princesa de Asturias al Hospital, se echaron al vuelo las campanas del barrio de las Peñuelas, que fueron estrenadas para esta ocasión. La fachada del edificio aparecía adornada con multitud de banderas, gallardetes y arcos de ramaje.

Estaba el Hospital formado por seis salas con todas las dependencias necesarias, las camas eran de hierro, de la misma clase y forma de las que había en el Asilo de Roschild de Paris; junto a cada cama había un plato, una taza y un vaso de metal para cada enfermo. Todas las salas, estaban equipadas con estufas con tapafuegos. En un primer momento, se las conocía con los nombres de, Jesús Nazareno, San Juan, San José, Santa María, Santa Lucía y San Luis.

Completaban la dotación general, un bonito oratorio, salaroperos, sala especial para operaciones quirúrgicas, ropa abundante y excelente, así como el mobiliario imprescindible.

En la sala para operaciones quirúrgicas, Tejada y España, Arnús Fortuny y Espina y Capo, operaron de un dedo supernumerario en la mano izquierda a una niña de año y medio, llamada Purificación García y que ocupaba la cama número 1 de la sala de Jesús Nazareno³. El instrumental que había servido para la operación, fue entregado, manchado de sangre, a la Duquesa de Santoña.

La fundadora, al ir a colocar a un niño en una de las cunas, pidió permiso a la Princesa de Asturias para que dicha cuna llevara el nombre de la Augusta Señora.

En la capilla provisional, el Obispo Auxiliar pronunció una plática encomiando los beneficios de la caridad. A continuación se cantó un TE DEUM en acción de gracias, dándose por finalizado el acto mediada la tarde.

A partir del día siguiente, lunes 15 de Enero, todos los días desde las 9 de la mañana a las 4 de la tarde, estaría abierta la consulta pública del Hospital del Niño Jesús⁴.

Fue el doctor Arnús el primer director que tuvo el Hospital. Gran escritor, a la vez que notable matemático, había ocupado la dirección de varios establecimientos balnearios de reconocido

³.- Estos datos han sido recogidos en numerosas publicaciones periódicas de la época. Cipriano González Pérez, también se refiere a ello en idénticos términos. Sin embargo en los libros de ingresos del Hospital, la niña Purificación García Méndez que ocupaba la cama número uno de la sala de Jesús Nazareno, tenía cinco años y el único diagnóstico que aparece es el de Constipación.

⁴.- *Diario Oficial de Avisos de Madrid*. Lunes 15 de Enero de 1877.

prestigio. Murió en Madrid el 23 de Febrero de 1879 a los 66 años de edad.

Se implantaron los servicios de Medicina, Cirugía y Oftalmología, y a los dos meses eran vistos diariamente unos 120 niños de forma ambulatoria, siguiendo en proporción ascendente la concurrencia a este centro.

Esta primera prueba fue todo un éxito, ingresando principalmente las afecciones crónicas y quirúrgicas. Rápidamente se ocuparon las 60 camas disponibles.

La Fundadora haciéndose eco de la Ley de Beneficencia de 23 de Enero-6 de Febrero de 1822, que en su Artículo 14 decía: *Las Juntas municipales preferirán en lo posible las Hermanas de la Caridad para desempeñar todos los cargos de beneficencia....*, encargó, a las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, el cuidado de los niños ingresados. Siendo Sor Rosalía Blanchard la primera superiora que tuvo el Hospital.

El 23 de Enero de 1877, se reunió la Junta Auxiliar de la Asociación y en virtud del artículo 14 de los Estatutos de los Asilos Benéficos, según el cual estos asilos se sostienen por la caridad pública, se crearon las Juntas de Señoras y Caballeros en cada distrito y en cada barrio, recogiendo los donativos y enviando al Hospital a los niños que lo requerían.

Se cobraría mensualmente. Los niños que se suscribieran por una peseta al mes, como mínimo, recibirían un diploma con el título de "Amigos de los Niños Pobres". Las personas mayores que pagasen más de cinco pesetas al mes, recibirían un diploma de "Protectores de los

Niños Pobres". Los que quisieran consagrar una cuna a la memoria de un ser querido, cuya dedicatoria se fijaría a la cabecera, abonarían ocho duros mensuales.

De igual forma, se utilizó para el mantenimiento del Hospital, la recaudación de fiestas y bailes, como el de máscaras celebrado en el Teatro Real el Domingo de Carnaval (11 de Febrero de 1877), al que tenía anunciada su asistencia S.M. Alfonso XII, pero debido a una enfermedad, que le retuvo en cama, no pudo asistir.

En Abril de este mismo año, la Duquesa de Santoña da una orden por la que se ofrecerán en el Hospital del Niño Jesús, consulta y medicamentos gratis a todas las personas que acrediten ser pobres de solemnidad.

En este mismo mes, aparece en una hoja suelta, suplemento a *El Criterio* y con el título de <Hospitales de niños>, un escrito bajo el epígrafe de "Una incógnita despejada", donde el Vizconde de Torres Solanot vierte algunos juicios desfavorables sobre la gestión de la Duquesa de Santoña al frente del Hospital del Niño Jesús.

El día 20 de Abril de este mismo año, ante el juez municipal del distrito del Hospicio, Jose Oñate y Ruiz, comparece el Vizconde de Torres Solanot a petición de Luis Lumbreras, como apoderado de la Duquesa de Santoña, acompañado de Rafael González de la Cruz en concepto de hombre bueno, para que se retractara y diera satisfacción cumplida de las "injurias graves y calumnias inferidas a la Sra. Duquesa". En las actas de esta comparecencia, se recoge que "como el dicente al publicar la referida hoja no ha tenido ánimo ni intención de injuriar a la Señora Duquesa..... y quiere que se considere como no puesta la frase que resulte insultante".

Con fecha 21 de Abril, aparece, en el *Diario de Avisos de Madrid*, un comunicado firmado por el Vizconde, en el que dice que todo lo que expresó en la hoja es verdad, que lo hizo para defender su honra y que, a su vez, ha demandado a la Duquesa.

A finales de este mismo mes, la fundadora se dirige al Ministro de la Gobernación, pidiéndole que nombre una comisión que revise las cuentas de ingresos y gastos del Hospital del Niño Jesús. Como consecuencia directa de este estado de cosas, comienza a tambalearse la Asociación Nacional para la Fundación y Sostenimiento de Hospitales de Niños.

Al poco tiempo, se disolvió la Asociación, quedando al frente del establecimiento su fundadora. Los medios económicos, con que contó a partir de este momento, fueron los procedentes de una suscripción que encabezaba el Duque de Alba, los beneficios de una rifa autorizada por una Real orden de 2 de Agosto de 1876, y los donativos del pueblo de Madrid.

1.4.- El Nuevo Hospital.

1.4.1.- Situación del Hospital.

En vista de los excelentes resultados iniciales del Hospital, se efectuaron los estudios preliminares para su ubicación en otro lugar que reuniera mejores condiciones y fuera más amplio. La Sociedad de Beneficencia había adquirido unos terrenos, situados en la Moncloa, entre la cárcel y el Hospicio de San Bernardino, y que cedió a la Duquesa de Santoña para los nuevos edificios del Hospital del Niño

Jesús. No conocemos la causa pero la Duquesa los rechazó, prefiriendo el lugar que ocupa en la actualidad.

Se situó el nuevo edificio en la zona conocida como Ronda de Vallecas, un paraje solitario donde solían celebrarse muchos desafíos y al que acudían los suicidas para acabar con su vida. La calle lleva el nombre de Menéndez Pelayo desde el 17 de Noviembre de 1915.

En estos terrenos cedidos por la Duquesa de Santofña y que con anterioridad habían pertenecido al Marqués de Perales, al que se le compraron pagando por ellos cantidades que variaron entre las 5 y las 10 pesetas por metro cuadrado, se colocó la primera piedra del nuevo edificio el seis de noviembre de 1879, y el uno de Diciembre de 1881 comenzó a funcionar el nuevo Hospital.

Aunque en un principio su situación parecía alejada del centro, poco a poco se fue edificando en sus alrededores. Construyéndose a su lado la estación de ferrocarril de Tajuña. Tenía además una entrada al parque del Retiro, que fue hecha provisionalmente en el muro y que aumentó su importancia, cuando años más tarde desapareció la antigua tapia aspillerada que rodeaba el parque, y fue sustituida por la actual verja.

Tenía el terreno forma de pentágono irregular, con un total de 28.135 metros y 80 decímetros cuadrados de superficie. El total edificado era de 9.132 metros y 20 decímetros cuadrados, que se distribuían en dos plantas de 6.863 metros y 60 decímetros cuadrados, y una planta de 2.268 metros y 60 decímetros cuadrados.

Posteriormente tuvo lugar una ampliación de los mismos. Los terrenos fueron medidos y tasados por los arquitectos de la Junta

Provincial de Beneficencia, Santiago Castellanos y el nombrado por la Señora Marquesa viuda de Cubas, Francisco Mendoza, según certificación expedida por los mismos el seis de Mayo de 1899, en la cantidad de 129.058 pesetas con 21 céntimo. Es autorizada la compra, por acuerdo tomado en la sesión celebrada por la Junta el 16 de Mayo de 1899, según certificado expedido el dos de Junio de 1899 por el Secretario Administrador, Pedro Durán y Pelayo, con el visto bueno del Presidente, el Marqués de Urquijo, en precio de 129.058 pesetas con 21 céntimos. Pagándose a la Marquesa viuda de Cubas con un talón contra el Banco de España por valor de 121.661 pesetas con 33 céntimos. El resto de 7.396 pesetas con 48 céntimos, es el importe de la venta de la finca que Francisco de Paula Arrillaga, también en nombre de la Junta Provincial de Beneficencia, hace por la misma escritura a la Marquesa de Cubas, dando por terminada esta transacción.

Con mayor detenimiento se efectuará una descripción y análisis detallados de la configuración del Hospital y de sus dotaciones en instalaciones y equipamiento, señalaremos de momento que el edificio, cuyos planos fueron obra del arquitecto Francisco Jareño y Alarcón, fue uno de los mejores hospitales de su género construidos en Europa. Es posible que la Duquesa presentara los planos del edificio al Sumo Pontífice pues, según ella nos relata con posterioridad, en uno de sus viajes a Roma, se entrevistaría con el Papa para comentarle la marcha del Hospital y pedirle consejo.

Como muestra de la relevancia de la obra del Hospital pueden señalarse dos hechos puntuales ocurridos durante el periodo fundacional, el primero es que en 1885, la Duquesa de Santoña ofreció al doctor Ferrán fundar un laboratorio. Desgraciadamente esta propuesta no se consolidó, posiblemente por considerar Jaime Ferrán

más interesante una similar que en este año le hizo la Universidad Central.

El segundo es que con fecha de tres de Diciembre de 1890, José de Letamendi en su calidad de decano de la Facultad de Medicina de Madrid, eleva un memorial al Ministro de Fomento, en el que considera que es el Hospital del Niño Jesús, el que mejores condiciones ofrece para convertirse en el Hospital Clínico de la Universidad Central⁵.

1.4.2.- Financiación durante el periodo fundacional.

El establecimiento empezó sosteniéndose, como ya hemos referido, con una suscripción nacional, otros donativos y la rifa nacional del Niño Jesús, que fue suprimida por ley de 31 de Diciembre de 1881. Según recoge su artículo 1º:

Desde 1º de Enero de 1882 quedan suprimidas todas las rifas de carácter permanente autorizadas hasta el día.....

Al suprimir la rifa y en compensación, el Estado se comprometió a pagar una subvención para mantenimiento del Hospital según recoge la sentencia del T. C., con fecha 27 de Octubre de 1888.

La subvención que el Estado se comprometió a pagar por virtud de esta Ley al Hospital del Niño Jesús fue de 96.330 pesetas. Las Asociaciones que aceptaron estas subvenciones perdieron su carácter de

⁵.- J. de Letamendi. *Obras Completas. Tomo III*. PP. 129-130. Ello es, Exmo. Sr., que ninguno de los actuales nosocomios de Madrid reúne las condiciones que el del Niño Jesús ofrece para Hospital Clínico digno de la Universidad Central.

Cierto que su conclusión acarrearía al Estado mayores gastos que cualquier otro de los propuestos acomodamientos; mas también lo es, Exmo. Sr., que con solo concluir el edificio obtendría esta Facultad todo cuanto por su concepto anhela, y es, tener pronto un hospital bueno y nuevo.

establecimientos de beneficencia particular y adquirieron el de establecimientos de beneficencia general.

La Señora Duquesa no quiso cobrar nunca esta subvención, seguramente para no perder el carácter de beneficencia particular que tenía el Hospital. Sabemos que la subvención fue aumentada en 1908, cuando el Hospital era gobernado por la Excelentísima Junta Provincial de Beneficencia

Doña María Hernández enviudó de nuevo, como ya hemos referido, en 1882 y su gran fortuna comenzó a menguar. Los interminables pleitos que mantuvo con Josefa Manzanedo, y que describe con todo detalle en su libro *Expoliación Escandalosa. Historia del laudo dictado en la testamentaría del Excmo. Sr. Duque de Santoña por los Sres. Gamazo y Azcárate*, fueron minando su hacienda y su salud⁶.

Sin entrar en la descripción exhaustiva de dichos pleitos nos interesa más señalar su causa, relacionada sin duda con sus propiedades. Apuntaremos que el 25 de Enero de 1890, hace una valoración de sus bienes en 60 millones de pesetas, que correspondería a: Carta dotal, derechos de testamentaría de su marido, adquisiciones de viuda, ganaderías de todas clases, alhajas, pinturas, tapices, plata, muebles, Hospital del Niño Jesús y alimentos adelantados al Hospital.

El 28 de Agosto de 1893, al hacer de nuevo balance de sus bienes, afirma estar totalmente arruinada; que no tiene de su propiedad más que la cama que ocupa en un hotel y no está segura de no tener que desprenderse también de ella.

⁶.- Duquesa vda. de Santoña. *Expoliación Escandalosa. Historia del laudo dictado en la testamentaría del Exmo Sr. Duque de Santoña por los Srs Gamazo y Azcárate*. Imprenta E. F. de Rojas. Madrid, (1894).

En 1888, en *El Hospital de Niños. Revista Práctica de Pediatría*, aparecen unas cartas al doctor Mariano Benavente⁷, en las que podemos leer ".....La calefacción abandonada por haberse inutilizado los caloríferos por anegación de los subterráneos con aguas sucias procedentes de pozos negros....", y más adelante, "...Las cenas con que se compensaban las noches de guardia, tenían tan malas condiciones, que los médicos se veían obligados a salir del edificio para comer en la fonda....."

Estas cartas firmadas por "Dr. Fausto" fueron, sin duda, debidas a la pluma de Tolosa Latour, ya que, en alguna de ellas, describe con todo detalle la forma tan tormentosa con que terminó su relación con la Duquesa y con el Hospital del Niño Jesús.

En Enero de 1888, es presentada a las Cámaras una interpelación por los diputados y médicos señores Baselga y Gimeno, en la que hacen constar la mala situación del Hospital del Niño Jesús, y abogan por la dignidad profesional de los facultativos de este Hospital, a la que califican de maltrecha.

La Gaceta de Madrid, con fecha del seis de Diciembre de 1889 y en su número del 10 de Diciembre de 1889, publica una resolución de autos que sigue Luis Lanlincoux contra la Duquesa Viuda de Santoña, por la que sale a subasta un terreno de su propiedad, de 1.294 metros, situado a espaldas del Retiro e inmediato al Hospital del Niño Jesús. Limitando al norte con propiedades de la Marquesa Bárboles, al oeste con la Ronda del Retiro, el resto formando un ángulo de noventa grados y midiendo 31,70 metros, divide este solar con el terreno restante del Hospital. Está tasado en 25.000 pesetas⁸.

⁷.- Don Mariano Benavente, había fallecido el 13 de Abril de 1885.

⁸.- *Gaceta de Madrid*. 6 de Diciembre de 1889.

De igual forma, existe un embargo decretado por el Juzgado de primera instancia del Distrito de la Inclusa de esta Corte, y Escribanía de Antonio Ciudad, en virtud de los autos instados por Miguel Mathet, contra la Duquesa de Santofña, como Presidenta Fundadora de la Asociación Nacional para la Fundación de Hospitales de Niños, sobre pago de 1.764 pesetas con 69 céntimos, e intereses a razón de un seis por ciento a que fue condenada dicha Señora por sentencia firme y por 3.000 pesetas más para costas.

Hay otro embargo decretado por el Juzgado del Sur de esta Corte, en los autos instados por Luis Lombinon, contra la Duquesa, sobre pago de 4.087 pesetas con 35 céntimos de principal y por 10.912 pesetas con 65 céntimos por intereses y costes. Tanto este embargo como el anterior recaen también, sobre terrenos del Hospital del Niño Jesús.

Por una Real Orden de 27 de Noviembre de 1889, el Ministerio de Gobernación comunica, que ha sido nombrada la Junta Provincial de Beneficencia, patrona y administradora del Hospital del Niño Jesús y autorizada por otra Real Orden del Ministerio de la Gobernación de 24 de Febrero de 1890, dictada de acuerdo con el Consejo de Estado y ampliada por otras dos posteriores una de fecha 14 de Abril y otra de 31 de Octubre del mismo año de 1890, para construir un Asilo de Niños Huérfanos, representada dicha Junta en la escritura por Francisco de Paula Arrillaga y Garro, vocal de dicha Junta Provincial de Beneficencia, reuniéndose en un solo patronato las dos instituciones, Hospital del Niño Jesús y Asilo de San Sebastián, denominándose "Asilo y Hospital del Niño Jesús"⁹.

⁹.- Registro de la propiedad de Madrid. Finca 1.660. Tomo 80.

A pesar de la relación que de sus bienes hizo en 1890 la Duquesa, el 27 de Noviembre 1889, por una Real Orden de Gobernación dejó de regir el Hospital, encargándose de su dirección y administración la Excelentísima Junta Provincial de Beneficencia, como hemos señalado con anterioridad. Durante algún tiempo, la Duquesa se opuso a esta resolución, considerando que era una retención ilegal la que el gobierno hacia del Hospital.

Pasó sus últimos años la Duquesa de Santoña en una modesta casa de la calle Olózaga de Madrid.

Murió el 14 de Octubre de 1894. Pero más de cien años después de su fundación, el Hospital del Niño Jesús, al que con tanto cariño se entregó, sigue cumpliendo sus servicios de asistencia a la infancia madrileña y española.

El Hospital siguió su andadura. En 1908, se mantenía entre los 956 establecimientos benéficos existentes en Madrid y que se debían a fundaciones particulares. En ese año el edificio esta valorado en 1.117.000 pesetas. Su capital ascendía a 360.760,43 pesetas. Que desglosadas corresponden a:

- Fincas rústicas..... 120.535,43 ptas.
- Inscripciones..... 71.725 "
- Títulos..... 153.000 "
- Acciones de banco..... 15.500 "

Las rentas anuales que recibía por sus bienes (que ascendían a 1.357.225 pesetas) eran de 170.419 pesetas. Forma parte de esta renta una subvención de 50.000 pesetas, consignada en los presupuestos

generales del Estado¹⁰. En concepto de limosnas o donativos recibía 6.202,57 pesetas.

Con la perspectiva que dan más de cien años de historia, pensamos que fue una suerte para nuestro Hospital pasar a depender de la Beneficencia Provincial, aunque hubiese sido de desear un trasvase de competencias menos traumático. De haber seguido perteneciendo a la beneficencia privada, con toda probabilidad hubiera terminado sus días con el siglo, como les sucedió a otras muchas instituciones de este género. La historia parece demostrar que la supervivencia de las organizaciones viene en su mayor parte garantizada por el sometimiento, en la totalidad o en parte, de su funcionamiento a los dictámenes del mercado o, cuando menos, a una gestión basada en criterios de eficiencia, más que en un presupuesto alimentado por factores de discrecionalidad.

¹⁰.- Estos datos han sido recogidos de la memoria de la Dirección General de Administración que fue publicada con el título de *Apuntes para el Estudio y la Organización en España de las Instituciones de Beneficencia y de Previsión*. Editada por Establecimientos Tipográficos Sucesores de Rivade. Rivadeneira. Madrid, 1909.

CAPITULO 2

LOS OFTALMOLOGOS DEL

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS

CAPITULO 2.- LOS OFTALMOLOGOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS.

2.1.- Antecedentes Históricos.

En este capítulo se pretenden analizar los rasgos fundamentales que caracterizaron a los oftalmólogos del HNJ y a sus antecesores. Estos aspectos de su quehacer profesional determinan y explican muchas de las constantes básicas y de los rasgos diferenciadores de la actividad oftalmológica del Hospital.

Parece necesario, a la hora de profundizar en el estudio de ese trabajo de los oftalmólogos del HNJ, remontarse a sus antecedentes (oftalmólogos de los siglos XVII, XVIII y XIX) y a sus colegas coetáneos (oftalmólogos españoles de principios del siglo XX). Estos profesionales de la oftalmología actúan como referentes válidos a la hora de analizar y evaluar la actividad de los oftalmólogos del HNJ, principal objetivo de este capítulo.

2.1.1.- Siglos XVIII y anteriores.

Bajo el nombre de "Periodo Reformador" se agrupa la actividad científico-médica, que se desarrolló durante los siglos XVII y XVIII.

Fue durante este periodo, a finales del siglo XVII, cuando se consiguió obtener una idea clara de la naturaleza y situación anatómica

de la catarata, desestimando las teorías anteriores que la consideraban como una película, que aparecía delante de la pupila (edad media), o consecuencia de la condensación de un humor (Celso). Este fue sin duda el descubrimiento más importante para la clasificación y posterior tratamiento de la catarata, junto con el conocimiento de que el humor, contenido en las cámaras del ojo, se podía regenerar. Consecuencia de ello, fue el perfeccionamiento de las técnicas de "extracción" de la catarata que, aunque conocidas ya por los griegos, habían sido abandonadas por los cirujanos más notables, que pasaron a utilizar las técnicas de "depresión", siendo las primeras practicadas sólo por algunos operadores ambulantes.

En los siglos modernos, se recuperaron métodos utilizados por los árabes para el tratamiento de las fístulas lagrimales, como el masaje sobre la zona afectada o la introducción de algún depurativo mediante una cánula a lo largo de la vía lagrimal.

La creación de una pupila artificial es descrita y realizada por primera vez, en 1732, siendo obra de Guillermo Cheselden. La técnica que describió no siempre tuvo buenos resultados y fueron otros cirujanos los encargados de perfeccionarla.

La base de la oftalmología española la encontramos en los médicos árabes y judíos que poblaron nuestras tierras. Entre los autores cristianos, San Isidoro de Sevilla habla, en su obra de la función visual, de la visión a larga y corta distancia y nos da recetas de colirios.

En los siglos XV y XVI, encontramos médicos que se dedican al estudio y la práctica de la oftalmología, tal es el caso de Francisco Pérez

Cascales de Guadalajara¹ que, en 1611, escribe su *Liber de Affectionibus puerorum*, el primer libro del que tenemos referencias sobre afecciones de los niños y, en él, describe detalladamente la oftalmía purulenta en los recién nacidos y el estrabismo en los niños, mereciendo ser destacado el gran número de casos clínicos que estudia. Fue considerado como uno de los catedráticos más relevantes de la Universidad de Sigüenza y en dos ocasiones alcalde mayor de la Ciudad.

El Licenciado Benito Daça Valdés, Notario del Santo Oficio de la Ciudad de Sevilla, no era médico ni oftalmólogo, sin embargo, escribe un libro en 1623, dedicado a Nuestra Señora de la Fuensanta de la ciudad de Cordova, en cuya portada dice: *Uso de antoios para todo género de vista. En que se enseña a conocer los grados que a cada uno le faltan de su vista y los que tienen cualquier antoios. Y así mismo, a qué tiempo se han de usar y cómo se pedirán en ausencia, con otros avisos importantes a la utilidad y conservación de la vista.* El interés de su contenido, mantendrá vigor a través no ya de los años, sino incluso de los siglos, y tiene la importancia de ser la primera obra de óptica ocular publicada en el mundo.

Pero es a mediados del "Siglo de las Luces", cuando tenemos noticias del primer oftalmólogo especializado, que trabaja en Madrid. Su nombre era Francisco Martín, adquirió sus conocimientos en los viajes que realizó por Europa y durante el tiempo que estuvo trabajando en el Hotel Dieu de Paris. Su obra la recopiló bajo el título de *Ensayo óptico, catóptico y dióptico, del que se saca lo que se debe saber, para conocer la mayor parte de las enfermedades de los ojos.*

¹.- Su apellido "de Guadalajara" ha creado alguna confusión en lo referente a su lugar de nacimiento que fue en Buges, población cercana a Meco, en la provincia de Madrid. Obtuvo la licenciatura y el doctorado en la Universidad de Alcalá.

2.1.2.- Siglo XIX.

Un conocimiento más exacto de la anatomía e incluso de la neurofisiología del aparato de la visión, junto a un avance importante en los métodos de exploración del ojo, hicieron que al siglo XIX se le pueda considerar la cuna de la moderna oftalmología.

Helmholtz fue el descubridor del oftalmoscopio, y cuando Albrecht von Graefe tuvo oportunidad de usarlo, comentó: "Se nos ha descubierto un nuevo mundo". El oftalmoscopio ha permitido a los oftalmólogos conocer, no sólo la parte interna del ojo, si no la existencia de alteraciones en órganos tan dispares, como el riñón o el cerebro.

A principios de siglo, Young aparece como uno de los primeros en estudiar los mecanismos de la visión. Sir Georg Airy describe el astigmatismo, y otros autores utilizan las lentes cilíndricas para su tratamiento. Otro notable avance se produjo, al comenzar a usar distintos modelos de lectura a distancia para valorar la agudeza visual de los enfermos.

Dentro también del siglo XIX destaca la labor del holandés Franz Cornelius Donders (1818-1889), como el autor de obras de la importancia de: *Las anomalías de la refracción y de la acomodación y El astigmatismo y los vidrios cilíndricos*. Fue un gran conocedor del ámbito oftalmológico y describió, por primera vez, muchas de las alteraciones neuro-musculares de los ojos que hoy conocemos. Su gran aportación al mundo de la oftalmología se completa cuando, en 1851, funda el Hospital Holandés para enfermedades de los ojos.

Se puede considerar a Albrecht von Graefe, que desarrolló toda su actividad profesional en Berlín, como el creador de la moderna oftalmología quirúrgica, y uno de los más notables cirujanos de la especialidad. Parte del instrumental que se usa para la cirugía en la actualidad, fue diseñado por este ilustre oftalmólogo, ostentando su nombre. Además de la labor asistencial e investigadora, le cabe el honor a Graefe de haber creado escuela.

Como gran publicista, puede señalarse a Ernst Fuchs, natural de Viena, donde realizó sus estudios. Publicó trabajos sobre anatomía, fisiología, histología y patología. Además de libros que alcanzaron hasta la 15ª edición y que fueron traducidos a todos los idiomas, publicó numerosas memorias y artículos en varias revistas.

En esta aproximación a la oftalmología y a los oftalmólogos Europeos del siglo XIX, es imposible hacer referencia a todas las personalidades que en este campo nos dejaron su impronta. Tal es el caso de R. Koch (1883), que fue el primero en dedicarse al estudio de la bacteriología oftalmológica.

Pero no se puede pasar por alto a dos oftalmólogos, uno francés y otro norteamericano, que se dedicaron al estudio de la visión y de las anomalías oculomotoras. Se trata, obviamente, de Louis Emile Javal y de Alexander Duane.

Louis Emile Javal, nació en París, en cuya ciudad cursó la carrera de ingeniero. Su interés por la oftalmología y, en concreto, por el estrabismo, le empujó a estudiar también medicina. Su tesis doctoral tenía por título *Du strabisme dans ses applications à la théorie de la vision*. Fundó en la Sorbona un laboratorio oftalmológico que dirigió hasta quedarse ciego en 1900. Sus estudios sobre refracción y visión,

sus teorías sobre la ambliopía, la relación anómala entre acomodación y convergencia acomodativa en los estrabismos, son tenidas en cuenta aún en nuestros días. Fue, además, junto a Zamenhof, uno de los fundadores del Esperanto.

Son también importantes los estudios que sobre estrabismo y acomodación realiza Alexander Duane, que había nacido en Malone (Nueva York). Después de algunos años de practicar la medicina general, se dedica por completo a la oftalmología, materia que explica en la Cornell University. Allí se encarga de la traducción al Inglés de la obra de Fuchs. En su trabajo *A new clasification of the motor anomalies of de eye*, publicado en Nueva York en 1897, describe la afección ocular conocida como "Síndrome de Duane". Su *Student's dictionary of medicine* había alcanzado en 1900 la 3ª edición.

Hasta finales del siglo XIX no se puede considerar en España la oftalmología como una especialidad; su estudio queda englobado, hasta ese momento, dentro del capítulo de la cirugía general, también conocida como Patología Externa o Afecciones Externas, y por eso debemos acudir a los tratados de cirugía para conocer las afecciones oculares y los profesionales que se dedicaron a su estudio y tratamiento.

Así, Diego de Argumosa y Obregón (1792-1865); se gradúa como médico en 1822 y consigue el título de doctor en medicina y cirugía en 1829. Un año más tarde ocupa la cátedra de Afectos Externos y Operaciones de la Universidad Madrileña. Fue miembro de varias academias y diputado en Cortes. Nos describe en sus escritos su técnica en la operación de blefaroplastia, que coincide en el tiempo con la descrita por Hysern, lo que ocasionó encendidas discusiones.

El primer centro de enseñanza de oftalmología en España estuvo asentado en Cádiz donde, en 1836, se impartieron cursos de la especialidad en el Dispensario Oftalmológico que regentaban Antonio España y Serafín Sola. En el curso 1845-46, en la Facultad de Medicina de Cádiz se autoriza a Ceballos para impartir un curso teórico-práctico de oftalmología. Pero es a partir de 1871, cuando Cayetano del Toro y Quartiellers dicta en la referida ciudad cursos libres de oftalmología, siendo también autor de un notable tratado de enfermedades de los ojos.

En Barcelona, se inicia la enseñanza de oftalmología en 1855, cuando se instala en esta ciudad Joaquín Soler que se había especializado en París. Posteriormente, se creó el Instituto Médico en el que se formarían gran cantidad de oftalmólogos catalanes.

Tenemos referencia de la primera cátedra de oftalmología creada en Madrid en 1850, que se mantuvo hasta 1852². El primer catedrático, fue José Calvo y Martín (1815-1902) que, tras la cátedra de Oftalmología, regentó la de Clínica Quirúrgica y finalmente la de Higiene. La sociedad madrileña "El Refugio" le encomendó la creación de una consulta pública de oftalmología. Fue miembro de la Real Academia de Medicina desde 1851, y senador por la Universidad de Zaragoza. Autor de varias obras, destaca su tratado sobre *Enfermedades de los Ojos* (Madrid 1847).

Continuando con la labor oftalmológica realizada en Madrid, los primeros centros dedicados a la enseñanza de la oftalmología, van de la mano de Rafael Cervera y Francisco Delgado Jugo.

².- Según M. Menacho, esta cátedra, que se conocía como de "Oftalmología y Sifiliografía", no fue clausurada hasta 1858.

Francisco José Delgado Jugo nació en Venezuela, en 1837³, de padres españoles. En 1850 viaja a Europa, efectuando visitas a las principales Universidades y clínicas de la época. Trabaja durante algún tiempo con Desmarres, ocupando el cargo de jefe de su clínica. En 1858 se establece en Madrid donde, en su domicilio de la calle Ancha de San Bernardo, organizó cursos libres de la especialidad. Posteriormente, crea un consultorio gratuito en la Casa de Socorro de Fuencarral, que luego sería trasladado a la calle de Capellanes. En él, se formaron buen número de oftalmólogos que ganaron merecido renombre en las últimas décadas del siglo y en los primeros años de nuestra centuria.

Delgado Jugo fue el primer director del Instituto Oftálmico, ocupando dicho cargo desde el momento de su inauguración, hasta 1875. Fundado y dotado por la Reina María Victoria, esposa de Don Amadeo de Saboya, el 30 de Mayo de 1872, fue inaugurado por los Reyes el 22 de Septiembre de 1872. Situado inicialmente en la calle Ancha, pasó después a la de Santa Isabel y con posterioridad a la de Santa Bárbara, fijando su sede definitiva en el magnífico edificio que hoy ocupa en la calle del General Arrando. Muere Delgado Jugo en Madrid en 1875.

La vida de Rafael Cervera y Royo transcurre entre 1828 y 1903. Adquiere amplia formación en las clínicas de París, donde fue discípulo de Desmarres. Más tarde se establece en Madrid, en 1853, dedicándose a la oftalmología en su Casa de Curación Especial y fundando, en 1857, un Dispensario Oftálmico en la Casa de Misericordia de Santa Isabel. Por último, alcanza la dirección del Instituto Oftálmico en 1887 y llega

³.- Las fechas de nacimiento y muerte de F.J. Delgado Jugo están recogidas de los archivos del Instituto Oftálmico (material sin clasificar). No coinciden con las que aportan otros autores: 1830-1878.

a ser académico de la Real de Medicina. Su fama como cirujano traspasó ampliamente nuestras fronteras.

Miguel de Santa Cruz y Orúe, tercer director del Instituto Oftálmico, logró que Nicolás de Acha y Cerrajería (1824-1899), testamentario de Juan de las Herrerías y del Arco⁴, el cual dejó un capital para que fuese empleado en obras de beneficencia, destinase parte del mismo a la construcción del edificio. Las obras de acabado del edificio fueron dirigidas por el arquitecto José Urioste y Velade, entre los años 1897 y 1903⁵. El coste fue de 850.000 pesetas, y el Estado presupuestó 75.000 pesetas anuales para sostener sus cien camas y el personal facultativo correspondiente. El 27 de Marzo de 1899, el Instituto Oftálmico pasaba a la Beneficencia General.

Uno de los primeros servicios específicos de oftalmología que de forma autónoma, dentro de la organización de un hospital, comienzan a funcionar en España, fue el del Hospital del Niño Jesús de Madrid, inaugurado en 1877, con Clínica de Oftalmología, que estaba dirigida por un cirujano general, Cipriano González Pérez.

En la revista *El Bisturí*, editada durante los años 1888-1889, Pedro Gallardo, cirujano del Hospital de la Misericordia de Toledo, hace un resumen de su práctica profesional en las décadas de 1867 a 1887, en el que podemos leer una relación pormenorizada de los problemas oculares tratados por él.

Pertenece, Santiago de los Albitos y Fernández (1845-1908) a lo que se ha dado en llamar la segunda generación de grandes oftalmólogos madrileños. Ayudante y discípulo predilecto de Delgado

⁴.- (1805-1899). Su fortuna fue de origen mejicano.

⁵.- Siendo inaugurado, tras esta remodelación el 5 de mayo de 1903, por el Rey Alfonso XIII.

Jugo, fue el fundador del Asilo de Santa Lucía y de la *Revista de Oftalmología, Sifiliografía y Vías Urinarias*. A la muerte de su maestro, se ocupó, junto con López Díaz, del sostenimiento del Instituto Oftálmico, incluso desde el punto de vista económico.

Otro oftalmólogo distinguido es Rodolfo del Castillo, nacido en Cádiz en 1850. Sobrino y discípulo de don Cayetano del Toro, estudió en Inglaterra y Francia. Asimismo, fue profesor de Cirugía y Oftalmología de la Escuela libre de Cádiz. Se distinguió también como historiador, habiendo publicado, entre otras, una historia de la Oftalmología entre los Romanos, que fue traducida al alemán por Neuburger.

En 1883, era Director de la Instrucción Pública y Decano de la Facultad de Medicina Julián Calleja. Llevó al plan de estudios médicos, con carácter de asignaturas voluntarias, las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología. Fueron nombrados profesores interinos, Azúa (Dermatología), Cisneros (Otorrinolaringología) y García Mansilla (Oftalmología), autor este último de un *Tratado de Oftalmología* (Madrid, 1905).

Cuando en 1901, siendo Ministro de Instrucción Pública el Conde de Romanones, se confiere carácter obligatorio, en el periodo de la licenciatura, a la especialidad de oftalmología, se produce, ante esta medida, una gran resistencia por parte de los estudiantes, por lo que queda sin efecto a finales del año siguiente, en 1902.

Es en 1911 cuando, ya de una forma definitiva, la enseñanza de las especialidades se hace obligatoria. Se crea entonces la cátedra de Madrid. El acceso se realiza por concurso, sobre el que dictamina la Facultad de Medicina y el Consejo de Instrucción Pública, se nombra

para cubrirla a Manuel Márquez, nacido el 14 de Marzo de 1872, en Villaseca de la Sagra (Toledo). Estudia en Madrid, donde se doctora en 1896. Fue discípulo de Albitos y estuvo casado con Trinidad Arroyo, una de las primeras mujeres dedicadas a la oftalmología⁶, de las que tenemos referencia en España. Después de practicar en las clínicas de Paidopatía, Clínica Médica y Cirugía, es nombrado en 1898 catedrático auxiliar de Terapéutica. En 1904, profesor agregado del Instituto Oftálmico Nacional y desde 1911, profesor numerario de la especialidad en la Universidad Central. Entre sus obras, sobresalen: *Esquema didáctico de la acción de los músculos del ojo*, reproducido en el *Tratado de Oftalmología* de Fuchs; *Lecciones de Oftalmología Clínica*, además de trabajos sobre el astigmatismo doble, esquiascopia, parálisis oftálmicas. Pertenece a la Academia Nacional de Medicina. Muy protegido por la Casa Real, en especial por la Infanta Isabel, en atención a ser hijo de un guarda de la casa de campo, que obtuvo el honor de acompañar a Alfonso XII cuando visitó los colegios de Aranjuez. La Reina María Cristina le nombró oculista del Hospital del Buen Suceso (fundado en 1489), cargo que desempeñó hasta 1936.

Somos conscientes de haber omitido, en este esbozo, a gran número de importantes oftalmólogos. Este voluntario olvido se debe a que nuestro objetivo es el de reseñar y condensar exclusivamente aquellos aspectos y sucesos que estimamos relevantes, con miras a mejor esbozar y comprender los antecedentes que, indudablemente, marcaron la actividad profesional de los oftalmólogos hacia los que se dirige el objeto de nuestro análisis: los oftalmólogos del Hospital del Niño Jesús de Madrid.

⁶.- Elisa Soriano Fischer, otra de las primeras mujeres que se dedican a la oftalmología en España. Se matricula para realizar los cursos de la especialidad en el I. Oftálmico en 1917.

2.2.- Síntesis Biográfica de los Oftalmólogos del Hospital del Niño Jesús.

2.2.1.- Cipriano González Pérez. Los cimientos de la especialidad.

Podemos deducir por sus escritos y conferencias que estuvo ligado al Hospital del Niño Jesús desde el momento de su fundación. El mismo nos refiere que actuó como ayudante de Arnús, en una intervención quirúrgica en la que desarticularon un dedo supernumerario a una niña de dieciocho meses y que constituyó, como ya hemos reseñado, el primer acto quirúrgico del Hospital del Niño Jesús, el 14 de Enero de 1877.

En 1878, entra a formar parte del primer cuerpo facultativo del Hospital, junto con Benavente, Arnús, Yagüe, Ribera, González Alvarez y López Pumares. Ejerce el Decanato en varias ocasiones por prescripción reglamentaria y, junto a Ribera Sanz y González Alvarez, obtiene el privilegio de trabajar con clínica propia en el HNJ. Cirujano de gran relieve se encarga del Servicio de Oftalmología desde el momento de la fundación del Hospital, con un sueldo anual de 2.000 pesetas.

Son muy pocos los trabajos publicados por él que han llegado a nuestras manos y ninguno sobre temas oftalmológicos. Sin embargo, sus publicaciones y discursos que tuvieron por tema la historia del Hospital del Niño Jesús, han sido el punto de partida para todos los trabajos realizados con posterioridad.

En 1923, es nombrado presidente de honor del Congreso Nacional de Pediatría, celebrado en San Sebastián del 2 al 7 de Septiembre de dicho año.

Con motivo de la muerte de Aurelio Martín Arquellada en 1925, en un discurso pronunciado en una sesión necrológica, González Pérez nos muestra una página más de la historia del Hospital, que queda recogida en *La Pediatría Española*⁷.

Coincidiendo con el cincuentenario de la fundación del HNJ, en 1927, se le impone la Cruz de Beneficencia de primera clase con distintivo morado y blanco, acto celebrado en el propio Hospital. En el discurso que, con este motivo, pronuncia González Pérez, se nos recuerda, una vez más, el andar del Hospital del Niño Jesús, desde el momento de su fundación⁸.

Aunque su labor, dentro del campo de la oftalmología, está fuera del periodo estudiado, realmente fue el profesional que puso los cimientos de la especialidad en nuestro centenario Hospital.

2.2.2.- Federico Couce y Landa. El primer especialista Jefe de Servicio.

Nace en Madrid el 20 de Febrero de 1855. Hijo de Angel Couce e Hilaria Landa, estudia medicina en la Universidad Central. En el año 1874, cuando aún era alumno de la Facultad de Medicina, ingresa como ayudante en el Instituto Oftálmico de Amadeo hasta 1877. Precisamente los estatutos de fundación de este Instituto, que había sido inaugurado

⁷.- En su número del mismo año 1925, pp.290 a 292.

⁸.- Este discurso es recogido en *La Pediatría Española*, en su número del año 1927, pp. 22 a 28.

en el año 1872, consignaban que en el establecimiento se había de impartir enseñanza clínica de oftalmología a los médicos y alumnos que lo solicitaran, a cuyo efecto se concedía matrícula gratuita.

En 1875 muere Delgado Jugo, primer director del Instituto Oftálmico, y se nombra director interino a López Díez que, con Albitos, compartía las tareas profesionales de asistencia a los enfermos. Dos años más tarde, en 1877, es nombrado director Rafael Cervera; presentando la dimisión, de forma irrevocable, Albitos. Durante este mismo año, y tras dejar el Instituto Oftálmico, Albitos crea un Dispensario Oftalmológico, donde Couce trabaja como Ayudante desde el momento de su fundación hasta 1879, año en que obtiene la licenciatura y consigue el nombramiento de Profesor Auxiliar del Dispensario. Cesa en 1884, coincidiendo con la obtención del grado de doctor y con el nombramiento de Profesor Jefe de la Clínica Asilo Santa Lucía, fundada también por Albitos, cargo que desempeña hasta 1888.

Paralela a esta dedicación a la oftalmología, discurre su labor dentro del campo de la medicina interna, atendiendo a los pacientes de la Beneficencia Madrileña. En 1882, es nombrado médico supernumerario de la Beneficencia Municipal, cargo que desempeñará hasta 1896. Durante este periodo, es designado, en 1884, Vocal de la Junta de Sanidad del Barrio de Bailén, distrito de Palacio. Y en 1885, Vocal de la Junta de Sanidad del mencionado distrito. Posteriormente, en 1889, se le encarga la Inspección Sanitaria del distrito de la Universidad. Este mismo año, con motivo de la epidemia que sufre Madrid, es nombrado médico agregado al servicio domiciliario de la primera Sección del distrito de Palacio. Su labor como médico de

número de la Beneficencia, Higiene y Sanidad Municipal, se prolongaría hasta febrero de 1925, año en que se jubila.

Fue el 10 de Mayo de 1890 cuando tomó posesión del cargo de médico de número del Hospital del Niño Jesús, llevando a cabo la reorganización del Servicio de Oftalmología. Nombrado el 16 de Junio de 1894 Médico de Sala y Consulta con un sueldo anual de 2.000 pesetas, sería el primer Jefe de Servicio del Hospital que se dedicó por entero al tratamiento de las afecciones de los ojos.

Hay que añadir a su biografía profesional el cargo de médico de la sociedad "El Obrero Español", hasta 1891, pasando después a ostentar el de médico del Asilo de Cigarreras. Con motivo de la catástrofe del tercer depósito del Canal de Isabel II⁹, permaneció auxiliando a los obreros heridos desde los primeros momentos hasta que fue extendida la última alta médica.

También se reconoce su bien hacer en El Semanario Oficial de la Guardia Civil, que en su número 396 de fecha 24 de Junio de 1915, dice textualmente:

El coronel Director del Colegio de Guardias Jóvenes ha puesto en mi conocimiento que el médico oculista D. Federico Couce, hace cuatro años que viene prestando gratuitamente asistencia a los jóvenes y personal veterano del Colegio del Duque de Ahumada y a los huérfanos de ambos sexos de este Instituto, habiendo tratado en ese lapso de tiempo más de cien casos en la clínica que tiene establecida en esta Corte, otros varios en su domicilio particular, y en ocasiones empleando su

⁹.- El 8 de abril de 1905, siendo Presidente del Gobierno Villaverde y formando parte del mismo los ministros Besade y Cortezo, se hundió en Madrid el tercer depósito de aguas y perecieron más de cuarenta trabajadores. El malestar creado entre la clase obrera obligó a constituir una Comisión que, presidida por el sociólogo Marvá, aclarase las causas de la catástrofe y remediasse, en la medida de lo posible, la situación.

influencia como profesor del Hospital del Niño Jesús para ser tratados allí los casos graves, facilitando el pronto ingreso de los enfermos en aquél establecimiento.

Y como actos de esta naturaleza deben ser por todos agradecidos, he resuelto se den en mi nombre muy expresivas gracias al referido señor, por su generosidad y afecto hacia el Instituto, disponiendo a la vez se haga público en el SEMANARIO OFICIAL.

El XIV Congreso Internacional de Medicina, se celebró en Madrid del 23 al 30 Abril de 1903. La Sección 10ª, dedicada a oftalmología; estaba presidida por Santiago de los Albitos, siendo vocal de la misma Couce. En el Congreso Nacional de Pediatría, que tuvo lugar en San Sebastián en 1923, fue nombrado vocal del Comité de Madrid.

Junto a Albitos, Reina y Santa Cruz, entre otros, se ocupó de dar independencia de la "Oculística", haciendo de su estudio una especialidad que fundamentaba, en la observación minuciosa de sus enfermos, la precisión del diagnóstico y el éxito del tratamiento.

Su categoría humana fue encomiada reiteradamente por sus contemporáneos. Con ocasión de la imposición, el 10 de Mayo de 1925 de la Cruz de Beneficencia, en un acto muy emotivo que tuvo lugar en el salón de actos del Hospital, la revista *Anales de Oftalmología* le dedica su apartado "Galería de Oculistas Españoles" que, como dice su director Castillo Ruiz firmante del artículo, hace una excepción al dedicársela a Couce, ya que la sección tenía como propósito rendir homenaje a los oculistas fallecidos¹⁰.

¹⁰.- Castillo Ruiz, R del. "Galería de Oculistas Españoles". El Dr. D. Federico Couce y Landa. *Anales de Oftalmología* 1. Madrid (1925), pp. 403 a 407.

En 1930 le fue concedida la Cruz del Mérito al Trabajo, con motivo de sus bodas de oro con la medicina, imposición que tiene lugar en el salón de actos del Hospital.

Puede considerarse como un adelantado hombre de equipo, puesto que, significativamente, salvo su primer trabajo, la mayoría de sus publicaciones las firma junto a los colaboradores que trabajaron con él.

En 1884 publicó en la *Revista especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía, Afecciones urinarias y Boletín de Medicina y Cirugía* su trabajo de doctorado sobre el "Examen del ojo enfermo para llegar al diagnóstico".

Resalta esta obra, en su comienzo, la importancia de conocer y valorar el estado general del paciente que acude a la consulta. También hace especial referencia a la interrelación que puede existir entre la afección ocular y otras alteraciones concomitantes presentadas por el enfermo. En su opinión, dichas alteraciones tendrían que ser debidamente tratadas si se pretenden conseguir buenos resultados en el tratamiento de las lesiones oculares.

Después, se detiene en el estudio de los elementos continentales del ojo. Es al examen de la conjuntiva y a las alteraciones que en ella pueden encontrarse a lo que dedica un mayor espacio.

Llama la atención, al leer este trabajo, que dedique un capítulo al estudio de, según sus propias palabras, "perturbaciones funcionales musculares". Se refiere aquí a los diversos agentes

causales y a los métodos de exploración del estrabismo. En cuanto al tratamiento, se limita a señalar que en algunos casos puede ser quirúrgico, pero en otros no estaría indicada la intervención. Se detiene de forma particular en el estudio de la visión. Nos comenta también los métodos de exploración de la visión central, periférica, de los colores, terminando este capítulo con el estudio de la visión binocular. Relata, a continuación, los métodos de exploración y las alteraciones que pueden encontrarse en el resto de las estructuras del aparato de la visión.

Cierra por último el trabajo un epílogo dedicado al examen de la "tensión ocular". En él se refiere a como encontraremos el ojo en el caso que la tensión esté aumentada, y la importancia de conocer las causas que pueden ocasionar una disminución de esta tensión por debajo de lo normal, en el caso que existiera una perforación corneal.

Junto con Poyales publica tres casos clínicos, tratados con éxito en el Hospital: "Sifiloma de Parpado", "Un caso de gigantismo acromegálico", "Tumor de la carúncula lagrimal". Como trabajo de recopilación, y también junto a Poyales, publica en 1922 en *la Pediatría Española*, "La tuberculosis ocular infantil".

Es un trabajo más amplio; una puesta al día sobre esta enfermedad, su etiología, clínica y tratamiento. Hacen referencia a alguno de los pacientes por ellos tratados.

En otros dos trabajos, aunque su nombre no aparece entre los autores, se hace referencia a él como coordinador del trabajo y autor de los tratamientos empleados. Uno de ellos, "La catarata congénita" firmado por Soto Eciolaza, que sería publicado en el año 1922 en *La*

Pediatría Española. En el segundo, "La blefaritis en la infancia", figura como autor Angel Torres y Torres, que fue sin duda uno de sus más directos colaboradores. Se publicó en *La Pediatría Española* en el año 1932. En ambos casos, se trata de trabajos de recopilación de la casuística tratada en el servicio, junto a una puesta al día de los conocimientos que, sobre ambas afecciones, se tenían en ese momento.

Además se deben a su pluma artículos de divulgación en los periódicos en relación con el cuidado de los ojos de los niños y con consejos prácticos para las madres. Participó en campañas culturales, como las que llevó a cabo la Sociedad de Pediatría de Madrid, dedicadas a los padres y que tenían carácter eminentemente práctico. Algunos de los temas desarrollados fueron: "Enfermedades de los ojos", "Medios de evitar la ceguera" y "Cuidados higiénicos". En dichas campañas se utilizaban proyecciones y se realizaban visitas a centros puericultores de Madrid.

Muere Couce en Madrid el 20 de Julio de 1933, después de una vida intensa dedicada a la oftalmología. La sensación que se tiene, cuando se termina de estudiar la vida de Federico Couce y Landa, queda perfectamente reflejada en las palabras de un pensador de principios de siglo: "Será esto modestia; será falta de educación científica o quizá española apatía; pero sucede, y es tristísimo, que toda una vida de talento y estudio sólo deje a las generaciones siguientes unos cuantos rasgos geniales o chispazos de inspiración médica o quirúrgica referidos por algún fiel discípulo".

2.2.3.- Francisco Poyales Fresno. La proyección internacional.

Nació en Madrid el 26 de Julio de 1890. Alcanza el grado de Bachiller de Ciencias, con premio extraordinario, en 1907. Se licenció en Medicina en 1913, iniciándose en la especialidad al lado del Profesor Márquez, del que años más tarde se distanciaría. En 1916 recibe el grado de Doctor, presentando una tesis que tenía por título: "Sobre el Estrabismo Congénito Convergente".

Extractos de este primer trabajo fueron las dos comunicaciones presentadas a la X Asamblea de la S.O.H.A.¹¹, celebrada en Valencia del 20 al 23 de Septiembre de 1916. Sus títulos eran: "Causas que pueden determinar la posición estrábica convergente o la tendencia a esa posición de los globos oculares" y "Sobre el estrabismo convergente en el recién nacido".

Ambas comunicaciones tienen mucho en común; estudia en ellas los factores que pueden desencadenar o favorecer la aparición de un estrabismo. En primer lugar se refiere a las causas ópticas que, aunque no se pueden considerar como etiológicas puras, sin embargo está comprobada la estrecha relación que en algunos casos existe entre este tipo de causas y la aparición de un estrabismo, la hipermetropía y el estrabismo convergente. El segundo lugar lo ocupan las causas paralíticas, más concretamente las disártrias evolutivas. Por último, analiza las causas mecánicas, basándose en el predominio absoluto, por mayor desarrollo, del recto interno sobre el recto externo.

¹¹.- Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana.

Basadas en el trabajo a que hacíamos referencia en primer lugar, efectúa otras dos publicaciones: "Desarrollo de los músculos R.E. y R.I. en el embrión humano" y "Estudio de la histogénesis de los músculos oculares R.I. y R.E. y sus consecuencias".

Su actividad durante 1916 se completa con la actuación, representando a España, como Secretario del Comité Español, en el Congreso Internacional de Oftalmología de San Petesburgo.

Pensionado de 1916 a 1918, consigue el grado de Diplomado por la Universidad de New-York. Paralelamente cursa estudios en la clínica del doctor Knapp. Fruto de su estancia en América son tres publicaciones que, aunque de temas distintos, tienen la misma estructura: "Sobre el diagnóstico bacteriológico", "Tuberculosis ocular" y "La insulina en oftalmología". Este tipo de artículos, se aproximan más a una lección teórica que a un estudio de investigación propiamente dicho.

En esta época comenzó a fraguar la idea de traducir y publicar en España el libro de Ervin Török y Gerald H. Grout que, con el título de *Manual de Cirugía Ocular para médicos y estudiantes*, vió la luz en Madrid en 1921.

A su regreso de New-York, fue nombrado auxiliar honorario de la Clínica Oftalmológica de la Facultad de Medicina de Madrid. En el mes de Noviembre de ese mismo año de 1918, se le nombra médico auxiliar de oftalmología del HNJ. Más adelante, en 1921, recibe el título de profesor agregado en el Instituto Médico Quirúrgico de la Encarnación.

De su paso por el HNJ, son una serie de artículos que, con el título genérico de "Casuística Clínica", publica *La Pediatría Española*. Pertenecen a este grupo los que firma con Federico Couce. Hemos podido recopilar hasta catorce, casi todos fueron presentados en las Sesiones Científicas del HNJ. Algunos de ellos, además, fueron publicados en revistas nacionales, francesas y alemanas.

Todos estos trabajos, son anteriores a 1923. Al objeto de expresar sus contenidos y comprobar el alcance experimental de sus tratamientos, nos vamos a referir al que tiene por título "Glioma bilateral de la retina y tratamiento por el rádiom".

En este artículo, después de dar un repaso a la etiología y clínica de los gliomas y los tratamientos utilizados con más frecuencia, nos relata cómo, en colaboración con Velasco Pajares, trata a un niño de dos años que acude a la consulta del HNJ con un glioma totalmente desarrollado en el ojo derecho y un proceso gliomatoso que se está iniciando en el ojo izquierdo. Comienzan el tratamiento con sesiones de dos horas tres veces a la semana, utilizando, como fuente radiante, una placa de sulfato de radio de 30 miligramos, con filtro de plomo de 1 milímetro de espesor. Publican el artículo cuando el tratamiento no está aún terminado. Sin embargo, confirman que los gliomas no solo no avanzan, sino que, han disminuido de tamaño, se ha fraccionado su tejido y han desaparecido sus vasos de nueva formación.

Todo su trabajo sobre temas de la especialidad conduce al reconocimiento de la comunidad científica, reflejado ya en su nombramiento como ponente oficial de la XII A.S.O.H.A.¹², que se

¹².- Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana.

celebró en Bilbao del 17 al 20 de Septiembre de 1922. El tema del trabajo fue, "Las Secreciones Internas en Oftalmología".

También el Gobierno se suma a ese reconocimiento nombrándole delegado oficial, junto con Ignacio Barraquer, en el Congreso Internacional que se celebra en Washington, del 25 al 28 de Abril de 1922. El nombramiento se realiza previo informe favorable del Claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. La comunicación, que presenta al congreso, tiene por título: "Tuberculosis ocular infantil". En la sesión demostrativa, presenta una colección de preparaciones sobre distintos tipos de lesiones tuberculosas encontradas en los niños.

Su proyección en reuniones científicas culmina con el nombramiento de Secretario General de la XIII A.S.O.H.A. que se celebra en Sevilla en 1923¹³. En el mismo año es nombrado médico oftalmólogo del Hospital de San José y Santa Adela (Cruz Roja). Más tarde, en 1927, accede al cargo de Jefe del Servicio de Oftalmología de dicho hospital.

Esta actividad profesional no impide la dedicación continuada a su quehacer científico, que se extiende tanto en sus trabajos publicados, como su activa asistencia a congresos. Así a partir de 1923, publica sus trabajos en los *Anales de Oftalmología* y en los *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos* preferentemente.

Su participación en congresos no oftalmológicos fue también importante. Diversos Congresos de pediatría, los Congresos Nacionales de Ciencias Médicas, las Sociedades Científicas, Compenetración y

¹³.- Rompiendo la bi-anualidad con que convocaban estas asambleas, por celebrarse ese año el III centenario de la muerte de Daça Valdés.

Fraternidad Profesional Hispano-Francesa (con sede en Barcelona), fueron algunos de los foros donde dió a conocer sus trabajos. Asiste al XXXVIII Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología (9 al 14 de Mayo de 1925), junto a López Lacarrère, de la Coruña, ilustre oftalmólogo que poco después trabajaría en nuestro Hospital.

Otra referencia, que avala la estima de la que gozaba Poyales más allá de nuestras fronteras, la da el hecho que se reseña a continuación. En 1926, el doctor Holland, Director del Hospital de Shikarpur (India), dirige la siguiente carta al Hospital del Niño Jesús:

*Del Dr. A. J. Holland
C. M. S. Hospital
QUETTA*

*Al Dr. Sarabia
Decano del Hospital del Niño Jesús
MADRID*

Ilustre Doctor: Esperamos tener el honor de recibir la visita del doctor Francisco Poyales, en la India, en enero de 1927 y en mi clínica de Shikarpur. En esta clínica, en siete semanas se realizan 2.500 operaciones. En enero y febrero de 1926 hemos llegado a 2.600, incluyendo en ellas 1.323 cataratas; llegando a operarse 194 en un solo día.

Nos interesa que un cirujano de las condiciones del Dr. Poyales figure a la cabeza de nuestras estadísticas.- A. J. Holland.

La misión militar inglesa de Balluchistan enviaba todos los años cuatro oculistas militares a realizar operaciones de ojos en esta zona de la India, donde el número de intervenciones quirúrgicas alcanzaba una cifra no igualada en ningún hospital del mundo, en aquella época. Esta misión invitaba cada año a dos extranjeros, correspondiendo la invitación en 1927 al doctor Nugent, de Chicago, Secretario del Colegio Nacional de Oculistas, y a Poyales.

Embarcó Poyales, acompañado de Antonio Ros (que figuraba como su ayudante), el día 17 de Diciembre de 1926 en Marsella y allí se reunió con el doctor Nugent de Chicago. Visitó también la clínica del doctor Smith en Jullundur (India). Permanece tres meses en la India, donde practicó numerosas operaciones.

Este mismo año de 1927 es designado vocal de la Comisión Central de la Lucha contra el Tracoma. En 1929 acude por su condición de secretario de la S.O.H.A., como representante de España en la Conferencia Oftalmológica internacional de La Haya, acompañando a Márquez que ostentaba el cargo de presidente de honor de la S.O.H.A.

Intervino también en el VII Congreso Médico Cubano en 1927, al que asistió comisionado por Archivos y la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana, realizando una ofrenda de flores en la tumba de Juan Santos Fernández¹⁴. El 29 de Abril de ese mismo año asiste a las Jornadas Médicas de Marsella, donde presentó varias proyecciones de operaciones de cataratas.

En la XVI Asamblea S.O.H.A. que se celebra en Santiago de Compostela en 1930, fue nombrado vicepresidente de la Sociedad. La comunicación que presenta en esta ocasión se titula: "La Operación de Elschnig", basada en el método de extracción de la catarata, empleado por Torók-Stanculeanu y que completaba con una proyección cinematográfica. Esta comunicación había sido presentada también en el XIII Congreso Internacional de Oftalmología, que se celebró en Amsterdam un año antes. Este mismo año, es nombrado socio de honor de la Federación de Oculistas de Chicago.

¹⁴. - Oftalmólogo cubano, fue junto con el doctor Menacho de Barcelona, el fundador de la Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana y de la revista *Archivos de Oftalmología Hispanoamericanos*.

Sus trabajos científicos, recogidos en unas 60 publicaciones abarcan prácticamente todo el cuerpo de doctrina de la oftalmología. Escribió sobre la herencia, embriología y malformaciones. Al aparato muscular, anexos, vías lagrimales, tumores, párpados y tracoma, les dedicó, una cuidadosa atención. Publicó interesantes monografías sobre el iris, cristalino, coroides y retina. Son muy interesantes sus trabajos de higiene ocular y los que estudian la acción de las enfermedades generales (tuberculosis, sífilis y en general las alteraciones endocrinas) sobre la visión. Amante de las nuevas tecnologías, fue un gran divulgador de la lámpara de hendidura, de la fotografía de fondo de ojo y de las modernas técnicas de extracción de las cataratas.

Estaba condecorado con la Cruz de primera clase de Beneficencia, Caballero de la Orden Civil de Alfonso XII (a propuesta del Consejo de Instrucción Pública), Gran Cruz de la Orden de Honor y Mérito Cubana, medalla de la Cruz Roja Española y Belga y Miembro de Honor de la Chicago Ophthalmological Society. Poseía Poyales un extraordinario dón de gentes; una simpatía innata que, unida a su gran capacidad de trabajo y habilidad manual, le llevaron a conquistar, siendo aún muy joven, una clientela numerosa y brillante, alcanzando su nombre rápida popularidad y prestigio.

Era Poyales, además, un gran organizador, de lo que dió pruebas evidentes en su actuación como Secretario del Congreso Internacional celebrado en Madrid en 1933 y, principalmente, en su Servicio de Oftalmología del Hospital de San José y Santa Adela. Cuantas innovaciones recogía en sus viajes al extranjero las aplicaba, perfeccionadas, a su Servicio, con lo que hacía de éste uno de los mejores de Europa en su clase.

En 1940 se le manifestó una esclerosis coronaria, con insuficiencia cardiaca, que soportó sin cesar en sus actividades profesionales. En Diciembre de 1942 sufre una agravación que dió lugar, en marzo de 1943, a una embolia cerebral con afasia motriz. Falleció en Valdemorillo el 12 de Agosto de 1943.

2.2.4.- Jose Julio López Lacarrère. La obra ingente y creadora.

Comienza su andadura en el HNJ como auxiliar del Servicio de Oftalmología. Había nacido Lacarrère en Buenos Aires (Argentina) en 1894. Era hijo de padres españoles, gallegos, aunque su madre era de ascendencia francesa (él, siempre pronunció su segundo apellido en francés). Cursa los estudios elementales en el Colegio General Roca y secundarios en el Nacional Mariano Moreno. En 1914 viaja a Europa, con idea de ampliar sus estudios y es sorprendido por la guerra, viéndose obligado a permanecer en España.

En Santiago de Compostela cursa estudios superiores universitarios de medicina y se gradúa en 1919, especializándose posteriormente en oftalmología y ampliando su formación en las clínicas de Liegrist en Berna y Morax¹⁵ en París, donde acudió a instancias de Galo Leoz, al que siempre consideró como su maestro y a cuyo lado trabajó en el Instituto Rubio, en este primer periodo que pasó en Madrid, hasta que en 1925 regresa a La Coruña.

¹⁵.- Victor Morax: Oftalmólogo del Hospital LARIBOISIÈRE de París, es el autor, en la Enciclopedia Francesa de Oftalmología: Tomo I, los temas de Anatomía de la Conjuntiva y Anatomía de la Córnea. Tomo IV, Semiología Ocular. Tomo V, Enfermedades de la Conjuntiva y de la Córnea. Publicó, entre otros: *Pathologie Oculaire* (París, 1921), *Ophthalmie du nouveau-né* (París, 1924) y *Précis d'ophtalmologie* (París, 1907), del que diría Márquez: "...sin olvidar en lo que a las afecciones externas se refiere, las nociones bacteriológicas más recientes, en las que el autor goza de especial competencia y que tanto ha contribuido a ilustrar".

La primera publicación de la que tenemos referencia, tiene por título, "Contribución al estudio del acné corneal por microscopía en el ojo vivo". Publicación que ve la luz simultáneamente con la que Triebenstein realizara sobre el mismo tema, en Alemania.

En este trabajo pone de manifiesto cómo el examen microscópico ha facilitado la diferenciación de esta afección, que hasta este momento era fácilmente confundible con otras de similares características, aclarando muchos de los problemas que se planteaban en la clínica diaria.

Presenta "La Potenza" en Sevilla en 1923. En ese mismo año, en *Anales de Oftalmología*, la da a conocer en un artículo titulado "Microscopía in vivo del fondo ocular, y nuestro potencial". En 1925 la presentaría a sus colegas franceses.

Tiene como característica que el brazo se dispone sobre un soporte rectangular, de uno de los lados del soporte y en su parte media sale un travesaño horizontal que se adapta al brazo de iluminación, con lo que se impide todo movimiento de éste. El espejo queda independiente de los movimientos de la lente con lo cual al mover la lente, se aproxima o se aleja del espejo obteniendo así variaciones en profundidad de la situación del foco del haz luminoso del sistema. Posee también movimientos de lateralidad. Así mismo, el espejo tiene unos movimientos de rotación, que sirven para desplazar el haz luminoso verticalmente.

Se puede hacer coincidir previamente el foco luminoso con el objetivo, y debido a que todos los movimientos que se imprimen al microscopio son seguidos por la luz, por formar todo el dispositivo un solo bloque, la observación se simplifica

extraordinariamente, no habiendo necesidad de ocuparse más que del enfoque del microscopio.

La facilidad de manejo y la poca colaboración que se requería por parte del paciente, quedan de manifiesto al decir que fue en el Hospital del Niño Jesús, donde por primera vez se empleó, siendo un gran número de niños, los explorados con este nuevo método.

El profesor Albertotti, de la Universidad de Padua, se llevó personalmente uno de estos aparatos desde Madrid a su lugar de trabajo. Fueron muchas las clínicas Europeas, que de igual forma, quisieron hacerse con este nuevo aparato de exploración.

El cristal de contacto utilizado en la exploración era el Koepe, se trataba de una pequeña pieza de cristal tallado, de un gramo y medio de peso, aproximadamente, fabricado por la casa Zeiss. La superficie anterior central era de 10 milímetros de diámetro, tallada con una convexidad de 5 dioptrías, para obviar reflejos. El radio de curvatura de su superficie interior de contacto era de 8 milímetros y el diámetro de 11,5 milímetros. El diámetro total era de 21 milímetros, con lo que se trataban de evitar los desplazamientos del cristal.

La conservación del cristal requería cierto cuidado en el manejo, para que no se deslustrara. Se sumergía en alcohol antes de su empleo para esterilizarlo y, a continuación, se pasaba por suero fisiológico.

La anestesia corneal se realizaba con cocaína y la midriasis con atropina o eufatmina, aunque se conseguían mejores resultados con la homatropina más cocaína. Teniendo en cuenta que las alteraciones que la cocaína produce en el epitelio corneal y que pueden dificultar la visión del fondo de ojo, aquí no influyen porque las irregularidades

que han aparecido en la superficie de la córnea quedan anuladas por el suero.

"El Potencial" se podía colocar y desmontar en pocos minutos, dejando al microscopio en su anterior estado, dispuesto para la observación del segmento anterior del ojo.

El defectuoso suministro de energía eléctrica, que soportaba Madrid en este primer cuarto de siglo, obligó a agudizar el ingenio de sus habitantes; fruto de ello fue, "Nota sobre una modificación de las figuras oftalmométricas". Era común que los especialistas suprimieran los cristales complementarios de su oftalmómetro, porque ellos producían imágenes poco claras debido a la escasez de iluminación de las miras.

Las miras blancas son más fácilmente visibles, pero a causa de la dispersión cromática de esta luz, producida por el doble prisma, no es posible obtener una imagen nítida de aquellas y, en efecto, los bordes de las figuras rectangulares y en escalera se ven impurificados por irisaciones más o menos pronunciadas que restan precisión a la medición astigmática.

Propone López Lacarrère colocar los cristales complementarios, solamente en la mitad inferior de la escalera y del rectángulo, de manera que coincidan sus cortes superiores con las líneas de fe.

Lacarrère cursa biomicroscopía con el Profesor Alfredo Vogt¹⁶ en Suiza. Continuó su formación con el doctor F. Ed. Koby (París).

¹⁶.- Desempeñó la cátedra de oftalmología, primero en Basilea, después pasó a ocupar la de Zurich. En un principio se ocupó de la influencia de la luz ultravioleta y la infrarroja en el aparato ocular y sus dolencias. Otra serie de trabajos la constituyen la utilización de la luz verde para el examen de la retina, especialmente los detalles de la mácula. La anatomía y la patología del cristalino, fueron estudiadas por

Recorre las clínicas europeas: francesas, belgas, holandesas, alemanas, suizas y la checoslovaca del Profesor Elschnig de Praga. Desarrolla en España la afición al estudio de la biomicroscopía y oftalmoscopia aneritra.

Aunque realizado a primeros del curso de 1923 en colaboración con Galo Leoz, "La iontoforesis en oftalmología", esta comunicación no fue presentada hasta la XIV Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, celebrada en Salamanca en Septiembre de 1926. Realizaron los tratamientos en enfermos de la Clínica Oftalmológica del Instituto Rubio.

Tras explicar en que consiste la iontoforesis y seleccionar las partes del ojo en que este tratamiento pueda ser más eficaz, pasan a describir el total de los cuarenta y cuatro casos tratados.

La patología tratada se reparte entre casos de queratitis flictenular, herpes corneal, queratitis tracomatosa, blefaritis ulcerosa, blefaritis escamosa y úlceras corrosivas hipopionicas. Los iones utilizados han sido de Cl, de I y de Zn. No están convencidos de la acción esclerolítica de los dos primeros y dan un gran valor a la de Zn.

Defiende y practica las técnicas modernas de exploración y la dacriocistorrinostomía. Tras una breve estancia en Madrid, se instala en La Coruña, donde realizó una activa labor, encargándose, entre otras muchas cosas, de la organización, como secretario, de la Primera Asamblea Anual de las Jornadas Médicas Gallegas, celebradas en la

Vogt profundamente. Después de los trabajos de Gonin, se dedicó al estudio de la retina, publicando en 1936, su obra *El tratamiento quirúrgico del desprendimiento de retina*. En 1941, en la reunión de la Sociedad Suiza de Oftalmología, le fue concedida la Medalla Gonin, instituida por la Universidad de Lausanne para ser otorgada cada cinco años como premio a los trabajos de investigación e importancia práctica más destacados.

Coruña del 19 al 25 de Agosto de 1929. En esta misma ciudad se le rindió un homenaje en 1928, como despedida por el traslado de su domicilio a Madrid, efectuado un año antes.

Mantiene durante toda su vida, una importante relación con oftalmólogos de otros países. En 1925, asistió a las sesiones de Compenetración y Fraternidad Profesional Hispano-Francesa.

En la XV Asamblea de la S.O.H.A. celebrada en Zaragoza del 17 al 20 de Septiembre de 1928, es el encargado de la ponencia oficial que presenta con el título de: "Biomicroscopía de la córnea iluminada con lámpara de doble Hendidura". Ilustró el tema con 37 grabados, realizados por él mismo.

En 1929, acude al XIII Congreso Internacional de Oftalmología que se celebra en Amsterdam y La Haya. Este mismo año se le rinde un homenaje por su libro, al que asistieron, entre otros, Ramón y Cajal, Recasens, Márquez, Menacho, Novoa Santos, Barraquer, Marañón, Blanco, Poyales y Castresana.

Es imposible referirnos aquí a toda su obra publicada, como muestra de su trabajo más completo, haremos referencia al *Libro-atlas de biomicroscopía de la córnea. Iluminada con lámpara de doble hendidura*. Obra que terminó de escribir en Madrid en 1929, siendo editada por la casa "Blass S.A., y a la que puso prólogo el profesor R. Novoa Santos¹⁷.

El autor, que fue el introductor en España de unas nuevas formas de exploración, dedica esta obra al estudio de la córnea. En

17.- A los 25 años de edad, por oposición, ganó la Cátedra de Patología General de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, de donde, en 1928, después de otras oposiciones, pasó a ocupar la Cátedra de la misma materia en la Facultad de Medicina de Madrid.

la primera parte de su obra, nos describe el instrumental y los diferentes modelos de aparatos que son más comunmente empleados, así como las técnicas y métodos de exploración.

En la segunda parte, nos describe la córnea normal y el limbo córneo-escleral.

La tercera parte, posiblemente la más interesante, la dedica al estudio de la patología de la córnea. Nos habla de las quemaduras, traumatismos, malformaciones congénitas, degeneraciones, distrofias, alteraciones yatrogénicas y lesiones del limbo córneo-escleral.

Son de destacar las láminas que constituyen la última parte de la obra y que están realizadas en su totalidad por el autor. Son imágenes idénticas a las que se observan en el examen directo, lo mismo en lo referente al corte óptico, que a las lesiones y detalles tisulares.

Son continuas las referencias a esta obra que aparecen en la literatura. El doctor García del Real, se refiere a ella como "... lo mejor que se ha publicado de la especialidad en estos últimos años". Tras su publicación la *Revista Oto-Neuro-Oftalmológica y de Cirugía Neurológica*, le rinde un homenaje y le nombra redactor especial. Este libro fue el resultado del encargo que sus colegas especialistas le encomiendan con ocasión de reunirse la XV Asamblea de la S.O.H.A..

En 1930, presenta a la XVI Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, que tuvo lugar en Santiago de Compostela, una comunicación sobre su "Fotocampímetro Registrador".

Compuesto por un fotóforo horizontal, también llamado de exploración; en su parte posterior tenía una aguja accionada por un disparador especial que perforaba o punteaba la gráfica. Este fotóforo llevaba, que en su parte media, dos discos giratorios provistos de cristales de colores y de diafragmas circulares de diferentes tamaños; estaban calculados para que a la distancia de proyección de un metro dieran imágenes puntiformes de diámetro conocido que podía variar desde un milímetro a veinte.

A la izquierda del fotóforo descrito y formando un bloque con la mentonera, estaba el fotóforo vertical también llamado de fijación, que, proyectando sobre la pared una imagen en forma de cruz, servía al ojo de punto central de fijación. El fotóforo de fijación, tiene también una lente de enfoque variable, un sistema condensador y una pequeña lámpara eléctrica de bajo voltaje.

Un ocluser incorporado permitía tapar el ojo no explorado, suprimiendo las vendas compresivas. El fotocampímetro autorregistrator presentaba novedades como

- La variación libre de la distancia de trabajo.
- La intensidad luminosa, tamaño y coloración de los índices.
- La seguridad y rapidez en el manejo.
- La simplicidad o comodidad para precisar y registrar escotomas en blanco y colores, hasta una extensión de 30º a partir de cero.
- La ausencia de pantalla especial.

- El escaso tamaño del instrumento en relación con otros autorregistradores. Lo construía y distribuía en Madrid la casa Ulloa.

En esta misma Asamblea se le nombra Secretario General de la S.O.H.A. y miembro, junto con Leoz, Poyales y Márquez de la comisión que se crea para reformar los Estatutos y el Reglamento de la Sociedad.

Su interés por el tema de la tuberculosis oftálmica queda de manifiesto en su obra "Del tratamiento tuberculínico en oftalmología.- consideraciones biológicas". Los enfermos que atiende en su consulta son estudiados y tratados con sumo cuidado. Se pone en contacto con especialistas extranjeros que se dedican al estudio de la tuberculosis oftálmica. Visita a estos especialistas en sus países de origen, sin quedar muy satisfecho de los tratamientos habitualmente empleados. Es en la visita que realiza a Werdenberg, especialista en fisiología general y ocular, en su Sanatorio de Davos, dedicado exclusivamente al tratamiento de la tuberculosis oftálmica, donde queda convencido de la seriedad y competencia de las investigaciones que están realizando.

Llega a la conclusión que no hay tuberculosis ocular sin foco pulmonar. Las lesiones uveales son más precoces en su aparición y tardan más en desaparecer; por el contrario en las regiones oculares pobres en vasos, las lesiones ceden mejor y se dejan influenciar de forma muy favorable por las radiaciones ultravioletas de onda larga. Insiste de forma reiterada que la técnica de la tuberculioterapia corresponde al campo de la fisiología y el oftalmólogo actuará en todo momento como colaborador del fisiólogo, pero sin tomar nunca la iniciativa.

En 1932 y en la sesión previa de la XVII Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, que tuvo lugar del 12 al 15 de Julio y a la que no pudo asistir (debido a una enfermedad, que le tuvo alejado de toda actividad hasta noviembre del mismo año). Presentó una serie de pautas, que se leyeron en su nombre, para modernizar y hacer más dinámica esta sociedad. La más rápidamente aceptada y puesta en práctica fue la de la publicación de un libro de actas de las reuniones y el envío a todos los socios.

En 1933 tras la muerte de Federico Couce, ocupa el cargo de jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital del Niño Jesús. Manteniendo la norma de que en la consulta pública se vieran también adultos de forma regular, aunque estos no podían ser ingresados en el Hospital

Entra a formar parte del cuadro de redactores de *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, donde da a conocer, por medio de una nota clínica publicada en el mes de abril, su "Myocampter Modificado" (basado en el modelo de Barraquer) aplicado al tratamiento del estrabismo y que, aunque a corto plazo los resultados eran satisfactorios, las recidivas eran la norma y por eso dejó de usarse.

Modifica la técnica de Brigg y simplifica la operación de acortamiento cápsulomuscular para la corrección quirúrgica del estrabismo. Con una pinza, a través de la conjuntiva, se levanta el recto externo. El gancho punzante del myocampter pasa a través de la conjuntiva por debajo del músculo. Con el tornillo del extremo superior del gancho se ha estirado el músculo hasta que el ojo tiene su posición normal. Apretando sobre las dos ramas del

myocampter se cierra el anillo de plata que porta, quedando estrangulada subconjuntivalmente la porción cápsulomuscular.

En este mismo año, fue nombrado Secretario General del XIV Congreso Internacional de Oftalmología que tiene lugar en Madrid. En una sesión demostrativa presenta una película documental y de dibujos animados en la que se muestra la técnica de la extracción de la catarata mediante el "Electrodiafaco". Instrumento que más tarde pasaría a ser utilizado en la cirugía de la retina, con buenos resultados.

En 1935 Lacarrère viaja a Argentina. Los momentos de incertidumbre que se empiezan a vivir en España, se dejan sentir también en nuestro Hospital. Poco a poco se paralizan las actividades normales, se suspenden las reuniones programadas, baja considerablemente el número de enfermos atendidos en la consulta y cambia por completo la patología que presentan.

Regresa a España y tras una corta estancia (el 13-6-36, ingresa en el Hospital, el último niño que será atendido por él), parte de nuevo para la Argentina.

Sin profundizar en sus simpatías políticas, puede decirse de él que supo estar siempre al lado de sus amigos, tanto de los vencedores como de los vencidos. Coincidiendo con la implantación del régimen del General Perón en Argentina, regresa de nuevo a España, permaneciendo en nuestra patria hasta el año 1958, con domicilio en la calle O'Donnell número 8, donde instaló una consulta perfectamente montada y donde colocó, además de otros inventos suyos, unos optotipos que situaba por detrás del enfermo y a dos metros de un espejo colocado frente al explorado. Cubría los optotipos, con una opalina negra que daba una nitidez perfecta.

Fue un hombre con una gran fortuna personal, de amplísima cultura y de gran atractivo personal. Melómano, construía unos violines que fueron utilizados por grandes interpretes de todo el mundo, creando él mismo un cuarteto de cuerda. Aún se recuerda un concierto que con motivo de un congreso de oftalmología celebrado en Madrid, tuvo lugar en el salón de actos de Alcalá 56 (actual edificio del INSALUD), para el que se utilizaron instrumentos contruidos por López Lacarrère.

Muy aficionado también a la pintura; las láminas de su libro sobre Biomicroscopía fueron realizadas por él mismo. Pintó varias acuarelas, pero era la pintura a espátula lo que más le gustaba realizar. En A.O.H.A figura entre los socios fallecidos en 1965.

2.2.5.- Carlos Costi y García de Tuñón. Oftalmología de post-guerra.

Nació en Madrid el 10 de Julio de 1905, donde realizó sus estudios de medicina, en la Universidad Central de San Carlos, licenciándose en 1927. Alcanzó el grado de doctor, con nota de sobresaliente, por la Universidad de Madrid en el año 1928, con el tema de la "Biomicroscopía del Vítreo" del que era un gran conocedor. Por este trabajo, se le concedió el premio "Condesa de Maudes" a la mejor tesis doctoral. Se matriculó ese mismo año en los cursos del I. Oftálmico, pero fue al lado de López Lacarrère donde efectuó su especialización oftalmológica. Obtiene el título de especialista el 23 de Julio de 1931.

En la Sociedad Oftalmológica de Madrid, en su sesión del 8 de Mayo de 1930 lee una comunicación que lleva por título, "Glaucoma con agudizaciones premenstruales".

Según el autor, hay pacientes en las que en la época premenstrual, se modifica el tono de su sistema neurovegetativo, pasando de una ligera simpaticonía a una simpaticotonía marcada; y en dicha época sufren una elevación de la tensión arterial general. Llega a la conclusión que en la época premenstrual estos dos trastornos de excitación del simpático y elevación de la tensión arterial general, en algunas pacientes, acarrearán una elevación de la tensión ocular.

En el año 1932, se le nombra agregado del Servicio de Oftalmología del H.N.J. Se le encomienda la ponencia oficial de la próxima reunión de la S.O.H.A.

"Biomicroscopía del Cuerpo Vítreo", es el título de la ponencia oficial del XVIII Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, que se celebró en Palma de Mallorca del 13 al 18 de Septiembre de 1934. Como aportación original explicaba la disposición de las fibras y las alteraciones en el caso de desprendimiento de la retina. Completó la exposición con la proyección de una serie de acuarelas.

Consecuencia inmediata de dicha ponencia fue la realización del *Libro-Atlas de Bio-microscopía del Cuerpo Vitreo*, publicado por la Editorial Blass en 1934, con prólogo de López Lacarrère. Constituía la biomicroscopía un método novedoso de exploración y diagnóstico en oftalmología. Además de la voluminosa obra de Vogt y del libro de López Lacarrère, habían estudiado y desarrollado temas

biomicroscópicos Soria y Palomar de la Torre, por encargo de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana.

Se refiere el autor en la primera parte de la obra, al estudio de la estructura histológica, biomicroscópica y ultramicroscópica del vitreo, así como a la relación existente entre ellas.

Pasa después a describir el instrumental y la técnica exploratoria que empleaba. Los enfermos utilizados para este estudio, lo mismo que el material de exploración, fueron de la Clínica del Hospital del Niño Jesús y el autor agradece a sus colegas los casos interesantes que para su estudio le enviaron. Utilizó de forma sistemática la "Potenza de Lacarrère", por considerar que con ella obtenía magníficos resultados y la ventaja de la simplicidad de su manejo, ya que podía hacer coincidir previamente el foco luminoso con el objetivo y, al ser todos los movimientos del microscopio seguidos por la luz, hacía mucho más cómoda la exploración.

La tercera y cuarta parte del libro las dedica al estudio del vitreo normal y patológico. Aquí podemos advertir los avances en cuanto al diagnóstico y pronóstico de los procesos que afectan al vitreo.

Describe algunas experiencias personales muy interesantes, pero destacaremos el estudio que hace de la dirección de las fibras del vitreo, mediante la hendidura angular que él mismo perfeccionó. Lo más interesante, que ya había sido apuntado en Palma de Mallorca, posiblemente sean las observaciones del vitreo en el desprendimiento de retina, habiendo descubierto por primera vez "in vivo" la membrana prerretinal de Leber; además de un

desprendimiento posterior de vitreo, un edema retinal y flóculos del vitreo posterior.

No puedo terminar este comentario sin hacer referencia a las magníficas láminas obra de Rosado Rivas que como dice el autor en el prólogo "además de ser un gran dibujante, posee los conocimientos anatómicos y ópticos indispensables para trasladar al papel las fugaces imágenes que se obtienen en la biomicroscopía del cuerpo vitreo".

El 14 de Agosto de 1936, ingresa en el Hospital del Niño Jesús, el último niño que aparece como atendido por Costi, antes de la guerra civil española.

En 1942 y en colaboración con Otero Navascués, construyó un "Umbralómetro" especie de adaptómetro que fue muy utilizado para la detección de la avitaminosis A en la postguerra. "Un nuevo Umbralómetro", fue el título con que lo presentó en la XIX Asamblea de la S.O.H.A., en su tercera sesión. Al terminar la guerra civil española, debido a una mala alimentación, fueron muchos los niños diagnosticados de hipovitaminosis. Debido el gran valor que todos los autores daban al estudio de los valores umbrales de sensibilidad retiniana, para el diagnóstico precoz de las hipovitaminosis, incluso en las formas más leves, Costi se planteó la idea de crear un aparato que le permitiera medir esos valores, y que fuera más preciso que los que hasta ese momento existían en el mercado. Contó con la colaboración del ingeniero óptico Jose M^a Otero y Navascués, se ocupó de su construcción el ingeniero industrial Santamaría y fue construido íntegramente en el Instituto de Física Alonso de Santa Cruz. Su presentación se hizo en la Real Academia de Física y Química de Madrid en la sesión correspondiente al mes de Junio de 1940.

Como ventajas de este nuevo Umbralómetro podemos citar: el control de la intensidad luminosa por la medida continua de la corriente; un mecanismo de oscurecimiento que permite una medida segura de la intensidad luminosa en cualquier momento; eliminar el factor acomodación; conseguir buenos resultados aún con agudezas visuales escasas; la pupila de salida del aparato será por lo menos igual a la máxima del ojo, con el fin de evitar iluminaciones a través de una porción limitada del cristalino. Se mide el mínimo perceptible lo que proporciona al aparato una sensibilidad mayor, y también aumenta la rapidez de exploración; pueden usarse test múltiples y finalmente se evita en lo posible la persistencia de imágenes.

Fue Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital del Niño Jesús, de Auxilio Social y del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid (nombramiento que tuvo lugar en 1944). Colaboró con el doctor. Marañón en el Instituto de Patología Médica. Asistió a numerosos congresos tanto nacionales como internacionales.

En la XXI Asamblea de la S.O.H.A. celebrada en Valencia en 1943, presenta su trabajo titulado, "La miopía nocturna. Sugerencias de interés oftalmológico". Es otro de los estudios en que se refleja, la relación que siguió manteniendo con los físicos Otero y Durán.

Describe las distintas teorías que se han establecido para explicar la miopía nocturna. Una vez tenidas en cuenta estas teorías y basándose en hechos clínicos observados por el autor, llega a la conclusión de que: aumenta la agudeza visual nocturna, usando vidrios correctores de -2 dioptrías; disminuye la amplitud de la acomodación al disminuir la intensidad luminosa; el estado de

reposo del ojo en la oscuridad no es acomodado al infinito, sino -2 dioptrías, momento en que desaparece la amplitud de acomodación.

En Granada da a conocer otro trabajo, "Roentgenterapia anti-inflamatoria de los procesos oculares". Recurre el autor, a la roentgenterapia anti-inflamatoria, solamente en los casos rebeldes en que toda otra medicación, incluyendo las sulfamidas¹⁸, había fracasado. Asegura que en todos ellos, pese a su diversidad, ha tenido resultados plenamente satisfactorios.

Dedicó gran parte de su tiempo a la S.O.H.A., de la que fue vocal, secretario 1º, secretario general desde 1950, vicepresidente y presidente; entre los años 1971 a 1975. Fue además, Secretario de la Sociedad Oftalmológica de Madrid y vocal directivo de la Academia Médico-Quirúrgica. Secretario en el II Congreso Latino de Oftalmología, celebrado en Madrid en el año 1956.

Monárquico y muy religioso, fue un gran aficionado a la caza. Muere en Madrid en 1986.

2.2.6.- Otros Oftalmólogos publicistas.

Aunque es de suponer que antes del año 1908, alguno de los internos de las clínicas del Hospital; colaboraran con Couce en la atención a los enfermos oftalmológicos, no poseemos los suficientes datos para constatarlo.

¹⁸.- Con la penicilina que estaba siendo utilizada ya, el autor no tiene ninguna experiencia personal, por no habersle proporcionado el medicamento para los debidos ensayos.

2.2.6.1.- Faustino Muro Cordero.

Hijo de doña Teresa Cordero y Aparicio, que sería esposa de Federico Couce. Nació en Madrid en el año 1888.

Es nombrado practicante 7º del HNJ, el 3 de Noviembre de 1908. Ascendiendo el 14 de Diciembre de 1909, a practicante 4º. Es nombrado practicante tercero el 15 de Marzo de 1911, ascendiendo de nuevo el 8 de Abril de 1911, por acuerdo de la Junta Provincial de Beneficencia, siendo Médico Decano del Hospital don José Ribera. En 1918, es nombrado profesor auxiliar de la Sección de Oftalmología del HNJ¹⁹. Muere en Madrid el 29 de octubre de 1921.

Da a conocer en las sesiones clínicas del Hospital y en sus publicaciones, temas interesantes y ya olvidados. "Como describían y curaban el escorzuelo (orzuelo) en el año 1609".

Es el título de una publicación en la que trata de describir la cura del escorzuelo, según las pautas dadas en su libro, primera obra de cirugía que se publicó en España escrita en castellano, por el eminente cirujano de Felipe II el licenciado Dionisio Daça Chacón.

En una primera parte nos describe la etiología y la clínica del orzuelo. Pasa luego al tratamiento, aporta remedios tan sorprendentes y dispares que aunque tentados a describirlos todos, nos limitaremos a recoger sólo una muestra. Después de los fomentos con agua caliente, con cebada y alholbas, se continuaba con aplicaciones de pan caliente; todos los autores recomiendan las moscas descabezadas y fregar la apostilla con ellas, o majarlas y

¹⁹.- Archivos HNJ. Material sin clasificar.

ponerlas encima. La cera blanca, medio higo seco cocido en vino, levadura y manteca, serían otros de los remedios utilizados para la cura del orzuelo en 1609.

En una conferencia pronunciada en el HNJ el 7 de Abril de 1918 y cuyo título fue: "Las anomalías de la refracción y acomodación y su corrección por medio de cristales - En el siglo XVII y en la actualidad".

El autor trata de establecer un paralelismo o comparar, lo que con respecto a estas cuestiones de oftalmología hay y había en dos épocas tan distantes como son los siglos XVII y XX.

Faustino Muro, sigue la división que en tres libros hace Daça en esta obra:

1º En el que se trata de la naturaleza de los ojos y de las diferentes vistas que en ellos hay, sus achaques y dolencias. Muro considera el ojo como un instrumento óptico. Estudia su refracción mediante el oftalmoscopio, la esquiascopia y utilizando distintos métodos subjetivos. Tras referirse a la miopía, hipermetropía y astigmatismo, como problemas de refracción, termina ablandonos de falta de acomodación como causa de la presbicia. Paralelamente a estas descripciones, nos comenta como veía Daça Valdés los problemas de refracción; agrupándolos en dos apartados:

- Miopía o enfermedad de los mozos, por ponerse de manifiesto en gente joven. La denominación de cortos de vista que también emplea, se refiere a que solo podían ver los objetos situados a una distancia muy próxima a ellos.

- la presbicia, vista cansada o flaca que aparecía en personas mayores, entre los 40 y 45 años.

2º Variedad de los antoños y remedios de vista. Muro, tras una breve reseña histórica, en la que apunta que según A. de la Peña, sería Nerón la persona de quién primero tenemos noticias de que usara lentes correctores (utilizaba una esmeralda tallada con forma bicóncava, para ver lo que ocurría en la arena del circo romano). Nos describe las lentes cóncavas, convexas y cilíndricas que se utilizaban a principio de siglo.

3º Este libro lo divide en cuatro diálogos, en los que intervienen un doctor, un maestro de antoños y diferentes clientes. Muro se limita a recoger algunos diálogos y anécdotas de los apuntados por Daça en su libro.

En las sesiones del Hospital, presenta un caso clínico de una "Panoftalmía Traumática".

Se trata de un niño que al cortar la cinta de una alpargata sufrió un pinchazo en un ojo. Indica las ventajas de aplicar un tratamiento conservador indicado por Couce, frente al intervencionista que defendía la parte más joven del servicio.

Como complemento a un informe clínico sobre un caso de infantilismo hipofisario que fue tratado en el Hospital, publicó: "Contribución al estudio clínico del infantilismo hipofisario.- Informe clínico". En él describe minuciosamente todos los síntomas oftalmológicos que presentan estos enfermos.

2.2.6.2.- *Fernando González Palacios.*

Su nombre aparece en el número de *La Pediatría Española* correspondiente al año 1921, como interno de la Clínica Oftalmológica del HNJ. Siendo en este año y en el siguiente, cuando publica una serie de tres artículos.

El primero tiene por título, "Algunas consideraciones sobre la teoría fisiológica de la visión".

En este trabajo, trata de contestar a Barraquer que, en la XI Asamblea de la Sociedad Oftalmológica, presentó un trabajo bajo el título de "Teoría Física de la Visión". Nos dice González Palacios que no se puede abordar el problema de la visión, tratando de explicarla por un proceso físico exclusivamente y por tanto sería mas oportuno hablar de "Teoría Fisiológica de la visión".

En el apartado que la revista *La Pediatría Española* titula "Nota Clínica" y al que ya nos hemos referido, escribe sobre "Un caso de subluxación congénita o ectopia doble del cristalino".

Siguiendo la estructura que presentan estos artículos; comienza explicando en que consiste este cuadro clínico, su etiología y clasificación. Presenta, a continuación, el caso de una niña que había sido atendida en la consulta del Hospital y apunta la curiosidad de que unas semanas antes, había acudido a la misma consulta el padre de la paciente con un cuadro similar. Termina haciendo referencia al tratamiento que sería correcto poner a la niña. De momento la pequeña permanecerá en observación.

También como nota clínica da a conocer, "Un caso de glioma de la retina". Describe la historia clínica de una niña que acude a la consulta con un bulto especial en el ojo izquierdo, y quejándose de grandes dolores en dicho ojo, que afirma se iniciaron cinco meses antes.

A la exploración se aprecia un brillo característico, exoftalmia, midriasis, hipertensión y absoluta falta de reacción pupilar. Al oftalmoscopio aparece la retina amarillenta y más próxima al cristalino que en circunstancias normales y los vasos muy borrosos y tortuosos.

Como tratamiento se realizó una enucleación de ese ojo. A los dos meses se presentó de nuevo la niña con una tumoración considerable en la órbita, quedando de manifiesto lo que aseguraba al principio del trabajo, "los gliomas de retina, según una regla casi en absoluto general, se reproducen después de operados".

2.2.6.3.- José Soto Eciolaza.

Su relación con el Servicio de Oftalmología del HNJ tuvo lugar en los años, 1927 y 1928, en calidad de "asistente". Han llegado hasta nosotros dos trabajos firmados por él, en *La Pediatría Española*, y otros dos en *Medicina*, de un gran interés para el estudio que estamos realizando.

En el primer trabajo, "La catarata congénita".

Defiende claramente el tratamiento quirúrgico y dice que los resultados más satisfactorios, los consiguen en los casos en que

intervienen precozmente y empleando la extracción lineal como técnica quirúrgica. Para valorar este trabajo, hay que recordar el "gran respeto" que en esta época se tenía a la catarata congénita, solamente comparable al que se tenía por el glaucoma y las afecciones retinianas.

El segundo caso clínico, "Periosteodema recidivante del reborde orbitario".

Se trata de un proceso inflamatorio del periostio de naturaleza posiblemente tuberculosa. Fue tratado con inyecciones intramusculares de Lacto-Proteínas, según el autor con buenos resultados.

En "Querato conjuntivitis flictenular y tuberculosis", presenta un caso clínico y los tratamientos empleados.

2.2.6.4.- Angel Torres y Torres.

Tras un traumatismo se produce una "Parálisis del recto externo del ojo derecho", título a la vez de la publicación.

Estudia la lesión producida, llegando a la conclusión de que se trata de una parálisis del motor ocular externo derecho, parcial, de origen periférico y localización basilar extradural.

En el Congreso Oftalmológico Internacional que se celebró en Londres en Abril de 1930. Se encargó a Vogt, de Zurich y Arruga de Barcelona, una ponencia que tendría como tema, "El desprendimiento retiniano", y que se desarrollaría y discutiría en el próximo congreso que se celebraría en Madrid en Abril de 1933. Angel Torres, publica

en 1931, y con el título de: "Sobre el desprendimiento retiniano", un trabajo que presenta como novedad el procedimiento de Gonin en el tratamiento del desprendimiento de retina, y que estaba siendo usado en el Hospital con buenos resultados.

El trabajo "Conjuntivitis purulenta del recién nacido" fue comenzado en Agosto de 1926 y publicado en 1932.

Estudia 214 casos clínicos, la forma en que fueron diagnosticados, su tratamiento y evolución. Al final, hace una advertencia que textualmente dice: "Este trabajo ha sido preparado en la consulta de Oftalmología del Hospital del Niño Jesús, siguiendo el sistema curativo que el Dr. Couce y Landa, con su dilatada experiencia, emplea y aconseja hace tantos años".

Sobre una muestra de 96 pacientes con blefaritis que fueron tratados en el HNJ, se realizó el trabajo, "La blefaritis en la infancia". Como en casos anteriores, no hacemos referencia a los tratamientos que serán ampliamente expuestos en el capítulo 3º de este trabajo.

2.3.- Anexo.

Se exponen a continuación las publicaciones y conferencias de los autores que pertenecieron al cuerpo facultativo del HNJ y que han sido estudiados. Su exposición conjunta, además de la aportación bibliográfica; permite la valoración global de la actividad desarrollada por los oftalmólogos del Hospital.

2.3.1.- Cipriano González Pérez.

- "Consideraciones diagnósticas y terapéuticas de los infartos ganglionares escrofulares del cuello". *Archivos de Medicina y Cirugía de los Niños*. N^o 4, 1885. PP. 58-60.

- "El Hospital del Niño Jesús: Su importancia social y científica". Conferencia pronunciada en la sesión inaugural de las reuniones del cuerpo de médicos del Hospital del Niño Jesús, celebrada el 28 de Octubre de 1917, y editada por el establecimiento tipográfico del Asilo del Niño Jesús. *La Pediatría Española*. Año VI, 1917. PP. 4-7. *Policlínica Española*. Año I. N^o 7, 1917. PP. 101-104.

- "Origen y desenvolvimiento del Hospital del Niño Jesús. Su aportación al estudio de la Patología Infantil". *La Pediatría Española*. Año VIII, 1919. PP. 103-107.

- "Sesión necrológica a la memoria del Cirujano D. Aurelio Martín Arquellada". *La Pediatría Española*. Año XIV, 1925. PP. 290-302.

2.3.2.- Federico Couce y Landa.

- "Examen del ojo enfermo para llegar al diagnóstico". *Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía, Afecciones Urinarias y Boletín de Medicina y Cirugía*. Madrid. 1884. Monografía.

- "Sifiloma de Párpado". (Couce-Poyales). *Progresos de la Clínica*, 1919.

- "Un caso de gigantismo acromegálico". (Couce-Poyales). *La Pediatría Española*. Año VIII, 1919. PP. 271-283.
- "Tumor de la carúncula lagrimal". (Couce-Poyales). *La Pediatría Española*. Año IX, 1920. PP. 322-325. *Archives de Medicine des enfants*, 1921.
- "La tuberculosis ocular infantil". (Couce-Poyales). *La Pediatría Española*. Año XI, 1922. PP. 1-16.

2.3.3.- Francisco Poyales Fresno.

2.3.3.1.- Publicaciones.

- "Sobre el estrabismo congénito convergente". Tesis de Doctorado, 1916. Monografías - Biblioteca HNJ.
- "La visión binocular imperfecta". *España Médica*, 1916.
- "Sobre el estrabismo convergente en el recién nacido". *A.O.H.A.* Tomo XXXIII. Nº 196. Abril, 1917. PP. 192-197.
- "Sobre el diagnóstico bacteriológico. Tuberculosis ocular". *A.O.H.A.* Tomo XXXIV. Nº 203. Noviembre, 1917. PP. 629-635.
- "Desarrollo de los músculos R.E. y R.I. en el embrión humano". Monografías - Biblioteca HNJ. Año 1917.-10 Pags. Reprinted from the anatomical record. Vol. 13. Nº6, November 1917.
- "La insulina en oftalmología". Monografías de terapéutica- Biblioteca HNJ. Año 1917.- 16 págs.

- "Sobre la reacción del oro-coloidal y su importancia en oftalmología". Monografías - Biblioteca HNJ. Año 1917.-11 págs. *Progreso de la Clínica*, 1918.

- "Estudio de la histogénesis de los músculos oculares R.I. y R.E. y sus consecuencias". Monografías - Biblioteca HNJ. Año 1918.- 24 págs. *Progreso de la Clínica*, 1918.

- *Manual de cirugía ocular para médicos y estudiantes*. de los Drs. Ervin Török y Gerald H. Grout de New York- traducido y revisado por el Dr. Poyales. Editorial Plus-Ultra. Madrid, 1921.

- "Degeneración nefrítica de la retina". *Plus Ultra*. Nº 3, 1919.

- "Dermoide congénito del párpado superior". *La Pediatría Española*. Año VIII, 1919. PP. 323-326.

- "Como deben cuidarse los ojos de un niño". *La Jornada*. En su número del 21 de Octubre de 1919.- *La Pediatría Española*. Año IX, 1920. PP. 3-8.

- "Análisis químico de la sangre, al alcance del médico práctico". Monografías- Biblioteca HNJ. Año 1920. *La Pediatría Española*. Año IX, 1920. PP. 33-44.

- "Un caso de coloboma congénito de ambos párpados inferiores". *La Pediatría Española*. Año IX, 1920. PP. 138-141. A.O.H.A.. Tomo XLI. Nº 245. Mayo, 1921. PP. 247-250.

- "Glioma bilateral de la retina y tratamiento por el ródium". A.O.H.A. Tomo XLI. Nº 241. Enero, 1921. PP 6-10. *La Pediatría Española*. Año IX, 1920. PP. 223-228.

- "Etude anatomo-pathologique de la dégénérescence nephretique de la retine". *Arch. Opthal.*. Marzo, 1920.
- "Trastornos visuales de origen perihipofisario". *Los Progresos de la Clínica*. Nº 106, 30 de Noviembre de 1920. PP. 301.
- "Injertos de mucosa y grasa bucal en la conjuntiva como tratamiento del tracoma". *La Pediatría Española*. Año X, 1921. Tomo V. PP. 123-127.
- "Molluscum contagiosum de los párpados". *La Pediatría Española*. Año X, 1921. Tomo V. PP. 189-296.
- "Trastornos visuales en la enfermedad de Froelich". *A.O.H.A.* Tomo XLI. Nº 245. Junio, 1921. PP. 302.-307
- "Las secreciones internas en oftalmología". *A.O.H.A.* Tomo XLIV. Nº 262. Octubre, 1922. PP. 517-559. *La Pediatría Española*. Año XI, 1922. PP. 292-314, 336-345, 365-376.
- "Tumor de masa del iris". *La Pediatría Española*. Año XII, 1923. PP. 126-128.
- "Dacriocistorrinostomía con extirpación de saco lagrimal". *A.O.H.A.* Tomo XLIX. Nº 294. Junio, 1925. PP. 336-344. *Anales de Oftalmología*. Año I. Tomo I, 1925. PP. 15-22.
- "Primeros ensayos de fototerapia ocular con el aparato del profesor Koeppe". *A.O.H.A.* Tomo XL. Nº 298. Octubre, 1925. PP. 555-558. *Medicina Ibera*. Año IX. Nº 374. 3 de Enero 1925. PP. 1-2
- "Tolerancia a los prismas". *Siglo Médico*. Tomo LXXII. Nº 3741. 22 de Agosto, 1925. PP. 187-188.

- "La herencia patológica en el aparato de la visión". *Anales de Oftalmología*. Tomo I. Nº 7. Julio, 1925. PP. 411-435.
- Galería de oculistas Españoles, dedicado a: "Dr. D. Jose A. Barraquer 1852-1924". *Anales de Oftalmología*. Año I. Tomo I, 1925. PP. 674-676.
- "La fotografía de Fondo de Ojo". *Anales de Oftalmología*. Año II. Tomo II, 1926. PP. 249-257.
- "Un caso de pseudo-degeneración calcarea del iris". *Anales de Oftalmología*. Año II. Tomo II, 1926. PP. 391-393.
- "Caso atípico de glioma endófito". *Medicina Ibera*. 6 de Noviembre de 1926. PP. 387-389. *A.O.H.A.* Tomo LIV. Nº 321. Septiembre, 1927. PP. 589-594. *Anales de Oftalmología*. Año III. Tomo III, 1927. PP. 89-93. *Archives de Medicine des Enfants*. Tomo XXXI. Nº I, 1928. PP. 46-46.
- "Valor del bloque tóxico hemático en oftalmología". *Medicina Ibera*, 11 de Diciembre de 1926. PP. 550-552. *Anales de Oftalmología*. Año III. Tomo III, 1927. PP. 29-35.
- "La uveitis de Straub". *Medicina Ibera*. Tomo XXI. Nº 483. 5 de Febrero de 1927. PP. 145-145.
- "El Síndrome de Hubbenet-Bitot". *Medicina Ibera*. Tomo XXI. Nº 492. 9 de Abril de 1927. PP. 391-392.
- "La catarata y las fibras de la zónula". *Anales de Oftalmología*. Año III. Tomo III, 1927. PP. 452-461.

- "Iridotaxis". *Anales de Oftalmología*. Año III. Tomo III, 1927. PP. 668-671.
- "Índice de creatinina en sangre: su pronóstico en las lesiones retinianas de origen renal". *A.O.H.A.* Tomo LIV. Nº 322. Octubre, 1927. PP. 647-652.
- "Extracción total de la catarata". *A.O.H.A.* Tomo LV. Nº 330. Junio, 1928. PP. 321-339.
- "La Facoeséresis simplificada de Fisher". *A.O.H.A.* Tomo LVIII. Nº 345. Septiembre, 1929. PP. 555-558.
- "El método de Gonin en el desprendimiento de retina". *Medicina Ibero*. Tomo XXIV. Nº 593. 23 de Marzo de 1929. PP. 396-398.
- "La zónula en los distintos tipos de cataratas". *A.O.H.A.*, 1930. PP. 98.
- "La operación de Elschmig". *A.O.H.A.* Tomo LXI. Nº 366. Junio, 1931. PP. 351-354.
- "Myocampter". *A.O.H.A.* Tomo LXV. Nº 389. Mayo, 1933. PP. 333-340.
- "Hialoscopia". *A.O.H.A.* Tomo LXVII. Nº 405. Septiembre, 1934. PP. 476-481.

2.3.3.2.- *Comunicaciones a congresos y conferencias.*

- "Causas que pueden determinar la posición estrábica convergente o la tendencia a esta posición de los globos oculares de los recién nacidos". Comunicación a la X Asamblea S.O.H.A.. Valencia, 1916.
- "Sobre el estrabismo convergente en el recién nacido". Comunicación a la X Asamblea S.O.H.A.. Valencia, 1916.
- "Tuberculosis cerebral de síndrome ocular". (Poyales-González Alvarez). Sesión Científica del HNJ, del 17 de Noviembre de 1918.
- "Estudio anatomopatológico de la degeneración nefrítica de la retina". Proyecciones. Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina. Madrid, 1918.
- "Sobre el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis ocular". Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina. Madrid, 1918.
- "La reacción del oro coloidal y su importancia en la oftalmología". Proyecciones. Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina. Madrid, 1918.
- "El análisis de la sangre aplicado a la oftalmología". Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina. Madrid, 1918.
- "Dermoide congénito del párpado superior". Sesión Científica HNJ, del 15 de Abril de 1919.
- "Las Secreciones Internas en Oftalmología". Tema oficial de la ponencia de la XII Asamblea S.O.H.A., que se celebró en Bilbao del 17 al 20 de Septiembre de 1922.

- "Glioma bilateral de la retina y tratamiento por el rádium". Comunicación a la XII Asamblea S.O.H.A.. Bilbao, 1922.
- "Tumor de la carúncula". Comunicación a la XII Asamblea S.O.H.A.. Bilbao, 1922.
- "Tumor leucémico de la coroides". Comunicación a la XII Asamblea S.O.H.A.. Bilbao, 1922.
- "Un caso de coloboma congénito de ambos párpados inferiores, con una brida amniótica fija en el centro de la córnea derecha, labio leporino y fisura palatina". Comunicación a la XII Asamblea S.O.H.A.. Bilbao, 1922.
- "Molluscum de los párpados". Proyecciones. Comunicación a la XII Asamblea S.O.H.A.. Bilbao, 1922.
- Sesión de proyecciones anatomopatológicas en la XII Asamblea S.O.H.A.. Bilbao, 1922.
- "Tuberculosis ocular infantil". Comunicación al Congreso Internacional de Oftalmología celebrado en Wáshington D. C., 1922.
- "Un nuevo modelo de potencial para microscopía de la retina". (Poyales-Lacarrère). Comunicación a la XIII Asamblea S.O.H.A.. Sevilla, 1923
- "Higiene Ocular del Niño". Comunicación al Congreso Nacional de Pediatría. San Sebastián, 1923.
- "El Fondo de ojo en Patología Infantil". Comunicación al Congreso Nacional de Pediatría. San Sebastián, 1923.

- "Dacriocistorrinostomía". (Poyales-Nogueras). Comunicación al II Congreso Nacional de Ciencias Médicas. Sevilla, 1924.

- "Primeros ensayos de fototerapia ocular con el aparato del Profesor Koeppe". Comunicación al II Congreso Nacional de Ciencias Médicas. Sevilla, 1924.

- "Nueva operación de dacriocistorrinostomía". (Poyales-Nogueras²⁰). Conferencia pronunciada en la Sociedades Científicas, Compenetración y Fraternidad Profesional Hispano-Francesa. Barcelona, 1925.

- Congreso de Oftalmología de París (1926). Presenta una película sobre anatomía patológica de la tuberculosis ocular, con microfotografías.

- "Caso atípico de glioma endofítico". Comunicación a la XIV Asamblea S.O.H.A.. Salamanca, 1926.

- "Índice de creatinina en sangre, su valor pronóstico en las lesiones retinianas de origen renal". Comunicación a la XIV Asamblea S.O.H.A.. Salamanca, 1926.

- "Tuberculosis Ocular". Conferencia pronunciada en la Sociedad Oftalmológica de Barcelona. El 14 De diciembre de 1926²¹.

- "La facoeséresis simplificada de Fischer". Comunicación a la XV Asamblea S.O.H.A.. Zaragoza, 1928.

²⁰.- El doctor Nogueras, ostentaba en esta época el cargo de Director del Hospital de la Cruz Roja de Madrid.

²¹.- Hace referencia a trabajos anatomo-patológicos en enfermos del HNJ. y de la Cruz Roja, se proyecta una película de la casa Pathé,

- "Valor clínico de la operación de Asuncion". Comunicación a la XV Asamblea S.O.H.A.. Zaragoza, 1928.
- "Quistes serosos de iris". Comunicación al XIII Congreso Internacional de Oftalmología. Holanda, 1929.
- "La zónula en los distintos tipos de catarata". Comunicación al XIII Congreso Internacional de Oftalmología. Holanda, 1929.
- "La operación de Elschmig". Comunicación a la XVI Asamblea de la S.O.H.A.. Santiago de Compostela, 1930.

2.3.4.-José Julio López Lacarrère.

2.3.4.1.- Publicaciones

- "Contribución al estudio del acné corneal por microscopía en el ojo vivo". *A.O.H.A.* Tomo XLIII. Nº 255. Marzo, 1922. PP. 121-132.
- "Nota sobre una modificación de las figuras oftalmométricas". *A.O.H.A.* Tomo XLV. Nº 270. Junio, 1923. PP. 366-370.
- "Microscopia en vivo del fondo ocular, y nuestro Potencial". *Anales de Oftalmología.* Año II. Tomo II. (1926). PP. 80-95.
- "La microscopie de l'oeil vivant et notre potence". *Revue Generale D' Ophtalmologie*, 1925. pág. 283 y siguientes.
- "Biomicroscopia oculaire lampe a double feute". *Revue Generale D' Ophtalmologie*, 1927.

- "Biomicroscopía de la córnea iluminada con la lámpara de doble hendidura". *A.O.H.A.* Tomo LVI. Nº 335. Noviembre, 1928. PP. 617-626.
- "La iontoforesis en oftalmología". (Leoz-Lacarrère). *A.O.H.A.* Tomo LIII. Nº 318. Junio, 1927. PP. 373-411.
- *Libro-atlas de biomicroscopía de la córnea. Iluminada con lámpara de doble Hendidura.* Editorial Blass S.A., Madrid (1929).
- "Investigaciones de biomicroscopía ocular". Tesis del Doctorado. Madrid, 1931. Monografías HNJ.
- "La tortícolis oculaire congenital". *Annales d'Oculistique*, 1931.
- "Diagnosis fimio-ocular en biomicroscopía". *Medicina Ibera*, 1931.
- "Del tratamiento tuberculínico en oftalmología.- Consideraciones biológicas". *Medicina*. Tomo II. (1931). PP. 245-250.
- "Fotocampímetro autorregistrador". *Revista Oto-Neuro-Oftalmológica y de Cirugía Neurológica*, año 1931. PP. 3-11.
- "Fotocampímetro registrador". *A.O.H.A.* Tomo LXI. Nº 364. Abril, 1931. PP. 223-234.
- "Nuevo método original de extracción total de la catarata senil: La Electrodiáfauia". *A.O.H.A.* Tomo LXIII. Nº 378. Junio, 1932. PP. 293-303. *La Pediatría Española*. Año XXI (1932). Nº 236. PP. 480-
- "Myocampter modificado". *A.O.H.A.* Tomo LXV. Nº 386. Abril, 1933. PP. 277-284.

2.3.4.2.- Comunicaciones a congresos y conferencias.

- "Un nuevo modelo de potencial para microscopía de la retina". (Poyales-Lacarrère). Comunicación a la XIII Asamblea S.O.H.A., Sevilla 1923.
- "La iontoforesis en oftalmología". (López Lacarrère-Leoz). Comunicación a la XIV Asamblea S.O.H.A., Salamanca, 1926.
- "Resultados de mi experiencia sobre el empleo de la doble hendidura". Comunicación al XIII Congreso Internacional de Oftalmología (Holanda, 1929).
- "Nota sobre un caso de formaciones quísticas hialoides, inflamatorias, simétricas prepapilares". Comunicación al XIII Congreso Internacional de Oftalmología (Holanda, 1929).
- "Biomicroscopía de la córnea iluminada con lámpara de doble Hendidura". Ponencia oficial de la XV Asamblea de la S.O.H.A., Zaragoza, 1928.
- "Fotocampímetro Registrador". Comunicación a la XVI Asamblea S.O.H.A., Santiago de Compostela, 1930.
- "Electrodiafaco". Comunicación al XIV Congreso Internacional de Oftalmología, Madrid, 1933.

2.3.5.- *Carlos Costi y García de Tuñón*

2.3.5.1.- *Publicaciones:*

- "Extracción de cuerpos extraños intraoculares". *España Médica*, 15 de Junio de 1928.
- "Importancia de la biomicroscopía ocular". *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, Septiembre de 1929.
- "Glaucoma con agudizaciones premenstruales". *A.O.H.A.* Tomo LX. Nº 358. Octubre, 1930. PP. 521-530.
- "Consideraciones acerca de una formación del limbo corneoescleral". *A.O.H.A.* Tomo LII. Nº 309. Septiembre, 1926. PP. 514-518.
- "Heterocromía y catarata". *Annales d'Oculistique*, Agosto de 1932.
- "EL método de extracción eléctrica de la catarata: Electrofaquia de Lacarrere". *Revista Oto-Neuro-Oftalmológica y de Cirugía Neurológica*, Diciembre de 1932.
- *Libro-Atlas de bio-microscopía del Cuerpo Vitreo*. Editorial Blass, Madrid (1934).
- "La miopía nocturna. Sugerencias de interés oftalmológico". *A.O.H.A.* Tomo III.(1944). PP. 621-627.
- "Roentgenterapia anti-inflamatoria de los procesos oculares". *A.O.H.A.* Tomo III.(1944), PP. 1072-1078.

- "Glioma reproducido tratado por la radioterapia de Chaoul". *A.O.H.A.* Tomo III. (1944). PP. 621-627.

2.3.5.2.- Comunicaciones a congresos y conferencias.

- "Consideraciones acerca de una formación del limbo corneo-escleral". Comunicación a sesión previa de la XVII Asamblea S.O.H.A., Santander 1932.

- "Biomicroscopía del Cuerpo Vitreo". Ponencia Oficial de la XVIII Asamblea S.O.H.A., Palma de Mallorca, 1934.

- "Un nuevo Umbralómetro". Comunicación XIX Asamblea S.O.H.A., 1942.

- "Glioma reproducido tratado por radioterapia de Chaoul". Comunicación a la XXI Asamblea S.O.H.A., Valencia 1943.

- "La miopia nocturna. Sugerencias de interes oftalmologico". Comunicación a la XXI Asamblea S.O.H.A., Valencia 1943.

- "Roentgenterapia anti-inflamatoria de los procesos oculares". Comunicación al XII Congreso de la S.O.H.A., Granada 1944.

2.3.6.- Faustino Muro Cordero.

- "Cómo describían y curaban el escorzuelo (orzuelo) en el año 1609". *Policlínica Española*. Año I. Nº 18. Diciembre, 1917. PP. 273-275.

- "Las anomalías de la refracción y acomodación y su corrección por medio de cristales". *La Pediatría Española*. Año VII N^o. 67. (1918) PP. 131-160. *Policlínica Española*. Año II. 1918. (N^o 64. Mayo. PP. 618-623). (N^o.65. Junio. PP. 633-640). (N^o.66. Junio. PP. 649-653).

- "Panoftalmía traumática". *La Pediatría Española*. Año VII (1918). N^o. 67. PP. 124-126. *Policlínica Española*. Año II. N^o 50.(1918). PP. 407-409.

- "Una Epidemia de conjuntivitis aguda contagiosa de Weeks". *Policlínica Española*. Año II. N^o 25. Enero, 1918. PP. 7-8.

2.3.7.- Fernando González Palacios.

- "Un caso de sub-luxación congénita o ectopia doble del cristalino". *La Pediatría Española*. Año X. Tomo V. (1921). PP. 276-278.

- "Algunas consideraciones sobre la teoría fisiológica de la visión". *La Pediatría Española*. Año X. Tomo V. (1921). PP. 303-308.

- "Un caso de glioma de la retina". *La Pediatría Española*. Año XI. Tomo VI. (1922). PP. 17-19.

2.3.8.- José Soto Eciolaza.

- "La catarata congénita". *La Pediatría Española*. Año XVI. Tomo XI. N^o 174 (1927). PP. 77-174.

- "Periosteodema recidivante del reborde orbitario". *La Pediatría Española*. Año XVII. Tomo XII. Nº 184. (1928). PP. 1-7.

- "Querato conjuntivitis flictenular y tuberculosis". *Medicina*. Tomo I. Año, 1930. PP. 226-236.

- "Complicaciones oculares en las enfermedades agudas infecciosas de los niños". *Medicina*. Tomo VI. Año 1934. PP. 60-66.

2.3.9.- *Angel Torres y Torres.*

- "Parálisis del recto externo del ojo derecho". *Medicina*. Tomo I. Año 1930. PP. 162-168.

- "Retino-coroiditis atrófica, miópica". *Medicina*. Tomo I. Año 1930. PP. 297-302. Caso clínico.

- "Parálisis completa del III par derecho". *Medicina*. Tomo I. Año 1930. PP. 519-525. Caso clínico.

- "Sobre el desprendimiento retiniano". *Medicina*. Tomo II. Año 1931. PP. 103-107.

- "Conjuntivitis purulenta del recién nacido". *Medicina*. Tomo II. Año 1931. PP. 291-308.

- "Angioma cavernoso de la órbita derecha". *Medicina*. Tomo II. Año 1931. PP. 521-525.

- "La blefaritis en la infancia". *La Pediatría Española*. Año XXI. Tomo XVI. Nº. 236. (1932). PP. 402-406.

- *Tratamiento de la conjuntivitis purulenta del recién nacido*. Tipografía y Encuadernación del Asilo del Niño Jesús. Madrid, 1932.

- "Tratamiento de la conjuntivitis primaveral". *La Pediatría Española*. Año XXII. Tomo XVII. (1933). PP. 725-735.

- "Conjuntivitis primaveral". *Medicina*. Tomo VI. Año 1934. PP. 35-61.

- Comentarista en diversas publicaciones de revistas y libros de oftalmología.

CAPITULO 3

PATOLOGIA OCULAR TRATADA EN EL

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS

CAPITULO 3.- PATOLOGIA OCULAR TRATADA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS.

3.1.- Introducción.

Para el estudio de las afecciones oculares, que fueron tratadas en el Hospital del Niño Jesús, y la frecuencia de su presentación, nos centraremos en el periodo de tiempo que va de 1916 a 1940. La elección de este periodo viene obligada por el hecho de que, con anterioridad al mismo, los datos, sobre la patología presentada por los enfermos, no están completos en los libros de ingresos del Hospital. Existen periodos anuales en que no se registran los diagnósticos, además, son muchos los niños ingresados en cuyas fichas, sólo figura la filiación y la sala en la que ingresan. Esta carencia de datos fundamentales impedía una aproximación lo suficientemente fidedigna.

Nuestro estudio finaliza en 1940, ya que es posible considerar una unidad de análisis en el período 1916-1940, por presentar una patología específica. A partir de esa fecha, se observan cambios sustanciales en las afecciones oculares tratadas en el Hospital.

Los años comprendidos entre 1935 y 1940 presentan irregularidades en cuanto a la patología que se recibe en el Hospital. Este hecho parece consecuencia lógica de la guerra civil que vive España y que convierte los hospitales madrileños en hospitales de campaña. Sin embargo, se incluye en el análisis entendiendo que constituye el final del ciclo de patologías observado y prepara el

siguiente.

Hemos encontrado una relación de los niños ingresados en la Sala de San Rafael en el mes de Septiembre de 1884 y que estaban siendo tratados por don Cipriano González Pérez¹ por el interés que tiene, se relaciona a continuación íntegramente. Aunque no pertenece al periodo objeto de análisis, aporta información complementaria.

Cama 1.- N.P. 7 años. Queratitis. Instilaciones alternadas de atropina y eserina, según las indicaciones de la marcha general de la enfermedad.

Cama 2.- M.G. 7 años. Blefaritis escrofulosa. Pomada de precipitado amarillo y tónicos².

Cama 3.- S.M. 10 años. Hernia de iris. Instilaciones de atropina, alternando con las de eserina y ligera compresión con vendaje.

Cama 5.- E.B. 11 años. Hernia de iris. Igual tratamiento que el anterior más tónicos.

Cama 6.- F.N. 12 años. Flemón de párpado superior derecho. Cura con Bálsamo Samaritano³.

Cama 7.- J.A. 6 años. Blefaritis escrofulosa. Pomada de precipitado amarillo más tónicos.

Cama 13.- M.B. 4 años. Conjuntivitis catarral con evolución purulenta. Colirios graduados.

Cama 14.- M.L. 7 años. Queratitis. Instilaciones de atropina.

Cama 16.- L.A. 6 años. Conjuntivitis granulosa. Toques con sulfato de cobre⁴ más tónicos.

¹.- Publicada en la revista *El Hospital de Niños*. Fundada y dirigida por el Dr. D. Manuel Tolosa Latour.

².- Utilizaban un compuesto de: Iodo puro (50 centigramos)+Extracto de ratania (2 gramos)+Jarabe de frambuesa (200 gramos). La cantidad suministrada al niño oscilaba entre 5 y 30 gramos diarios, según la edad.

³.- Balsamum Samaritanum: Aceite común y vino tinto, 500 gramos de cada cosa; 50 sumidades de romero. Se pone la mezcla a fuego lento hasta que se disipe la humedad, luego se filtra. Actúa como cicatrizante.

⁴.- En forma de colirio: Sulfato de cobre (2 decigramos)+Agua destilada (30 gramos).

Cama 17.- I.V. 7 años. Blefaritis y obstrucción de los puntos y conductos lagrimales. Cateterismo de las vías lagrimales y pomada de precipitado amarillo, alternando con la de precipitado rojo.

Cama 18.- F.S. 4 años. Conjuntivitis flictenular. Insuflaciones de calomelanos al vapor.

Cama 19.- I.S. 6 años. Querato-conjuntivitis. Instilaciones de atropina y colirios graduados.

Cama 20.- C.G. 5 años. Queratitis. Instilaciones de eserina más tónicos.

Cama 22.- M.F. 3 años. Querato-conjuntivitis. Instilaciones de atropina, eserina y colirios graduados según las indicaciones por la marcha general de la enfermedad.

Cama 23.- P.A. 4 años. Queratitis ulcerosa. Insuflaciones de calomelanos, alternados con las instilaciones de eserina. Tónicos.

Cama 24.- I.P. 6 años. Nefeliuns. Insuflaciones de calomelanos, alternando con la pomada de precipitado rojo.

Cama 25.- L.B. 3 años. Conjuntivitis catarral. Colirio débil de nitrato de plata.

Cama 26.- I.L. 3 años. Queratitis. Instilaciones de atropina más tónicos.

Este documento nos hace pensar que la patología diagnosticada en el Hospital y los tratamientos llevados a cabo, no difieren de los que nos hemos encontrado a partir de 1916. De alguna forma, puede afirmarse que, durante los 39 primeros años de vida del Hospital, existe una línea de continuidad en las enfermedades y en la terapéutica empleada.

3.2.- Enfermedades de la Conjuntiva.

3.2.1.- *Conjuntivitis Contagiosa de Weeks.*

En la primavera de 1916, algunas zonas de Madrid sufren una

epidemia de "Conjuntivitis Contagiosa de Weeks"; la mayor parte de los niños afectados, debido a su bajo nivel socio-económico, fueron tratados en el Servicio de Oftalmología del Hospital del Niño Jesús⁵, unos de forma ambulatoria y otros ingresados en sus salas de San Rafael y Santa Lucía.

Se desencadenó esta epidemia en los tejares del Este (próximos al cementerio de la Almudena). Cuando el foco comenzó a ser controlado, se presentaron en la consulta niños con idéntica sintomatología, procedentes del tejear de Sixto (situado en los terrenos que hoy ocupan la Casa de la Moneda, extendiéndose por una parte hasta el Parque de Roma y por otra hasta el actual Barrio de la Estrella) y, cuando este brote parecía reducido, aparecieron de nuevo niños en la consulta de oftalmología con el mismo cuadro clínico, esta vez procedentes del tejear del Olivar.

La explicación que se dio a esta forma de aparición, fue que la primavera era la estación del año más propicia para la presencia de estos brotes. A esto se unía el aumento de emigrantes que, con sus familias, llegaban a Madrid procedentes del Levante Español⁶, instalándose en los distintos tejares de Madrid. Una vez acomodados, se visitaban y ésta podría ser la causa por la que se extendió la epidemia de forma tan rápida. Hay que tener en cuenta que la condición social, la manera de vivir y la escasa higiene de estos niños, no hacía más que favorecer la aparición y propagación de este tipo de enfermedades.

Durante el año de 1916 y en las primaveras sucesivas, los

⁵.- *Policlínica Española*, N° 25, Madrid 1 de Enero de 1925, Pág. 7.

⁶.- El litoral Mediterráneo y las zonas limítrofes, eran los sitios donde con más frecuencia aparecía esta enfermedad. Siendo las provincias de Barcelona, Tarragona, Castellón, Valencia, Alicante, Murcia, Almería, Granada, Málaga, Cádiz y Huelva, así como las Baleares, las principalmente afectadas. En otras provincias como Jaén, Ciudad Real, Badajoz, Cáceres y Toledo, los focos eran de menor importancia.

comienzos de la enfermedad seguían siendo similares: la madre podía comprobar que una mañana, al levantarlos de la cama, los niños tenían dificultad para abrir los ojos, las pestañas estaban pegadas y plagadas de legañas. En algunos casos, aparecía un edema de párpados y cuando se intentaba abrirles los ojos, salía una secreción muco-purulenta de entre los párpados, era la que estaba ocupando los fondos de saco conjuntivales; la conjuntiva estaba sonrosada y existían pequeñas hemorragias subconjuntivales.

En este tipo de conjuntivitis, como en otras que más adelante estudiaremos, era frecuente la aparición de una tumefacción de la conjuntiva. Esta, que se conocía con el nombre de "Onix", podía dar lugar a la formación de un tumor indolente, que con frecuencia se ulceraba y al que se le dio el nombre de "Encanthis o Ptérigion".

El tratamiento, que se siguió en estos enfermos con conjuntivitis de Weeks, fue el siguiente: se limpiaba el exterior y el interior del ojo con algodones humedecidos en ácido bórico⁷ para hacer desaparecer la secreción acumulada, después se ranversaban los párpados y se aproximaban entre sí, para proteger la córnea y poder instilar un par de gotas de nitrato de plata⁸ al dos por ciento; que se neutralizaba a continuación con una solución de cloruro de sodio. Esta cura solo se podía realizar en el Hospital.

Cuando el enfermo obtenía el alta regresaba a su casa, se indicaba a la madre que le lavara los ojos con frecuencia, empleando ácido bórico al dos por ciento. Además, debería poner al niño un par de gotas

7.- Acido Bórico: Bo O3 ó sal sedativa de Homberg (1702). Su valor antiséptico es en realidad débil, pero su inocuidad lo realza en la práctica. Privado de las acciones tóxicas o irritantes, es como se emplea en el tratamiento de las afecciones oculares.

8.- El nitrato de plata era la sal de plata más usada en terapéutica, se obtenía por la acción directa del ácido nítrico sobre la plata. La disolución o colirio astringente de nitrato de plata, se formaba con dos decigramos de éste para treinta gramos de agua destilada.

de argirol⁹ al uno por ciento, que se instilarían en los fondos de saco conjuntivales por la mañana, tarde y noche.

3.2.2.- Tracoma.

La afección ocular que actualmente se denomina Tracoma o Conjuntivitis Tracomatosa, era conocida desde la antigüedad. Se la dieron diversos nombres, confundiéndola en numerosas ocasiones con otros tipos de conjuntivitis. Cuando a principios del siglo XIX, regresan las tropas de Napoleón de la Campaña de Egipto, gran parte de la población de Europa se contagia de una conjuntivitis aguda muy intensa (oftalmía egipciana) que se asociaba al tracoma, de desarrollo más lento y crónico.

Al ser licenciado el ejército de Napoleón, compuesto de regimientos de diversas nacionalidades: franceses, ingleses, belgas y alemanes, estos individuos, que en su mayor parte padecían o habían padecido la enfermedad, fueron los encargados de transmitirla a los distintos países, contaminando a la población civil. En España se padece sobre todo en el litoral mediterráneo y las zonas limítrofes. En Madrid existía tracoma, aunque en menor cantidad, y la mayor parte había sido importado de las demás regiones, por los temporeros que acudían en busca de trabajo a los tejares y a la siega del campo madrileño. Almería, seguida de Alicante, eran las provincias españolas más afectadas.

Fue en el año 1957, en Pekin, cuando T-ANG y sus colaboradores encontraron el agente causal de esta enfermedad, cultivándolo en

⁹.- Derivado de la peptona o de la caseína, contiene 30 por ciento de metal, es amorfo, moreno-negruczo, soluble en su peso de agua.

huevos embrionarios. Utilizaban una secreción a la que añadían estreptomicina para eliminar las contaminaciones, realizando el cultivo a 35º, que es la temperatura de la conjuntiva; terminaban el proceso, haciendo múltiples pases del cultivo. El Clamidia Tracomatis ocupa un lugar intermedio entre las bacterias y los virus verdaderos.

La enfermedad suele comenzar de manera lenta, insidiosa, cuando se trata de un tracoma puro. Por otra parte, puede asociarse a una conjuntivitis aguda, por lo que comenzará con toda la sintomatología de ésta, y solamente cuando la fase aguda comienza a remitir, comprobamos que en lugar de quedar los ojos sanos, quedan afectados del tracoma.

El Clamidia Tracomatis produce una enfermedad, cuya evolución fue dividida en 1908 por Mac. Callan¹⁰ en cuatro estadios, que han quedado como clásicos y que han sido aceptados por la O.M.S.

I.- Estadío inicial: Con hiperplasia linfoide tendiendo a formar folículos asociados con una queratitis punteada difusa y un pannus inicial. Este estadío puede durar de tres meses a tres años.

II.- Periodo florido o de estado: En el cual la conjuntiva tarsal está hinchada con hipertrofia papilar y con los folículos asumiendo la apariencia de granos de sagum, mientras que el pannus crece. Este estadío puede durar de tres meses a tres años.

III.- Estadío precicatricial: Durante este periodo los signos de actividad disminuyen y comienza la cicatrización. Esta fase, puede durar años.

IV.- Estadío cicatricial: En él, no hay actividad inflamatoria, las

¹⁰.- Médico militar inglés que ejerció en Egipto.

papilas y los folículos han desaparecido, siendo reemplazados por tejido cicatricial, el pannus ha pasado a ser pannus secuela, pero las deformaciones de los párpados, sus consecuencias y complicaciones persisten. Este estado, en que el tracoma no es contagioso, dura toda la vida.

Las campañas contra el tracoma han sido intensas en todos los países, ésto nos da una idea de la importancia de la afección. Recordemos que a principios del siglo XX, se calculaba en más de cien millones de seres humanos los que sufrían esta enfermedad.

En el Primer Congreso Internacional de Oftalmología, que se celebró en Bruselas en 1857, la lucha contra el tracoma, fue una de las principales cuestiones tratadas. Siguió siendo tema estudiado en todos los congresos y reuniones oftalmológicas, pero fue en el XIII Congreso Internacional de Oftalmología, celebrado en Amsterdam en 1929, donde se creó la "Liga Internacional de Lucha contra el Tracoma".

La legislación española se ocupa de esta enfermedad a partir de 1915, siendo Inspector General de Sanidad, Martín Salazar. Posteriormente, en 1919 se dictó un decreto sobre enfermedades evitables, y se disponía la declaración obligatoria del tracoma. En 1927 se creaba un organismo consultivo, "la Comisión Central Antitracomatosa" y se publicaba la *Cartilla de Profilaxis Individual contra el Tracoma*, que la Dirección General de Sanidad repartía en las escuelas, talleres, asilos y que reproducimos casi en su totalidad:

El tracoma o granulación es una enfermedad de los ojos tan grave que conduce frecuentemente a la ceguera.

Es enfermedad infecciosa y muy contagiosa y su contagio fácilmente evitable.

Por tanto, el individuo tracomatoso debe impedir la propagación de su

enfermedad, y el sano debe evitar el contagio.

Esto se consigue observando las reglas higiénicas siguientes:

REGLAS HIGIENICAS QUE DEBE OBSERVAR EL ENFERMO.

1º.- Aislamiento de todos los objetos destinados a su aseo y uso personal: jofainas, toallas, pañuelos, sábanas, etc.

2º.- Limpieza perfecta de las manos, por medio de enjabonados frecuentes.

3º.- Prohibición de las esponjas para el lavado de los ojos y utilización de algodón hidrófilo hervido.

4º.- Destrucción por el fuego de los algodones empleados en los lavados y curas de los ojos, evitando interin el contacto con las moscas.

5º.- Efectuar el lavado de los ojos siempre que los párpados estén manchados de alguna secreción, por escasa que sea.

6º.- Tocar lo menos posible los objetos de uso común y evitar dar la mano para el saludo, porque, con frecuencia, se da también la enfermedad.

REGLAS HIGIENICAS QUE DEBE OBSERVAR EL SANO.

1º.- Tener una limpieza exquisita de las manos y de la cara, mediante lavados con agua limpia y jabón, en jofainas y con toallas también limpias, y a ser posible individuales.

2º.- Llevar protegidos los ojos durante el día con cristales ahumados o amarilloverdosos, para evitar que las partículas sólidas que impurifican la atmósfera se pongan en contacto con los tejidos oculares, por poder ser vehículo directo del contagio o favorecerlo por las irritaciones que producen.

3º.- Tener la mayor limpieza posible en los vestidos y en el domicilio particular, y procurar el exterminio de las moscas.

4º.- Prohibición absoluta de los cosméticos oculares, especialmente cuando son utilizados por otra persona, por poder ser portadores del virus tracomatoso.

5º.- Evitar, en lo posible, el contacto con los enfermos tracomatosos y con los objetos de uso particular de los mismos.

6º.- *Acudir al médico en el momento de presentarse alguna exudación o molestia en los ojos, sean de la naturaleza que quiera, puesto que todo exudado o molestia ocular son siempre de origen patológico.*

El plan de prevención del tracoma y como consecuencia de la ceguera, fue haciéndose cada vez más amplio. Pero no se encontraría una solución a este problema hasta la segunda mitad del presente siglo, fecha que se sale de lo considerado en este estudio.

3.2.3.- Conjuntivitis Purulenta del Recién Nacido.

Aunque no hemos encontrado este diagnóstico dentro de las conjuntivitis que, en estos años, padecían los enfermos ingresados, sí aparece en los libros de consulta y es de las más frecuentes dentro del grupo de conjuntivitis tratadas ambulatoriamente.

Los autores de nuestro Hospital, a los que hacemos continua referencia en este trabajo y basándose en sus propias estadísticas¹¹, nos dicen que entre mil nacidos vivos, de 20 a 30 niños contraen esta enfermedad. Antes de hacer públicos estos datos, "fueron contrastados con otros suministrados por oculistas de absoluta seriedad, con los de la Maternidad de Madrid y con los suministrados por infinidad de comadronas". En 1930, las cifras de ciegos por esta enfermedad que facilitaba el Instituto Geográfico y Estadístico Español era de un siete por ciento, ocupando el segundo lugar detrás del tracoma, que era la enfermedad que mayor número de ciegos ocasionaba en España.

Al segundo o tercer día del nacimiento, rara vez antes y pocas veces después de pasados ocho o diez días, se presentaban rojos y

¹¹.- Angel Torres y Torres. Conjuntivitis purulenta del recién nacido. *Medicina* (1931). PP. 291-308.

edematosos los párpados de uno o de ambos ojos; seguía aumentando el edema palpebral y la piel se ponía tensa, hasta el punto de ser sumamente difícil abrir el ojo; las pestañas estaban aglutinadas. Abierto el ojo con las necesarias precauciones para evitar que saltase pus a los ojos del médico, aparecía una secreción purulenta, de color amarillo claro, a veces de color rojo, debido a la extravasación sanguínea.

La conjuntiva bulbar y palpebral aparecía quemótica e hiperémica, ocultando, más o menos, la córnea, hasta el punto de que, muchas veces, se hacía muy difícil el reconocimiento total de la misma. A los pocos días de tratamiento disminuía el edema palpebral y el enrojecimiento de la piel de los mismos. La conjuntiva palpebral adquiría un color rojo intenso y se hacía granulosa, sangrando con extraordinaria facilidad al menor roce.

A los quince o veinte días de tratamiento, disminuía la supuración; las granulaciones conjuntivales desaparecían, no sangraban y se veían en la conjuntiva palpebral placas grises de cicatrización. La secreción ya no tenía el carácter de la de una conjuntivitis catarral; disminuía la hiperemia y la conjuntiva recobraba su normalidad.

Pocas veces se presentaban las lesiones corneales antes del octavo día de la enfermedad. Podían ser centrales o marginales, pasando siempre desapercibidas para la familia o el médico no especializado, porque el pus y el quémosis enmascaraban completamente el campo corneal. La úlcera central no presentaba, de ordinario, carácter invasor en superficie pero, en cambio, tenía marcada tendencia a la perforación. Las úlceras marginales, solitarias o múltiples originaban grandes pérdidas de sustancia; se destruía la córnea, se herniaba el iris y este solía ser el principio del horroroso cuadro que ofrecían esos ciegos, que

vivían de la caridad, oficial o pública, con sus estafilomas, cataratas capsulares, leucomas u ojos atróficos por tisis.

También dentro del capítulo de las complicaciones, podemos señalar que en la afectación de las vías lagrimales, la obstrucción del conducto lagrimal era la lesión residual más frecuente. Podía aparecer fiebre y aunque se citaban también los trastornos del desarrollo como complicación, esto nunca pudo demostrarse. Por el contrario, sí estaba demostrado que el arrastre a través del canal lagrimal daba lugar, con frecuencia, a la llamada "estomatitis blenorragica", molesta por la influencia que tenía en la nutrición del niño.

Como profilaxis, los médicos de nuestro Hospital, aconsejaban las irrigaciones pre-partum; con permanganato potásico o sublimado, en las mujeres que padecían flujos sospechosos; lavado cuidadoso de los párpados del recién nacido con agua bórica antes de que abriera los ojos e instilación de argirol al cinco por ciento. Cuando el niño podía ser tratado por manos expertas, después del lavado externo de los ojos, se les instilaría en cada ojo una gota de nitrato de plata al dos por ciento, una sola vez.

En el caso de que existiera pus, en los primeros días se pondrían sobre los ojos del niño compresas heladas; se efectuarían también lavados frecuentes cada dos horas durante el día y cada cuatro durante la noche, utilizando permanganato al 0,60 por mil y, si hubiese lesión de córnea, se sustituiría el nitrato por el argirol o protargol; se suprimirían las compresas heladas y se pondrían pomadas de xeroformo¹² o iodoformo¹³. Insistían continuamente que el nitrato de

¹².- Xeroformo.- desdoblado por la acción de los ácidos enérgicos y de los álcalis en Tribromofenol y óxido, el primero muy antiséptico y el segundo capaz de precipitar las toxinas haciéndolas inactivas. Constituye un polvo muy fino, amarillo, insoluble, insípido, neutro y estable. Nada tóxico, es a la vez antiséptico y desecante, no irrita.

plata debía ser manejado exclusivamente por el médico, evitando que tocara la córnea, porque en el caso de existir ulceraciones, se producían depósitos de cloruro y albuminato argéntico, haciéndose más densas las manchas que aquellas dejan como vestigios.

Como tratamiento curativo, si nos encontramos frente a un niño con conjuntivitis purulenta, lo primero sería informarse de la profilaxis empleada y, si ha sido la de Credé, tendríamos motivos para pensar que se trataba de un catarro argéntico, en cuyo caso no se haría nada sin que el laboratorio nos informase si había o no gérmenes patógenos en el frotis que se le remitía.

Si las pruebas de laboratorio eran positivas, se limpiarían cuidadosamente los párpados y la secreción que apareciese por la abertura, con una solución de sublimado al uno por cuatro mil¹⁴ y utilizando un algodón para cada ojo. Hecho esto, se procedería a examinar el globo ocular, abriendo con precaución los párpados, porque podría suceder que saltase pus a los ojos del que examina; se volvería a lavar (teniendo separados los párpados) el interior del ojo, empleando algodón, un frasco lavador o simplemente una pera de las de oído. Como la quémosis de la conjuntiva bulbar unas veces, la inflamación de los párpados otras, o ambas a la vez, pudieran enmascarar la córnea y dificultar su correcto examen, sería necesario utilizar el separador de Desmarres o, en su defecto, una horquilla metálica doblada convenientemente. Se examinaría cuidadosamente la córnea y se procedería a efectuar la cura correspondiente.

Cuando la córnea estaba intacta se invertían ambos párpados y se

¹³.- Cuerpo amarillo, cristalizado en tablas hexagonales, de olor desagradable, soluble en alcohol. Actúa como anestésico local y como antiséptico importante.

¹⁴.- Cloruro de mercurio, obtenido por precipitación, por sublimación o preparado al vapor.

tocaba la conjuntiva con un pincel estéril, empapado en una solución de nitrato de plata al tres por ciento, neutralizando después con solución saturada de cloruro sódico. Este toque sería conveniente emplearlo tres o cuatro días solamente, cuidando que el nitrato no tocara la córnea. Se limpiarían ambos ojos y se pondría al enfermo una pomada de xeroformo, calomel¹⁵, argéntica u otra antiséptica cualquiera.

Para curar al enfermo en casa se prescribía a la familia una solución de permanganato potásico al uno por tres mil y una solución de argirol al cinco por ciento. Con el primero se lavarían los ojos del enfermo cada dos horas durante el día y cada cuatro durante la noche, cuidando que la solución estuviese templada, los párpados muy abiertos y que cayera a chorro desde 20 a 25 centímetros de altura, con esto y con instilar una o dos gotas de argirol en ambos ojos, después de cada lavado, estaría cumplida la misión de la familia, a la que, por otra parte, no debía confiarse el nitrato, ni pomadas, ya que por la dificultad que encuentran para abrir el ojo, solían producir con la uña erosiones en la córnea que podrían acarrear, en pocas horas, infiltraciones tan importantes como peligrosas.

Cuando la córnea estuviera afectada, si se trataba sólo de una ligera descamación epitelial, se suspendería inmediatamente el nitrato para no producir depósitos metálicos (argirosis) en la córnea. Se lavaría el ojo con una solución de cianuro de mercurio al uno por cuatro mil y después se pondría pomada de protosil (antineumónica), que es albuminato argéntico y al cinco por ciento mata los cultivos de gonococo, pneumococo, estafilococo aureo, estreptococo, colibacilo, etc. En el caso de encontrar en el exudado purulento el pneumococo, se

¹⁵.- En un principio se llamaba así, al protocloruro de mercurio que había sufrido seis sublimaciones. Posteriormente se denominaba así al protocloruro de mercurio sin tener en cuenta para nada su modo de preparación. Se comercializó como pomada, cuya fórmula era: Calomelanos-5%, vehículo graso-95%.

sustituiría la pomada anterior por la de optoquina, a base de clorhidrato de etilhidrocupreina, que es totalmente neumocócica, requiriéndose las condiciones siguientes para que pueda ejercer su acción curativa: tratamiento de las afecciones coexistentes, dosis intensivas y subintrantes, destrucción parcial de la córnea y, desde luego, especificidad de la infección.

Se utilizaba en todos los enfermos la proteinoterapia, tuvieran o no lesiones en la córnea. Comenzaron utilizando como los autores alemanes cinco centímetros cúbicos de lactoproteína inyectada cada día de una sólo vez, sin obtener resultados satisfactorios. Tras sucesivos tanteos, consiguieron buenos resultados con la técnica siguiente: se inyectaban el primer día dos centímetros cúbicos de lactoproteína y, si la reacción febril no pasaba de $37,5^{\circ}$, aumentaban la dosis un centímetro cúbico cada dos días hasta llegar a la dosis, que nunca rebasaban, de cinco centímetros cúbicos; estas inyecciones las ponían diariamente.

Si por el contrario, con la inyección inicial de dos centímetros cúbicos había reacción febril superior a $37,5^{\circ}$, continuaban con igual dosis durante seis u ocho días, y bruscamente inyectaban cinco centímetros cúbicos, con lo cual la fiebre aumentaba y todos los síntomas remitían con rapidez. La secreción purulenta disminuía visiblemente, las papilas conjuntivales se achicaban y, en los casos en que la córnea estuviera afectada, la influencia beneficiosa de la proteinoterapia era verdaderamente sorprendente.

Como medidas higiénicas básicas, se aconsejaba: no tocar la cara del niño con el agua del baño, y no limpiarle la cara con los pañales que se le acababan de quitar. Se toleraban las inocentes gotas de limón. Todas las veces se levantaban contra las sucias y peligrosas gotas de

leche materna y, más aún, contra las prácticas de algunas madres de lavar los ojos de sus hijos con orinas propias o ajenas.

3.2.4.- Oftalmía Escrofular.

Se conocía con este nombre una afección caracterizada por pequeñas nudosidades exudativas, denominadas flictenas y localizadas en un punto de la conjuntiva bulbar o en el limbo; también podían aparecer sobre la córnea. Se manifestaban con más frecuencia entre los cinco y los quince años, disminuyendo a partir de esa edad, siendo muy difícil de encontrar a partir de los dieciséis años. Después de numerosas observaciones e investigaciones, se llegó a la conclusión definitiva de que su etiología era tuberculosa, siendo el otoño y la primavera cuando se diagnosticaba un mayor número de casos.

Las flictenas que aparecían en los niños escrofulosos, eran benignas y se diferenciaban de las aparecidas en el curso de las enfermedades agudas infecciosas (rubeola, escarlatina y coqueluche), en que estas casi siempre invadían la membrana de Bowman y dejaban tras su curación cicatrices más o menos grandes y, algunas veces, sinequias por perforaciones.

En una primera fase de la enfermedad, el niño era atendido exclusivamente por el médico general y únicamente cuando el proceso se agravaba, y la flictena rota avanzaba en profundidad, era cuando se remitía el niño al oftalmólogo. La afección ocular iba acompañada casi siempre de manifestaciones de la piel, localizadas en nariz y labio superior, orejas y cuero cabelludo, de marcada naturaleza escrofulosa, cuya aparición era simultánea o posterior a la lesión ocular.

En el tratamiento que se prescribía a estos enfermos que acudían al Hospital, se daba gran importancia a proporcionar al organismo la mayor cantidad posible de defensas. Se aconsejaban medidas higiénicas en general, baños con sales marinas, vida al aire libre y mucho sol, así como una alimentación sana y abundante.

3.3.- Enfermedades de la Córnea.

3.3.1.- *Úlceras.*

Dentro del grupo "enfermedades de la córnea", son las úlceras corneales las que nos encontramos con mayor frecuencia y dentro de ellas las secundarias a conjuntivitis. Esta es una de las razones del paralelismo que trasciende en la presentación de las afecciones conjuntivales y corneales que veremos en el estudio estadístico. En personas de la clase obrera, eran mucho más frecuentes las úlceras que en las de mejor posición social, porque aquellas sufrían muy a menudo de catarros crónicos mal cuidados y estaban, a la vez, expuestos con frecuencia a heridas corneales.

En el tratamiento de las úlceras causadas por un cuerpo extraño, se comenzaba por eliminar el agente causal. Luego se pasaba a instaurar un tratamiento basado en las siguientes pautas y que era común para todas las úlceras corneales, cualquiera que fuera su etiología: Se emplea una solución de nitrato de plata al dos por ciento en toque, o pomada de colargol al tres por ciento; no convienen el sulfato de cobre en substancia, ni el acetato de plomo, la solución de sulfato de zinc y el colirio astringente amarillo tampoco eran aconsejados. Atropina para mantener dilatada la pupila. Fomentos calientes, se aplicaban

diariamente durante una o varias horas, retirando para ello el vendaje. Inyecciones subconjuntivales, se aplicaban con solución de sublimado al uno por ciento bajo la conjuntiva bulbar. Si la úlcera a pesar de estas medidas, sigue avanzando, hay que cauterizarla con el asa galvanocautica.

Cuando las úlceras eran extensas, no era necesario cauterizarlas por dentro, era suficiente destruir la parte más infiltrada del borde, por donde había peligro de progreso. Antes de cauterizar la úlcera, se insensibiliza la córnea con una solución de clorhidrato de cocaína al cinco por ciento.

3.3.2.- Opacidades.

La córnea normal es transparente. Casi todas las alteraciones patológicas del tejido corneal se manifiestan con una disminución de esa transparencia. Las queratitis comienzan con un infiltrado formado por un aumento de células en el parénquima, que se opacifica; el epitelio pierde su brillo, con lo que el sitio o zona afecta aparece mate. La opacidad de la córnea es el síntoma principal de cualquier inflamación de la misma y aumenta o disminuye según el curso de esta última. Todas las conjuntivitis pueden complicarse con queratitis y esto es lo corriente en las de carácter grave, como la gonocócica.

Merecen mención especial las opacidades de carácter permanente, que casi siempre son residuos de inflamaciones, éstas constituyen una causa muy frecuente de reducción de la agudeza visual. Es frecuente encontrarnos, como consecuencia de una mala cicatrización de estas úlceras, con *Leucomas*, *Albugos* y *Nefeliums*, según que la ulceración o

infiltración corneal padecida haya sido mayor o menor en intensidad, extensión y profundidad.

Los *Leucomas* son manchas densas, blancogrisáceas o blancas, al principio cruzadas de vasos que disminuyen o desaparecen luego; presentando una depresión sensible en la córnea.

El *Albugo* es una mancha blanca, debida al depósito de finísimas granulaciones moleculares grasosas en el tejido de la córnea trasparente. No existe la depresión que veíamos en la córnea en el caso de los leucomas, y es más opaco que el nefelium que veremos a continuación.

Los *Nefeliums* son pequeñas manchas que ocupan la capa externa de la córnea, y que deja pasar los rayos luminosos como a través de una nube. Son manchas translúcidas y blancoazuladas. El nefelion consiste las más de las veces en una nube de finas granulaciones grasosas; no se observa en él inyección vascular, y cede a los colirios astringentes de sulfato de zinc.

Eran tratadas con aplicaciones repetidas de pomada de óxido amarillo de mercurio, generalmente al uno por ciento, aunque también se utilizaba al dos, cinco y diez por ciento. La atropina, servía como medida preventiva a la aparición de lesiones en las que estuviera comprometido el iris. También se utilizaba el tratamiento de Follin, que consistía en la instilación de una gota de laudano de Sydenham¹⁶ y por la tarde otra gota del colirio compuesto por, agua destilada (10 gramos) y sulfato de zinc (0,05 gramos).

Nos vamos a referir, por último y como contrapunto, a unos tratamientos, utilizados por varios autores pero que, en ningún caso,

¹⁶.- Tintura alcohólica de ópio. Se utilizaba como calmante.

hemos encontrado que fueran empleados en nuestro Hospital. En algunos pacientes se utilizaba la electricidad: corrientes continuas de cinco miliamperios durante 15 o 20 minutos, aplicando el polo negativo sobre los párpados cerrados y el positivo en la nuca.

Si la mancha permanecía estacionada y por su posición dificultaba la visión, se hacía una pupila artificial. Se recomendaba la Keratoplastia de Von Hippel, que consistía en la separación de la mancha por el trépano y la aplicación de una rodaja transparente de córnea de conejo.

También como tratamiento, se intenta aclarar la opacidad, mediante una medicación irritativa, únicamente eficaz en el caso de que la opacidad sea reciente. La eliminación de las opacidades con el cuchillete es inútil y solo se intentará si están en el epitelio, raspando la córnea.

3.4.- Enfermedades de los Párpados.

Cuando hemos desglosado la patología de los párpados presentada por los niños que acudían a la consulta de oftalmología del Hospital del Niño Jesús se observa que, la blefaritis es la afección palpebral que con más frecuencia nos hemos encontrado. Los especialistas del Hospital dividían la blefaritis ciliar infantil en dos grupos:

1) Supurada: Caracterizada por abscesos foliculares, acompañados de costras que formaban pus al secarse, y que cuando se depilaba la pestaña dejaba una excavación de la que emanaba pus o sangre. En el estudio microbiológico encontraban estafilococos, en la mayoría de los casos el dorado, y el blanco en menor proporción.

Sin apartarnos, en ningún momento, de las teorías que defendían los Oftalmólogos de nuestro Hospital y de acuerdo a los estudios experimentales por ellos realizados, se trataba simplemente de una foliculitis que empezaba por pústulas perifoliculares, que se abrían más tarde, presentándose en el borde ciliar bajo diversas formas. Cuando profundiza la foliculitis, pasa a la variedad llamada ulcerosa.

2) No supurada: Podía presentar escamas ligeras, películas farinosas o costras rosáceas y grasas. En ningún caso se observaban lesiones de los folículos pilosos. Las pestañas no asentaban en ningún absceso y la piel no se encontraba ulcerada bajo las pestañas o costras. En los cultivos solo aparecían estafilococos blancos.

Citando textualmente a Torres y Torres: "Sea cual fuere el aspecto clínico de la afección, ésta se presenta en enfermos pobres, sucios, escrofulosos; es rebelde al tratamiento, y en algunos casos adquiere caracteres de cronicidad".

El tratamiento seguido en el Hospital era el siguiente: el primer día se depilaban casi todas las pestañas del párpado enfermo y se cauterizaba el borde palpebral con solución de nitrato de plata al dos por ciento, dejando sin tratamiento al enfermo durante tres o cuatro días. Seguidamente, se instauraba un tratamiento local que consistía en la depilación de las pestañas cada cinco días, toques diarios (tres o cuatro seguidos) de solución de nitrato de plata al dos por ciento y aplicación de pomada de óxido de zinc con ictiol. Cuando el enfermo era dado de alta, se le recetaba pomada "rivanol compuesta", aconsejando que antes de aplicarla, se le quitasen las escamas que hubiera en el borde ciliar, frotando con una bola de gasa humedecida. Con frecuencia, había que realizar un cateterismo metódico de las vías

lagrimales en los casos de blefaritis lagrimal.

Como tratamiento general, se tendría al enfermo apartado de la luz intensa, protegiendo además sus ojos con gafas oscuras, apartándolo igualmente de los rayos calóricos demasiado intensos, de atmósferas polvorientas o que tengan gases irritantes. Se corregirían, si fuera posible, los defectos de refracción. Se aconsejaba una limpieza escrupulosa de las manos del enfermo, sobre todo las uñas que es el principal vehículo de contagio. La alimentación sería lo más completa posible y la medicación la apropiada. Empleaban el aceite de hígado de bacalao solo o asociado al jarabe de lactofosfato de cal y también la Glefina o el Clavitam.

El aceite de hígado de bacalao era uno de los preparados fundamentales en la terapéutica infantil. Su importancia no era sólo como medicamento, sino como alimento completo.

Su composición era la siguiente: Ácidos (oleico, margárico, esteárico, butírico, cólico, tauro-cólico, felínico, bilifelínico, acético, sulfúrico y fosfórico), además de otros elementos y compuestos (cloro, bromo, iodo, hierro, cal, potasa, sosa), y como base orgánica la glicerina; sales que se forman por la unión de unos y otros; principios grasos, y un principio albuminóideo especial que es la gaduina.

Se preparaban colocando en grandes tinajas al aire libre, muchos hígados de diversas especies de peces del orden de los malacopterigios sub-branquiales, familia de los gádidos, principalmente de gadus morrhua y merlucius; en cuyo caso, por la presión de unos sobre otros, se cubren al poco tiempo con una capa de grasa gris parda, que es la primera suerte que posee el comercio. Expuestos, después de separar esta capa, al sol, se produce un ligero principio de fermentación,

recubriéndose de una segunda capa grasa, que es la segunda suerte comercial, de color más oscuro y más abundante en principios sólidos. Por último, provocando la fermentación artificialmente, obtenemos la tercera y última suerte, de color casi negro, de olor y sabor repugnantes y nauseabundos, con mucha materia insoluble y que es la mejor de todas.

La repugnancia que ocasiona este medicamento, y para la que se han propuesto muchos medios, sólo se vence con el anís, bajo cualquier fórmula, y con las esencias de limón o naranja. La posología aconsejada para el aceite era la siguiente, hasta los quince meses no se debía emplear, de los quince meses a los tres años se daría de 10 a 25 gramos, entre los tres y los cinco años de 25 a 30 gramos, de los cinco años a los diez años la dosis podía variar entre 30 y 40 gramos.

3.5.- Enfermedades de las Vías Lagrimales.

3.5.1.- *Dacriocistitis.*

La más frecuente es la dacriocistitis aguda que casi siempre se presentaba en aquellos niños que padecían lagrimeo o una dacriocistitis crónica, aunque también se diagnosticaba en recién nacidos. Aparecía en la región del saco lagrimal una gran tumefacción que avanzaba hacia la mejilla, y que muchas veces se extendía hasta el cuero cabelludo. Los párpados se inflamaban enormemente y la piel se ponía roja y tumefacta. El dolor era muy intenso y se agudizaba extraordinariamente al hacer una ligera presión sobre el saco lagrimal, pudiendo cursar incluso con fiebre intensa.

En lactantes, en los que el tratamiento quirúrgico presentaba

serias dificultades, se ensayaban primeramente las instilaciones de colirio de sulfato de zinc y la compresión del saco lagrimal; pero si pasados unos días no se obtenían los resultados apetecidos, se practicaba la incisión del punto lagrimal y el cateterismo.

Cuando el niño era mayor, se intentaba con compresas heladas o bien calientes desde un principio. Se podía llegar en alguna ocasión a dominar la situación y la inflamación cedía al cabo de unos días, recuperando el enfermo su aspecto normal; pero en otras, por el contrario (bien porque se llegaba tarde, se asociaba otra infección, o los gérmenes del saco lagrimal irrumpían en el tejido celular), el edema y los dolores aumentaban, se formaba un absceso y aparecía la fluctuación bien apreciable por el tacto. Si en este momento no se acudía rápidamente al desbridamiento amplio y profundo del saco lagrimal, pronto la dacriocistitis aguda se abriría de forma espontánea para dar salida al pus y a la sangre que contenía, dando lugar a una herida que pondría en comunicación al saco lagrimal con el exterior, por donde se eliminaría constantemente el pus, al principio, y el pus o la lágrima, después. Era frecuente que los gérmenes del saco lagrimal infectasen los tejidos que rodean al saco, y dieran lugar a un flemón que agravaba la enfermedad, originando la dacriopericistitis flemonosa.

Para realizar el desbridamiento, se tira con fuerza de la comisura palpebral externa, con lo que se consigue poner de relieve la inserción tendinosa del orbicular; entonces se penetra por encima de dicha inserción, como a milímetro y medio por fuera de ella, con un cuchillete de punta fina y hoja triangular, teniendo cuidado de que la punta del cuchillo se dirija hacia la foseta lagrimal y la entrada del conducto nasal. La profundidad de la incisión viene a ser alrededor de cuatro centímetros y la extensión del corte de todos los tejidos,

incluyendo el tendón del orbicular (ya que no ocurre nada por ello y favorece el desbridamiento), de unos doce a quince milímetros aproximadamente, y en la dirección de arriba a abajo y de dentro a fuera. Una vez abierto el saco lagrimal y el flemón pericístico, sale una gran cantidad de pus y de sangre. Con lavados antisépticos y desagüe, se domina pronto la situación y, una vez que ha desaparecido la inflamación, se debe hacer la cura radical de la dacriocistitis; porque, si bien es cierto que alguna vez cura dejando libre las vías lagrimales, lo general es que no ocurra así y se repitan los ataques inflamatorios con demasiada frecuencia.

3.6.- Iris, Cristalino, resto de la patología.

3.6.1.- Iris.

Las hernias de iris y los enclavamientos, consecutivos a ulceraciones perforadas de la córnea, han sido las lesiones que en mayor número nos hemos encontrado dentro de este apartado. Por otra parte las afecciones reumáticas, la sífilis y la escrófula, eran con frecuencia las desencadenantes de una iritis, teniendo en cuenta que esta también podía tener su origen en un traumatismo.

Clínicamente, observaban un iris inflamado, de aspecto sucio y algo engrosado; la córnea turbia, la pupila contraída y el globo ocular presentaba un aumento de la tensión que podía ser dolorosa. Los exudados que ocupaban los bordes de la pupila, establecían adherencias del iris con el cristalino o con la córnea.

En cuanto al tratamiento, se ponía pomada de extracto de belladona alrededor de la órbita para calmar los dolores. Instilaban un

colirio de sulfato de atropina para dilatar la pupila e impedir las adherencias del iris al cristalino. Se recomendaba también, la colocación de sanguijuelas en las sienes y los purgantes ligeros. Podía producirse una atrofia del ojo, lo que indicaba la amputación total ó parcial de este.

3.6.2.- *Cristalino.*

Son las cataratas congénitas las afecciones del cristalino que nos hemos encontrado con más frecuencia. Se aprecia en el estudio, sin embargo, un aumento de esta patología en los años del 36 al 40 y que aquí es debido a las cataratas traumáticas, por razones ya expuestas y a las que no nos vamos a referir.

Posiblemente la frecuencia real de las cataratas congénitas, fuera mayor de la que se ha constatado. Pero hay que tener en cuenta la creencia tan arraigada que existía, de que este tipo de cataratas no debía ser operado hasta que el niño tuviera ocho, diez y hasta doce y quince años. Eran muchos los casos que, diagnosticados en la consulta ambulatoria, desaparecían para, a la vuelta de los años, acudir a otra consulta o con frecuencia a la misma para ser operados. Los resultados obtenidos entonces, tras la operación, eran muy malos. Debido a la falta de estimulación de la retina, se había producido una ambliopía imposible de recuperar, a lo que se añadía en la mayoría de los casos un nistagmus.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas que empleaban, era la "Extracción Lineal" la preferida, por la rapidez y los buenos resultados que permitían obtener. Resolvía el problema de las cataratas de núcleo duro y no necesitaba una gran midriasis, puesto que esta técnica exigía

la práctica de iridectomía total. Se empleaba la pica para practicar la queratotomía y penetrar en el cristalino para extraer las masas cristalinas con lavados y aspiraciones. El inconveniente de esta técnica es que necesita una herida quirúrgica amplia, lo que favorecía los prolapsos del iris y del vitreo.

Como alternativa a la extracción lineal realizaban la "Discisión Simple", menos traumatizante que la anterior. Consistía en practicar una capsulotomía anterior, previa punción y contrapunción en el limbo con estilete, en las 9 y 4 horas en ojo derecho y en las 3 y 8 horas en ojo izquierdo, evitando la salida de humor acuoso. Al cabo de tres o cuatro semanas se procedía a la extracción con unas pinzas de los restos capsulares y lenticulares.

No operaban aquellas cataratas que permitían una ligera visión. No eran partidarios de practicar la iridectomía óptica, según la técnica de Terrien, haciendo una pupila artificial en la parte ínfero-externa, pues más adelante, al tener necesidad de practicar la extracción total, se produciría un deslumbramiento muy molesto y perjudicial.

3.6.3.- Tumores. Desprendimientos de Retina. Estrabismos. Atrofia del Nervio Optico.

Son otros de los diagnósticos que hemos encontrado en la documentación consultada, pero que por ser tan baja su frecuencia, no es posible obtener conclusiones estadísticas válidas y en cuanto a su tratamiento, tampoco parecen aportar ningún dato interesante. Así, por ejemplo, los desprendimientos de retina eran dados de alta, en su mayoría, por incurables. A un niño diagnosticado de un tumor, se le

trató con inyecciones de lacto-proteína.

3.7.- Consejos de como debían cuidarse los Ojos de los Niños.

Como hemos apuntado ya en varias ocasiones a lo largo de este trabajo, y nos seguiremos refiriendo más adelante; uno de los aspectos que ocupa un lugar importante en la labor llevada a cabo por nuestros oftalmólogos, hace referencia al tiempo y al esfuerzo que dedican a lo que se podía llamar medicina preventiva. Dicho esfuerzo se concretaba en los folletos repartidos en la propia consulta de oftalmología, en las conferencias o charlas dirigidas a las madres y que organizaban distintos organismos, dedicados en mayor o menor medida a conseguir la salud de los ciudadanos, y en las notas y artículos de prensa, que con tanta frecuencia encontramos en las publicaciones de la época.

"Guardad reglas de higiene, hijas del sentido común. El lavado de los ojos con soluciones débiles de ácido bórico, sal común, bicarbonato de sosa, empleando un algodón para despegar los ojos del niño al despertarse, para arrastrar las suciedades que puedan tener entre sus pestañas, sin apretar, con cuidado, con todo el mimo que se merece aquel instrumento por el que un hijo empieza a querer a su madre".

"Permitidme que cierre el libro de la terapéutica ocular casera, y permitidme también ser ateo en relación a las numerosas aguas milagrosas que llevan por nombre el de algún Santo. Yo creo que es ofenderle. Confíad en él; pero no useis su agua, adulterada por la mano humana".

"Es de esperar que, siguiendo el ejemplo de los pueblos más cultos, implantemos en nuestro país el examen obligatorio de los ojos de los niños al ingresar en las escuelas públicas o privadas. Vosotras, madres, no olvidaros de hacerlo, no ya por obligación, sino por convencimiento".

3.8.- Estudio estadístico conjunto de la Córnea y de la Conjuntiva.

3.8.1.- Introducción.

La experiencia médica avala un estudio conjunto de las afecciones corneales y de la conjuntiva, ya que la relación entre unas y otras es muy estrecha. Dicho estudio permite la comparación de la evolución de las afecciones de córnea y de conjuntiva y conduce a interesantes conclusiones sobre los hechos históricos. En consecuencia, hemos optado por él, acompañando el análisis histórico-médico con un estudio estadístico. Este último nos ha permitido comprobar la bondad de determinados análisis previos; en otros casos, nos ha mostrado puntos de interés o controversia sobre aspectos no suficientemente explicados, obligándonos a emprender una nueva investigación.

El análisis se ha efectuado en dos fases:

- **ANALISIS GLOBAL.** Donde se presenta la evolución conjunta de los ingresos por afecciones corneales y de la conjuntiva. La comparación entre ambos ingresos nos ha permitido observar la existencia o no de diferencias en su evolución induciéndonos a explicarlas desde un punto de vista histórico-médico. Por último y a efectos de profundizar en el análisis, hemos desglosado el periodo objeto de estudio en cinco subperiodos, que se analizan con mayor profundidad en la siguiente fase.

- **ANALISIS POR SUBPERIODOS.** Se estudian por separado cada uno de los cinco subperiodos. El método de análisis se basa en:

- Observar el comportamiento conjunto de los IAC + IACJ¹ en el subperiodo de que se trate.

- Analizar las tendencias por separado de los IAC + IACJ, utilizando técnicas estadísticas de regresión lineal y de series cronológicas.

- Obtener a partir del comportamiento relativo de ambos ingresos conclusiones de tipo histórico-médicas.

3.8.2.- Análisis global de los IAC + IACJ durante el periodo 1916-1940.

El estudio de la documentación analizada muestra que la mayoría de las afecciones oculares no se trataban o, al menos, no eran ingresadas hasta que no había una afectación de la córnea, que acarrearba un dolor intenso y una clara disminución de la agudeza visual. Se hace, de esta manera, patente la clara interrelación, ya anunciada, entre un tipo y otro de afecciones oculares y el interés de su estudio conjunto.

El número de ingresos por afecciones de la córnea y el correspondiente a la conjuntiva evolucionan de forma similar durante la mayor parte del periodo considerado. El volumen de estos ingresos aparece muy por encima de los relativos a otras patologías; hasta 1934, en que se aprecia un descenso profundo en aquel, aproximándose al volumen de ingresos por afecciones de los párpados. Estas afirmaciones de tipo general pueden comprobarse en la fig. 3.1 en la que se

¹.- Con las siglas I.A.C., nos referiremos a Ingresos por afecciones corneales.
Con las siglas I.A.C.J., nos referiremos a Ingresos por afecciones de la conjuntiva.

representa un diagrama lineal de los ingresos por distintas afecciones durante el periodo 1916-1940.

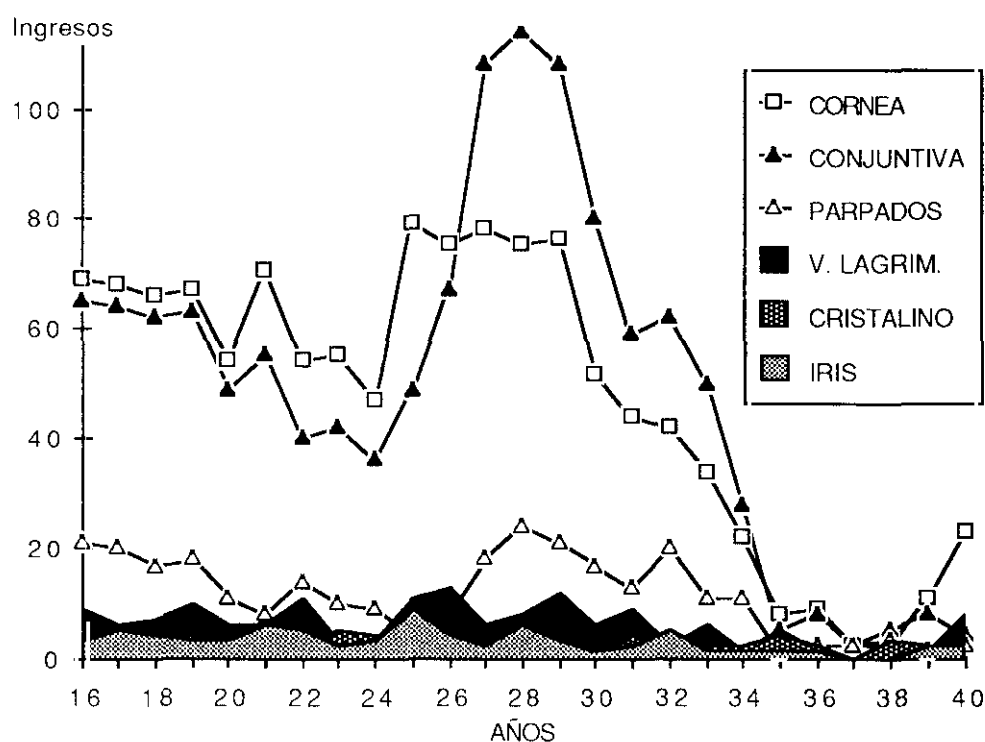


Fig. 3.1.- Ingresos por distintas afecciones oculares durante el periodo 1916-1940.

Del análisis previo de la evolución conjunta de los volúmenes de ingresos de conjuntiva y córnea, puede efectuarse una división del periodo considerado en cinco subperiodos (fig.3.2):

A.- En primer lugar, el comprendido entre los años 1916 y 1920, ambos inclusive, en que los volúmenes de ingresos evolucionan de forma similar y se mantienen en niveles próximos

B.- En el periodo comprendido entre 1920 y 1924, ambos inclusive, los ingresos evolucionan de forma pareja, pero los de córnea se mantienen sensiblemente superiores.

C.- Entre 1924 y 1927, además de elevarse los niveles de ingresos, se observa una fuerte inversión entre ellos, pasando a ser más elevados los correspondientes a las afecciones de conjuntiva.

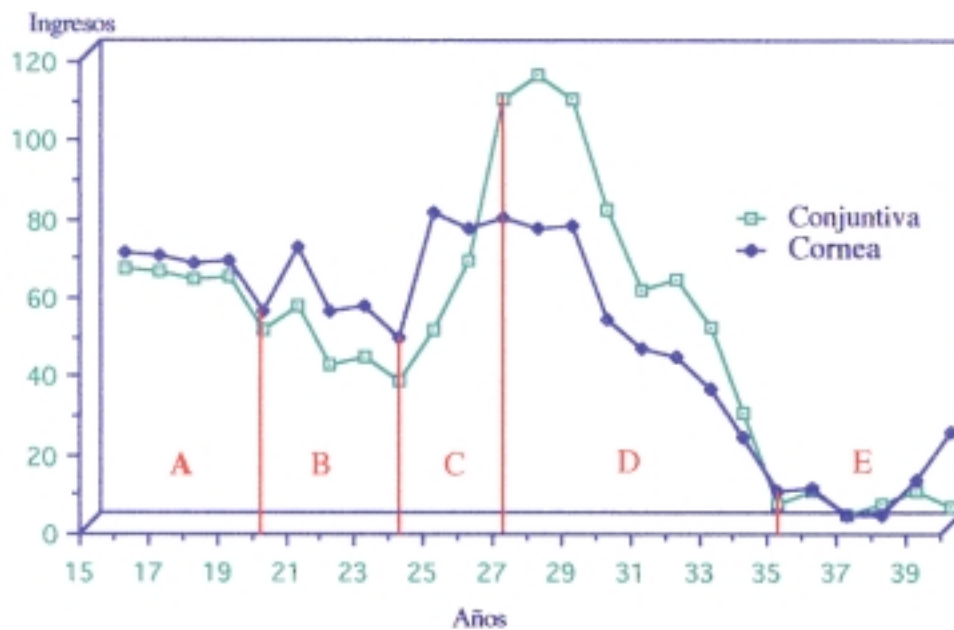


Fig. 3.2.- Ingresos por afecciones de la cornea y de la conjuntiva -subperiodos

D.- A partir de 1928 y hasta 1935 se aprecia una tendencia fuertemente decreciente de los volúmenes de ingresos y otra vez la marcha de ambas líneas vuelve a ser pareja.

E.- Por último a partir de 1936, y una vez alcanzados volúmenes muy inferiores a los de anteriores periodos, los ingresos por afecciones de la conjuntiva y de la córnea se estabilizan en torno a cifras comparables a las de ingresos por otras afecciones, como las relativas a párpados.

El estudio pormenorizado de cada subperiodo conduce a análisis interesantes sobre la práctica médica del periodo considerado. El apartado siguiente lo dedicamos a dicho estudio.

3.8.3.- Análisis por Subperiodos.

3.8.3.1.- 1^{er} Subperiodo (de 1916 a 1920).

1.- Localización del subperiodo.

El primer subperiodo de la serie cronológica considerada va de 1916 a 1920 y la fig. 3.3 ayuda a su identificación.

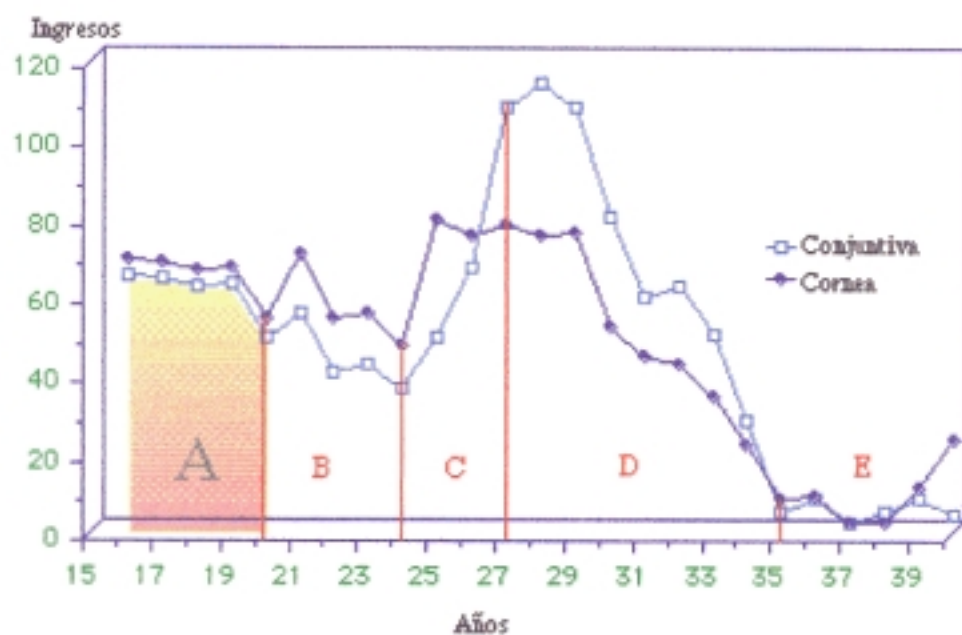


Fig. 3.3.- Localización del 1^{er} Subperiodo.

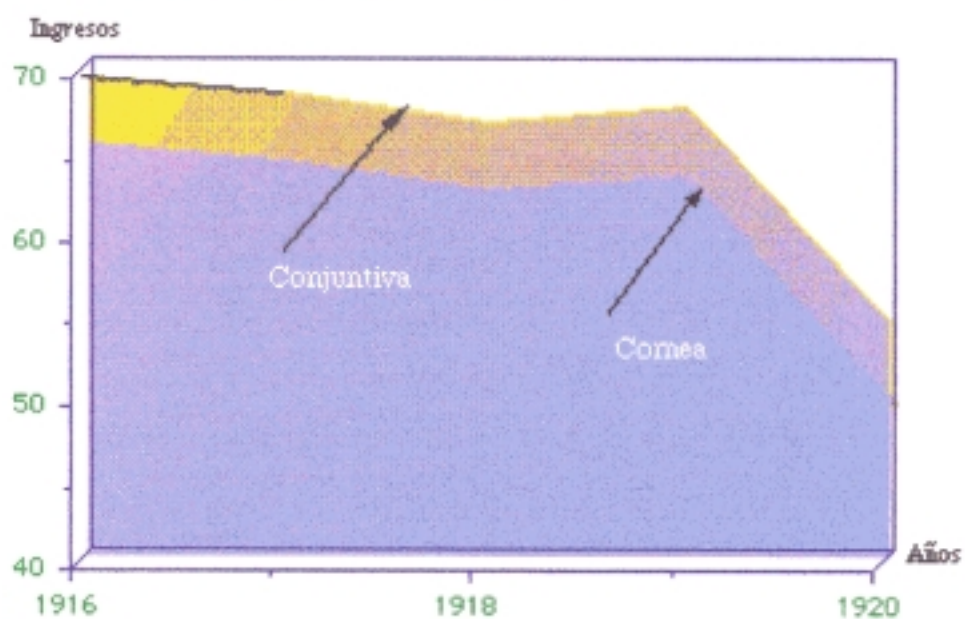


Fig. 3.4.- 1^{er} Subperiodo.

Ya aislado del resto de subperiodos, aparece en la fig. 3.4 donde puede comprobarse cómo los ingresos, tanto por afecciones corneales como de la conjuntiva, describen dos líneas próximas y paralelas, reflejando una relación muy estrecha entre ambos ingresos.

2.- *Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la córnea.*

Se ha procedido a un estudio estadístico de los ingresos por afecciones de la córnea a efectos de descubrir su tendencia. La fig. 3.5 y la tabla 3.1 muestran los resultados del mismo y permiten también comprobar su fiabilidad.

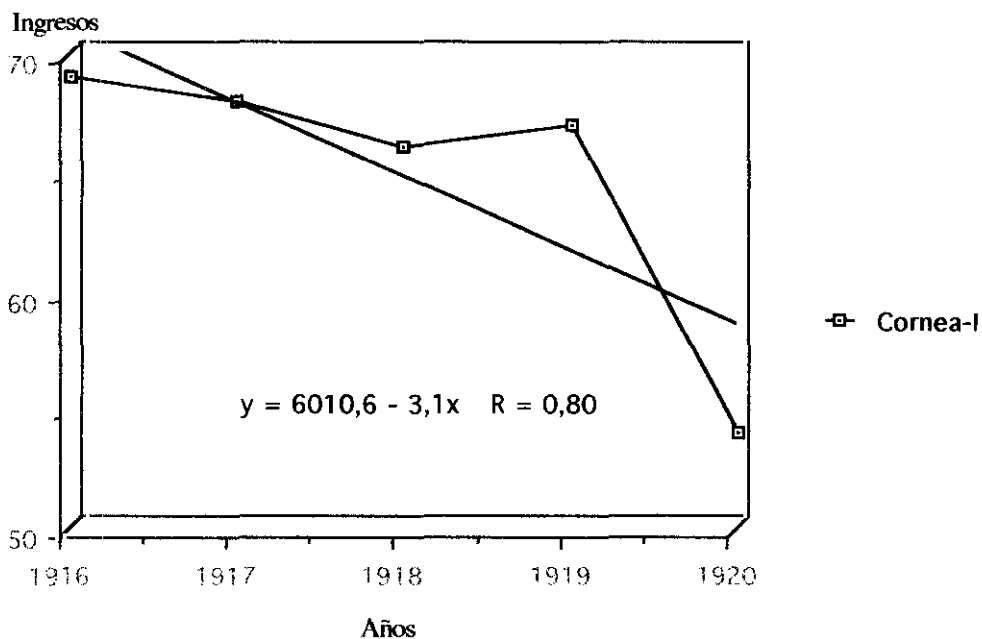


Fig. 3.5. - *Tendencia de los IAC -1^{er} subperiodo*

En la fig. 3.5 se observa la tendencia de los ingresos por afecciones de la córnea, claramente descendente, si bien la pendiente viene fuertemente condicionada por el descenso observado en 1920. Esto impide que la fiabilidad de los coeficientes de regresión estimados no sea más elevada.

La tabla 3.1 en su apartado a) muestra en sus dos últimas columnas los resultados del test de Student y puede observarse cómo la $\text{Prob} > t$ es de 0,103 y 0,105; valores con significación estadística.

Lo mismo ocurre al observar el coeficiente de correlación que según se muestra en la misma tabla es de 0,798 próximo a 0,8, que indica que la aproximación estadística es buena. Se obtendría un valor aún más elevado para los 4 primeros años de la serie, esto es, truncando el último valor correspondiente a 1920.

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Cornea-1 | | |
|---|-------------|------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | 6010,600 | 2589,893 | 2,321 | 0,103 |
| Años | -3,100 | 1,350 | -2,296 | 0,105 |

a) Coeficientes de regresión

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 96,100 | 1 | 96,100 | 5,271 | 0,105 |
| Error | 54,700 | 3 | 18,233 | | |
| Total | 150,800 | 4 | | | |

Coefficient of Determination (R²) 0,637
Adjusted Coefficient (R²) 0,516
Coefficient of Correlation (R) 0,798
Standard Error of Estimate 4,270
Durbin-Watson Statistic 2,376

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.1. - Resultados de la regresión del primer subperiodo -IAC

Aún teniendo en cuenta este último año, el análisis posee la suficiente fiabilidad para poder afirmar que en esos 5 primeros años la tendencia es descendente (lo es de forma suave en los 4 primeros y más pronunciada en el último año) y se puede ajustar mediante la recta de regresión descrita en la fig. 3.5

3.- *Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la conjuntiva.*

El mismo estudio estadístico seguido con la córnea se ha aplicado a la serie cronológica de ingresos de conjuntiva, obteniéndose los resultados recogidos en la fig. 3.6 y en la tabla 3.2 y sus dos apartados.

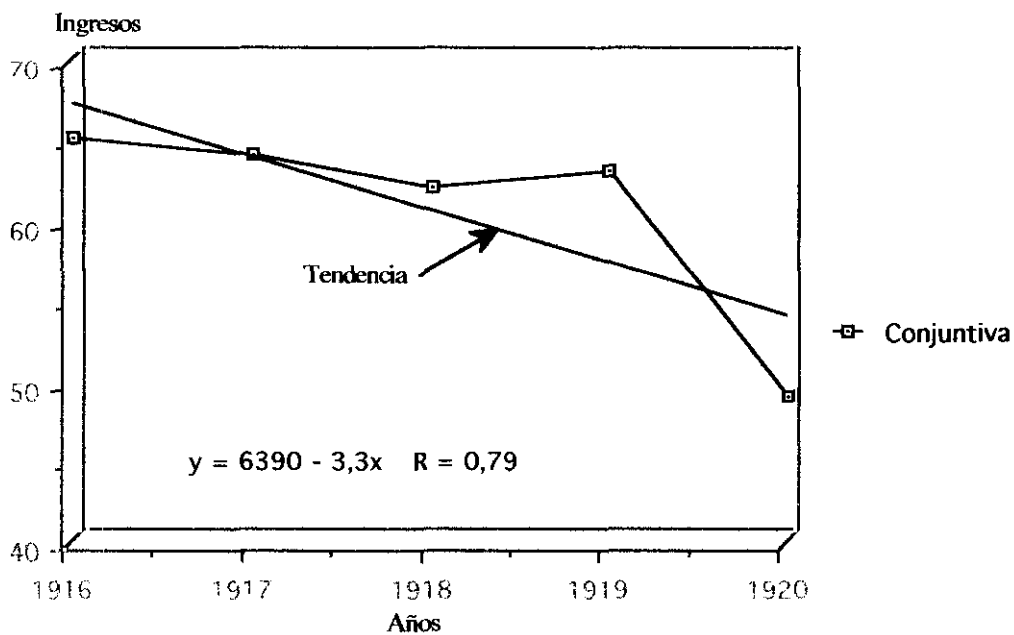


Fig. 3.6.- *Tendencia de los IACJ - 1^{er} subperiodo*

La fig. 3.6 deja entrever un trazado de la tendencia similar al de la córnea. Pero es en el apartado a) de la tabla 3.2 donde aparecen coeficientes de regresión (6390 y -3,3) absolutamente próximos a los obtenidos en la tabla 3.1.a) para la córnea (6010,6 y -3,1).

Esta misma coincidencia sigue reflejándose en los coeficientes de correlación, 0,793 para la conjuntiva (tabla 3.2) y 0,798 para la córnea (tabla 3.1).

| Data File: a) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Conjuntiva-I | | |
|---|-------------|----------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | 6390.000 | 2807.977 | 2.276 | 0.107 |
| Años | -3.300 | 1.464 | -2.254 | 0.110 |

a) Coeficiente de regresión

Data File: b) Coeficientes de regresión

| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
|--------|----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Model | 108.900 | 1 | 108.900 | 5.081 | 0.109 |
| Error | 64.300 | 3 | 21.433 | | |
| Total | 173.200 | 4 | | | |

Coefficient of Determination (R²) 0.629
Adjusted Coefficient (R²) 0.505
Coefficient of Correlation (R) 0.793
Standard Error of Estimate 4.630
Durbin-Watson Statistic 2.354

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.2.- resultados de la regresión del primer subperiodo -IACJ

4.- Conclusiones.

Los análisis estadísticos no dejan lugar a dudas sobre el similar comportamiento de los ingresos por afecciones de la córnea y de la conjuntiva durante este primer subperiodo que comprende los años desde 1916 a 1920 ambos inclusive. La tendencia de ambos ingresos es decreciente.

3.8.3.2.- 2º Subperiodo (de 1920 a 1924).

1º.- Localización del subperiodo.

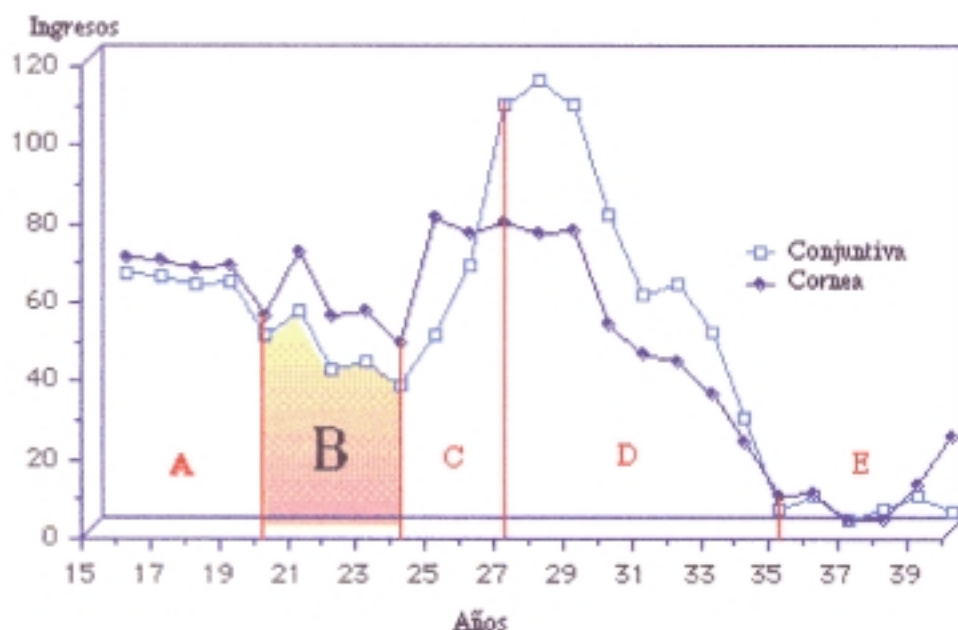


Fig. 3.7.- Localización del 2º Subperiodo

La fig. 3.7 muestra con una zona rayada la ubicación del segundo subperiodo en el conjunto de la serie cronológica. Este subperiodo que va de 1920 a 1924 ambos inclusive se puede observar aislado en la fig. 3.8, donde los ingresos por afecciones de córnea y conjuntiva vuelven a evolucionar paralelamente a lo largo del subperiodo. Lo que ocurre ahora es que los ingresos de conjuntiva son porcentualmente menores, que lo eran en el subperiodo anterior, a los de córnea. Esto podría indicar una relajación en el registro de la afección de conjuntiva cuando también se afectaba la córnea, debido a la gestión del propio registro o quizás por otro problema de relajación en la demanda de atención por parte de los pacientes, lo que determinaría la focalización de la consulta y su registro hacia la lesión ocular principal, es decir hacia la afección corneal.

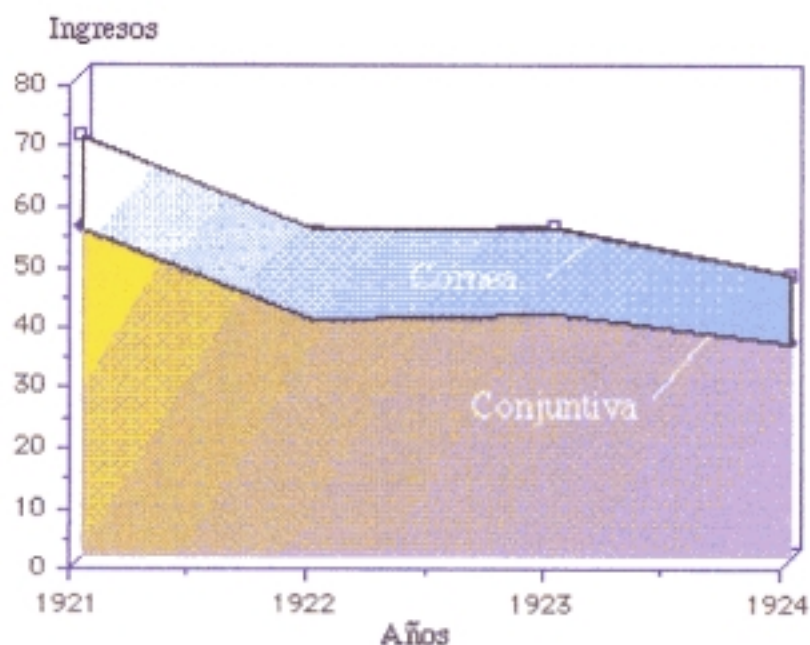


Fig. 3.8.- 2º Subperíodo.

2.- Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la córnea.

De idéntica forma a lo realizado en el subperíodo anterior, se ha realizado un estudio estadístico de los ingresos a efectos de descubrir su tendencia, recogiendo en la fig. 3.9 los resultados estadísticos.

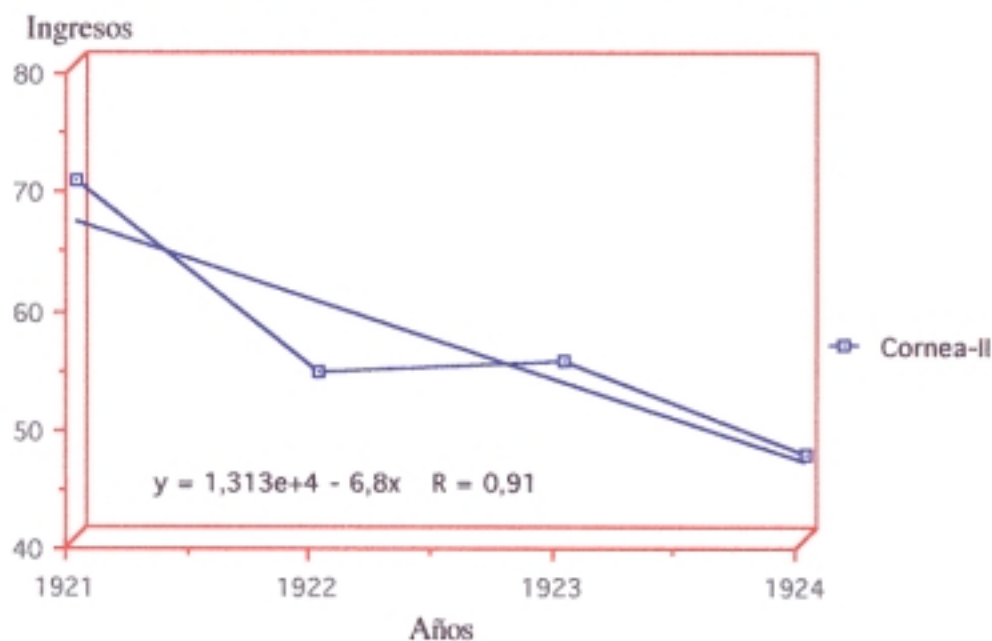


Fig. 3.9. - Tendencia de los IAC - 2º subperíodo

Muestra la tendencia, claramente decreciente a lo largo del subperiodo, continuando con la marcada en el anterior subperiodo. No obstante, existen dos diferencias apreciables: una los más bajos niveles de ingresos de córnea y conjuntiva y otra los ingresos porcentuales de conjuntiva con relación a la córnea, que son menores que en el primer subperiodo.

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Cornea-II | | | |
|--|----------------|-------------------------------|--------------|----------|--------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t | |
| Constant | 13129.500 | 4290.235 | 3.060 | 0.092 | |
| Años-II | -6.800 | 2.232 | -3.047 | 0.093 | |
| a) Coeficiente de regresión | | | | | |
| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 231,200 | 1 | 231,200 | 9,285 | 0,093 |
| Error | 49,800 | 2 | 24,900 | | |
| Total | 281,000 | 3 | | | |
| Coefficient of Determination (R ²) | | | 0.823 | | |
| Adjusted Coefficient (R ²) | | | 0.734 | | |
| Coefficient of Correlation (R) | | | 0.907 | | |
| Standard Error of Estimate | | | 4,990 | | |
| Durbin-Watson Statistic | | | 3.776 | | |
| b) Tabla ANOVA | | | | | |

Tabla 3.3.- Resultados de la regresión del segundo subperiodo -IAC

El apartado a) de la tabla 3.3, permite comprobar la fiabilidad del ajuste estadístico de la tendencia. En las dos últimas columnas aparecen los resultados del test de Student con Prob > t de 0,092, sin

significación estadística. También en el apartado b) la tabla ANOVA muestra que la Prob > F es de 0,093 y que el estadístico de Durbin-Watson es de 3,776, ambos dentro de los valores normales; el coeficiente de correlación es de 0,907 mostrándose muy por encima de 0,8.

3.- *Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la conjuntiva.*

Los resultados del análisis estadístico se muestran en la fig. 3.10. Donde se comprueba la similitud de la tendencia con la de la córnea, como ya se había señalado.

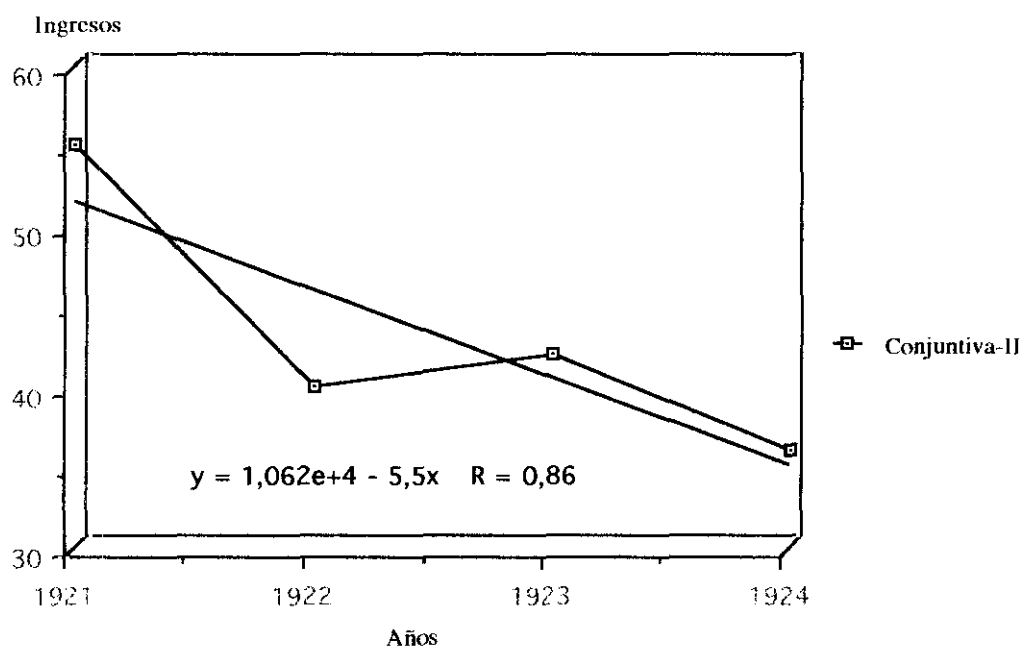


Fig. 3.10. - *Tendencia de los IACJ -2º subperiodo*

La tabla 3.4 que muestra la regresión de los IACJ en el segundo subperiodo, ratifica lo anterior.

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Conjuntiva-II | | |
|---|-------------|-----------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | 10617.000 | 4362.848 | 2.434 | 0.135 |
| Años-II | -5.500 | 2.269 | -2.424 | 0.136 |

a) Coeficientes de regresión

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 151.250 | 1 | 151.250 | 5.874 | 0.136 |
| Error | 51.500 | 2 | 25.750 | | |
| Total | 202.750 | 3 | | | |

Coefficient of Determination (R²) 0.746
Adjusted Coefficient (R²) 0.619
Coefficient of Correlation (R) 0.864
Standard Error of Estimate 5.074
Durbin-Watson Statistic 3.739

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.4.- Resultados de la regresión del segundo subperiodo-IACJ

4.- Conclusiones.

Este subperiodo viene a constituir una continuación del anterior en cuanto a tendencia decreciente de ingresos por afecciones de córnea y conjuntiva, si bien, y con la excepción de los correspondientes a 1921, los niveles de ingresos se muestran por debajo de los del periodo anterior, denotando probablemente una relajación en la demanda de atención hospitalaria. Conviene, no obstante, recordar que el reducido volumen de casos atendidos, y por tanto incorporados a nuestro estudio, provoca que el análisis de causas sea altamente vulnerable a factores exógenos a los puramente clínicos.

También conviene recordar nuestra hipótesis, ya planteada con

anterioridad, de que una gran parte de los registros no recogen más que un diagnóstico, pero que, en la mayor parte de los casos tratados, estaban afectadas tanto la conjuntiva como la córnea. La mayoría de las conjuntivitis blenorragicas, eran tratadas ambulatoriamente y sólo se ingresaban las complicaciones corneales.

3.8.3.3.- 3º subperiodo (de 1924 a 1927).

1.- Localización del subperiodo.

De nuevo, un gráfico de evolución global como el contenido en la fig. 3.11 facilita la ubicación del subperiodo. Este, que va desde 1924 a 1927, y se muestra aislado en la fig. 3.12, constituye a nuestro parecer el más productivo en cuanto a conclusiones de tipo histórico-médicas.

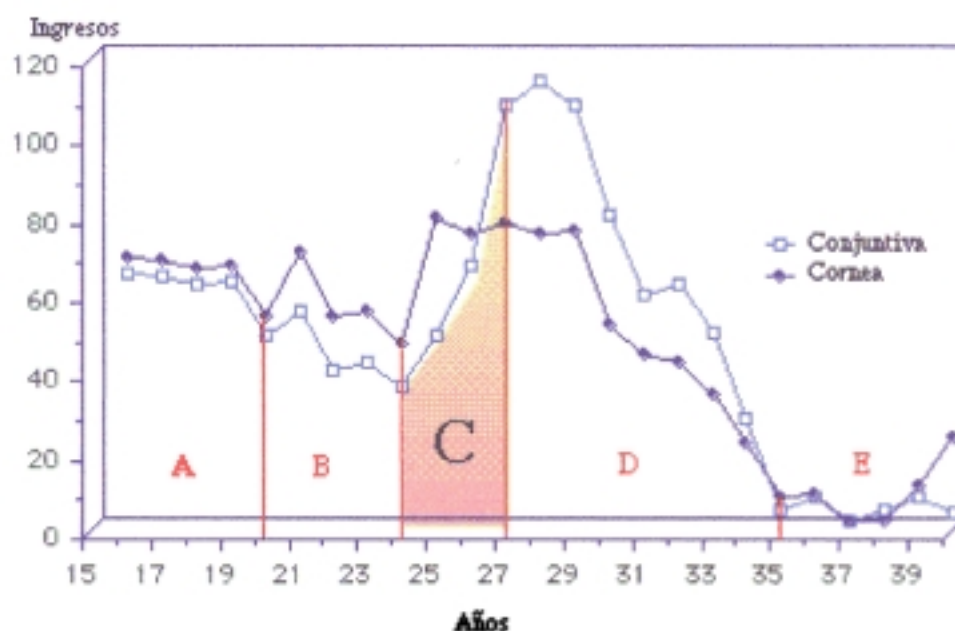


Fig. 3.11.- Localización del 3º subperiodo

Tienen lugar en él dos hechos remarcables. Uno cuantitativo, escalada importante de los niveles de ingresos. Otro cualitativo, los

niveles de ingresos por afecciones de conjuntiva que se habían mantenido siempre por debajo de los de córnea, pasan a ser superiores.

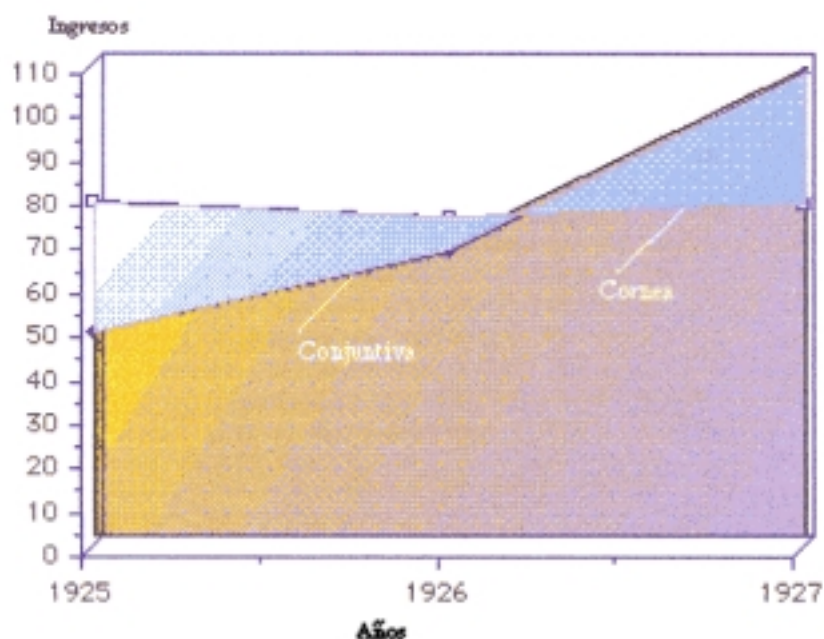


Fig. 3.12.- 3^{er} Subperiodo.

2.- *Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la córnea.*

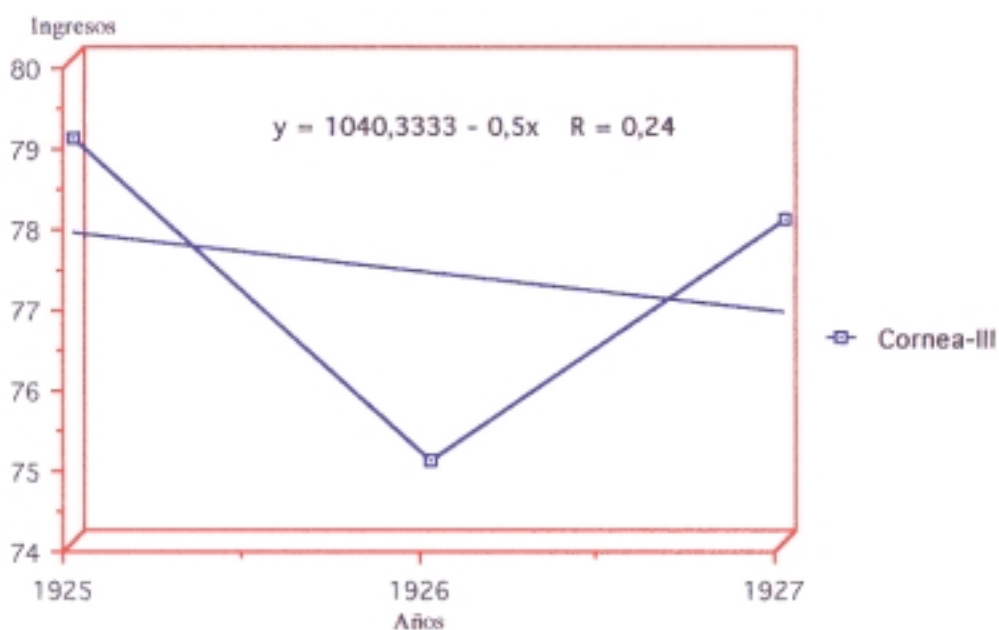


Fig. 3.13.- Tendencia de los IAC-3^{er} subperiodo

El estudio estadístico de córnea nos muestra una tendencia prácticamente estable fig. 3.13 lo que queda confirmado en la tabla 3.5 donde se muestra un coeficiente de correlación de 0,24, muy lejos del 0,8 que indicaría una tendencia creciente o decreciente, en caso negativo.

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Cornea-III | | |
|---|-------------|--------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | 1040.333 | 3891.919 | 0.267 | 0.834 |
| Agea-III | -0.500 | 2.021 | -0.247 | 0.846 |

a) Coeficientes de regresión

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 0.500 | 1 | 0.500 | 0.061 | 0.846 |
| Error | 8.167 | 1 | 8.167 | | |
| Total | 8.667 | 2 | | | |

Coefficient of Determination (R²) 0.058
Adjusted Coefficient (R²) -0.855
Coefficient of Correlation (R) 0.240
Standard Error of Estimate 2.852
Durbin-Watson Statistic 3.500

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.5.- Resultados de la regresión del tercer subperiodo-IAC

3.- *Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la conjuntiva.*

Por el contrario, la tendencia de los IACJ, que se observa en la fig. 3.14, es fuertemente creciente. Los valores del test de Student de la

tabla 3.6 y los del coeficiente de correlación que en este caso es de 0,976, muestran la fiabilidad de la tendencia.

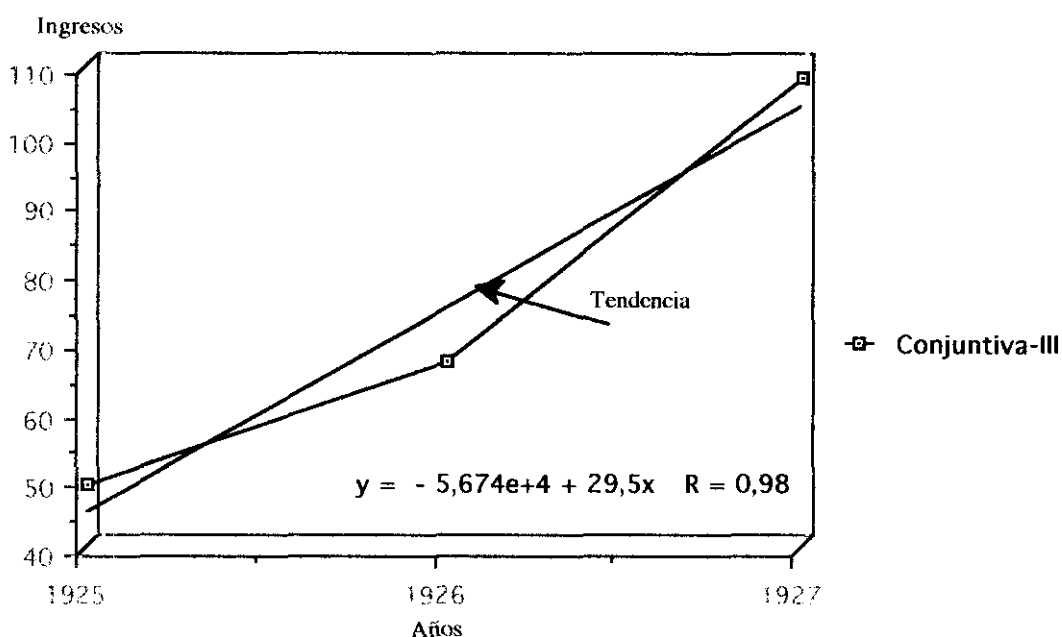


Fig. 3.14. - Tendencia de los IACJ-3^a subperiodo

4.- Conclusiones.

Este doble hecho observado y comprobado en los análisis previos: escalada del nivel de ingresos y cambio cualitativo entre córnea y conjuntiva son consecuencia a nuestro entender de la fuerte campaña de prevención del tracoma.

En España se comenzó a legislar sobre el tracoma en 1915, siendo Inspector General de Sanidad el doctor Martín Salazar. Fue aumentando la preocupación por esta enfermedad y en 1927 se creaba un organismo consultivo "La Comisión Central Antitracomatosa" que estuvo integrada en sus comienzos por los doctores Mansilla, Castresana, Márquez, Leoz, Alvarez Torres y Marín Amat. A la vez, se crearon las Juntas Provinciales, gracias a la labor de Murillo y Cortezo,

Director General de Sanidad e Inspector General de Instituciones Sanitarias, respectivamente. Siendo Ministro de Gobernación el General Martínez Anido.

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Conjuntiva-III | | |
|---|-------------|------------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | -56742,333 | 12781,732 | -4,437 | 0,141 |
| Años-III | 25,500 | 6,640 | 4,443 | 0,141 |

a) Coeficientes de regresión

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 1740,500 | 1 | 1740,500 | 19,741 | 0,141 |
| Error | 88,167 | 1 | 88,167 | | |
| Total | 1828,667 | 2 | | | |

Coefficient of Determination (R²) 0,952
Adjusted Coefficient (R²) 0,904
Coefficient of Correlation (R) 0,976
Standard Error of Estimate 9,390
Durbin-Watson Statistic 3,800

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.6. - Resultados de la regresión del tercer subperiodo -IACJ

El paciente, comienza a estar más sensibilizado y acude antes al médico. No espera a que se altere la córnea. Posiblemente, tengan aquí mucho que ver las "campañas de prevención", en prensa, escuelas, principalmente informativas y la labor llevada a cabo por los "Servicios Centrales Especializados", que consistió en: empadronamiento general de los enfermos tracomatosos, terapéutica del tracoma y demas afecciones oculares, propaganda sanitaria e

inspección de los servicios locales.

A los "Servicios Locales", correspondía: establecer una consulta diaria y gratuita, llevar un libro de registro y fichas de los enfermos, labor de estadística, visita e inspección de escuelas, asilos, fábricas y talleres, expedir certificados de curación de la afección y propaganda sanitaria.

Una vez más, las palabras de Julio Rochard se ajustaban a la realidad: *"Todo gasto hecho en beneficio de la higiene resulta una economía"*.

Esta campaña conduce a una mayor demanda de atención hospitalaria y sobre todo, a que esto ocurra en estadios precoces de la enfermedad, confirmado por el hecho del crecimiento de los IACJ muy por encima de los IAC, lo que ocurre por primera vez a lo largo del periodo objeto de estudio.

3.8.3.4.- 4º subperiodo (de 1927 a 1935).

1.- Localización del subperiodo.

Estudiamos en este subperiodo los años comprendidos entre 1927 y 1935 que se localiza en la fig. 3.15 y se representa de forma aislada en la fig. 3.16.

Se mantienen los niveles de IACJ por encima de los IAC, tendencia ya iniciada en el subperiodo anterior. Es de destacar también que tras mantenerse los valores de ingresos durante los años 1928 y 1929, en cifras similares a las estudiadas en 1927, las curvas sufren un descenso llamativo hasta igualarse en 1935, año en que junto con 1937

y 1938, que estudiaremos más tarde, nos da los valores más bajos de todo el periodo estudiado.

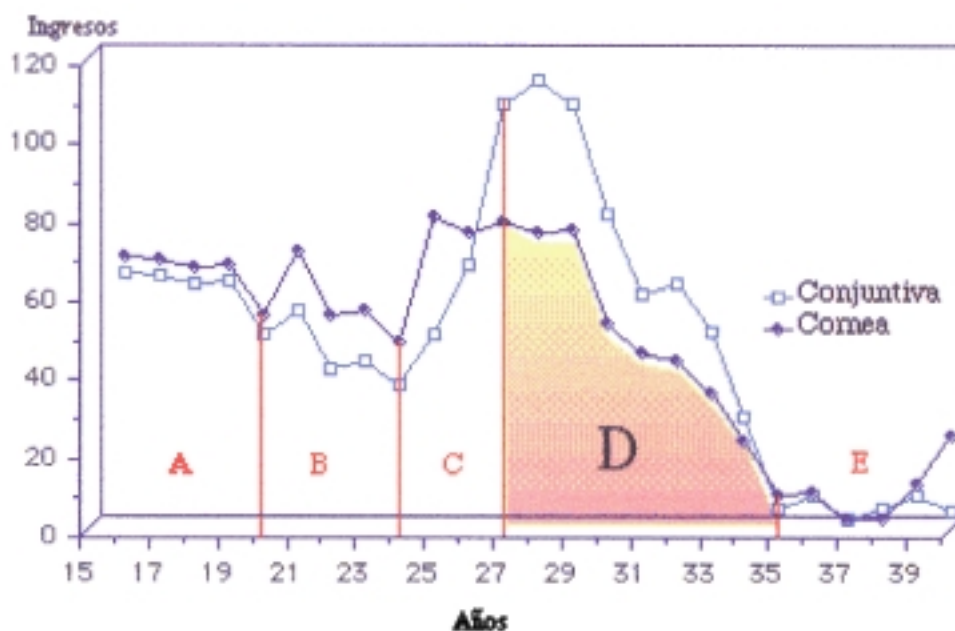


Fig. 3.15.- Localización del 4º Subperiodo

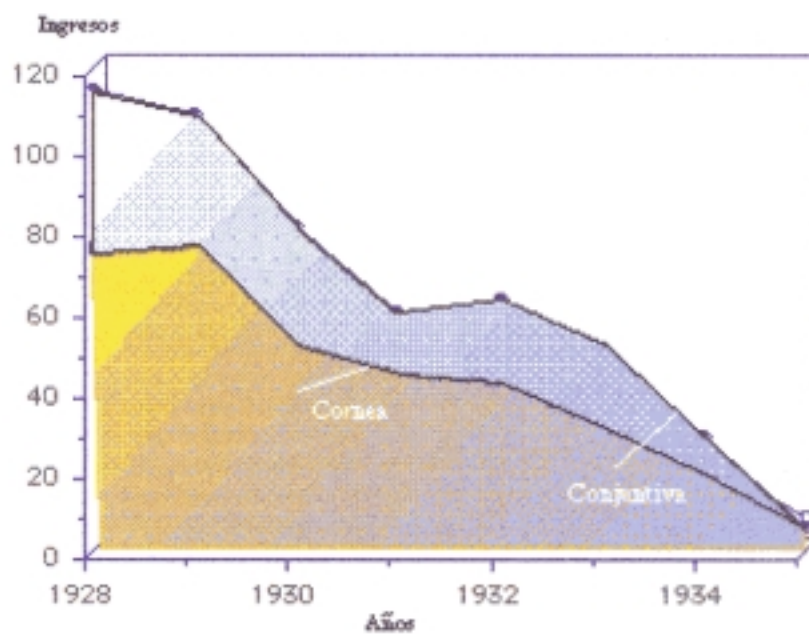


Fig. 3.16.- 4º Subperiodo.

2.- *Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la córnea.*

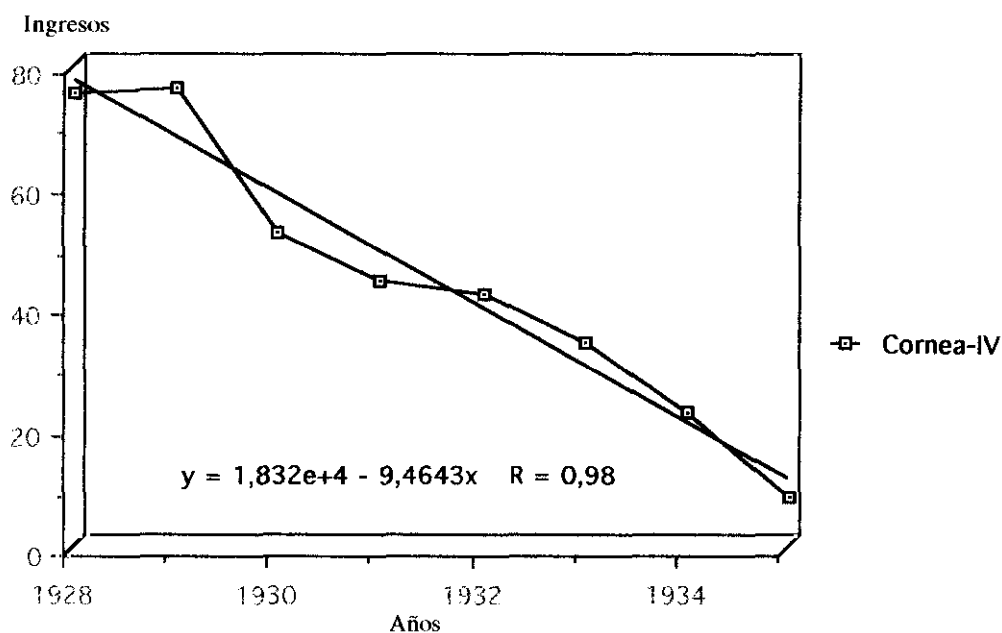


Fig. 3.17. -Tendencia de los IAC -4º subperiodo

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Cornea-IV | | |
|---|-------------|-------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | 18324.593 | 1590.252 | 11.523 | 0.000 |
| Años-IV | -9,464 | 0.823 | -11.495 | 0.000 |

a) Coeficientes de regresión

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
|---|-----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 3762.054 | 1 | 3762.054 | 132.140 | 0.000 |
| Error | 170.821 | 6 | 28.470 | | |
| Total | 3952.875 | 7 | | | |

| | |
|--|-------|
| Coefficient of Determination (R ²) | 0.957 |
| Adjusted Coefficient (R ²) | 0.949 |
| Coefficient of Correlation (R) | 0.978 |
| Standard Error of Estimate | 5.336 |
| Durbin-Watson Statistic | 2.460 |

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.7. - Resultados de la regresión del cuarto subperiodo -IAC

Nos muestra una tendencia claramente decreciente, como podemos apreciar en la fig. 3.17. Apreciación que confirmamos en la tabla 3.7, en que el coeficiente de correlación es de 0,978.

3.- *Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la conjuntiva.*

La tendencia de los IACJ que observamos en la fig. 3.18 es también claramente decreciente. Quedando confirmado en la tabla 3.8, con Prob>t menores que la diezmilésima y coeficiente de correlación de $0,98 \gg 0,8$ lo que confirma la bondad del ajuste.

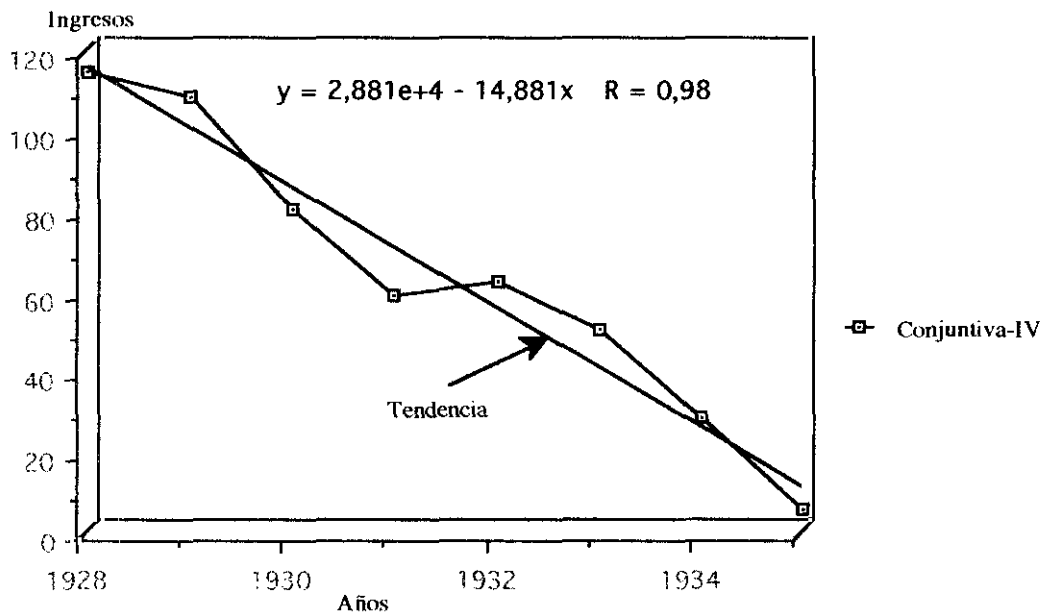


Fig. 3.18. - Tendencia de los IACJ -4º subperiodo

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Conjuntiva-IV | | |
|---|-------------|-----------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | 28805.810 | 2399.476 | 12.005 | 0.000 |
| Años-IV | -14.891 | 1.242 | -11.979 | 0.000 |

a) Coeficientes de regresión

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 9300.595 | 1 | 9300.595 | 143.489 | 0.000 |
| Error | 388.905 | 6 | 64.817 | | |
| Total | 9689.500 | 7 | | | |

Coefficient of Determination (R²) 0.960
Adjusted Coefficient (R²) 0.953
Coefficient of Correlation (R) 0.980
Standard Error of Estimate 8.051
Durbin-Watson Statistic 1.894

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.8.- Resultados de la regresión del cuarto subperiodo -IACJ

4.- Conclusiones.

Se mantienen durante todo el periodo los IACJ por encima de los IAC, salvo en el último valor, relativamente insignificante. Pensamos que es debido como en el apartado anterior, a las campañas de prevención del tracoma.

La organización antitracomatosa española que, como hemos dicho, comenzó su actividad en 1927 gastó, 60.000 pesetas en los años 1927 -28 -29, en los años 1930 y 31 fue de 70.000 pesetas, el presupuesto del año 1932 ascendió a 235.000 pesetas y finalmente en 1933 fue de 260.000 pesetas.

En 1929, dos años después de comenzar esta campaña, bajan de forma brusca las afecciones de la córnea, en relación con los valores de los últimos cinco años (consecuencia, la mayoría de ellas de conjuntivitis que no habían sido tratadas adecuadamente y que seguramente ni siquiera habría visto el oftalmólogo).

Creemos que la sensibilización de la población y de los profesionales, por estas campañas, al mismo tiempo que la aportación económica, fueron los verdaderos responsables de la disminución del número de afecciones corneales, que se habían convertido en un verdadero azote para la población española y más concretamente para la población madrileña.

3.8.3.5.- 5º subperiodo (de 1935 a 1940).

1.- Localización del subperiodo.

Podemos observar su localización en la fig. 3.19, ocupando el final del periodo estudiado. Queda representado de forma aislada en la fig. 3.20. Estudiamos en este subperiodo, los años comprendidos entre 1936 y 1940.

Los años 1936 y 1937 continúan la tendencia decreciente que señalábamos en el subperiodo anterior y mientras los IACJ se mantiene en los años siguientes, los IAC sufre un importante ascenso.

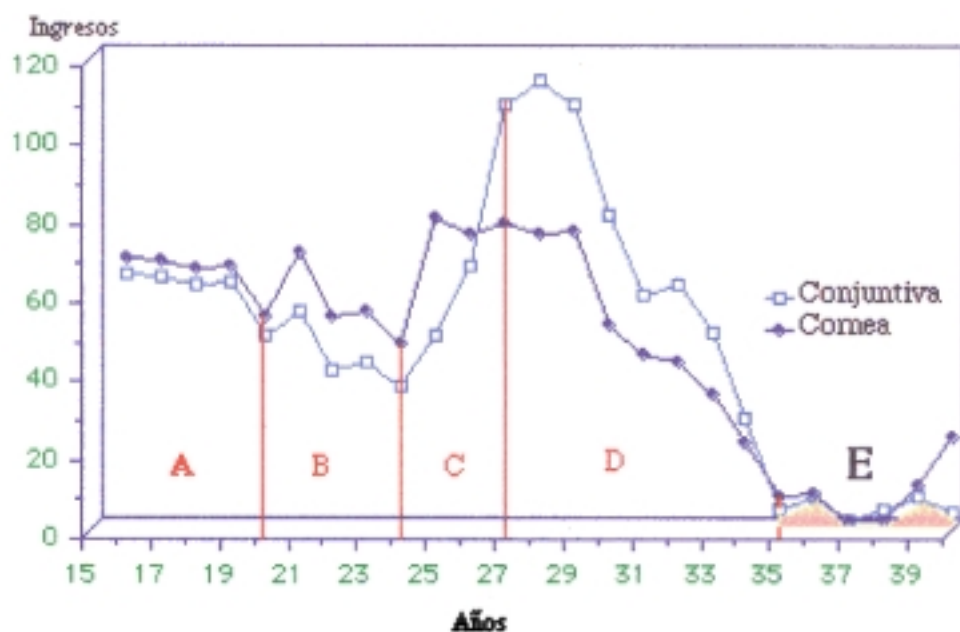


Fig. 3.19.- Localización del 5° Subperiodo

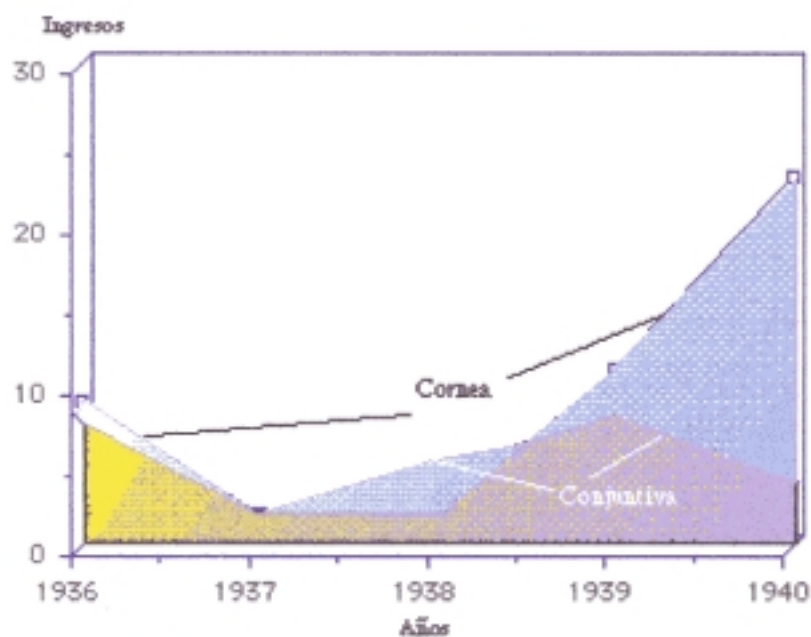


Fig. 3.20.- 5° Subperiodo.

2.- Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la córnea.

El estudio estadístico de la córnea muestra una tendencia creciente, si bien se observa una primera fase de decrecimiento y otra a continuación creciente. Como este último incremento es superior al decrecimiento inicial la tendencia total es como se ha dicho creciente.

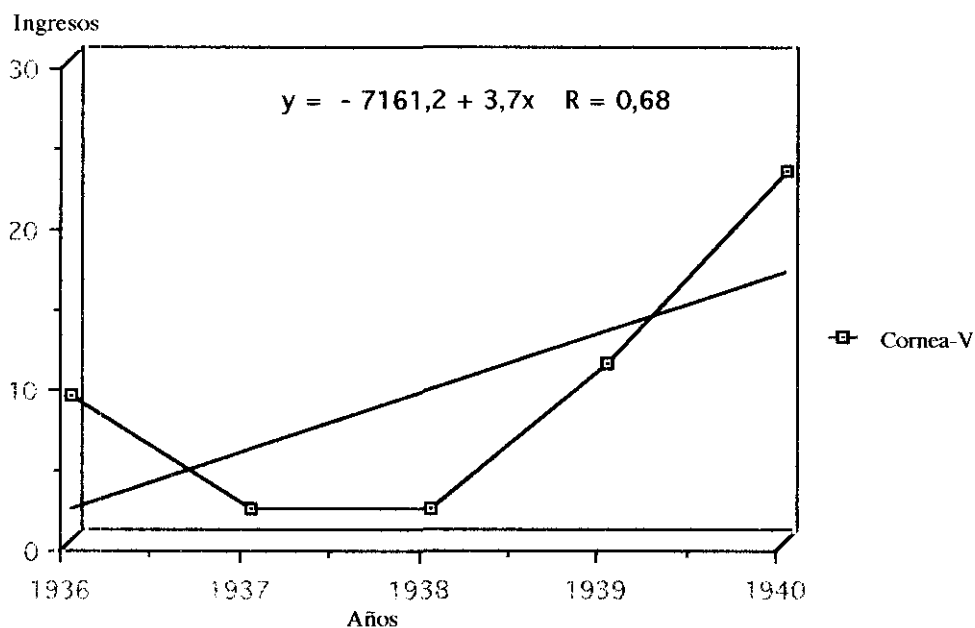


Fig. 3.21. - Tendencia de los IAC -5º subperiodo

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Cornea-V | | |
|---|-------------|------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | -7161,200 | 4479,814 | -1,599 | 0,208 |
| Años-1 | 3,700 | 2,312 | 1,601 | 0,208 |

a) Coeficientes de regresión

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 136,900 | 1 | 136,900 | 2,562 | 0,203 |
| Error | 160,300 | 3 | 53,433 | | |
| Total | 297,200 | 4 | | | |

Coefficient of Determination (R²) 0,461
Adjusted Coefficient (R²) 0,281
Coefficient of Correlation (R) 0,679
Standard Error of Estimate 7,310
Durbin-Watson Statistic 2,025

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.9. - Resultados de la regresión del quinto subperiodo -IAC

La falta de ajuste entre la recta de la regresión y la curva real, en forma de bañera (fig. 3.21), queda reflejado en el bajo coeficiente de correlación (0,679), como puede comprobarse en la tabla 3.9.

3.- Análisis estadístico de los ingresos por afecciones de la conjuntiva.

El estudio estadístico de la conjuntiva muestra en este caso una tendencia prácticamente estable como queda reflejado en la fig. 3.22 y que confirma el coeficiente de correlación de 0,121 que recogemos en el apartado b) de la tabla 3.10.

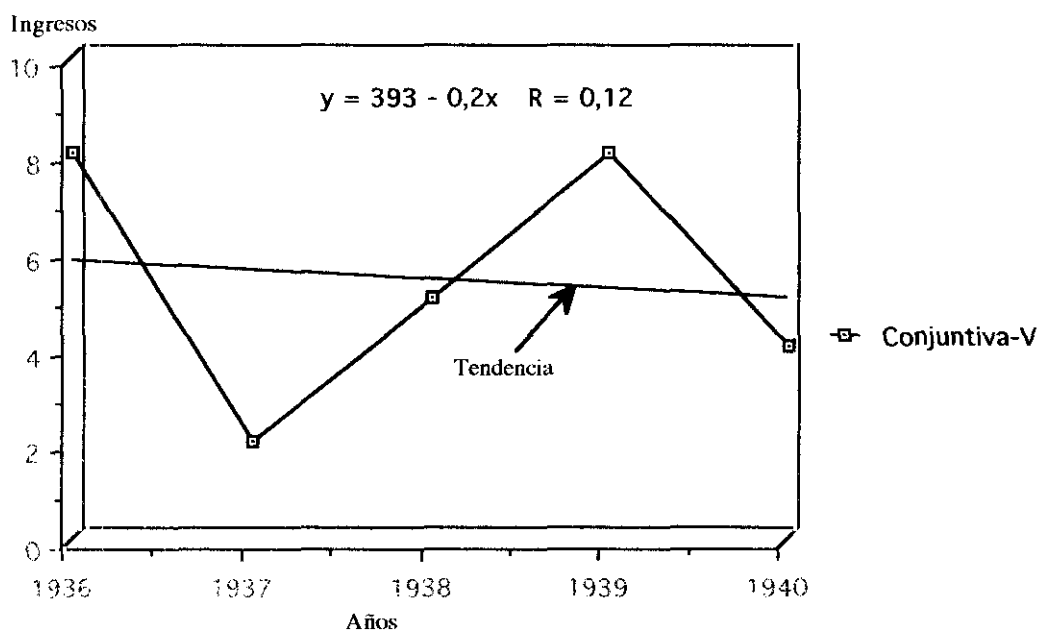


Fig. 3.22.- Tendencia de los IACJ -5º subperiodo

4.- Conclusiones

Dado que las fechas aquí estudiadas, corresponden a un periodo de la historia de España de especiales características, y que por otra parte el número de casos que ingresan en el Hospital es pequeño, resulta difícil obtener conclusiones.

Lo más significativo, es que a partir de 1939 nos encontramos ante un nuevo ascenso en el número de casos de alteraciones de la córnea. Pero al ser un periodo de dos años solamente, no podemos asegurar que pueda ser el inicio de un nuevo ciclo o bien que simplemente se trata de una secuela más de la guerra que sufría España.

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | Dependent Variable: Conjuntiva-V | | |
|---|-------------|----------------------------------|-------------|----------|
| Variable Name | Coefficient | Std. Err. Estimate | t Statistic | Prob > t |
| Constant | 393,000 | 1831,721 | 0,215 | 0,844 |
| Años-V | -0,200 | 0,945 | -0,212 | 0,846 |

a) Coeficientes de regresión

| Data File: b) Coeficientes de regresión | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------|---------|--------|
| Source | Sum of Squares | Deg. of Freedom | Mean Squares | F-Ratio | Prob>F |
| Model | 0,400 | 1 | 0,400 | 0,045 | 0,846 |
| Error | 26,800 | 3 | 8,933 | | |
| Total | 27,200 | 4 | | | |

Coefficient of Determination (R²) 0,015
Adjusted Coefficient (R²) -0,314
Coefficient of Correlation (R) 0,121
Standard Error of Estimate 2,989
Durbin-Watson Statistic 3,122

b) Tabla ANOVA

Tabla 3.10.- Resultados de la regresión del quinto subperiodo -IACJ

3.9.- Estudio estadístico de los párpados.

Existe una gran distancia, en cuanto a frecuencia registrada, de las dos afecciones anteriores. Se aprecia un descenso hasta el año 1926, para después crecer de forma brusca y presentar un nuevo descenso (fig. 3.23).

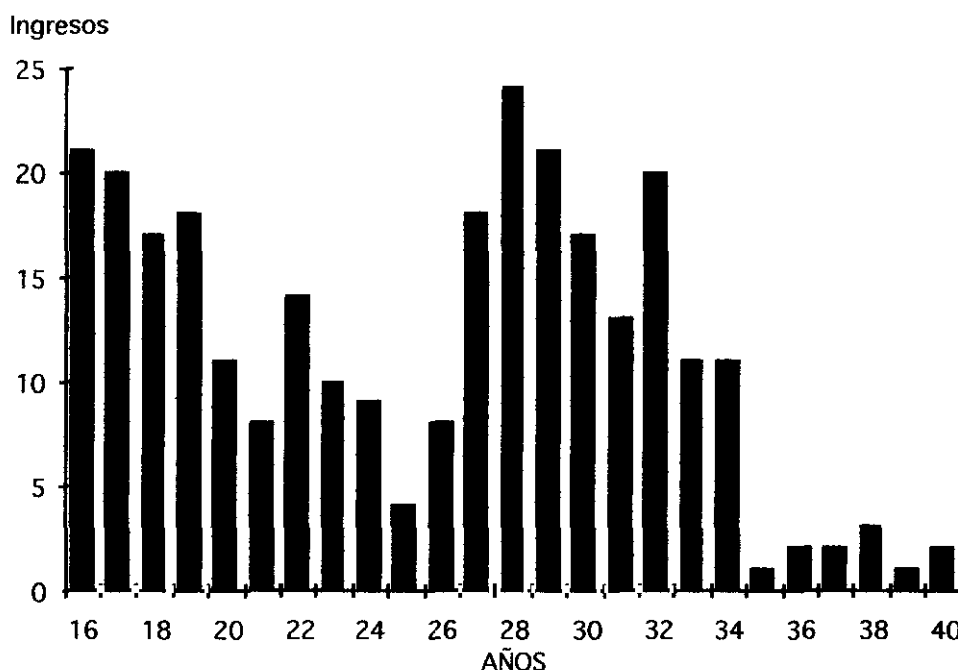


Fig. 3.23.- Ingresos por afecciones de los párpados.

Parece también existir una relación entre las alteraciones de la conjuntiva y los problemas palpebrales. Las lesiones retráctiles, entropion y ectropion, son casi siempre en los años que estudiamos, secundarias a conjuntivitis

Estudio estadístico:

Para su estudio estadístico hemos dividido los ingresos debidos a alteraciones de los párpados en tres subperiodos.

1º subperiodo: comprendido entre los años 1916 y 1924. La tendencia es claramente decreciente como se refleja en la fig. 3.24, en

su apartado a). Un coeficiente de correlación de 0.868, recogido en el mismo apartado, nos confirma esta apreciación.

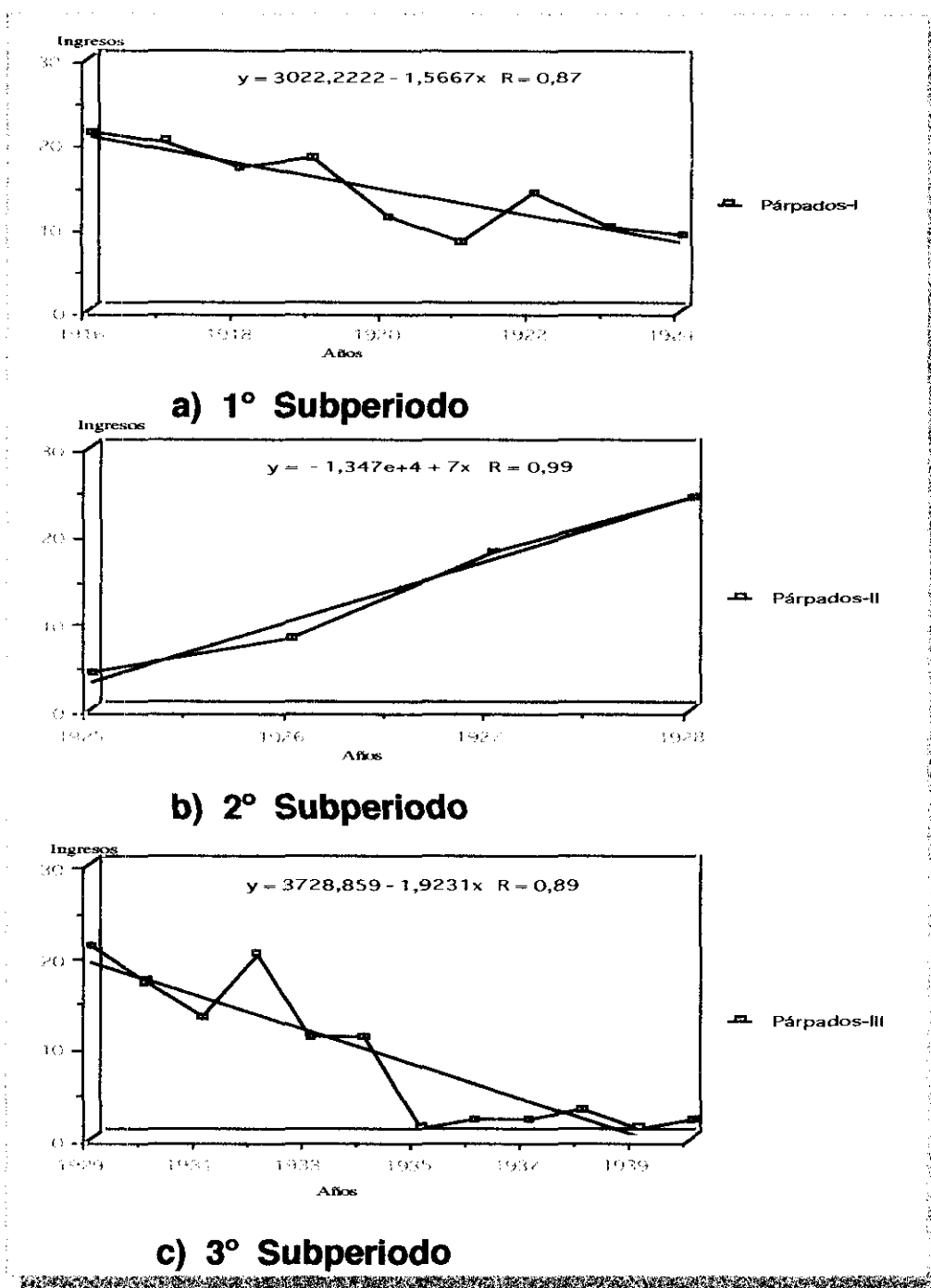


Fig. 3.24.- Tendencias de los Ingresos por afecciones de los párpados

2º subperiodo: comprendido entre los años 1925 y 1928. Aquí la tendencia de los ingresos se muestra creciente, tal y como refleja el resumen estadístico de la fig. 3.24, en su apartado b).

3º subperiodo: comprendido entre los años 1929 y 1940. Vuelve a reflejar de nuevo una tendencia decreciente como podemos observar en la fig. 3.24, apartado c). En esta ocasión, el coeficiente de correlación es de 0.893.

Conclusiones:

Esta secuencia de las distintas tendencias observadas en los ingresos por afecciones palpebrales nos recuerda a las correspondientes a las de los ingresos por ACJ, lo que es acorde con la afirmación ya realizada de que las lesiones palpebrales son casi siempre secundarias a conjuntivitis. A fin de comprobar la posible correlación entre ambas hemos efectuado un análisis estadístico de regresión y correlación, cuyos resultados son recogidos por la fig. 3.25.

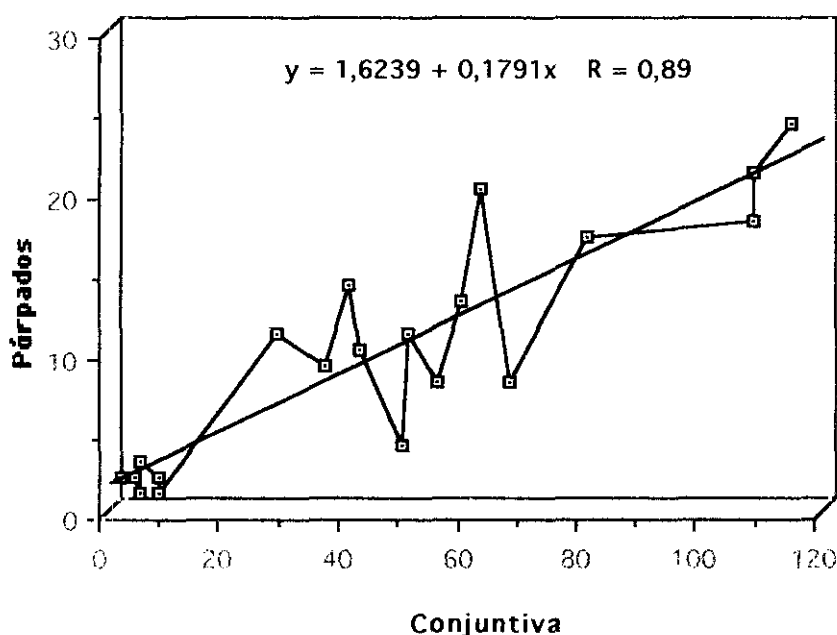


Fig. 3.25.- Relación entre los ingresos por afecciones de conjuntiva y párpados

Allí podemos comprobar que, efectivamente, los ingresos por afecciones de conjuntiva y los correspondientes a párpados presentan un

elevado nivel de correlación con (0.89). En la fig. 3.26 se han representado un histograma en 3 D. con las frecuencias de los ingresos de conjuntiva y párpados en 4 intervalos.

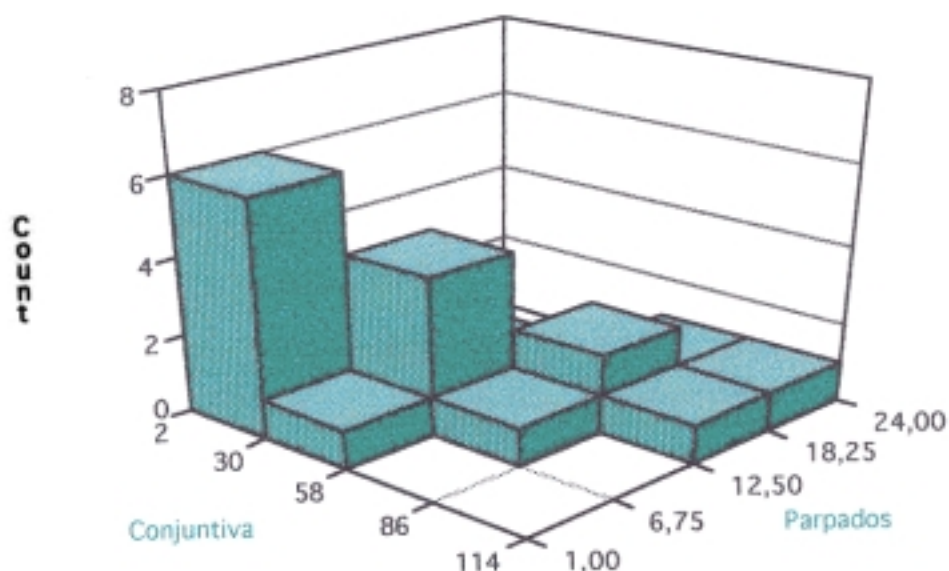


Fig. 3.26.- Histograma en 3D de Conjuntiva y Párpados

Puede observarse como las masas de frecuencia se sitúan en torno a la diagonal, confirmando la relación entre ambos. Esta relación se quiebra en parte en los periodos con mayores niveles de ingresos, lo que puede reflejar el hecho de que en esos periodos, ya analizados, se dan circunstancias exógenas anormales que desfiguran la tendencia normal de los ingresos por afecciones de conjuntiva.

3.10.- Estudio estadístico del resto de la patología

3.10.1.- Vias Lagrimales.

En la fig. 3.27 nos encontramos con un gráfico en sierra de difícil valoración. El número de casos recogidos en las historias clínicas es muy bajo y en algunos años es igual a cero.

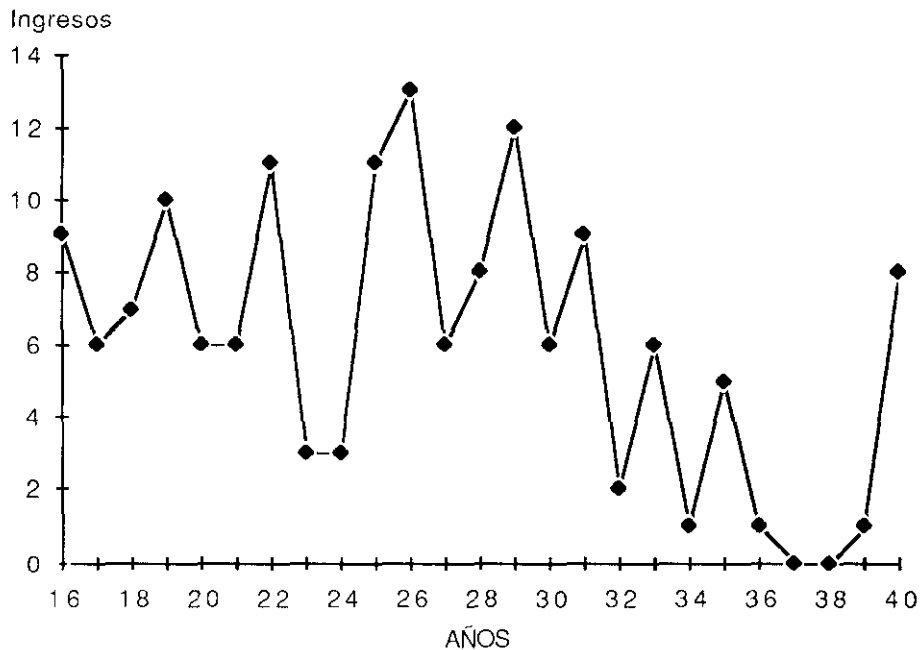


Fig. 3.27.- Enfermedades de las Vías Lagrimales.

Hay un aumento claro de su frecuencia a partir de 1939 no reflejado en los gráficos por encontrarse fuera del periodo objeto de estudio.

3.10.2.- Cristalino e Iris.

Su frecuencia va en aumento a medida que otras patologías, que podíamos considerar más "urgentes" van disminuyendo. En época de guerra, predominan las traumáticas sobre las congénitas, a diferencia de los años anteriores; que aunque era mayor el número de congénitas, se le aproximaban mucho las traumáticas.

El año que hay mas cataratas ingresadas es 1921 y al año siguiente, en 1922, publican un trabajo en *La Pediatría Española* con el título de "Catarata Congénita". Al que ya hemos hecho referencia.

El estudio de la fig. 3.28 nos da, como en el caso anterior, una

gráfica en sierra y se repite el valor cero para algunos años.

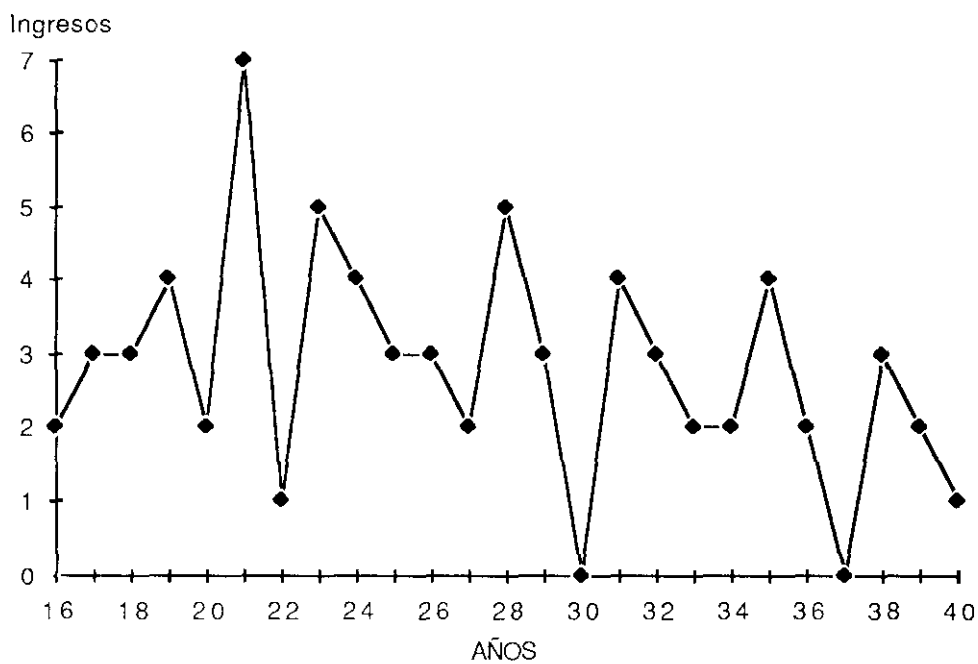


Fig. 3.28.- Alteraciones del Cristalino.

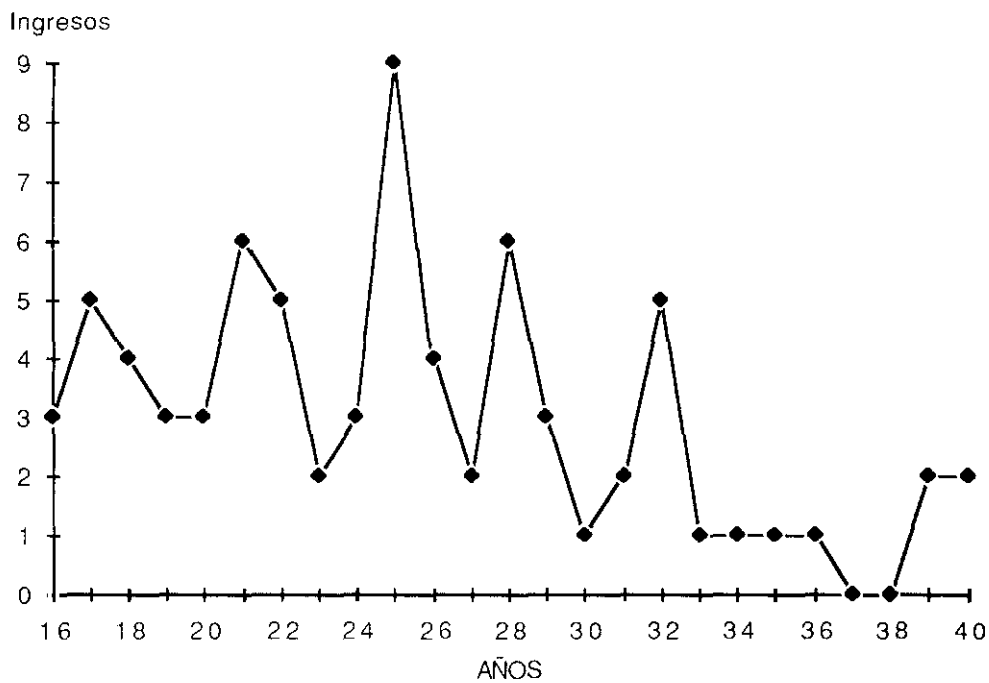


Fig. 3.29.- Alteraciones del Iris.

En lo referente al Iris (fig. 3.29), podríamos repetir aquí lo señalado en los dos apartados anteriores.

Es difícil valorar un gráfico como el que reproducimos en la fig. 3.29, todo hace pensar que no se recogieron en los libros de ingresos todos los diagnósticos. Los años 1937 y 1938, sin duda, ingresarían niños con heridas perforantes que comprometerían al iris y que no han quedado reflejadas.

CAPITULO 4

ANALISIS DE LA GESTION DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

CAPITULO 4.- ANALISIS DE LA GESTION DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

4.1.- Introducción.

El objetivo de este capítulo es analizar la actividad asistencial del Servicio de Oftalmología del HNJ y su organización y dirección durante el periodo considerado en el presente trabajo de Tesis.

Antes de comenzar con el análisis, es preciso realizar algunas consideraciones. En primer lugar, hemos de señalar la evidencia de que los patrones de excelencia de la actividad asistencial se han visto sujetos, en general, a una profunda transformación a lo largo del siglo; lo que no podía ocurrir de otra forma, por no dejar de tratarse de una actividad humana organizada y, como tal, vinculada a las mutaciones de los comportamientos y valores de las sociedades.

Efectivamente, el conjunto de valores y el modelo de comportamiento de los grupos humanos, los profundos avances tecnológicos y, en general, las necesidades generadas por el nuevo estado del bienestar, han llevado a exigencias en la atención sanitaria que conducen a un modelo sanitario y a unos estándares de calidad, cuantitativa y cualitativamente alejados de los existentes en el periodo considerado.

Además, la actividad sanitaria y asistencial ha presentado, hasta hace bien poco, considerables resistencias a ser considerada bajo los modelos y estructuras del análisis científico y técnico de las organizaciones. Mientras, en la actualidad, los conceptos y herramientas de la gestión de empresas como los de calidad, rendimiento o productividad nos son familiares a los que realizamos actividades asistenciales, esto no va más allá de una década.

Los albores de la Ciencia de la Administración, parecen tener su origen en los trabajos de Taylor y Fayol y aún en el entorno empresarial no es hasta mucho más tarde, cuando sus doctrinas empiezan a ser consideradas como metodologías válidas para su aplicación. En todo caso, la actividad asistencial se movía entre andamiajes alejados de los principios que recogían las doctrinas mencionadas.

A pesar de esto, no deja de ser cierto que fue inevitable el contagio de las nuevas formas de organizar la actividad laboral y profesional. Así, la departamentalización, la división funcional, la burocracia aparecen con mayor intensidad, y más o menos diferenciadas, en la organización hospitalaria.

Aún teniendo en cuenta esta última afirmación, parece en principio un esfuerzo improcedente el pretender analizar la actividad asistencial, enmarcada en la primera mitad de siglo, con los instrumentos y herramientas de análisis actuales, ya que estos útiles y modelos de comprensión y evaluación de la actividad, están inevitablemente vinculados a concepciones y valores, claramente alejados de los pretéritos.

Si bien nos parece inevitable aceptar como observaciones de cautela imprescindibles las expuestas, lo cierto es que el análisis del pasado con instrumentos de análisis actuales, se muestra fructífero y permite adquirir una mayor y más profunda comprensión de lo ocurrido, como es posible comprobar en la exposición que realizaremos, a continuación, a lo largo del capítulo.

En esta exposición utilizaremos un esquema conceptual basado en el estudio de la evolución de la gestión de la asistencia oftalmológica y su relación con el resto de la actividad asistencial del HNJ, a través de la consideración del nivel de excelencia que pudo ser alcanzado a lo largo del periodo.

Con la intención de analizar la evolución de ese nivel de excelencia, hemos determinado un esquema consistente en un enfoque sistémico, basado en el modelo de oferta y demanda y en la consideración de la combinación de recursos como actividad básica de gestión.

La fig. 4.1, presenta nuestro esquema de análisis que pretende completar otros al uso, presentados en trabajos de investigación, que abordan exclusivamente aspectos ligados a la evolución de indicadores de ocupación y de estancias. Dicho esquema contempla, en primer lugar, el estudio de la oferta ligado inevitablemente a la consideración de las necesidades de la demanda. Aquí introducimos un elemento de superación de los análisis realizados por algunos autores, en los que se señala que la demanda de atención sanitaria está fuertemente ligada a la oferta.

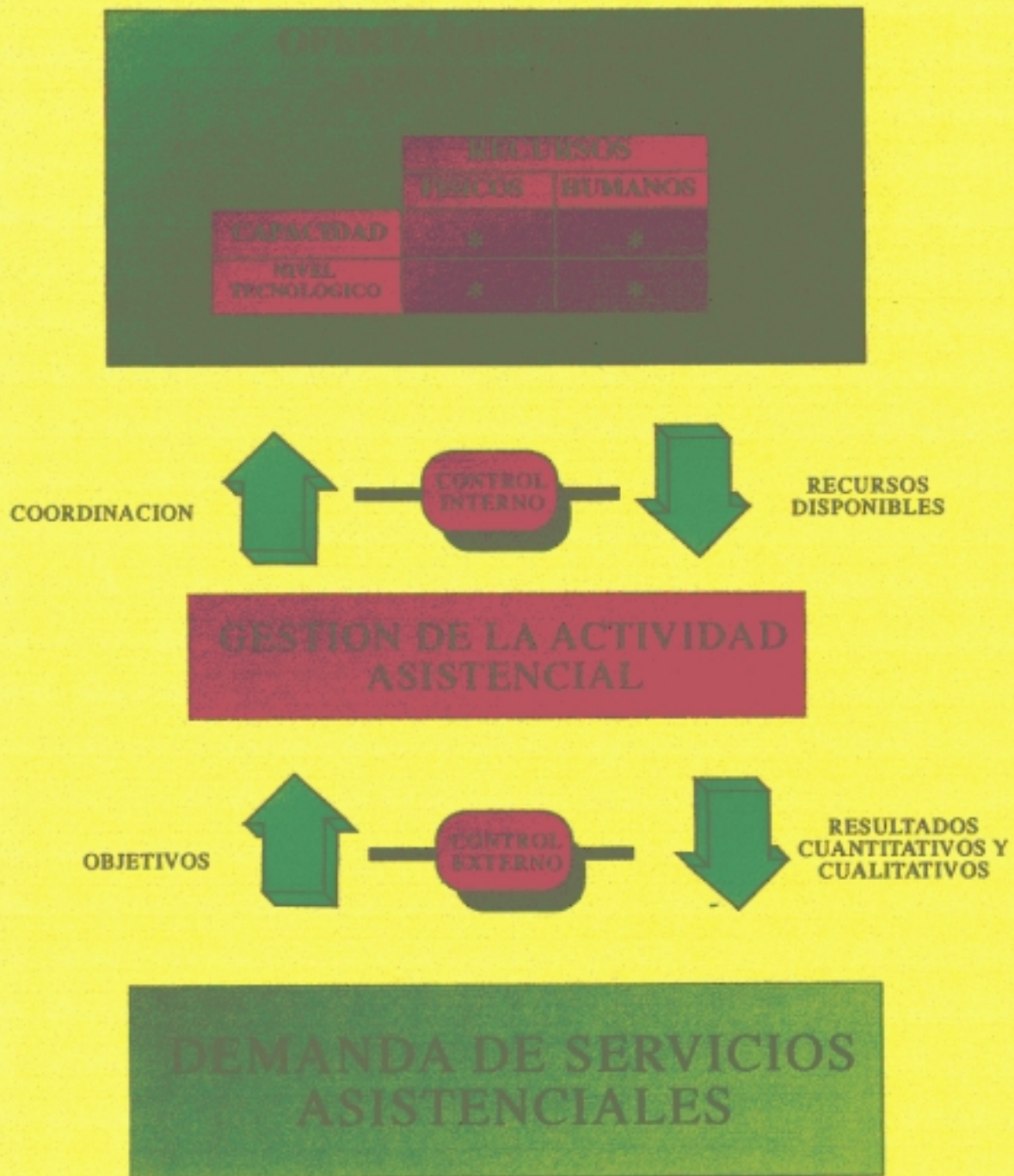


Fig. 4.1.- Esquema organizativo de la Gestión de la Actividad Asistencial

Por nuestra parte, sin desdecir el lazo de unión mencionado, nos inclinamos por considerar que la cantidad demandada en el punto de equilibrio es tautológicamente equivalente a la cantidad de asistencia ofertada; pero la demanda (es decir el modelo de comportamiento que refleja las unidades de asistencia sanitaria) se conduce por patrones que tienen que ver con los valores, comportamientos y estado físico y psíquico de las personas, con relativa independencia de si el número de camas o de quirófanos aumenta o disminuye. Esta consideración nos lleva a concluir que un estudio basado en la oferta resulta incompleto y que, si al programar el crecimiento de la asistencia no se vincula ésta, de alguna forma, a los requerimientos de los colectivos sociales, se producirá un exceso o un defecto entre demanda y oferta, que genera elementos de fricción, impidiendo la obtención de resultados satisfactorios y condicionando futuras tomas de decisión.

Continuando con nuestro esquema dual de consideración de oferta y demanda, y centrándonos en la primera, es decir, en el estudio de la producción, generación o prestación de un servicio asistencial, consideramos los dos aspectos que configuran las relaciones de producción: por un lado los factores o recursos que se implementan y por otro los resultados o servicios que permiten obtener esos recursos.

En cuanto a los factores se consideran:

- *Los físicos*, equipo, instrumental e instalaciones.
- *Los humanos*, el equipo médico y auxiliar.

Y de estos, se analizan de cada uno, dos aspectos:

- *Su capacidad*, número o magnitud y variedad.
- *Su nivel tecnológico*, conocimiento, preparación, metodología.

Estudiaremos el estado inicial de estos recursos y las iniciativas o innovaciones que condujeron a su evolución durante el periodo.

El modelo propuesto en la fig. 4.1, entiende que la combinación de estos recursos o factores (gestión asistencial) conduce a unos resultados que indican el nivel de excelencia conseguida.

Estos resultados son medidos por nuestro modelo a través de dos aspectos:

- *El cuantitativo*, medido por el nivel de crecimiento.
- *El cualitativo*, medido por el nivel de calidad.

Por tanto, analizaremos a lo largo de los siguientes epígrafes los recursos físicos, los humanos, y la capacidad de gestión mediante los resultados cuantitativos y cualitativos.

4.2.- Gestión de los Recursos Físicos.

En base a la documentación contable-financiera disponible, parece no existir, en los comienzos del periodo de estudio, un presupuesto formal según se entiende en la actualidad. El mecanismo de obtención y asignación de fondos consistía en ir cubriendo, con las aportaciones que, por diversos conceptos, llegaban al Hospital, las necesidades que en cada momento se juzgaban necesarias.

Sean las fuerzas de la demanda, o la iniciativa de los gestores del Hospital, lo cierto es que los recursos físicos dispuestos, tanto los de índole específicamente clínica o quirúrgica: equipos e instrumental, como auxiliares o complementarios: camas, instalaciones, de alimentación, en cantidad y en calidad, parecen no desmerecer de los de

otros hospitales similares, aunque, como en seguida veremos, debieran enfrentarse, durante algunos periodos, a ciertos problemas de abastecimiento y de inversiones.

En relación con el inventario de recursos físicos, es preciso reseñar la ausencia de documentación directa conservada en el Hospital, por lo que nos es necesario acudir a otras fuentes indirectas que, en todo caso, conforman una documentación escasa e incompleta que impide valoraciones técnicas y contables. Las fuentes preferentemente utilizadas, a las que nos referiremos más adelante en este mismo apartado, son los libros de contabilidad de gastos del Hospital, que recogen los gastos en el periodo de tiempo comprendido entre 1914 y agosto de 1937.

4.2.1.- La concepción y diseño del HNJ como determinantes de su Gestión y Organización.

El continente físico de la actividad asistencial, es decir la estructura, condiciones y características constructivas del Hospital, condiciona a esa actividad de forma sustancial. De hecho, el planteamiento de diseño o de proyecto y su resolución mediante el proceso de construcción se orientan a la optimización de esa actividad asistencial. Pues bien, es posible afirmar que el planteamiento y resolución del HNJ cubren con holgura las exigencias medias requeridas por construcciones análogas, lo que justificaremos a continuación.

Sí conviene inmediatamente señalar, que la documentación gráfica disponible permite aseverar la similitud entre los aspectos

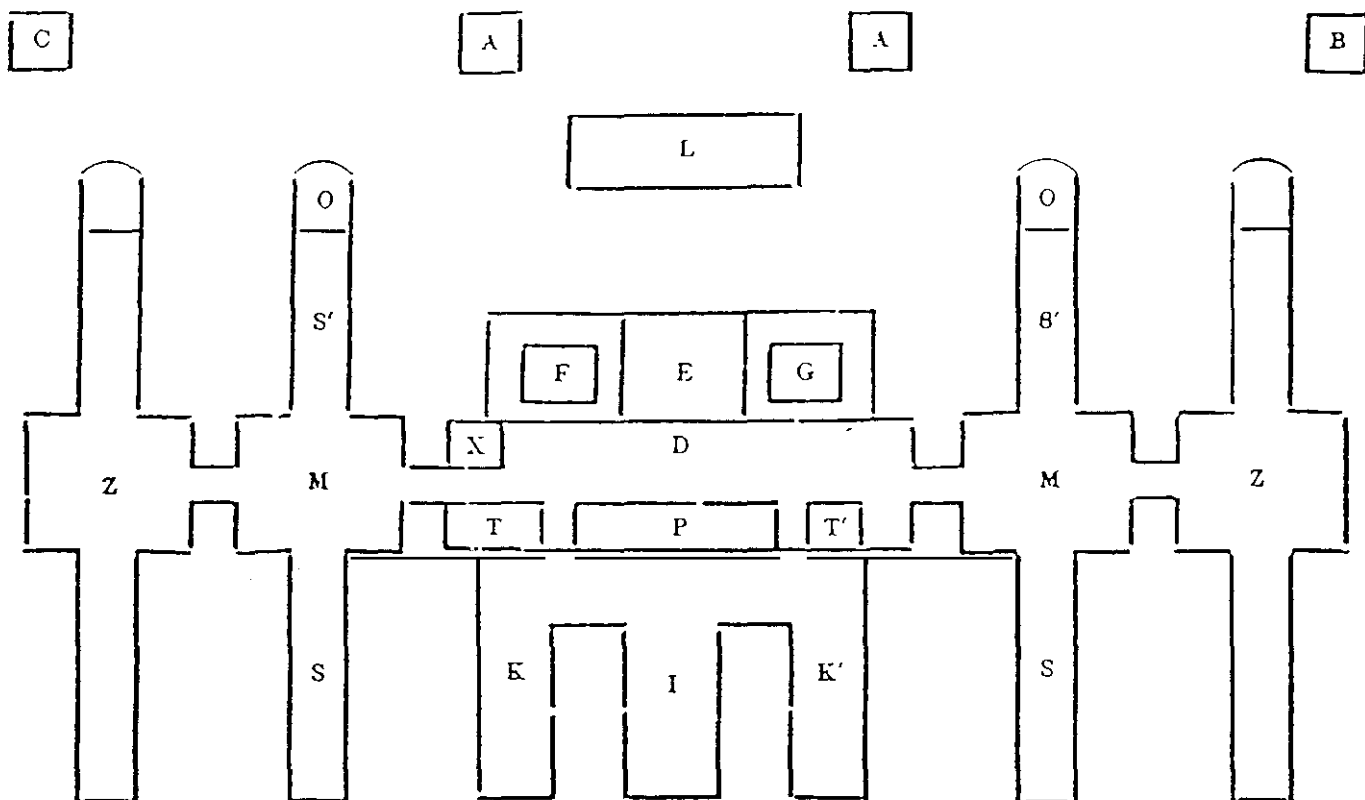
constructivos, de distribución y estructuración interna, disposición de consultas, camas, quirófanos, resolución constructiva de muros, ventanales y accesos del HNJ y los de algunos hospitales europeos coetáneos con similar actividad, y su superioridad frente a otros de la misma época e incluso posteriores (fig. 4.2).

La distribución en planta (galerías de unión, cuerpo central, altura, conexión y distribución, accesos del Hospital), dota al conjunto inmobiliario de una simetría importante, lo que ya de por sí impone un orden general de funcionamiento u operativo. La segmentación de la planta y la situación de consultas, salas, servicios, instalaciones auxiliares, pabellones o servicios especiales, obedecen a un cálculo racional y optimizador del espacio ocupado, de los recorridos de personal asistencial y de enfermos, así como de los flujos de material.

Como se ha mencionado con anterioridad, inicialmente la consulta de oftalmología se pasaba junto con la de cirugía, aunque disponía de sala propia. Todo esto abunda en la importancia relativa que se le dió, desde el primer momento de funcionamiento del Hospital, a la actividad oftalmológica frente a otras especialidades.

Las condiciones de luminosidad (grandes ventanales, orientación), ruidos (proximidad del Parque del Retiro, situación en las afueras) y espacios abiertos (zonas libres del recinto) son óptimas si se comparan con otros muchos hospitales nacionales, tanto de su tiempo como posteriores.

Se ha respetado fundamentalmente, en ampliaciones posteriores, la filosofía constructiva del Hospital (a lo que pudo contribuir en parte, el que las cimentaciones estuvieran terminadas previamente). Conviene también señalar que esta concepción y estructuración del Hospital



HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS

- | | | | |
|-------|---|-----|--|
| AA. | Departamentos para contagiosos (en proyecto). | P. | Patio. |
| B. | Sala de autopsias (en proyecto). | L. | Iglesia. |
| C. | Depósito de cadáveres (provisional). | K. | Consultorio de Medicina y cuarto de guardia. |
| D. | Dependencias, refectorios, etc. | K'. | Consultorio de Cirugía y cuarto del capellan. |
| E. | Cocina. | MM. | Departamentos auxiliares, cuartos de las hermanas, enfermeras, lavabos, etc. |
| L. | Lavadero antiguo. | T. | Botica y laboratorio. |
| FG. | Lavadero y fregadero. | T'. | Comisaria, etc. |
| SS. | Salas de Medicina. | X. | Balneario con piscina. |
| S'S'. | Salas de Cirugía. | ZZ. | Salas en construcción. |
| OO. | Salas de operaciones. | | |

Fig. 4.2.- Planteamiento y resolución del Hospital del Niño Jesús

permitió una organización interna cuando menos clara, simple y ordenada y probablemente muy eficaz. Facilitó la independencia de los servicios clínicos, de modo que cada sala de Cirugía poseía su anfiteatro especial. Esto permitía operar a los enfermos sin sacarlos del recinto general de la sala (similar disposición a la de otros hospitales análogos europeos).

Otra de las características sobresalientes es la independencia lograda entre los diferentes servicios y salas, con lo que se facilita la organización general de la actividad y la rapidez en la disponibilidad de material clínico y quirúrgico. Pensamos que esta estructuración se orienta hacia la filosofía de que, respetando hasta un cierto nivel la distribución por especialidades, la asistencia va hacia el enfermo y no al revés, como ocurre en otro tipo de organizaciones internas hospitalarias. Esto, tratándose de niños, cobra especial relevancia, también clarifica y simplifica los flujos internos de pacientes y sus familias (no debiéndose pasar por otras dependencias que las necesarias y evitando pérdidas de tiempo, confusiones y disminuyendo el flujo interno de personas ajenas).

Otro detalle que abunda en la independencia funcional y autonomía de servicios y secciones, es que la farmacia poseía su laboratorio independiente, completado con la botica, rebotica, herbolario y almacén.

Aunque uno de los objetivos del diseño era efectivamente garantizar una autonomía básica a los servicios y secciones, esta autonomía se completaba con una centralización jerarquizada en dos niveles, logrados por la disposición de los espacios centrales reservados unos (cuerpo central) para los servicios generales del Hospital (capilla,

cocina, lavadero y pabellones de consulta) y otros (cuerpos de unión entre alas) utilizados para los departamentos auxiliares, cuartos de las hermanas, enfermeras, lavabos, etc.

Como puede observarse, al centralizarse los departamentos auxiliares en los cuerpos de unión entre alas, se consigue simplificarlos, sin perder autonomía e independencia por encontrarse próximos a uno de los extremos de la sala. En cuanto al primer nivel de centralización, representado por los servicios integrados en el cuerpo central, aunque se haga necesaria su concentración, puede reseñarse la equidistancia lograda entre las diferentes salas y servicios y el cuerpo central que actúa a modo de pulmón logístico.

Paralela a estas características de autonomía básica por una parte y centralización equidistante, jerarquizada y respetuosa con la anterior, por otra, se suma un aislamiento obligado o cuando menos deseable de los departamentos para contagiosos, sala de autopsia, depósito de cadáveres que, sin poder calificarse de desperdigamiento o dispersión, sí se sitúan suficientemente alejados del resto de espacios sanitarios, respetando siempre la simetría y la equidistancia al cuerpo central.

Este diseño de la estructura física, su distribución, la obtención y organización de los recursos y del equipamiento fueron por una parte fruto de la capacidad de planificación y organización de sus gestores, por otra constituyeron las restricciones que delimitaron y condicionaron, para bien y para mal, la actividad asistencial de cuantos dedicaron su vida al Hospital.

Si bien es cierto que el resultado de la actividad asistencial depende en gran medida de los condicionantes del espacio físico, de su

disposición y estructura, no lo es menos que los recursos físicos y humanos dispuestos representan el factor clave para conseguir la excelencia del servicio asistencial.

En función de lo señalado, es posible ya afirmar que los gestores que planificaron y ejecutaron los proyectos iniciales, así como los que supieron ampliarlos, enriqueciéndoles sin distorsionar la estructura inicial, merecen una mención especial, certificando sus dotes de organización y planificación.

Sin duda, tanto la Duquesa de Santoña, como la Junta Provincial de Beneficencia al actuar de rectores de la actividad del Hospital sucesivamente, tuvieron intervención en las tareas de concepción y posterior ampliación del Hospital y parece justo, por tanto, adjudicarles el mérito correspondiente.

4.2.2.- Instalaciones.

En relación con los recursos físicos limitativos de la actividad asistencial, comenzaremos haciendo mención a los asilos, anexos, salas y camas que fijan los niveles de capacidad asistencial, y suponen un buen porcentaje del esfuerzo inversor y de los gastos de mantenimiento y disponibilidad del activo fijo.

Al comienzo del periodo la relación de salas y camas existentes era la siguiente¹:

¹.- Relación de salas del Hospital del Niño Jesús, con la nueva nomenclatura desde Agosto de 1892.

| | |
|--------------------------------------|----------|
| San Juan (medicina niños)..... | 25 camas |
| San José (cirugía niños)..... | 25 camas |
| Santa Cristina (medicina niñas)..... | 25 camas |
| Santa Isabel (cirugía niñas)..... | 25 camas |
| Santa Lucía (oftalm. niñas)..... | 25 camas |
| San Rafael (oftalm. niños)..... | 25 camas |
| San Blas (contagiosos niños/as)..... | 25 camas |
| Distinguidos (abierta en 1893)..... | 4 camas |
| Lo que da un total de 179 camas. | |

Un hecho remarcable es la incorporación al Hospital del Asilo de San Sebastián en 1897, fundación que pertenecía a la beneficencia particular. Hospital y Asilo compartían el mismo edificio, y por lo reflejado en las fuentes documentales contables todo parece indicar que no eran gestionados como entidades independientes. En 1908 tiene lugar la segunda incorporación, se trata del Asilo de San Eduardo, que había sido fundado por el Conde de Perecamps y que pertenecía, por tanto, a la beneficencia privada.

Dentro de la propia actividad del Hospital hemos de señalar la creación, en 1910, de los servicios de Radiología (a cargo de Enrique Mateo Milano), de Electroterapia (dirigido por Vicente Alvarez y Rodríguez Villamil) y la del servicio de Otorrinolaringología, en 1913, a cuyo frente estaba Adolfo Hinojar Pons.

En cuanto a las Salas dedicadas a oftalmología, no sólo no aumentan en número, sino que las existentes, las de Santa Lucía y San Rafael, comienzan a recibir, a partir de 1912, enfermos de otros servicios. Este hecho no se debe a ninguna disminución de la demanda de niños con afecciones oculares, sino a la presión derivada de las necesidades del servicio de cirugía y de las nuevas especialidades.

Este crecimiento de los enfermos quirúrgicos tiene también reflejo en la construcción de una nueva sala, inaugurada en 1914, aunque abierta desde 1912, la del Carmen, con 25 camas. La sala es compartida, además de por los enfermos quirúrgicos, por los de otorrinolaringología, los del servicio de Dermatología-Sifiliografía (a cargo de José Velasco Pajares), y los de Ortopedia (a cargo de Aurelio Martín Arquellada).

Hemos de señalar, por otra parte, la diferenciación cualitativa entre la estructura de organización que presenta el Hospital en 1893 y la de 1914. En el inventario de Salas realizado al comienzo del periodo y ya reseñado en este epígrafe, aparece una simple especialización funcional (medicina, cirugía, oftalmología, contagio) y una diferenciación por sexo (niños, niñas) y clase (distinguidos). Esta estructura, que no dudamos en calificar de rudimentaria, varía de forma sensible durante los 21 años que abarca el subperiodo de 1893-1914.

Como puede comprobarse, al final de este primer subperiodo (de 1893 a 1914) la actividad asistencial del Hospital aparece más estructurada: no sólo ha crecido el número de Salas y camas, sino que aparecen nuevos servicios médicos especializados a la vez que se incrementa la actividad quirúrgica. De esta forma, en los comentarios y análisis efectuados queda reflejada, sin lugar a dudas, una organización estructurada en servicios especializados con diferentes niveles de servicio (1^{er} nivel.- servicios centrales: radiología, electroterapia, laboratorio; 2^o nivel.-especialidades: dermatología-sifiliografía, ortopedia y otorrinolaringología).

En definitiva, nos atrevemos a afirmar que, en el subperiodo que va de 1893 a 1914, el Hospital refleja un crecimiento cuantitativo de sus recursos físicos limitativos, a la vez que es capaz de abandonar una estructura de organización primaria de lanzamiento, y presentar otra de un fuerte nivel de diferenciación y especialización. La excepción a esta orientación progresiva hacia las especialidades, es precisamente la de oftalmología, que figura como tal y de forma singular y aislada, desde el comienzo del periodo.

Otro de los rasgos que definen la evolución del Hospital durante este primer subperiodo y condicionan la organización y utilización de sus recursos es el de evitar convertir el Hospital en un asilo para la práctica de la pediatría, intensificando la actividad quirúrgica.

La fortuna de contar con dos cirujanos del prestigio contrastado de Ribera y Guedea, posibilitó, probablemente a partir del último cuarto de este subperiodo, el verdadero progreso del Hospital, tanto a nivel de los resultados puramente médicos, como los del servicio integral reflejados por los indicadores que miden la actividad asistencial y que se analizarán con posterioridad.

Esta orientación hacia un equilibrio de las actividades médica y quirúrgica, que estadísticas de la época coinciden en cifrar en el 60 por ciento para la primera y el 40 por ciento para la segunda, tiene también reflejo en la expresión del objetivo de camas realizado por Sarabia en 1917 y que era de un total de trescientas, 150 para cada una de ambas actividades, cifrando así su pretendido equilibrio.

Las dos líneas de evolución reseñadas:

- el avance hacia una estructura más diferenciada y especializada

- el protagonismo creciente de la cirugía como alternativa y complemento de la actividad médica,

permitieron que en la primera parte (1915-27) del segundo subperiodo (1915-1940) se siguieran dando las condiciones para el crecimiento de la oferta asistencial. Incluso, esta buena predisposición del Hospital para cubrir sus objetivos puede venir reflejada en dos hechos diversos:

- El primero es que la sala de operaciones con que contaba el Hospital, estaba a la altura de la de los hospitales de Berna (Clínica de Tabel), la de Zurich y Victoria Hospital de Londres. Esto además de reflejar el buen nivel de equipamiento, deja entrever la existencia de una buena organización y gestión, un buen equipo humano y una trayectoria de desarrollo en línea con la de otros hospitales excelentes.

- El otro hecho al que nos referimos es la pretensión de Sarabia de posibilitar una consulta de higiene profiláctica, proyecto demasiado ambicioso para los tiempos que corrían y que nunca llegó a realizarse.

A esta predisposición para conseguir la excelencia de la actividad asistencial de un Hospital para la infancia, se añade, como hemos señalado, la voluntad de seguir dotando al Hospital de nuevos recursos físicos. Así, el 15 de Marzo de 1919 se inauguran oficialmente los nuevos pabellones de Electroterapia² y las Salas de San Ildefonso y Santa Margarita. El acto fue presidido por S.M. la Reina Doña Victoria Eugenia y su augusta madre la Princesa Beatriz, que estuvieron

².- Estuvo cerrada la consulta de Electroterapia durante el último trimestre de 1918 para la realización de las obras de remodelación.

acompañadas por la duquesa de San Carlos y el Marqués de la Torrecilla.

El pabellón para enfermedades nerviosas fue construido por iniciativa del sacerdote Enrique Podadera, rector del Santísimo Cristo de la Salud, con 200.000 pesetas de la herencia de la Condesa viuda de Marín y 190.000 pesetas de una inscripción intransferible de la Deuda Pública, que tenía como fin el que sus rentas se aplicasen al sostenimiento de los niños. De las otras dos, la de San Ildefonso, que había sido costeada por el Marqués de Villamejor, fue destinado para niños y se componía de 25 camas. La de Santa Margarita fue costeada por el Marqués de Urquijo y era de características similares al anterior, siendo ocupada por niñas.

Al referirnos a las nuevas consultas ambulatorias y salas para ingresados, hemos querido mostrar el crecimiento del Hospital del Niño Jesús, lo que se ha ido reflejando en el mayor número de niños atendidos en sus instalaciones.

Este escenario interno positivo de la primera parte del subperiodo, al que se añaden condiciones económico-sociales externas de recuperación y de bonanza, queda, sin embargo en parte compensado por la existencia inevitable de epidemias, como la de gripe en 1918, a la que se añade la de viruela en otoño y el leve cólera estival, situando a este año en una de las cotas epidémicas más altas del siglo.

Todas estas condiciones básicamente favorables desaparecen en la segunda mitad de este periodo. La crisis económica mundial de 1929 y los acontecimientos políticos nacionales posteriores explican, por si

solos, cualquier ruptura de una senda de crecimiento cuantitativo y cualitativo del Hospital.

4.2.3.- Equipamiento.

Completamos este análisis resumido de la distribución y estructura del Hospital en su comienzo y de las implicaciones organizativas de su concepción y diseño, con algunas referencias relativas a las instalaciones y su equipamiento situados la mayor parte en el cuerpo central; cabe destacar su buen nivel de integración (como en el caso del departamento hidroterápico, con piscina, cuartos de baño, duchas de todas clases, baño de vapor y estufas o el del depósito que distribuye agua caliente a los baños, fregadero y lavadero), de equipamiento (así por ejemplo, el lavadero esta equipado con amplia gama de maquinaria para lejías, aclarado y secado de ropa, completada con máquinas para planchado) e incluso en ciertos casos con un nivel excepcional de dotaciones (como el de la cocina, con una máquina para cortar sopa, o con un armario de hierro para mantener calientes los platos y la comida). Todo esto queda matizado por la información gráfica de que disponemos.

Otros detalles, relativos al equipamiento, revelan tanto una preocupación por la logística y la organización internas (el hecho de que los colchones fueran de muelles al aire para facilitar su limpieza), como por la robustez y la duración del material (las camas eran de hierro).

Conforme a lo expuesto en el último párrafo del punto anterior, referido a los problemas económicos que debió soportar el Hospital,

parece lógico que estos tuvieran su repercusión en los niveles de equipamiento. Así por ejemplo, el inventario de ropa (tabla 4.1 y tabla 4.2), que se efectúa en 1927, refleja que toda la ropa existente está en uso, y la Superiora de la Hijas de la Caridad firma una nota en la que refiere que, desde hace varios años, no hay almacén de ropa, reflejando así las dificultades, es de suponer económicas, de aprovisionamiento.

| | Existencias 1/1/27 | Consumo en 1926 |
|----------------|-----------------------|--------------------|
| Sábanas cama | 1106 | 100 |
| sábanas cuna | 1315 | 100 |
| Colchas | 307 | 24 |
| Pañales | 2800 | 140 |
| Toallas niño | 700 | 100 |
| Blusas Herm. | 40 | 0 |
| Camisas | 2040 | 440 |
| Delant. Sirv. | 96 | 36 |
| Blusas Médic. | 140 | 12 |
| Camisas oper. | 6 | 0 |
| Gorros Médic. | 32 | 0 |
| Toallas Médic. | 130 | 24 |

Tabla 4.1.- Existencias y consumos en el ropero de diario

Más tarde, la contabilidad correspondiente a los años 1933 y 1937, que se guarda en los archivos del Hospital, refleja un endeudamiento progresivo. Con anterioridad, sabemos también que en 1932 se iniciaron unas obras, que tuvieron que ser suspendidas.

| | Existencias 1/1/27 | Consumo en 1926 |
|----------------|-----------------------|--------------------|
| Capas de paño | 79 | 0 |
| Abrigos paño | 85 | 0 |
| Blusas | 600 | 300 |
| Pantalones | 168 | 20 |
| Vestidos niñas | 600 | 300 |
| Vest. Enferm. | 56 | 28 |

Tabla 4.2.- Existencias y consumos del vestuario de diario

Otro hecho que abunda en la existencia de dificultades económicas es que en 1940, el Jefe del laboratorio presenta una carta a la dirección del centro, en la que hace referencia a la autorización de unas obras y a la compra de un material de trabajo, que no llegaron a realizarse.

De esta forma, el Hospital debe acudir al endeudamiento. Así en 1934 se liquida el presupuesto extraordinario de obras, compuesto de:

- Dinero procedente de obligaciones, se vendieron 322 obligaciones por un importe de 160.384,90 pesetas.
- Cupón de 1º de Enero de dichas obligaciones, que ascendía a 5505,00 pesetas.
- Saldo de la Fundación "Marquesa de Murillo" que ascendía a 85.731,66 pesetas.

De lo que se pagaron por obras realizadas 210.201 pesetas.

Mas tarde, en 1940 y bajo la dirección de Don Manuel Martínez Chumillas, arquitecto de la Dirección General de Beneficencia, se programó la reforma del pabellón norte, con un presupuesto de 63.720 pesetas con 20 céntimos.

Para completar el análisis de los recursos físicos vamos a efectuar un estudio pormenorizado de los gastos en que incurrió el Hospital durante el 2º periodo que va de 1914 a 1937, por tratarse de la documentación contable disponible.

En la tabla 4.3 recogemos los totales de los diferentes capítulos de gastos, año a año, desde 1914 a 1937. Durante el ejercicio de 1937 algunos gastos aparecen sólo recogidos hasta el mes de Agosto. En

dicha tabla pueden observarse tres subperiodos distintos, durante los cuales los gastos se comportan de forma relativamente homogénea. Dos subperiodos de seis años al comienzo y al final del periodo de 1914 a 1919 ambos inclusive y de 1932 a 1937 también ambos inclusive; y un subperiodo central que va de 1920 a 1931, del doble de duración que los anteriores.

| Años | Nómina Facultat. | Nóm. Pers Administr | Instrumental | Farmacia | Radiogr. Laborat. |
|------|------------------|---------------------|--------------|----------|-------------------|
| 1914 | 27347,15 | 15622,19 | 1426,7 | 9509,04 | 450,35 |
| 15 | 33818,35 | 17577,33 | 2077,45 | 11365,47 | 1384,2 |
| 16 | 29737,33 | 21916,05 | 1765,85 | 15815,3 | 2695,45 |
| 17 | 31406,78 | 21981,29 | 2586,3 | 11668,43 | 3566,05 |
| 18 | 32698,44 | 22977,36 | 2193,2 | 10849,4 | 2957,85 |
| 19 | 31131,88 | 24763,2 | 3580 | 11475,39 | 2531,45 |
| 20 | 33531,74 | 23717,88 | 3402,9 | 11488,86 | 2636,83 |
| 21 | 34140,06 | 21979,8 | 2974,95 | 13124,47 | 4134,95 |
| 22 | 33245,68 | 22169,88 | 2728,95 | 10495,1 | 2716,9 |
| 23 | 33997,35 | 21652,13 | 3149,25 | 10960,14 | 2655,84 |
| 24 | 33749,12 | 22640,88 | 2496,15 | 10991,74 | 4000,55 |
| 25 | 34146,35 | 23309,88 | 2756,65 | 11189,72 | 3967,7 |
| 26 | 32549,19 | 23390,13 | 2383,6 | 10737,35 | 3679,1 |
| 27 | 31248,24 | 24729,89 | 2596,4 | 10169,79 | 6815,55 |
| 28 | 31783,57 | 24446,46 | 1849,95 | 10471,27 | 4855,2 |
| 29 | 31979,26 | 21231,53 | 2332,58 | 8649,55 | 5221,55 |
| 30 | 30265,96 | 23613,92 | 6270,2 | 9171,23 | 6108,33 |
| 31 | 28975,55 | 24251,57 | 4178,4 | 9570,28 | 9390,61 |
| 32 | 28846,9 | 24572,42 | 3001,6 | 11162,43 | 8527,3 |
| 33 | 30548,32 | 25010,92 | 3585,62 | 13496,45 | 10702,8 |
| 34 | 30349,32 | 25009,92 | 3800,2 | 13466,17 | 6761,3 |
| 35 | 30199,32 | 25009,92 | 3919,85 | 14225,84 | 6717,25 |
| 36 | 30199,32 | 33681,48 | 4303,37 | 15147,75 | 5850,55 |
| 37 | 20132,88 | 24449,84 | 1861,72 | 7868,09 | 2641,7 |

Tabla 4.3.- (1ª Parte) Relación de gastos del Hospital por capítulos. Gastos Clínicos

| Años | Carbón | Gas | Electricidad |
|------|----------|---------|--------------|
| 1914 | 7743,8 | 327,52 | 3095,11 |
| 15 | 14291,34 | 1207,12 | 2661,44 |
| 16 | 14265,56 | 1723,92 | 3849,34 |
| 17 | 18973,7 | 1678,8 | 3504,57 |
| 18 | 24915,21 | 1054,44 | 3302,97 |
| 19 | 14355,01 | 1348,51 | 4695,22 |
| 20 | 25670,07 | 1097,75 | 4323,86 |
| 21 | 23288,74 | 1602,1 | 4520,76 |
| 22 | 23579,5 | 1115,95 | 4937,97 |
| 23 | 21551,66 | 1314,8 | 5232,85 |
| 24 | 20683,81 | 1130,8 | 5372,49 |
| 25 | 17485,65 | 1976 | 5548 |
| 26 | 19486,04 | 2077,28 | 6279,19 |
| 27 | 17983,63 | 2235,24 | 7319,48 |
| 28 | 21724,05 | 1938,46 | 8993,21 |
| 29 | 23849,14 | 1846,51 | 5651,67 |
| 30 | 24267,8 | 2424,32 | 6469,83 |
| 31 | 25107,17 | 2115,79 | 5000 |
| 32 | 31087,52 | 4000,27 | 10219,99 |
| 33 | 24130,46 | 3244,41 | 7510,74 |
| 34 | 28596,66 | 3545,38 | 6110,82 |
| 35 | 28822,23 | 0 | 5411,07 |
| 36 | 29817,31 | 0 | 6744,42 |
| 37 | 2645 | 0 | 7796,13 |

Tabla 4.3.- (2ª Parte). Relación de Gastos de Hospitalización (Consumos energéticos)

| Años | Ropa y vestuario | Vaqueria Gallinero | Lavadero | Alimentación |
|------|------------------|--------------------|----------|--------------|
| 1914 | 3517 | 4596,25 | 1173 | 54449,21 |
| 15 | 4579,65 | 5263,82 | 1367,65 | 63818,23 |
| 16 | 5005,85 | 5592,5 | 1471,9 | 70240,01 |
| 17 | 4369,05 | 5509,61 | 1504,45 | 70399,47 |
| 18 | 4018,65 | 7144,84 | 1728,54 | 77669,97 |
| 19 | 4110,3 | 5588,43 | 1765,75 | 98750,4 |
| 20 | 4575,45 | 5596,65 | 1653,21 | 106301,46 |
| 21 | 5046,3 | 6039,68 | 1587 | 107386,12 |
| 22 | 20222,35 | 9298,65 | 1729,2 | 111210,29 |
| 23 | 9097,05 | 10228,93 | 1862,85 | 118112,23 |
| 24 | 9804,36 | 8059,64 | 2000 | 130624,37 |
| 25 | 11032,25 | 9003,11 | 2508,45 | 137762,91 |

| | | | | |
|----|----------|----------|---------|-----------|
| 26 | 11923,3 | 8999,91 | 2499,8 | 141035,11 |
| 27 | 11940,51 | 8976,4 | 2499,6 | 141687,63 |
| 28 | 11103,95 | 8848,6 | 2180,85 | 141808,59 |
| 29 | 10720 | 10655,78 | 1823,5 | 132016,76 |
| 30 | 8649,1 | 8751,51 | 1757,9 | 134411,22 |
| 31 | 10174,22 | 16779,08 | 2045,04 | 148142,91 |
| 32 | 10021,08 | 12495,76 | 1884,6 | 144163,33 |
| 33 | 11007,4 | 16379,77 | 2476,3 | 135567,33 |
| 34 | 12022,75 | 16983,13 | 2468 | 143859,1 |
| 35 | 12486,32 | 15780,92 | 3183 | 142465,33 |
| 36 | 10018,53 | 13280,49 | 2905,25 | 147670,06 |
| 37 | 3618,2 | 7996,41 | 763 | 54812,52 |

Tabla 4.3.- (Continuación 2ª Parte). Gastos de Hospitalización

| Años | Material y Mobiliario | Obras Nuevas Conservación |
|------|-----------------------|---------------------------|
| 1914 | 4638,06 | 7446,65 |
| 15 | 15584,4 | 6197,98 |
| 16 | 5078,22 | 5045,66 |
| 17 | 3869,61 | 5964,85 |
| 18 | 4446,77 | 5632,14 |
| 19 | 4326,45 | 10502,66 |
| 20 | 6481,77 | 10505,61 |
| 21 | 7346,85 | 10897,1 |
| 22 | 5727,6 | 12728,65 |
| 23 | 7007,15 | 8626,68 |
| 24 | 5248 | 9015,55 |
| 25 | 6903,7 | 8270,4 |
| 26 | 5028,2 | 10151,2 |
| 27 | 5052,62 | 8649,22 |
| 28 | 4998,03 | 5283,35 |
| 29 | 5141,47 | 15634,05 |
| 30 | 5320,31 | 28987,14 |
| 31 | 6300,68 | 27763,43 |
| 32 | 6317,35 | 7751,05 |
| 33 | 6491,78 | 7450,17 |
| 34 | 3625,82 | 3347,2 |
| 35 | 3325,75 | 8571,9 |
| 36 | 4208,03 | 8147,3 |
| 37 | 1653 | 5960,47 |

Tabla 4.3.- (3ª Parte). Gastos de Infraestructura y Conservación

Los gastos medios correspondientes a estos subperiodos aparecen en la tabla 4.4, para los mismos conceptos de gastos reflejados en la tabla 4.3.

De ambas tablas puede observarse cómo, en general, los gastos medios crecen abiertamente en el 2º subperiodo en relación con el 1º, para estancarse en el 3º subperiodo, o incluso disminuir en algunos casos.

Otros capítulos de gastos considerados en la contabilidad del Hospital son los relativos a aspectos clínicos, como los de farmacia, instrumental, radiografía y laboratorio. En este caso, el aumento del gasto global es sostenido a lo largo del periodo, debido al descenso del gasto medio en farmacia durante el 2º subperiodo, seguido de un aumento en el 3º, lo que mitiga el efecto general. Es notorio el aumento de los gastos en radiografía y laboratorio que pasan de 450 pesetas en 1914 a 10.702 en 1933, y en instrumental, que de 1.426 pesetas en 1914, llegan a ser de 6.270 en 1930 y de 4.303 en 1936, lo que de alguna forma refleja, filtrados los efectos debidos a los precios y al aumento de ingresos, los esfuerzos por mantener el nivel de asistencia.

| Años | Nóminas Facultativ | Nóminas Pers. Adm | Instrumen tal | Farmacia | Radiogr. Laborator |
|-------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------|
| 1914-19 | 31023,321 | 20806,236 | 2271,5833 | 11780,505 | 2264,225 |
| 1920-31 | 32467,672 | 23201,376 | 3563,6229 | 10418,711 | 5180,736 |
| 1032-37 | 28379,343 | 26289,083 | 3412,06 | 12561,121 | 6866,8166 |

Tabla 4.4.- (1ª parte) Relación de Gastos por capítulos y subperiodos

Los gastos en ropa aumentan un 136 por ciento del 1º subperiodo al 2º, para descender un 2 por ciento del 2º al 3º subperiodos. Lo corrobora, como ya se ha mencionado, el inventario

de ropa que se efectúa el 1º de Enero de 1927, en el que no se refleja alguna existencia en el almacén. Exceptuando 100 sábanas y 4 blusas de médicos añadidas, en el resto de conceptos de gastos se limitan a reponer lo gastado. En las tablas 4.1 y 4.2 se reflejan las existencias al 1º de Enero de 1927 y los consumos durante el último año, para el ropero de diario y el vestuario de diario, de los conceptos más representativos, por lo que se puede inferir por su relación con otros recursos. En dichas tablas puede observarse que la mayor parte de los consumos no superan el 10 por ciento, lo que conduce a rotaciones por encima de 10 años. Estas reposiciones parecen, a todas luces, insuficientes en artículos sometidos a elevado desgaste. Sólo las camisas con consumos por encima del 20 por ciento y los delantales de sirvientas, superiores al 30 por ciento, reflejan, para este periodo reposiciones más adecuadas.

En relación con los recursos físicos se comprueba que, en los gastos de energía (carbón, gas y electricidad), se produce tendencia al aumento, aunque con oscilaciones notorias.

| Años | Carbón | Gas | Electricidad |
|---------|-----------|----------|--------------|
| 1914-19 | 15757,436 | 1223,385 | 3518,1085 |
| 1920-31 | 22804,01 | 1806,695 | 5672,0383 |
| 1032-37 | 24183,196 | 3596,686 | 7298,8616 |

Tabla 4.4.- (2º parte) Relación de Gastos por capítulos y subperiodos

Si sumamos los tres gastos para evitar los efectos de sustituibilidad, vemos que el gasto global de energía aumenta un 47,7 por ciento entre el 1º y el 2º subperiodos, pero sólo el 15,8 por ciento entre el 2º y el 3º, lo que corrobora, para este capítulo del gasto, la afirmación realizada en el párrafo anterior.

En el caso de los gastos de alimentación, la desaceleración es más pronunciada: pasan de 72.554 pesetas., en el 1º subperiodo, a 129.839 en el 2º para descender a 128.089 en el 3º. Aunque el capítulo de gastos correspondiente a vaquería y gallinero sigue una tendencia creciente, la suma de ambos crece un 78,7 por ciento del 2º al 1º subperiodos y sólo un 1,6 por ciento del 3º al 2º subperiodos, confirmando de nuevo la tendencia general; es de reseñar que el autoabastecimiento del Hospital, según nuestros cálculos, pasa de ser el 7 por ciento como media en el 1º subperiodo al 9,7 por ciento en el 3º. También, que los gastos de vaquería y gallinero aumentan considerablemente a partir de 1931 y que los de alimentación se duplican aproximadamente durante el 1º periodo, aumentan sólo un 50 por ciento a lo largo del 2º y se mantienen constantes durante el 3º, reflejando a la perfección la saturación del crecimiento de los gastos, modelo de variación de los mismos que hemos venido manteniendo.

| Años | Ropa- vestuario | Vaqueria Gallinero | Lavadero | Alimentac. |
|---------|--------------------|-----------------------|-----------|------------|
| 1914-19 | 4266,75 | 5615,9083 | 1501,8816 | 72554,548 |
| 1920-31 | 10078,114 | 9882,2816 | 1953,8561 | 129839,6 |
| 1032-37 | 9862,34 | 13819,413 | 2280,025 | 128089,61 |

Tabla 4.4.- (3ª parte). Relación de gastos por capítulos y subperiodos.

Otros gastos que adolecen de una adecuada reposición a lo largo del 3º subperiodo son los relativos a material y mobiliario. Si se omiten los gastos de la factura extraordinaria de Richard Gaus por valor de 10815 pesetas cargada en cuenta en Diciembre de 1931, los gastos medios del 1º subperiodo alcanzan la cifra de 4521 pesetas, con lo que el aumento 2ºsub/1ºsub es del 26 por ciento mientras que en el 3ºsub/2ºsub. descienden un 23 por ciento.

| Años | Mater- Mobiliario | Obras Nuev. Conservac. |
|---------|----------------------|---------------------------|
| 1914-19 | 6323,9183 | 6798,3233 |
| 1920-31 | 5948,891 | 16188,474 |
| 1032-37 | 4408,03 | 6871,3483 |

Tabla 4.4.- (4ª parte). Relación de gastos por capítulos y subperiodos.

A modo de comprobación hemos contabilizado las compras de material eléctrico efectuadas a Thomson Houston en 1915, que ascienden a 186 pesetas y las realizadas a Teodoro Ortiz por el mismo concepto en 1936 que suponen 632 pesetas. Este hecho, que parece reflejar la lógica de los precios y el plausible aumento de potencia eléctrica, no obscurece el de que la cuenta de materiales varios y mobiliario refleja tanto un número menor de asientos mensuales, como de proveedores, lo que parece abundar en el hecho de que las vicisitudes del momento obligan a una reducción del gasto y a una mejora en la gestión de compras y aprovisionamientos, dicho esto con la natural cautela a que obliga la ausencia de una verdadera contabilidad analítica.

Por último, las tablas 4.3 y 4.4, a las que venimos refiriendonos de forma continuada, reflejan unos gastos en obras nuevas y conservación siguen el modelo de variación de la generalidad.

Aún descontando en el 2º subperiodo los abultados gastos de los ejercicios 1929, 30 y 31, producidos:

- en 1929 por la instalación de una moto-bomba (factura de Carmelo Camacho),
- en 1930, obras desde marzo a septiembre (facturas de Fco. Martínez, Victoriano Rodríguez, C. Camacho),

- en 1931, obras de instalación eléctrica, por valor de 1060 pesetas en Diciembre,

los gastos medios de obras nuevas y conservación aumentan un 24,7 por ciento en el 2ºsub/1ºsub. para descender luego un 19 por ciento en el 3ºsub/2ºsub., siguiendo el modelo general de comportamiento de los gastos.

En nuestro intento de profundizar en la realidad del gasto en circulante, con la intención de valorar la evolución de los recursos físicos del Hospital y con ello del entorno que nos ocupa, es decir la consulta de oftalmología, nos encontramos con las importantes restricciones derivadas de la documentación contable disponible, que no aporta datos de cantidades y precios unitarios, sin declarar tampoco la naturaleza del gasto.

Nos decidimos, por tanto, por un análisis de la relación del gasto con las estrategias y orientaciones de la Gestión Hospitalaria, cuyo conocimiento y estudio es objeto de este capítulo. Para ello procedemos al análisis de la evolución de los gastos atendiendo a sus aspectos funcionales y a su estructura.

Comenzando con el análisis funcional del gasto y tal y como hemos reflejado, se han agrupado los conceptos de gasto que aparecen en las tablas 4.3 y 4.4 en los siguientes capítulos:

- _ Gastos clínicos.
 - Nómina de Facultativos
 - Instrumental
 - Radiografía y Laboratorio
 - Farmacia

- _ Gastos de hospitalización
 - Alimentación y vaquería
 - Energía (Carbón, gas y electricidad)
 - Ropa y lavadero
- _ Gastos en infraestructura y su conservación
 - Material y mobiliario
 - Obras nuevas y conservación

De esta forma, pretendemos estudiar la gestión a través del sentido del gasto, que puede ir dirigido a aspectos propiamente clínicos de diagnóstico y tratamiento del paciente (gastos clínicos), o bien a gastos para mantener al paciente hospitalizado (gastos de hospitalización), o, por último, a gastos en infraestructuras y conservación.

Este último concepto tiene carácter común a los dos primeros (clínica y hospitalización), y se acercaría al concepto de gastos generales si englobara al resto de capítulos varios. Hemos querido sin embargo, poner de relieve los aspectos de infraestructura, por lo que de esfuerzo inversor y de conservación de esa inversión, revelan.

| Subperiodos | Gastos Médicos | Gastos Mantenim. | Gastos Infraestr. | TOTAL |
|-------------|----------------|------------------|-------------------|--------|
| I.: 14-19 | 47340 | 104438 | 13122 | 164900 |
| II.: 20-31 | 51631 | 182037 | 22137 | 255805 |
| III.: 32-36 | 51219 | 189131 | 14436 | 254786 |
| TOTAL | 150190 | 475606 | 49695 | 675491 |

Tabla 4.5.- Agrupación funcional de Gastos por subperiodos

Se ha confeccionado la tabla 4.5 donde aparecen los tres capítulos de gasto propuestos para los tres subperiodos considerados y

la tabla 4.6 donde se han calculado los aumentos intersubperiodos. Allí se refleja, una vez más, el modelo de evolución del gasto, con fuertes crecimientos entre el 2º y el 1º subperiodos, para descender, hasta crecimientos negativos en algunos casos entre el 3º y el 2º subperiodos.

| Periodos | Gastos Médicos | Gastos Infraestr. | Gastos Hospitaliz. | TOTAL |
|-----------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|
| 2ºsub/1ºsub | 9% | 69% | 74% | 55% |
| 3ºsub/2ºsub | -1% | -35% | 4% | -0,30% |

Tabla 4.6.- Aumento de los gastos por subperiodos

Además, es fácil comprobar que en el 2º subperiodo crecieron considerablemente, en torno al 70 por ciento, los gastos de hospitalización y de infraestructuras, reflejando el "estirón" que debió efectuar el Hospital, en parte obligado por el aumento en demanda de servicios, pero también por una adecuación de la oferta a una atención más especializada. Este crecimiento de los gastos en hospitalización e infraestructuras, contrasta con el modesto aumento de los gastos clínicos, un nueve por ciento, lo que oculta un aumento sensible de los gastos corrientes, por el porcentaje del gasto que absorbe las nóminas de facultativos, que se mantienen constantes.

Por el contrario, en el paso del 2º al 3º subperiodo se observa una brusca desaceleración de los cuantiosos gastos de hospitalización que, en el caso de los de infraestructura, alcanzan un decrecimiento del 35 por ciento; desapareciendo simplemente el aumento, en el caso de los gastos clínicos.

Este hecho refleja la mayor rigidez del gasto clínico (G.C.) frente a la gran flexibilidad de los gastos de hospitalización (G.H.) e

infraestructura (G.I.), que "copian" mejor las condiciones externas y su impacto en las decisiones, siempre más discrecionales, de los gestores del Hospital.

Una vez estudiados los aspectos funcionales del gasto y tal y como se ha señalado, hemos considerado la estructura del mismo. En este sentido, la tabla 4.7 refleja los porcentajes relativos de cada capítulo de gastos con relación al total. Queda clara la gran proporción del gasto total que absorben los G.H. (63 por ciento), la media de los G.C. (29 por ciento) y la pequeña de los G.I. (8 por ciento), marcando claramente los perfiles de una política de hospitalización, todavía volcada a aspectos asistenciales carentes de fuertes potenciales de mejora, vía productividad y rendimiento.

| Periodos | Gastos Médicos | Gastos Infraestr. | Gastos Hospitaliz. |
|-----------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|
| I | 29% | 8% | 63% |
| II | 21% | 8% | 71% |
| III | 20% | 6% | 74% |

Tabla 4.7.- Porcentaje de la participación de cada grupo de gastos en el total

La evolución de esa estructura del gasto viene marcada por los hechos ya reseñados: un considerable aumento del gasto en el 2º subperiodo, que queda frenado drásticamente en el 3º subperiodo. Pero lejos de corregirse el desequilibrio, ya apuntado, en la estructura del gasto, se produce una mayor polarización hacia los gastos de hospitalización (del 63 al 72 por ciento) a costa de los clínicos (del 29 al 21 por ciento). Sin embargo, esta tendencia, que no desaparece en el 3º subperiodo, sí al menos se ve atemperada pasando a crecer el porcentaje de G.H. del 71 al 74 por ciento.

4.3.- Organización de los Recursos Humanos.

Ya se ha mencionado en el apartado anterior la relativa a los recursos físicos; la gestión de los humanos presenta unos rasgos específicos que a continuación señalaremos.

Si, como es lógico, los directores-decanos y los directores-facultativos, que dirigieron el Hospital durante el periodo de estudio, poseyeron su propia personalidad humana y profesional, bien es cierto que es posible detectar ciertos rasgos comunes.

Se trata de auténticos precursores de la Pediatría en España, adelantándose así la práctica hospitalaria pediátrica a la confirmación académica de las especialidades.

En general, su dedicación al Hospital se prolonga durante muchos años y son frecuentemente señaladas sus capacidades humanas y su vocación por la medicina.

Existe constancia de que trasladaron a sus rectores las necesidades materiales del Hospital, si bien no la existe de que ejercieran como censores o al menos controladores eficientes del cumplimiento profesional, lo que en ocasiones dejaron en manos de sus rectores; este es el caso de la Duquesa, que pareció ejercer como escrupuloso censor de la actividad desarrollada en el Hospital.

La dependencia financiera exterior y los avatares inciertos de los modos de obtención de recursos, imposibilitaron una auténtica gestión presupuestaria, limitándose a la búsqueda de la eficacia en la asignación de recursos.

De este modo, no parece que las correspondientes requisiciones de material sanitario y de equipamiento, algunas ya señaladas, pudieran ser atendidas durante amplios espacios de tiempo, e incluso que determinados proyectos de obra tuvieran que suspenderse.

Como es lógico, parece comprobable que las condiciones socioeconómicas exógenas al Hospital influyeron determinantemente en el volumen de recursos involucrados, y no tanto en su distribución.

En esta última parecen haber influido más una estrategia orientada a dar relevancia a la actividad quirúrgica, u otras a equilibrar los ingresos por afecciones agudas frente a los relativos a las crónicas.

Parece claro que, aún considerando que el sistema de financiación del Hospital establecía serias restricciones a la implementación de recursos, lo que pudiera llevar a una oferta rígida de servicio asistencial, la demanda externa de ingresos condiciona la toma de decisiones. Así ocurre con la de trasladar el Hospital a su actual emplazamiento o con la declaración explícita de superioridad de la demanda de ingresos en relación al número de camas vacantes en un determinado momento.

En esto último cabe destacar la educación de personal auxiliar idóneo y la asistencia de médicos jóvenes, alumnos internos y alumnos de la facultad, no sólo para atender a los enfermos, sino también para recibir orientaciones de los especialistas. Puede así enorgullecerse el Hospital de haberse convertido, desde sus orígenes en una verdadera Escuela de la Pediatría Española.

Todas estas observaciones relativas a las características comunes de los organizadores del Hospital son perfectamente exportables a los responsables de la actividad oftalmológica. Hemos, no obstante, de añadir otras específicas que nos permiten completar lo ya estudiado en capítulos anteriores en relación con la oftalmología en el HNJ.

Alguno de los rasgos comunes a los responsables de la actividad oftalmológica son:

Poseían en general un apreciable don de gentes, e incluso como pudo ser el caso de Poyales, simpatía, imprescindible para su trabajo de coordinación entre otros facultativos, alumnos internos y demás asistentes en una actividad que representó desde el comienzo elevadas tasas de actividad y con objetivos muy amplios (médicos, quirúrgicos, científicos y docentes).

Una relevante capacidad organizadora que se tradujo en su participación en puestos de organización en Asociaciones y Congresos.

Capacidad de trabajo, pero que los lleva a aceptar demasiados cargos con la consiguiente dedicación ajena al Hospital.

Es significativa la formación en el extranjero (como es el caso de Poyales diplomado en New York o el de López Lacarrère en las clínicas de Berna y París). En general mantienen relaciones internacionales y son altamente considerados por sus colegas extranjeros.

Su actividad científica es sobresaliente y a su participación en sesiones y congresos de la especialidad, tanto

nacionales como internacionales, se unen sus colaboraciones como publicistas.

Quizás lo mas destacable de esta labor científica esté en la elaboración de tratamientos propios y en el diseño y construcción de instrumentos de exploración.

4.4.- Análisis de la Actividad Asistencial.

Una vez analizada, en los apartados anteriores, la capacidad gestora de los rectores y directores del Hospital y en concreto de su Servicio de Oftalmología, teniendo en cuenta tanto sus habilidades para planificar y dirigir el proyecto inicial y las posteriores obras de ampliación, como para implementar y coordinar los recursos físicos y humanos, cabe ahora estudiar los resultados de esa actividad gestora, analizando cualitativa y cuantitativamente la actividad asistencial llevada a cabo en el Hospital, en el periodo de tiempo objeto de estudio.

Los datos obtenidos de la documentación consultada nos han permitido un análisis cuantitativo de la productividad y del rendimiento de la labor en el Servicio, base fundamental para la valoración de la Gestión Hospitalaria. Hoy, aún reconociendo la dificultad práctica y teórica que presentan los aspectos cualitativos, se prefiere hablar de calidad asistencial, como concepto teórico válido para medir la consecución de los objetivos de la actividad asistencial.

Lo cierto es que completar el análisis cuantitativo con el cualitativo presenta serias dificultades de definición de las variables y de su medición, condición imprescindible para validar el análisis. A estas dificultades se le añaden las propias de la ausencia de una constatación

sistemática de aspectos y datos cualitativos en la documentación histórica.

A pesar de lo expuesto y en virtud de nuestro alineamiento en la línea de investigación que solicita la presencia de los aspectos cualitativos para completar el análisis, hemos procurado aportar determinados aspectos no exclusivamente cuantitativos. Aunque en ningún caso pueden constituir un basamento analítico, dada su escasísima presencia en la documentación disponible, sí deseamos utilizarlos como llamada de atención ante una posible excesiva valoración de la solidez del análisis cuantitativo.

La metodología que aplicaremos será, como ya he apuntado, el estudio de lo que hoy conocemos como "Indicadores Sanitarios". Nos referiremos al Area de Hospitalización y dentro de ella estudiaremos los Indicadores Absolutos (Ingresos y Estancias) y los Indicadores Relativos (Estancia Media e Índice de Ocupación). Sí conviene señalar que la utilización de indicadores y ratios para medir la eficacia y la eficiencia de la Gestión Hospitalaria, realizar previsiones o tomar decisiones en cuanto a la organización de la actividad asistencial y la mejora de la productividad o el rendimiento, es relativamente reciente.

Con ello queremos señalar que el análisis que se efectúa a partir de la conceptualización previa y de las manipulaciones analítica y gráfica modernas de los datos históricos, no deja de contener valoraciones de la actividad asistencial en el periodo histórico considerado, a través de enfoques y proyecciones actuales.

Abundando en lo expuesto, no queremos dejar de advertir que tanto la orientación en la toma de decisiones de los responsables

sanitarios, como los parámetros que se seguían para la valoración de la Gestión Hospitalaria, eran forzosamente distintos a los actuales.

Utilizaremos para este fin, el documento que el INSALUD ha publicado con el nombre de *Nuevo Modelo de Gestión* (1984)³.

4.4.1.- Indicadores absolutos.

Quedan englobados en este concepto, los ingresos, las estancias, las camas, la estancia preoperativa, los costes de ingreso y de estancia y la facturación.

Estudiaremos con detenimiento los dos primeros indicadores y como consecuencia de estos análisis, se efectuarán referencias continuas al resto de los indicadores. En relación con el número de camas con que contaba el Hospital se tienen en cuenta las que estaban destinadas a la atención continuada de los pacientes ingresados; no se contabilizan las camas de observación en el servicio de urgencias, ni las destinadas a exploraciones especiales.

No diferenciamos entre camas de corta, media y larga estancia, como se hace en la actualidad. Se consideran de media y larga estancia las destinadas a una estancia superior a 20 días y que en nuestro estudio, se aproximaría al 100 por cien.

Otros indicadores como los costes reales, que estarían determinados por los sueldos del personal, comidas, medicamentos, etc., son difíciles de valorar disponiendo de una información parcial como es nuestro caso. El estudio preciso de los costes de una mala calidad

³.- Gutiérrez Martí, R. *Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria*, Madrid. (1984).

asistencial, parece tarea cuyo resultado sería poco indicativo por las razones expuestas en la introducción de este capítulo.

Tampoco el indicador de la facturación podría aportar información válida al análisis, pues salvo en ocasiones aisladas (ingresos en las camas de los distinguidos, por ejemplo), ningún ingresado pagaba por la atención recibida.

En cuanto a las estancias, que pueden definirse como el conjunto de pernocta y el tiempo que correspondería al suministro de una comida principal (almuerzo o cena), sin contabilizarse como estancias las sesiones de diálisis y las causadas en hospital de día, su verdadero interés radica en que nos permitirán estudiar otros parámetros como la estancia media y el índice de ocupación.

Se consideran como ingresos el número de enfermos ingresados en un centro hospitalario para ser atendidos, diagnosticados u observados, en régimen de internado, que causen por lo menos una estancia.

Los ingresos oftalmológicos han sido estudiados con detenimiento en el capítulo anterior, a nivel de sus componentes de las diversas patologías. Nos ocupa ahora el estudio de los ingresos oftalmológicos globales y la comparación con los ingresos totales del Hospital (fig. 4.3).

Hemos dividido, el período de tiempo objeto de estudio, en dos fases claramente definidas. En primer lugar, estudiaremos los años que van de 1893 a 1914 y en una segunda parte el periodo comprendido entre 1915 y 1940. La razón de esta división ha sido exclusivamente, la

tendencia en la evolución del número de niños que ingresan en el Hospital: decreciendo de 1893 a 1914 y creciendo de 1915 a 1940.

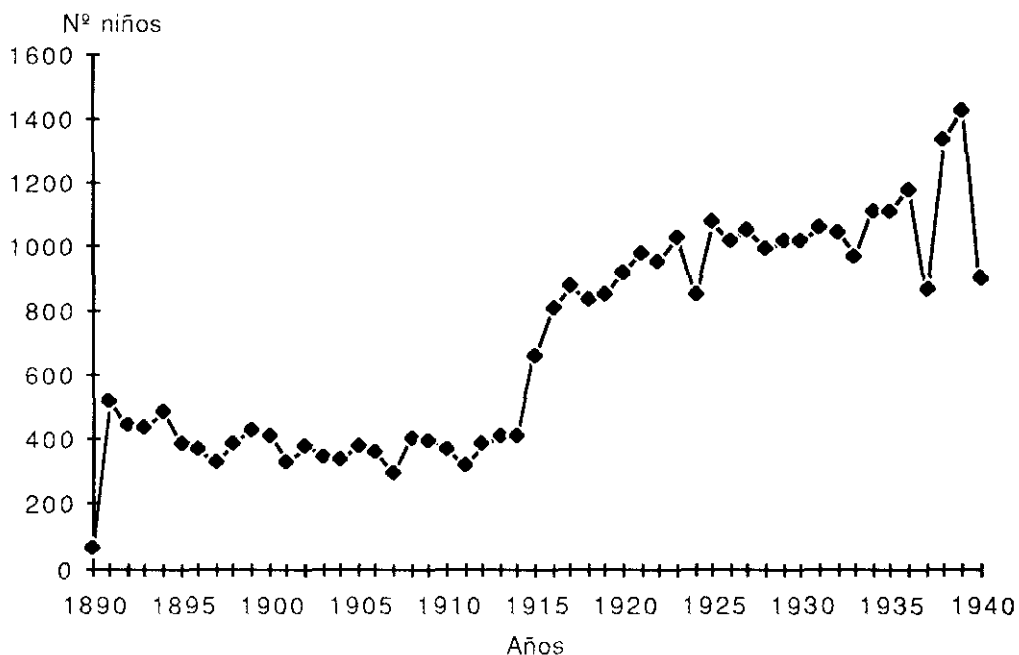


Fig. 4.3.- Total de ingresos

En este sentido, y en consonancia con nuestro aserto, ya enunciado, de la relevancia de las fuerzas de la demanda sanitaria para explicar los vectores de equilibrio, es preciso reseñar que en el periodo que va desde 1893 a 1914, además de observarse una tendencia global al descenso en el número de niños hospitalizados, se observa que los años en que se producen incrementos en el número de ingresos coinciden con la existencia de problemas sanitarios. Así en 1893, año que, junto con el siguiente, son los que reflejan un mayor número de ingresos en el subperiodo, España sufre los azotes de tres epidemias; a primeros de año es la gripe, el cólera hizo su aparición en verano y en otoño e invierno fue la viruela la protagonista. También en 1899 y 1900, nos

encontramos con un nuevo incremento en el número de ingresos; que coincide con una nueva y virulenta epidemia de gripe.

En 1907, se observa un descenso de ingresos, aumentando considerablemente al año siguiente. Esto nos hace suponer que las causas de esa disminución y posterior aumento son ajenas al Hospital, y podrían estar relacionadas con algunas de las campañas de prevención ya mencionadas. Posteriormente, en 1912, comienzan a ingresar enfermos quirúrgicos en las salas de Santa Lucía y San Rafael. Interpretamos este dato como un aumento en las necesidades del servicio de cirugía ya que, por los datos documentales de las consultas ambulatorias de oftalmología, no hubo en ningún momento una disminución en la demanda de niños con afecciones oculares.

Por el contrario, en el periodo que va de 1915 a 1940 se mantiene una tendencia creciente en el total de ingresos, si se exceptúan los ejercicios de 1924, 1928 y 1933 que presentan una disminución de los ingresos. Este descenso coincide con un aumento de la estancia media y sin aparente relación con el índice de ocupación, por lo que no parecen existir causas de índole económico-presupuestaria.

Por último, el descenso en el número de ingresos ocurrido en 1937 y 1940, puede explicarse con toda probabilidad por el estado de guerra y post-guerra por el que pasaba España.

Con importantes oscilaciones a lo largo del periodo de estudio, los ingresos por afecciones oftalmológicas (fig. 4.4), presentan una tendencia creciente hasta el final de la década de los años veinte, para desde entonces presentar un continuado descenso y un repunte final.

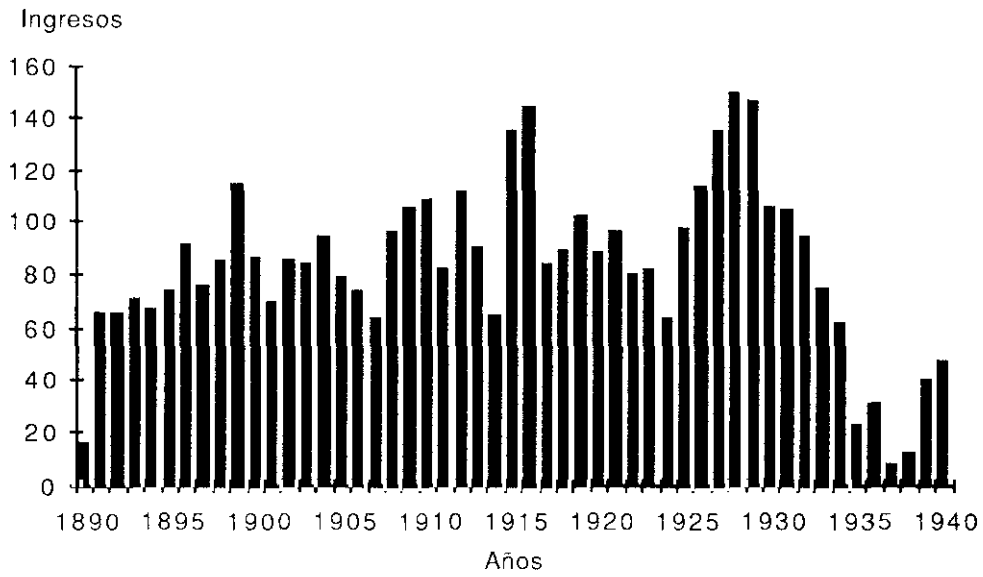


Fig. 4.4.- Ingresos de Oftalmología

No parece existir una relación mantenida a lo largo del periodo entre los ingresos oftalmológicos y los totales (fig. 4.5).

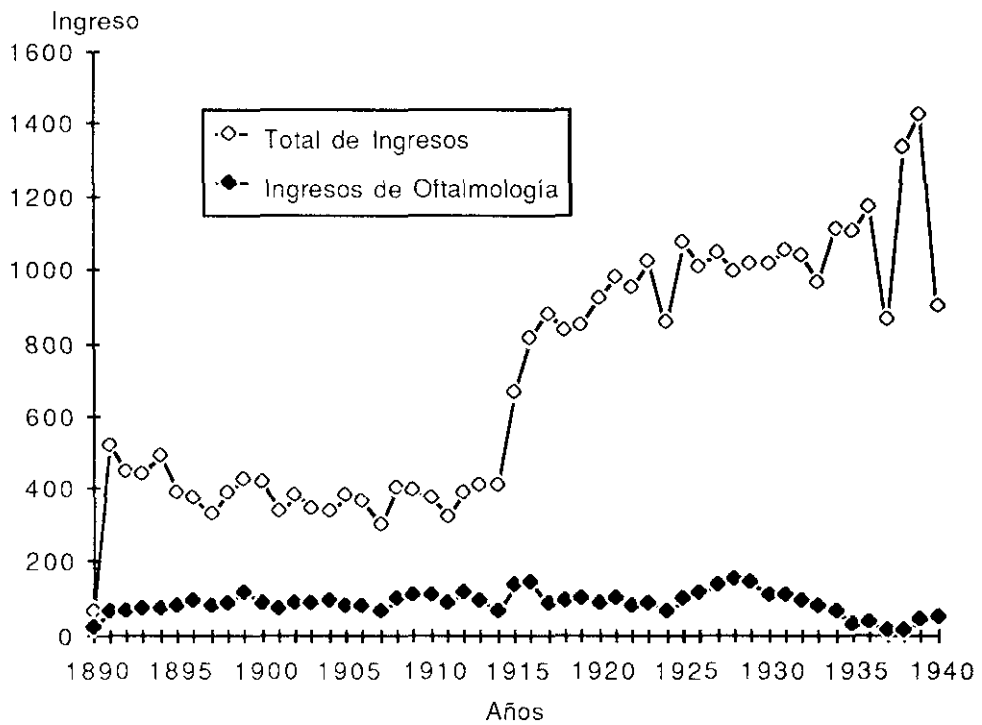


Fig. 4.5.- Relación entre ingresos.

Así por ejemplo, aunque a partir de 1915 se produce en ambos un salto importante, mientras en los ingresos totales mantienen el nuevo nivel de ingresos, incluso lo mejoran, no ocurre lo mismo con los oftalmológicos que presentan un profundo valle, recuperando el nivel al final de la década de los veinte. Tampoco siguen los ingresos totales el profundo descenso que a partir de entonces presentan los ingresos oftalmológicos.

4.4.2.- Indicadores relativos.

Se agrupan en este apartado los conceptos de Estancia Media, Índice de Ocupación, Rotación enfermo/cama y Tasa de Infecciones.

La rotación enfermo/cama (sería mas exacto decir Ingresos/cama), es un índice teórico que trata de expresar el número de enfermos que han ingresado por cama útil en un periodo de tiempo, en el caso de que todos los enfermos hubieran consumido estancias idénticas. Este índice como el de ocupación y la estancia media es variable, dependerá de la especialidad que estemos estudiando y de la patología que llega al Hospital.

Al estudiar la morbilidad en un hospital, uno de los factores más representativos sera la Tasa de Infecciones. Nos permitirá estudiar los índices de calidad cuando comparemos el tanto por ciento de infecciones entre periodos distintos de tiempo (distintos meses, por ejemplo) y distintos hospitales. El estudio detallado de estos datos nos permitirá aplicar las medidas profilacticas y de tratamiento adecuadas.

La Estancia Media y el Índice de Ocupación serán estudiados más detenidamente.

4.4.2.1.- Estancia media de los enfermos oftalmológicos.

La estancia media es el indicador que mide la media de días que permanece un enfermo ingresado en una institución sanitaria.

$$\text{Estancia media} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de estancias}}{\text{Total de ingresos}}$$

En la actualidad, se considera que seis son los días de estancia media ideal en los servicios pediátricos. Teniendo en cuenta la distancia que nos separa del periodo de estudio, esta cifra sólomente nos servirá como orientación para comprobar que, a medida que disminuye la estancia media, la calidad asistencial será mayor.

Estudiaremos la estancia media de los niños ingresados cada año, ya que al existir niños que estaban ingresados más tiempo (más de un año) podía darnos cifras erróneas, de no tener en cuenta este punto. También hemos considerado que no se mantiene el mismo número de camas disponibles para oftalmología en todo el periodo estudiado.

Desde 1893 hasta 1911, podemos decir, aunque con muchas reservas, que la estancia media se mantiene o al menos no presenta una tendencia manifiesta. Es a partir de 1911, cuando aparece una tendencia decreciente, primero marcada y que termina por mantenerse al final del periodo (fig 4.6).

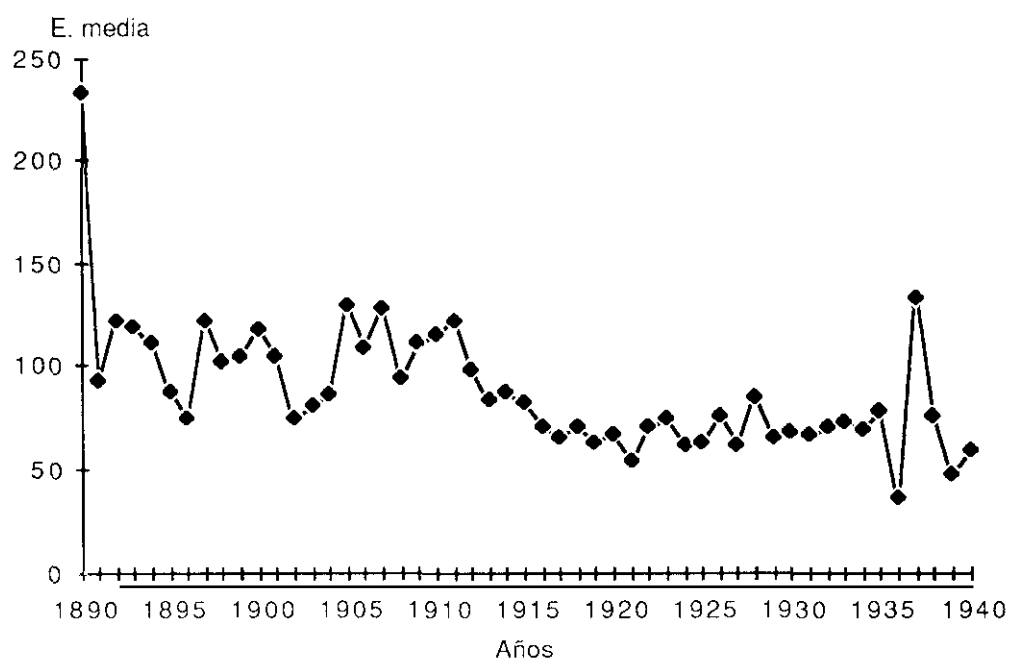


Fig. 4.6.- Estancia media de los enfermos oftalmológicos

Hasta 1911, la estancia media es de 100,8 días aproximadamente, en el servicio de oftalmología; frente a los 115 días que presenta el total de ingresos. A partir de 1912, la estancia media es de 71,54 días frente a los 66 que presenta el total. La disminución de la estancia media en el servicio de oftalmología se cifra, por tanto, en un 29,03 por ciento.

Ya hemos visto también, en otro capítulo, cómo aumenta de forma progresiva el número de enfermos oftalmológicos que ingresan en el Hospital; cómo es, con el paso del tiempo, mayor el número de afecciones de la conjuntiva que se pueden considerar como agudas para nuestro estudio, aunque dejen secuelas de más difícil resolución.

Tiene aquí una gran importancia el mayor número de ingresos de enfermos quirúrgicos; las cataratas y, en mayor medida, la dacriocistitis, que aunque en cifras absolutas no sean muchas, sí hacen que disminuya considerablemente la estancia media.

4.4.2.2.- *Indice de ocupación.*

Se trata de un indicador de gestión, en términos porcentuales, del nivel de utilización de las camas de un hospital y depende de una forma directamente proporcional del número de ingresos y del número de estancias.

$$\text{Indice de ocupación} = \frac{\text{Total n}^\circ \text{ estancias} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ camas} * \text{n}^\circ \text{ días periodo que se estudia}}$$

En la actualidad se considera un indice de ocupacion óptimo el que oscila entre el 60 y el 80 por ciento. Por encima de estas cifras puede ponerse en duda la calidad ofrecida.

En la fig. 4.7 podemos comprobar como la mayoría de los años se encuentran entre el 30 y 50 por ciento, alcanzándose un 60 por ciento sólomente en cinco años.

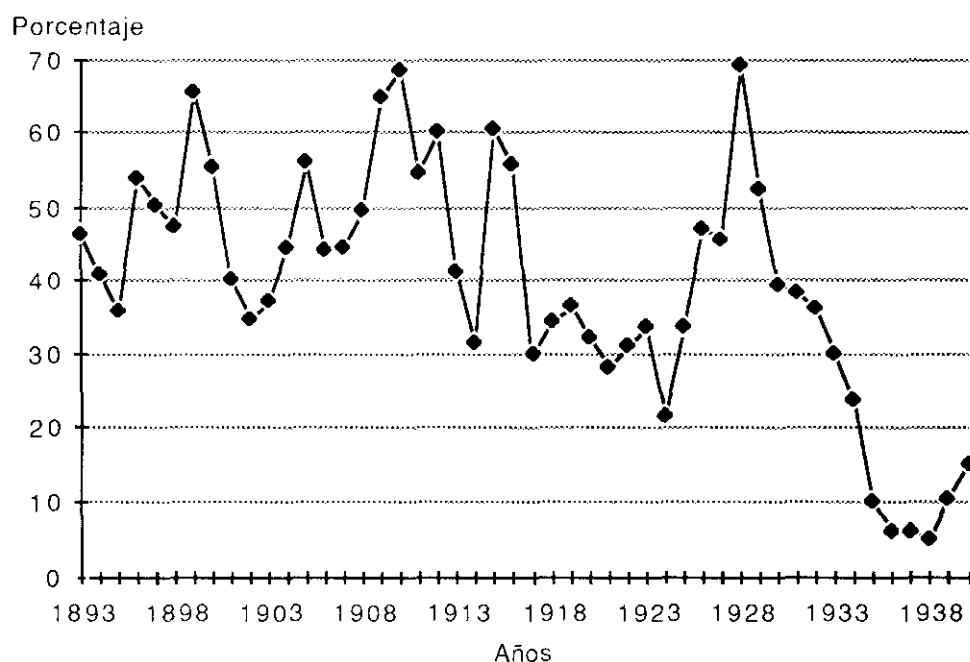


Fig. 4.7.- *Indice de ocupación*

Debe realizarse una advertencia y es que, cuando disminuye el índice de ocupación, no se concluye necesariamente que estén desocupadas las camas; puede haber una disminución de la ocupación por enfermos de ojos y un aumento de la ocupación por ingresos no oftalmológicos.

4.4.3.- Otros indicadores.

4.4.3.1.- Edad.

Al estudiar las edades medias de los niños que ingresan en el servicio de oftalmología, podemos observar que se encuentran en una banda situada entre los 6,14 años y los 8,84 años, cifras que están en consonancia con la media del total de niños ingresados en este periodo, que es de 7,03 años⁴.

De los niños ingresados en las salas de oftalmología, ninguno tiene menos de un año. Durante los años 1890, 1891 y 1892, la edad máxima con la que ingresan los niños es de 15 años. A partir de 1893, queda establecida en los 14 años.

Durante el periodo de guerra civil, ingresan también adultos en el servicio de oftalmología, pero su estancia nunca es mayor de 48 horas. Una vez realizadas las curas o ser intervenidos quirúrgicamente, pasan al Instituto Oftálmico los más graves o aquellos que siguen necesitando cuidados especiales; el resto pasa a hospitales de retaguardia, pero siempre en las proximidades de Madrid.

⁴.-Ollero Caprani, J.M. *El Hospital del Niño Jesús de Madrid, 1877-1919*. Madrid (1990). pp 370 a 375.

Al efectuar el estudio de las edades de los enfermos ingresados, no hemos tenido en cuenta a estos adultos que ingresaron por unas causas muy especiales y, en todos los casos, su estancia en el Hospital duró horas.

Es de sobra conocido el calificativo de "Ciudad de la Muerte" con que se conocía a Madrid en las postrimerías del siglo XIX y primeros años del siglo XX. A finales del siglo XIX era asombrosa la mortalidad de los niños menores de cinco años. Recordaremos aquí que más de 1/4 del total vivía menos de un año y que más del 40 por ciento no sobrepasaba los cinco años. Conviene recordar que la mortalidad era mayor en los barrios proletarios donde las condiciones de higiene y habitabilidad eran pésimas.

A principios de siglo, en los años 1904 y 1905, la mortalidad en los hospitales, donde acudían los niños recién nacidos de barrios marginales, era de un 127,36 por ciento, mientras que en estos mismos años el número de recién nacidos fallecidos en las casas acomodadas era del 27,37 por ciento.

Todo esto nos hace pensar que las familias, bastante acuciadas por los más elementales problemas de supervivencia, sólo acudían al oftalmólogo en casos extremos y la mayoría de las veces cuando las lesiones ya eran crónicas.

A partir de 1921 comienza a disminuir la mortalidad infantil en Madrid. En este año, mueren en la capital alrededor de 5.000 niños menores de cinco años. Unos años más tarde, en 1930, mueren menos de 3.500 niños, con edades inferiores a cinco años.

En nuestra gráfica de edades medias (fig. 4.8) apreciamos un ligero descenso en estos años, que en seguida se verá alterado (produciéndose una elevación) por los acontecimientos políticos que azotan España.

Al estudiar la gráfica de edades, vemos de nuevo el bajo número de niños de un año que ingresan en el hospital, y cómo esta curva va elevándose de forma regular hasta los seis años, que representa el mayor número de ingresos, para descender de nuevo.

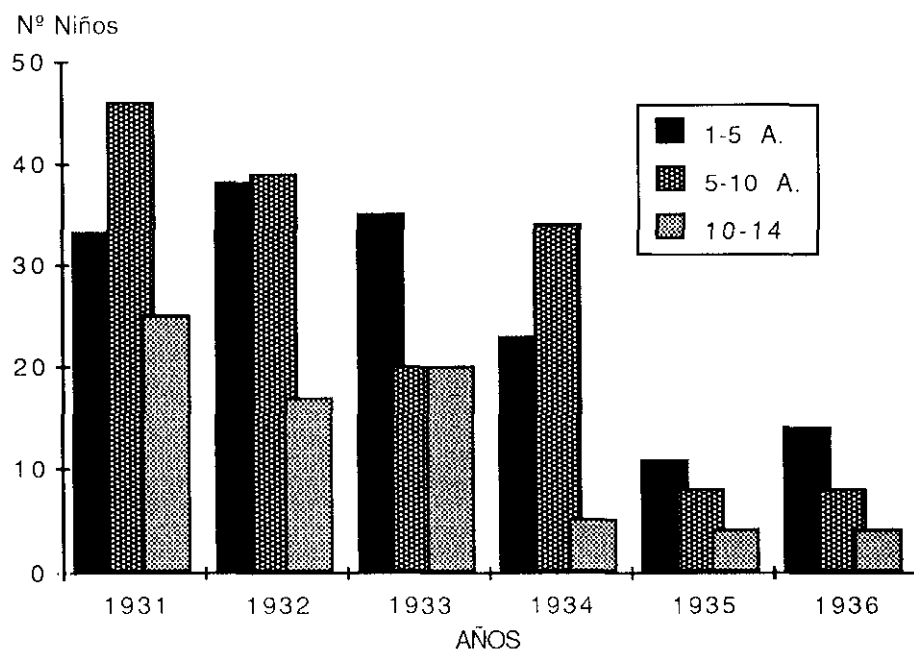


Fig. 4.8.- Edades medias

Los catorce años, en los alrededores de Madrid, convertían a los niños en adultos. Cualquier ayuda en casa era imprescindible, por lo que la mayoría de los niños a esa edad ya estaba trabajando o cuidando al resto de los hermanos, mientras la madre ganaba unos reales, lo que les quitaba tiempo para acudir a la consulta del médico.

Se ha hecho referencia, en todo momento, a la población de Madrid. Pero lo que hemos señalado para la capital de España, es válido para cualquier punto de su geografía. Por otra parte, aunque acuden al Hospital del Niño Jesús enfermos de otras provincias, su número no es significativo, por lo que no supone modificación apreciable de los datos ofrecidos.

4.4.3.2.- Procedencia de los enfermos.

Ha podido comprobarse, en capítulos anteriores, que el total de enfermos ingresados, pertenecientes al servicio de oftalmología, era de 4.082 niños. Desglosando esta cifra: nos encontramos que 2.886 niños (70,7 por ciento) tienen su domicilio habitual en Madrid y 1.069 (26,18 por ciento) acuden al Hospital desde otras regiones de nuestra geografía. La diferencia se explica porque en el caso de un niño, no consta su lugar de procedencia y los 126 pacientes restantes, corresponden a los que fueron atendidos en 1936 (20), 1937 (8), 1938 (12), 1939 (39), 1940 (47) y que no vamos a incluir en este estudio por razones ya conocidas.

Si comparamos el total de los niños de oftalmología y los procedentes de Madrid, puede decirse que sus gráficas van paralelas, con una ligera tendencia a separarse a medida que transcurren los años (fig. 4.9), lo que es debido al aumento sostenido de los ingresos de niños de provincias. En términos absolutos se observan, dentro del periodo de estudio, dos subperiodos claramente definidos. En el primero, que va de 1893 a 1927-28, la gráfica que corresponde a los niños madrileños oscila en torno a un número medio de ingresos anuales de 70 niños, mientras que la correspondiente a los niños de

provincias presenta un aumento continuado. El segundo subperiodo abarca desde 1927-28 a 1936 y en él, tanto la gráfica de los niños de Madrid, como la de los de provincias presentan un claro y continuado descenso. A partir de 1936 y hasta 1939 se presenta un repunte de los niños madrileños ingresados.

A efectos de considerar la evolución de los ingresos atendiendo al aspecto espacial, en términos porcentuales, se ha representado la fig.4.10, donde aparecen los porcentajes de niños de Madrid y los de provincias, como dos áreas contiguas, completando un rectángulo, de forma que el total anual siempre es el 100 por cien. De esta forma puede observarse que:

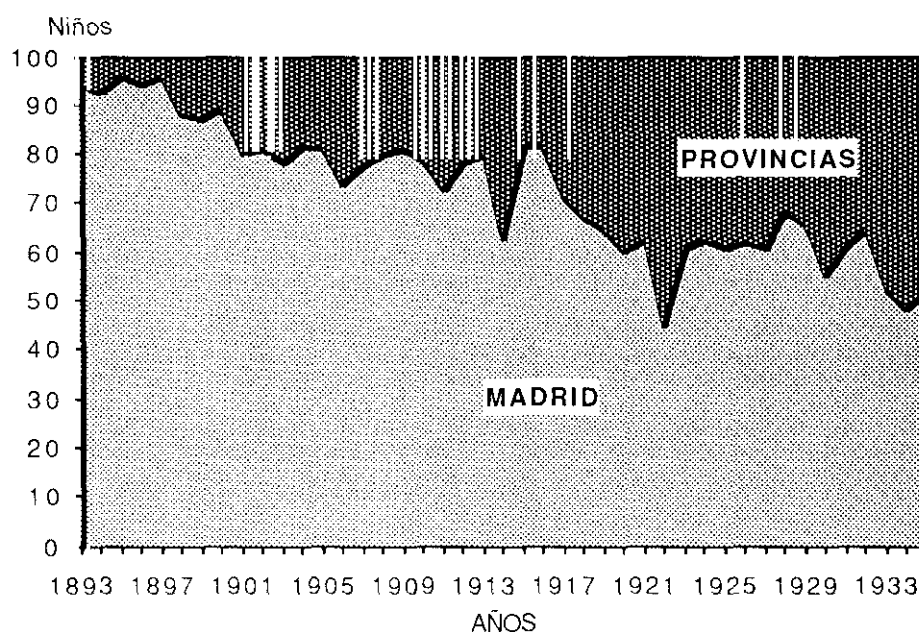


Fig. 4.10.- Procedencia

- La tendencia en los ingresos de niños procedentes de Madrid es a disminuir, pasando de un porcentaje en relación a los ingresos totales, de un 94,36 por ciento en 1893 (que aumenta ligeramente en 1895 y 1897); a un 52,17 por ciento en 1935 (pasando por un 48,38 por ciento en 1934).

- La tendencia de los ingresos de niños procedentes de provincias va paulatinamente en ascenso. Al comienzo del estudio estos niños representan un 5,63 por ciento del total, mientras que ya en 1935 nos encontramos con que el porcentaje se ha elevado al 47,82 por ciento, habiendo sido algo más elevados en el año anterior como es fácilmente deducible del párrafo anterior.

Con objeto de seguir profundizando en el análisis de la procedencia de los ingresos, se ha representado la fig. 4.11. En ella debe destacarse:

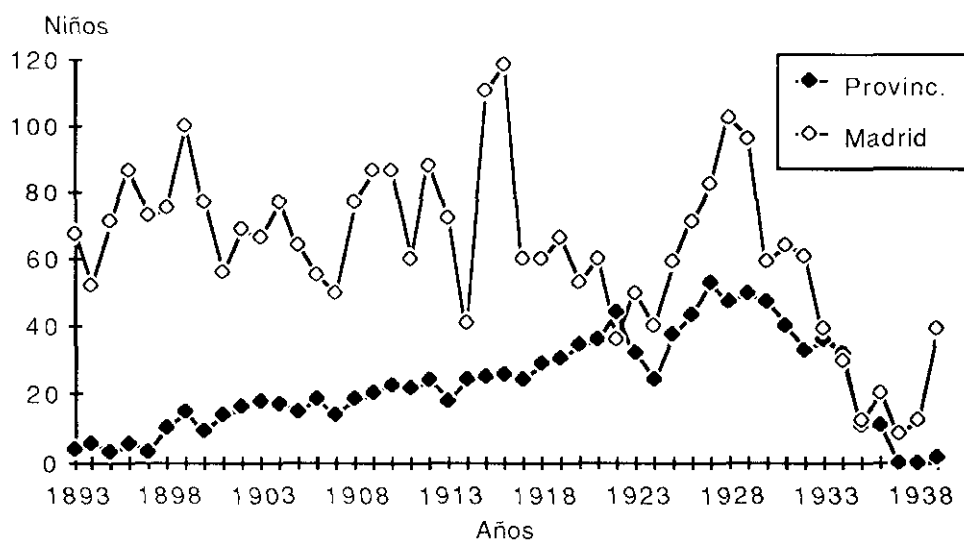


Fig. 4.11.- Procedencia

- Que en el año 1914 se aproximan los valores correspondientes a Madrid y Provincias, pero no lo valoramos por su escaso significado.

- En el año 1922, ingresan más niños de Provincias (44) que de Madrid (36). Desglosando, vemos que de los 44 pertenecientes al primer apartado, 8 son de Jaén, 7 de Toledo, 6 de Guadalajara, 3 de Avila y que las provincias de Valladolid, Salamanca, C. Real, Badajoz y Cáceres, aportan 2 niños cada una. En último lugar aparecen, con un

niño por provincia, Lugo, Sevilla, Burgos, Soria, Barcelona, Coruña, Segovia, Bilbao, Palencia y Murcia.

Jaén aporta gran cantidad de enfermos al servicio de oftalmología en el periodo que estudiamos, no apareciendo en el resto de las especialidades con esta frecuencia, quedando en esos casos relegado a uno de los últimos lugares.

Luego, siguen la norma del resto de consultas del Hospital, Toledo, Guadalajara y Avila. Las provincias que aportan dos enfermos se ajustan, en líneas generales, a lo que reflejan otros estudios sobre procedencia de los pacientes del Hospital.

Las que aparecen con 1 son en su mayoría atípicas. Hay regiones cuyos enfermos no llegaban a este hospital (Cataluña, Galicia, País Vasco y Andalucía, salvo el caso de Jaén), por lo que pensamos que fue un error en la filiación y que su domicilio habitual no era el reseñado. Podía tratarse de emigrantes procedentes de esas provincias.

- En el año 1934 vuelve a producirse el mismo fenómeno señalado en el apartado anterior; los porcentajes son de nuevo similares, volviendo a ser superiores los de provincias. Proceden 29 pacientes de Madrid, mientras que el resto de las provincias aportan 33. En este caso se distribuyen de la siguiente forma: 7 de León, 6 Toledo y Jaén, 3 Avila y C. Real, 2 Murcia y 1 Cuenca, Teruel, Cáceres, Soria, Zaragoza y Badajoz.

En el caso de León, nos encontramos con que cinco eran de una misma familia, 4 hermanos y 1 primo; y la que haría el número 6 es una niña que ingresa en mayo y ese mismo mes es trasladada a la sala

de infecciosos. En el mes de agosto, pasa de nuevo al servicio de oftalmología por presentar cataratas en ambos ojos.

Teruel, tampoco es de las provincias que acuden al hospital. El resto puede darse como normal.

En este epígrafe se ha analizado la procedencia de los enfermos ingresados pertenecientes al servicio de oftalmología y se ha concluido que:

- Los ingresos anuales procedentes de Madrid oscilan entorno a un número medio de 70, desde 1893 a 1928. A partir de ahí, disminuyen de forma continuada hasta 1937, para repuntar después.

- Los ingresos de niños procedentes de provincias presentan un aumento continuado desde 1893 a 1927, para luego presentar también un descenso continuado hasta 1936.

- En términos porcentuales y durante el periodo en estudio, se pasa de aproximadamente un 95 por ciento de niños madrileños y el 5 por ciento restante de niños de provincias al comienzo del periodo, a un porcentaje de un 52 por ciento de los niños de Madrid y de un 48 por ciento de los procedentes de provincias, al final del periodo.

Estos hechos constatados nos sugieren las siguientes conclusiones:

- El mayor prestigio del Hospital y su difusión más allá de los límites de la capital, pueden constituir una de las causas del crecimiento sostenido de los ingresos de provincias.

- A esto también pudo contribuir la mejora progresiva de las comunicaciones.

- El aumento de la inmigración hacia la capital, facilita el que enfermos de otras provincias, puedan acudir al Hospital, al poder vivir con sus parientes ya instalados en aquella.

- Por último, es posible también que a los enfermos de Madrid se les hiciera un tratamiento ambulatorio si hubiera sido posible y, de esta forma, no quedarían reflejados en estas gráficas. Por el contrario, a los enfermos de provincias es posible que se les ingresara para mayor comodidad.

4.4.3.3.- Consultas Externas.

Queda fuera del planteamiento de este trabajo el análisis de la consulta ambulatoria de oftalmología. Sin embargo, se efectuará un breve análisis como complemento a lo expuesto. Debe señalarse, no obstante, que la carencia de series de datos completas reduce sensiblemente la fiabilidad de los resultados.

Poseemos información de los años 1916, 1917, 1918, 1921, 1925, 1931, 1932, 1933 y 1934. Los datos correspondientes a los primeros años han sido extraídos de las estadísticas que el servicio de oftalmología facilitaba a la Dirección del Hospital, mientras que los de los cuatro últimos años se han obtenido de los libros completos de la consulta. Corresponden a la última época de Couce y primeros años de servicio de López Lacarrère. La filiación y los diagnósticos quedan reflejados como en los libros de hospitalización. Figura el tratamiento prescrito y, por supuesto, únicamente la fecha en que el paciente es atendido.

La precariedad de la información reflejada en los libros de la consulta queda patente en las revisiones. En algunos casos la información correspondiente a la revisión del paciente se refleja en el mismo apartado que se abrió en la primera visita. Sin embargo, en otras ocasiones se le abre una nueva inscripción, quedando así reflejados dos registros diferentes correspondientes al mismo paciente.

El número de consultas ambulatorias fue en aumento a lo largo del periodo considerado. Podemos decir que, por término medio, eran atendidos unos 1.600 enfermos al año. Se realizaba cirugía menor en la propia consulta y durante muchos años, el número de enfermos operados ambulatoriamente superaría a las intervenciones realizadas en las salas.

En esta consulta, y desde su inauguración hasta el término de la guerra civil, eran atendidos tanto niños como adultos. Esto desmiente la información oral que nos habían transmitido, en el sentido de que este hecho, se consideraba como una prerrogativa otorgada por la dirección a López Lacarrère. No se tiene constancia de ingresos de adultos en las Salas de Oftalmología.

CAPITULO 5
RESULTADOS

CAPITULO 5.- RESULTADOS.

5.1.- Introducción

A lo largo del presente trabajo de Tesis Doctoral se ha estudiado la oftalmología en el Hospital del Niño Jesús de Madrid, desde 1893 a 1940. Para ello, se ha realizado, en primer lugar, un esfuerzo de análisis y comprensión de los antecedentes inmediatos; por una parte, del impulso fundacional, de las circunstancias y esfuerzos de aquellos que iniciaron y consolidaron la obra, obteniendo la ayuda financiera necesaria y seleccionando, obteniendo y gestionando los recursos humanos y materiales de que dispone el Hospital. por otra parte, también se han analizado los antecedentes históricos de los profesionales que dedicaron su vida al ejercicio de la oftalmología en el hospital. Estos prolegómenos permiten comprender mejor el "estado de cosas" que enmarcó la actividad oftalmológica del Hospital y el impacto que, sobre la sociedad madrileña y foránea, llegó a ejercer para bien de una infancia desprotegida y como gran escuela de oftalmólogos de niños.

Realizado el estudio tanto de la personalidad, como de la actividad global de los oftalmólogos, se ha presentado un análisis pormenorizado de las distintas patologías que debieron analizar durante el periodo de estudio y de los tratamientos y prescripciones que de su actividad asistencial se derivaron.

Aunque el esfuerzo realizado en la búsqueda de nueva documentación y en su comprensión y análisis debe suponerse fructífero, se ha pretendido también, conforme a los objetivos de la tesis, profundizar esta primera aportación de conclusiones con un estudio estadístico de las afecciones oftalmológicas que, como en seguida podrá comprobarse, nos han permitido obtener conclusiones ciertamente interesantes.

Por último, de acuerdo también con los objetivos propuestos, hemos analizado, a pesar de la carencia de una base de datos suficiente en la documentación disponible, la actividad asistencial y su gestión, entendida como la debida utilización y coordinación de los recursos físicos y humanos para la obtención de resultados óptimos en la asistencia hospitalaria

Como fruto del análisis de todos estos extremos se han obtenido como conclusiones más relevantes las que a continuación se exponen.

5.2.- Conclusiones

1º.- La fundación del Hospital del Niño Jesús consiguió dos grandes objetivos, en aquel entonces de vital importancia:

- Sacar a los niños de los Hospitales de Adultos.
- Facilitar a los médicos lugares donde poder estudiar y tratar las enfermedades de los niños.

2º.- A la hora de determinar el emplazamiento del primitivo Hospital se tuvo en cuenta un criterio que suponía una cierta

innovación. Se fue a buscar a los enfermos, allí donde estaban: en una de las zonas más deprimidas de Madrid. El emplazamiento puede considerarse, desde el punto de vista social y epidemiológico, como óptimo.

Son múltiples los informes sombríos que sobre Peñuelas realizan médicos, periodistas, urbanistas y personas amantes de la infancia, que dan a conocer en publicaciones y congresos de higiene, en estudios sobre la calidad de la vivienda, o bien en prensa. Sin embargo, se desconoce la existencia de estudios previos llevados a cabo para la elección de la zona, pero indudablemente debieron realizarse.

Por el empadronamiento de 1871 se comprueba que los distritos de Universidad, Latina e Inclusa eran los más poblados. Las Peñuelas, como distrito humilde y siguiendo una regla general, se caracteriza por tener una tasa elevada de natalidad, que se situaba alrededor de un 3,8%, muy por encima de la de otros puntos de España y, por supuesto, de las que eran consideradas normales en Europa. A esto hay que añadir que un 23% de los nacimientos en Peñuelas eran ilegítimos.

El índice de mortalidad, en este distrito, era a finales de siglo de un 33,85%, sólo superado por las cifras que hacen referencia al distrito del Hospital, pero hay que tener en cuenta que el mayor número de defunciones de este último podía deberse a las instituciones asistenciales de esta zona.

En definitiva, es de resaltar que esta consideración relevante de la demanda asistencial, a la hora de fijar las condiciones de ubicación del Hospital, puede juzgarse como novedosa en aquellos momentos.

3º.- En la concepción del Nuevo Hospital se hacen intervenir otros parámetros. Así, se ofrecía a los niños enfermos una mayor calidad, que venía determinada por las características del nuevo edificio, tanto internas (distribución de las salas y servicios centrales), como externas (ubicación, que permitía amplios espacios libres y sol y aire abundantes, localización en terreno rural relativamente próximo a una zona tan prometedora como era la del ensanche).

Existían en sus proximidades, en pequeña proporción, tejares y paradores, y las propiedades eclesiásticas se quedaban reducidas a Hospital de Mujeres, Escuela de Matronas, Colegio de N.S. de Loreto y el Asilo de Ancianos de las Hermanitas de los Pobres.

Los aspectos constructivos: distribución y estructura interna, disposición de consultas, camas, quirófanos son similares a los de algunos hospitales europeos con similar actividad y superiores a los de otros de la misma época e incluso posteriores.

La segmentación de la planta, y la situación de las instalaciones auxiliares, pabellones o servicios especiales, obedecen a un cálculo racional y optimizador del espacio ocupado, de los recorridos de personal asistencial y de enfermos, así como, de los flujos de material.

Las condiciones de luminosidad (grandes ventanales, orientación), ruidos (proximidad del Parque del Retiro, situación en las afueras) y espacios abiertos (zonas libres del recinto) son óptimas si se comparan con otros muchos hospitales nacionales, tanto de su tiempo como posteriores.

Todos estos aspectos relativos a la concepción del Nuevo Hospital parecen denotar de nuevo, no sólo el buen nivel de nuestros diseñadores y proyectistas, sino la preocupación y el interés de la

Fundadora que viajó a distintos países de Europa para estudiar la estructura y el funcionamiento de Hospitales de Niños.

4º.- En relación con los Oftalmólogos del Hospital es de destacar su relevante capacidad organizativa, llevada a cabo, tanto dentro del propio Hospital (formando a nuevos especialistas en oftalmología infantil, en una dedicación que representó desde un principio elevadas tasas de actividad y con objetivos muy amplios (médicos, quirúrgicos, científicos y docentes) como fuera de él (en la organización de asociaciones y congresos).

Es de destacar también la gran actividad interdepartamental con otros servicios de Hospital, para el estudio y tratamiento de las enfermedades de los niños. Este sentido de la cooperación y del trabajo en equipo se extendió también a la relación con otros oftalmólogos españoles, con los que realizaron de forma conjunta trabajos de investigación. Esta relación se extiende a otras ramas de las ciencias, como en el caso de la colaboración con físicos e ingenieros para la realización y diseño de nuevo aparataje. Es de señalar, por último, la alta participación en congresos y encuentros nacionales e internacionales, donde eran muy considerados por sus colegas.

5º.- La actividad de los oftalmólogos del Hospital alcanzó todavía mayores proyecciones. Es el caso de la elaboración de tratamientos propios y del diseño y construcción de instrumentos de exploración y tratamiento, que traspasaron los muros de nuestro Hospital. Pusieron la tecnología punta en aparatos que, cuando menos, hacían más fácil el diagnóstico y tratamiento de las afecciones oculares.

En cuanto a las técnicas de tratamientos propios cabe señalarse la Iontoforesis de López Lacarrère. Es también notoria su práctica de modernas técnicas de exploración para aquella época, como la dacriocistorrinostomía o su introducción en España nuevas formas de exploración de la cornea.

No sólo López Lacarrère fue innovador en su práctica médica, también Costi utilizó instrumental y técnicas exploratorias propias, que tuvieron eco dentro y fuera de España. Así por ejemplo, cabe destacar su método de exploración y diagnóstico: la biomicroscopía, o los avances en cuanto al diagnóstico y pronóstico de los procesos que afectan al vítreo. Sus observaciones del vítreo en el desprendimiento de retina, le permiten descubrir por primera vez "in vivo" la membrana prerretinal de Leber; además de un desprendimiento posterior de vítreo, un edema retinal y flóculos del vítreo posterior.

Aún llegó a más la actividad de estos dos brillantes oftalmólogos, diseñando y colaborando en la construcción de instrumentos y aparatos de exploración. Se han detallado en este trabajo de Tesis varios de ellos. Es el caso de la Potenza de Lacarrère, de fácil manejo y sin grandes exigencias de colaboración por parte del paciente. Se empleó por primera vez en el Hospital y el profesor Albertotti de la Universidad de Padua se llevó personalmente uno, además muchas clínicas europeas quisieron hacer lo mismo.

Otro aparato que se debió a López Lacarrère fue su Fotocampímetro registrador, compuesto por un fotóforo horizontal de exploración y otro vertical de fijación, y que presentaba novedades como la variación libre de la distancia de trabajo, intensidad luminosa, tamaño, seguridad y rapidez de manejo, etc. Por último, también es

autor del Myocampter Modificado, aplicado al estrabismo pero que debido a las recidivas dejó de usarse.

En cuanto a Costi, a él se debió la construcción de un Umbralómetro utilizado en la detección precoz de la avitaminosis A, mediante el estudio de los valores umbrales de sensibilidad retiniana. Algunas de sus ventajas son el control y la seguridad en la medida de la intensidad luminosa, gran sensibilidad y rapidez de exploración.

En otro orden de cosas, también como publicistas destacaron los Oftalmólogos del Hospital, desde el trabajo de Federico Couce para la obtención del grado de Doctor, que puede considerarse toda una lección magistral sobre el arte de la exploración oftalmológica (hablamos de arte por la escasa tecnología de que podía disponer), hasta los libros de López Lacarrère y Costi que se sitúan a la altura de las mejores publicaciones Europeas.

6º.- El estudio de la evolución de los IAC y los IACJ durante el periodo de tiempo comprendido entre 1916 y 1940, nos ha permitido comprobar que en un primer subperiodo (1916-1920) los volúmenes de ingresos evolucionan de forma similar y se mantienen en niveles próximos. En un segundo subperiodo (1920-1924) los ingresos por afecciones de la cornea fueron sensiblemente superiores a los de la conjuntiva. En el tercer subperiodo (1925-1927), se elevan considerablemente los niveles de ingresos y se produce una inversión, pasando a ser más numerosos los ingresos por afecciones de la conjuntiva que los que corresponden a la córnea. A partir de este momento se produce una tendencia fuertemente decreciente en los volúmenes de ingresos por estas patologías.

Este análisis nos ha permitido establecer que el cambio cuantitativo entre IAC. y IACJ. fue consecuencia de las campañas de información y prevención llevadas a cabo por los profesionales, y que abarcaron desde las notas en los periódicos y las charlas a las madres de clase social más humilde sobre como debían limpiar y cuidar los ojos de sus hijos, hasta las estudiadas campañas de prevención del tracoma.

Estas campañas de prevención, destinadas no solo al tracoma, sino también a las demás afecciones oculares, tuvieron como resultado una mayor demanda de atención hospitalaria, acudiendo al oftalmólogo en estadios precoces de la enfermedad; confirmado por el hecho de que aumente el número de niños atendidos con alteraciones en la conjuntiva, que termina superando al número de niños que ingresan por problemas en la cornea.

Coincide con la fecha en que termina nuestro estudio un ciclo de patología córneo-conjuntival, aproximándose a otra patología que se había mantenido durante todo el periodo a distancia.

7º.- La concepción y diseño del Hospital determinó gran parte de los diferentes aspectos organizativos.

Las características del espacio físico, y sus instalaciones pueden calificarse en gran medida de excelentes si se comparan con construcciones análogas.

Dichas características constructivas facilitaban la eficiencia organizativa permitiendo autonomía de servicios y secciones, centralización jerarquizada de los servicios generales, flujo interno de

personas y material racionalizado, aislamiento de dependencias especiales e integración y centralización de instalaciones generales.

El equipamiento y las dotaciones de servicios centrales e instalaciones generales pueden juzgarse globalmente como satisfactorias y en ciertos casos excelentes, si se comparan con establecimientos sanitarios análogos.

Fondos extraordinarios permitieron la ampliación del complejo inicial sin eliminar de forma significativa esas características excelentes

Los niveles de dotación de los recursos físicos oscilan a lo largo del periodo considerado, presentando en determinados subperiodos claros niveles de insuficiencia.

8º.- En relación con la Gestión del Hospital parece claro, que aún considerando que el sistema de financiación del Hospital establecía serias restricciones a la utilización de recursos, lo que pudiera llevar a una oferta rígida de servicio asistencial, la demanda externa de ingresos condiciona la toma de decisiones. Así ocurre con la de trasladar el Hospital a su actual emplazamiento o a la declaración explícita de superioridad de la demanda de ingresos en relación al número de camas vacantes en un determinado momento.

9º.- Se han analizado las estructuras de organización del Hospital y se ha detectado que en el subperiodo que va de 1893 a 1914, el Hospital refleja un crecimiento cuantitativo de sus recursos físicos limitativos, a la vez que es capaz de abandonar una estructura de organización primaria de lanzamiento, y presentar otra de un fuerte

nivel de diferenciación y especialización. La excepción a esta orientación progresiva hacia las especialidades, es precisamente la de oftalmología, que figura como tal y de forma singular y aislada, desde el comienzo del periodo.

Otro de los rasgos que definen la evolución del Hospital durante este primer subperiodo y condicionan la organización y utilización de sus recursos es el de evitar convertir el Hospital en un asilo para la práctica de la pediatría, intensificando la actividad quirúrgica.

10^o.- Se ha señalado la proyección de la actividad asistencial del Hospital fuera de Madrid. Así se ha verificado la variación de la procedencia de los niños ingresados en oftalmología: disminución de los provenientes de Madrid y aumento de los de provincias.

Hemos encontrado que, en términos porcentuales, se pasa de aproximadamente un 95% de niños madrileños y el 5% de niños procedentes de provincias, al comienzo del estudio, a terminar el periodo con un 52% de niños de Madrid, frente a un 48% de niños de provincias, inversión que llega a realizarse en el año 1922, en el que ingresan más niños de provincias que los que proceden de Madrid.

Se ha señalado que las causas de este cambio en la procedencia pueden ser varias. Una de las principales es el aumento del prestigio del Hospital más allá de los límites de la capital, a lo que se uniría una mejora en las comunicaciones. Otra es el aumento de la inmigración desde otros puntos de España a Madrid, buscando mejorar las condiciones de vida con empleos temporales en tejares o en el campo. Hay que considerar también que los enfermos de Madrid, podrían en

muchos casos seguir un tratamiento ambulatorio, mientras que los de provincias tendrían que ser ingresados.

5.3.- Posibles líneas de desarrollo de la Tesis

1º.- Estudio de nuevas especialidades que fueron desarrolladas en el Hospital del Niño Jesús

2º.- Completar el estudio de la historia general desde 1919 y que sólo ha sido esbozado en este trabajo.

3º.- Una historia de la Oftalmología Infantil Española Contemporánea, que cubra una laguna importante en la historia de la oftalmología Contemporánea.

4º.- Estudio de la evolución de la patología y la forma de tratarla, así como de los Oftalmólogos tanto Españoles como Europeos y Americanos que se han dedicado a ella.

5º.- Formación de un Departamento de Historia del Hospital del Niño Jesús, en el que pueda colaborar todo el personal del Hospital, y

de una Junta de coordinación que, desde el mismo Hospital, permita recopilar y estudiar lo referente al mismo.

BIBLIOGRAFIA

FUENTES DE ARCHIVO.

Archivos del Hospital del Niño Jesús. Material sin clasificar

Libros de ingresos del Hospital del Niño Jesús. Años: de 1877 a 1942.

Oficios y correspondencia. Asilo y Hospital del Niño Jesús. Años 1881 a 1911.

Libros de consultas ambulatorias del Hospital del Niño Jesús. Años: de 1932 a 1935.

Libros de contabilidad del Hospital del Niño Jesús. Años: los comprendidos de 1914 al mes de Agosto de 1940.

Libros de estadística de salas y consultas del Hospital del Niño Jesús. Años: 1916, 1917, 1918.

Archivos del Instituto Oftálmico. Material sin clasificar

Archivo General Militar de Segovia. Legajo E-462

FUENTES IMPRESAS.

Actas y Memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía.

Madrid 10 al 17 de Abril de 1898.

Publicados, dirigidos y redactados por: Enrique Salcedo Ginestal.

Madrid (1900).

Actas del Primer Congreso Español de Pediatría.

Palma de Mallorca del 19 al 25 de abril de 1914.

Escuela - Tipográfica Provincial (1915).

Actas de la Primera Asamblea Anual de las Jornadas Médicas Gallegas.

La Coruña 19 al 25 de Agosto de 1929.

Edita, Instituto de Biología y Sueroterapia.

Madrid.

Actas de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana.

Años: 1905, 1906, 1907, 1908 1909, 1910, 1912 (Todos estos años en Madrid), 1914 (Barcelona), 1916 (Valencia), 1920 (Granada), 1922 (Bilbao), 1923 (Sevilla), 1926 (Salamanca), 1928 (Zaragoza), 1930 (Santiago) y 1932 (Santander).

Actas de la Sociedad Pediatrica Española. Curso de 1915 a 1916.

Dr. A. Martínez Vargas.

Barcelona.

Actas del Centenario del Hospital del Niño Jesús de Madrid.

Congreso Médico. Charlas a la Comunidad. Congreso de A.T.S..

Madrid (1979).

BIBLIOGRAFIA CRITICA

AGUADO BLEYE, P.; ALCAZAR MOLINA, C.

Manual de Historia de España.

Tomo III. Casa de Borbón. España Contemporanea.

Espasa-Calpe, Madrid (1959).

AGUILAR, J.M.

Necrológica. Carlos Costi García de Tuñón (Madrid 1905-Madrid 1986).

Arch. Soc. Esp. Oftal. Tomo LII. (1987).

AGULLO, M.; VIÑUELA, J.M.; ROCHA, F.J.

Madrid, testimonios de su historia.

Ayuntamiento de Madrid. Delegación de Cultura, Madrid (1980).

ALARCON Y SALCEDO, J.

Manual de Afectos Esternos.

Imprenta de Cruz Gonzalez, Madrid (1842).

ALBARRACIN TEULON, J.

Diego de Argumosa y Obregón. Cirujano Español de siglo XIX.

XV Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Madrid (1956).

ALBARRACIN TEULON, J.

Las Asociaciones Medicas en España durante el siglo XIX.

Cuadernos de Historia de la Medicina Española. X 119-186. Salamanca (1971).

ALBARRACIN TEULON, A.

Contra la muerte negra, epidemias y vacunas.

Editorial Labor. Barcelona (1985).

ALBERDI CASTELL Y COLS.

Conceptos de Enfermería.

Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid (1983).

ALCALA LOPEZ, A.

Nuestros ojos y sus defectos.

Ediciones Ibéricas, Madrid.

ALCUAZ HIDALGO, A.

Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos y Oftalmología Contemporánea. (1901-1936).

Tesis Doctoral. Valladolid (1992).

ALVAREZ RICART, M. C.

La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX.

Editorial Anthropos. Barcelona (1988).

ALVAREZ SIERRA, J.

Formulario terapéutico de enfermedades de los niños.

Librería médica. R. Chena y Cia. Madrid (1929)

ALVAREZ SIERRA, J.

Los Hospitales de Madrid de ayer y de hoy.

Sección de Cultura e Información. Artes Graficas Municipales, Madrid (1952).

ALVAREZ SIERRA, J.

Anatómicos madrileños famosos.

Instituto de Estudios Madrileños. Madrid (1953).

ALVAREZ SIERRA, J.

Médicos madrileños famosos.

Editora Nacional. Madrid (1963).

ALVAREZ SIERRA, J.

Diccionario de autoridades médicas.

Editora Nacional. Madrid (1963).

ALVAREZ SIERRA, J.

Historia de la medicina madrileña.

Editorial Universitaria Europea. Madrid (1968).

AMOS; BROWN; MINK.

Introducción a la estadística.

Editorial del Castillo. Barcelona (1969).

APARICIO SIMON, J.

Historia del Real Colegio de San Carlos de Madrid.

Aguilar S. A. de Ediciones. Madrid (1956).

ARTEAGA, C. de

La vida plural y dinámica del Marqués de Santillana, Duque del Infantado.

Editorial Católica Española, S.A.. Sevilla (1948).

ASCASO F.J.; HUERVA, V.

Evolución de la literatura oftalmológica española: Análisis de los Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología desde 1901 a 1990.

Arch. Soc. Españ. Oftalmol. Vol. XLIII. (1992). PP. 51-56.

ASENJO SEBASTIAN, M. A.

Estructura funcional hospitalaria y control de calidad asistencial.

Servicio de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid (1981).

ASENJO SEBASTIAN, M. A.; BOHIGAS SANTASUSAGNA, LL.

Manual práctico. La gestión hospitalaria.

Ediciones Eurosystem, S. A. Barcelona (1987).

BAHAMONDE MAGRO, A; TORO MERIDA, J.

Burguesía, especulación y cuestión social en el Madrid del siglo XIX.

Siglo XXI de España Editores, S.A.. Madrid (1978).

BAHAMONDE MAGRO, A.

El horizonte económico de la burguesía madrileña.

U.C.M.. Madrid (1981).

BAHAMONDE MAGRO, A.

Crisis de la nobleza de cuna y consolidación burguesa (1848-1880).

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura, Madrid (1986).

BALLESTEROS ROBLES, L.

Diccionario Biográfico Matritense.

Imprenta municipal. Madrid (1912).

BARCONES, S.

Galería de oculistas españoles. El Dr. D. Eduardo Reina y Martínez.

Anales de Oftalmología I. Madrid (1925).

BAVIERA, P. de

Alfonso XII.

Editorial Juventud, Barcelona (1952).

BORBON, E. de

Memorias de Doña Eulalia de Borbón. Infanta de España.

Editorial Juventud, Barcelona (1935).

BORBON, E. de

Cartas a Isabel II.

Editorial Juventud, Barcelona (1949).

BRAVO MORATA, F.

Los nombres de las calles de Madrid.

Fenicia, Murcia (1984).

CABEZA SANCHEZ-ALBORNOZ, S.

La Constructora Benéfica. 1875-1904.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura, Madrid (1986).

CALANDRIA AMIGUETI, J. M.

La patología ocular en la Escuela oftalmológica gaditana del siglo XIX.

Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. Uriach & Cía., S.A.. Barcelona (1991).

CAPELLA, M.

La Casa Palacio de la Cámara de Comercio e Industria de Madrid.

Cámara de Comercio e Industria de Madrid. Madrid (1983).

CARRASCO DE LA PEÑA, J. L.

El método estadístico en la investigación médica.

Editorial Ciencia 3. Madrid (1986).

CASANOVAS, J.

La especialidad oftalmológica. Su pasado, su presente y su futuro.

Arch. Soc. Esp. Oftal. Tomo LIV. (1988). PP. 37-40.

CASTILLO RUIZ, R. del

Galería de oculistas españoles. El Dr. D. Federico Couce y Landa.

Anales de Oftalmología I Madrid (1925).

CASTILLO RUIZ, R. del

Galería de oculistas españoles. El Dr. D. Cayetano del Toro y Quartiellers.

Anales de Oftalmología I. Madrid (1925).

CASTRESANA, B.

Galería de oculistas españoles. El Dr. Santa Cruz y Orúe.

Anales de Oftalmología I. Madrid (1925).

CAYUELA FERNANDEZ, J. G.

Madrid en el trasvase de capitales antillanos durante La Restauración.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura, Madrid (1989).

CID, F.

Seis testimonios de la Medicina Ibérica.

Oikos-tau, S.A.- ediciones, Barcelona (1967).

COLLADO HORNILLOS, J. A.

Doctor D. Emilio Díaz-Caneja.

Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Bienestar Social,
Cantabria (1989).

COLOMA, L.

Pequeñeces.

Ediciones Cátedra, S.A. Madrid (1987).

COMELLAS, J.L.

Historia de España Moderna y Contemporánea.

Ediciones Rialp, S.A., Madrid (1979).

COSTI, C.

Libro-Atlas de bio-microscopía del cuerpo vítreo.

Editorial Blass S.A. (1934).

CUEVAS, J.

Galería de oculistas españoles. El Dr. D. Rafael Cervera y Royo.

Anales de Oftalmología I. Madrid (1925).

DOLCET BUXERES, L.; DOLCET CORT, M.

Cataratas infantiles. Congénitas y adquiridas.

Ediciones Danae, S.A. Barcelona (1976).

DONAHVE, M.P.

Historia de la Enfermería.

Editorial Doyma. Barcelona (1985).

DUCROCQ, CH.

Le Contrôle de Gestion des Établissements Hospitaliers.

Berger-Levrault, Paris (1990).

ECO, U.

Como se hace una tesis.

Gedisa, Barcelona (1986).

ESPADAS, M.; SECO SERRANO, C.; VILLACORTA, F.

Alfonso XII y su Epoca.

Cuadernos Historia 16. nº 68, Madrid (1985).

ESPADAS BURGOS, M.

Madrid, centro de poder político.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura, Madrid (1986).

ESPADAS BURGOS, M.

Alfonso XII y los orígenes de la Restauración.

Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid (1990).

ESPINA Y CAPO, A.

De la influencia del genio latino en el carácter actual de la medicina.

Reflejada principalmente en el diagnóstico y en la terapéutica.

Establecimiento Tipográfico de Enrique Teodoro, Madrid (1912).

ESTEBAN DE ANTONIO, M.

Tratamiento del estrabismo y la ambliopía según el método de Roger d'Ansan (Apuntes para una historia anecdótica de la Estrabología).

Acta Estrabológica. Vol. XIII. (1985). PP. 61-70.

ESTEBAN DE ANTONIO, M.

Apuntes para una Historia de la Ergoftalmología. La maculopatía solar en Demócrito y el Padre Benito Geronimo Feyjoo.

An. Soc. Ergof. Esp. Tomo XIX. (1990). PP. 337-347.

EZQUERRA DEL BAYO, J.; PEREZ BUENO, L.

Retratos de Mujeres Españolas del Siglo XIX.

Junta de Iconografía Nacional. J. Cosano, Madrid (1924).

FERNANDEZ Y FERNANDEZ, M.

La Beneficencia Pública y los Hospicios.

Establecimiento Tipográfico de Jaime Ratés., Madrid (1923).

FERNANDEZ GARCIA, A.

La población madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura, Madrid (1989).

FERNANDEZ GARCIA, A.

Madrid 1890, aproximación a una crisis sanitaria.

Boletín de la Real Academia de la Historia, tomo CLXXIII, cuaderno II, pp. 247-295.

FERNANDEZ SANZ, J. J.

1885: El año de la Vacunación Ferrán. (Trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia).

Centro de estudios Ramón Areces S. A., Madrid (1990).

FIGUERAS TORRENT, J.

Galería de oculistas españoles. El Dr. D. Buenaventura Carreras y Peralta.

Anales de Oftalmología; II: 456-60, Madrid (1926).

FUCHS, E.

Oftalmología.

Editorial Labor S. A., Barcelona (1958).

GALINDEZ Y RIVERO, J.

Prontuario de Oftalmología.

R. Chena y Cía, Madrid (1930).

GALLEGO, A.

Ser Doctor. Como redactar una Tesis Doctoral.

Fundación Universidad-Empresa, Madrid (1987).

GARCIA ESCUDERO, J.M.

Historia Breve de las Dos Españas.

Ediciones Rioduero, Edica, S.A., Madrid (1980)

GARCIA ESCUDERO, J.M.

Vista a la Derecha. Cánovas. El Liberal Conservador.

Ediciones Rialp, S.A., Madrid (1988).

GARCIA DEL REAL, E.

Historia contemporánea de la medicina.

Espasa-Calpe, S.A. Madrid (1934).

GARCIA VALDES, A.

Historia de la Medicina.

Ed. Interamericana, Magraw-Hill, Madrid (1987)

GARRIDO LESTACHE, J.

Hospital del Niño Jesús. Su historia. Su evolución. Su influencia en el desenvolvimiento de la Pediatría Española. Año 1876-1961.

Gráficas Valero, Madrid (1961).

GENER GALBIS, C.

Las Ciencias de la visión en la España Andalusi.

Punto médico, S.A. de Ediciones, Madrid (1991).

GOMEZ MOLLEDA, M. D.

Los Reformadores de la España Contemporanea.

C.S.I.C., Escuela de Historia Moderna, Madrid (1981).

GONZALEZ ALVAREZ, B.

Higiene del niño abandonado durante su primera infancia.

Carrión Hermanos, Impresores, Madrid (1895).

GONZALEZ-DORIA, F.

Diccionario Heráldico y Nobiliario de los Reinos de España.

Editorial Bitacora S.A., Madrid (1987).

GONZALEZ PEREZ, C.

El Hospital del Niño Jesús: Su importancia Social y Científica.

Establecimiento tipográfico del Asilo del Niño Jesús, Madrid (1917).

GRANJEL, L.S.

Historia de la Pediatría.

Antibióticos S.A.

GRANJEL, L.S.; SANTANDER, M.T.

Bibliografía Española de Historia de la Medicina (volumen primero).

Universidad de Salamanca, Salamanca (1957).

GRANJEL, L.S.

Estudio Histórico de la Medicina. Lecciones de metodología aplicadas a la Historia de la Medicina.

Universidad de Salamanca, Salamanca (1961)

GRANJEL, L.S.

Historia de la Oftalmología Española.

Universidad de Salamanca, Salamanca (1964).

GRANJEL, L.S.

Bibliografía Histórica de la Medicina Española -II-. (2001-4000).

Universidad de Salamanca, Salamanca (1966).

GRANJEL, L.S.

La Medicina Española Contemporánea.

Universidad de Salamanca, Salamanca (1986).

GUTIERREZ MARTI, R; Colab.

Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria.

Subdirección General de Atención Hospitalaria, Madrid (1984).

HERNANDEZ BENITO, E.

El oficio de oculista en España, pasado y presente.

Discurso para la recepción pública en la Real Academia de Medicina de Salamanca. Salamanca (1975).

HERNANDEZ Y ESPINOSA, M. C. (Duquesa viuda de Santoña).

Expoliación Escandalosa. Historia del laudo dictado en la testamentaria del Exmo. Sr. Duque de Santoña por los Sres. Gamazo y Azcárate.

Imprenta de Enrique F. de Rojas, Madrid (1894).

IBAÑEZ, A.

Word Perfect

JAMAIN, A.

Manuel de Pathologie et de Clinique Chirurgicales.

Germer Baillière, Paris (1867).

JIMENEZ, J.M.; RIERA, J.

Bibliografía Histórica en el Siglo Médico (1854-1936).

Acta Histórico-Médica Vallisoletana. Monografía VI, Valladolid (1975).

JOING, JEAN-LUC.

L'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux.

Éditions PRIVAT, Toulouse (1993).

LAIN ENTRALGO, P.

Historia de la Medicina.

Editorial Salvat, Barcelona (1982).

LANDESMANN, E.; TRAD.: PEÑA MAYA, F.

La terapéutica en las clínicas de Viena.

Establecimiento Tipográfico de E. Teodoro, Madrid (1902).

LETAMENDI, J. de

Obras Completas. Tomo III.

Imprenta de la Viuda e Hijos de A. Santarén, Madrid (1903).

LEWY RODRIGUEZ, E.

El Madrid de Cajal.

Artes Gráficas Municipales, Madrid (1985).

LINARES MONTES, J.

Evolución de la Oftalmología en España.

Tesis Doctoral. S. F..

LITTRÉ, E.

Diccionario de Medicina y Cirugía.

Librería de Pascual Aguilar, Valencia (1889).

LOPEZ BARTOLOZZI, L.; ALIO SANZ, J.

Historia, principios y análisis crítico de los autoanalizadores de la refracción ocular.

Arch. Soc. Esp. Oftal. Tomo XLV. (1983). PP. 207-224.

LOPEZ FERREYRA, F; GARCIA CUELLO, A.

Apuntes de terapéutica, materia médica y arte de recetar.

Carlos Bailly-Bailliere, Madrid (1876).

LOPEZ LACARRERE, J.

Libro-Atlas de biomicroscopía de la córnea, iluminada con lámpara de hendidura.

Editorial Blass S.A., Madrid (1929).

LOPEZ PIÑERO, J.; MARTINEZ GARCIA, E.

Grabados oftalmológicos españoles de cinco siglos.

Cátedra de Historia de la Medicina, Valencia (1981).

LORETO FERNANDEZ, L.

Enfermedades de los Niños.

Saturnino Calleja Fernández, Madrid (1911).

LUIS LOPEZ, A.

El Hospital del Niño Jesús. (Los patronatos benéficos en el siglo XIX, un peligro para la salud pública).

Historia 16. Año XVI. Nº 194. PP. 21-26. Junio 1992.

MANZANEDO, MARQUES DE

Memoria que presenta a los Sres. Socios del Centro Hispano-Ultramarino de Madrid.

Imprenta de Andres Orejas., Madrid (1874). Biblioteca Nacional.

MARIN AMAT, M.

Las enfermedades de los ojos I. Las Conjuntivitis.

Editorial Cenit, S.A., Madrid (1934).

MARIN DE LA BARCENA, A.

Apuntes para el estudio y la organización en España de las Instituciones de Beneficencia y Previsión.

Establecimiento tipográfico sucesores de Rivadeneyra, Madrid (1909).

MARIN Y SANCHO, F.; MELGOSA OLAECHEA, M.; PIZA ROSELLO, J.

Formulario de medicamentos modernos.

El Siglo Médico, Madrid (1900).

MARQUEZ RODRIGUEZ, M.

Galería de oculistas españoles. El Dr. D. Francisco Delgado Jugo.

Anales de Oftalmología; I:189-95, Madrid (1925)

MARQUEZ RODRIGUEZ, M.

Galería de oculistas españoles. El Dr. D. Santiago de los Albitos.

Anales de Oftalmología; I: 499-502, Madrid (1925).

MARQUEZ RODRIGUEZ, M.

Galería de oculistas españoles. El Dr. D. Andrés García Calderón.

Anales de Oftalmología; I: 548-52, Madrid (1925).

MARQUEZ RODRIGUEZ, M.

Lecciones de refracción ocular.

Edición Príncipe, Madrid (1926).

MARIN AMAT, M.

Las enfermedades de los ojos I. Las Conjuntivitis.

Editorial Cenit, S. A., Madrid (1934).

MARTIN ANDRES, A.; LUNA DEL CASTILLO, J. de D.

Bioestadística para las Ciencias de la Salud.

Editorial Norma, Madrid (1989).

MARTINEZ CUADRADO, M.

La Burguesía Conservadora (1874-1931).

Alianza Universal-Alfaguara, Madrid (1974).

MAS HERNANDEZ, R.

Crecimiento espacial y mercado del suelo periférico en los inicios de La Restauración.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura. Madrid (1989).

MATA OLMO, R.

Crédito, especulación y trasvase de riqueza en la última etapa de la crisis de la casa de Osuna.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura, Madrid (1989).

MESONERO ROMANOS, R. de

El Antiguo Madrid.

Editorial Dossat, S. A., Madrid (1990).

MONTERO; AZORIN; MONTERO.

Diccionario general de Madrid, historia, biografías, leyendas.

Méndez y Molina Ed., S.A., Madrid (1990).

MORO AGUADO, J.

Francisco Méndez Alvaro: La Higiene Española en el Siglo XIX.

Junta de Castilla y León, Madrid (1986).

MUNOA ROIZ, J.L.

Historia de la Oftalmología Española Contemporánea.

Cuadernos de Historia de la Medicina Española; III, Salamanca (1964).

NÉRIN, J-P.

Hôpitaux et Hospices de Bordeaux. Au temps de la Belle Époque.

Les Dossiers D'Aquitaine, Bordeaux (1993).

OLLERO CAPRANI, J.M.

El Hospital del Niño Jesús de Madrid (1877-1919).

Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Madrid (1990).

OLLERO CAPRANI, J.M.

El nacimiento de la pediatría española.

Historia 16. Año XVIII, Nº 210, pp. 89 a 96. OCT. 1993.

OMS.

Los hospitales y la revolución de la asistencia sanitaria.

Ginebra (1989).

O'NEILL, C.

More Pictures of Health.

Meadow Books, Norfolk (1991).

OPISSO, A.

Medicina Social. LXXVIII.

Manuales-Gallach. "CALPE", Madrid-Barcelona.

ORTIZ FERNANDEZ, F.

Los Negros Esclavos.

Editorial de Ciencias Sociales. La Habana (1987).

PALACIO ATARD, V.

La España del siglo XIX, 1808-1898.

Espasa-Calpe, S.A., Madrid (1981).

PANIAGUA, J.

España: Siglo XX (1898-1931).

E. G. Anaya, Madrid (1988).

PEREZ GALDOS, B.

La Primera República.

Editorial Hernando, Madrid (1973).

PEREZ GALDOS, B.

Cánovas.

Alianza Editorial, Madrid (1986).

PESET,

Terapéutica. I y II.

(1905).

POYALES FRESNO, F.

Manual de Cirugía Ocular para médicos y estudiantes.

Plus-Ultra. Madrid (1921).

PRUGENT LOBARA, E.

Los Hombres de la Restauración.

Tomo I: Establec. Tipografico de Gregorio Juste. Madrid (1880).

Tomo II: Establec. Tipografico de Gregorio Juste. Madrid (1881).

Tomo III: Establ. Tipog. de Luis María Puente. Madrid (1882).

Tomo IV: Tipografía de "La Madre Patria". Madrid (1883).

Tomo V: Tipografía de "La Madre Patria". Madrid (1884).

RENOUARD, P. V.

Historia de la Medicina desde su origen hasta el siglo XIX.

Traducida por el Dr. Pablo Villanueva.

Imp. de D. Sebastián Cerezo. Salamanca (1871).

REPIDE, P.

Las Calles de Madrid.

Afrodisio Aguado, S.A, Madrid (1981).

RICO - AVELLO, C.

Historia de la Sanidad Española (1900-1925).

Ministerio de la Gobernación, Madrid (1969).

RIO CABAÑAS, J.L. del

La catarata congénita (Consideraciones etiopatogénicas y clínicas).

Tesis Doctoral. U.C.M., Madrid (1971).

ROMANO, D.

Elementos y técnicas del trabajo científico.

Ediciones Teide, Madrid (1979).

ROWLAND, H.; ROWLAND, B.

Gerencia de Hospitales.

Editorial Díaz de Santos S. A., Madrid (1988).

RUIZ PALOMEQUE, M. E.

Transformaciones urbanas en el casco antiguo, 1876-1931.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura. Madrid (1989).

SAGRERA, A. de

Una Rusa en España. Sofía, duquesa de Sesto.

Espasa-Calpe. Madrid (1990).

SAN MARTIN, H.; PASTOR, V.

Economía de la Salud.

Ed. Interamericana, Mcgraw-Hill, Madrid (1989).

SAN ROMAN RODRIGUEZ, J.

La hacienda local madrileña en el siglo XIX.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura. Madrid (1986)

SANTOS JULIA.

De población mal construida a esbozo de gran capital: Madrid en el umbral de los años treinta.

Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura. Madrid (1989).

SANZ, J.

Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sigüenza.

Excma. Diputación provincial de Guadalajara, Madrid (1987).

SOLE VILLALONGA, G.

La Reforma Fiscal de Villaverde, 1899-1900.

Editorial de Derecho Financiero, Madrid (1967).

TAMAMES, R.

La Republica. La Era de Franco.

Ediciones Alfaguara, S. A., Madrid (1976).

THOMAS, L.

Traité des Opérations D'Urgence.

Adrien Delahaye, éditeur, Paris (1875).

TOME BONA, J. M.

Paseos por el viejo Madrid.

Editorial El Avapiés, S. A., Madrid (1991).

TUÑÓN DE LARA, M.

Medio Siglo de Cultura Española. (1885-1936)

Editorial tecnos, Madrid (1977).

**TUÑÓN DE LARA, M.; ANDRES-GALLEGO, J.;
ABELLAN, J.L.**

El Desastre del 98.

Cuadernos Historia 16. Nº 30, Madrid (1985).

**TUÑÓN DE LARA, M.; VALDEON BARUQUE, J.;
DOMINGUEZ ORTIZ, A.**

Historia de España.

Editorial Labor, S.A., Barcelona (1991).

VILAR, P.

Historia de España.

Editorial Crítica, Barcelona (1978).

VILLAMOR ROLDAN, E.; GARCIA-VALDECASAS, R.

Publicaciones de óptica oftálmica en nuestra revista (desde 1901 a 1980).

Arch. Soc. Esp. Oftal. Tomo XLIX. (1985). PP. 433-438.

VILLATTE, R.; GADBOIS, CH..

Pratiques de L'Ergonomie à L'Hôpital. Faire siens les outils du changement.

InterEditions, Paris (1993).

REVISTAS Y PERIODICOS.

ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA.

Madrid. España.

Año consultado: 1961.

ANALECTA TERAPEUTICA.

Barcelona. España.

Años consultados: 1932, 1933, 1936 y 1944.

ANALES de OBSTETRICIA, GINECOPATIA y PEDIATRIA.

Madrid. España.

Años consultados: de 1884 a 1899.

ANALES DE OFTALMOLOGIA.

Madrid. España.

Años consultados: 1925, 1926 y 1927.

ANALES DEL CIRCULO MEDICO ARGENTINO.

Buenos Aires. Argentina.

Año consultado: 1900.

ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO.

Montevideo. Uruguay.

Años consultados: 1918 a 1920.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE, THE.

California. U.S.A.

Año consultado: 1917.

ARCHIVES MEDICALES BELGES.

Lieja. Belgica.

Años consultados: 1922 a 1924.

ARCHIVES DE MEDICINE DES ENFANT.

París. Francia.

Años consultados: 1916,1917, 1919 y 1928.

ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE PEDIATRIA.

Buenos Aires. Argentina.

Años consultados: 1919 a 1929.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LOS NIÑOS.

Madrid. España.

Años consultados: de 1885 a 1889.

ARCHIVOS de MEDICINA, CIRUGIA y ESPECIALIDADES.

Madrid. España.

Años consultados: 1920 a 1924, 1929.

ARCHIVOS de OFTALMOLOGIA HISPANO-AMERICANOS.

Madrid. España.

Años consultados: 1901 a 1935, 1942 a 1966.

CLINICA CASTELLANA, LA.

Valladolid. España.

Años consultados: 1913 a 1923.

CLINICA EXTREMEÑA.

Cáceres. España.

Años consultados: 1919 a 1921.

CLINICA PEDIATRICA.

Modena. Italia.

Años consultados: 1924.

CRONICA MEDICA.

Valencia. España.

Años consultados: 1917 a 1919.

ESPAÑA MEDICA.

Madrid. España

Años consultados: 1911 a 1923 y 1928.

ESPECIALIDAD PRACTICA, LA.

Zaragoza. España.

Años consultados: 1918 a 1921.

EXTREMADURA MEDICA

Badajoz. España

Años consultados: 1917 a 1921.

GACETA DE MADRID, LA.

Años: 1876, 1889, 1890.

GACETA MEDICA ESPAÑOLA, LA.

Madrid. España.

Año consultado: 1961.

GAZETTE DES HOPITAUX.

París. Francia.

Años consultados: 1906 a 1914, 1916, 1919, 1921 a 1924.

HOSPITAL DE NIÑOS. REVISTA TEORICO PRACTICA DE PAIDOPATIA, EL.

Madrid. España.

Años consultados: 1884, 1885 y 1888.

ILUSTRACION ESPAÑOLA Y AMERICANA, LA.

Madrid. España.

Años consultados: 1877, 1879, 1881, 1882, 1886, 1893 y 1907.

IMPARCIAL, EL.

Madrid. España.

Año consultado: 1877.

MEDICINA.

Madrid. España.

Años consultados: 1930 a 1936, 1940 a 1944.

MEDICINA CONTEMPORANEA.

Lisboa. Portugal.

Años consultados: 1917 y 1918.

MEDICINA IBERA.

Madrid. España.

Años consultados: 1917, 1919, 1921, 1923 a 1929.

MEDICINA Y LIBROS.

Madrid. España.

Año consultado: 1918.

MEDICINE DES ENFANT.

Paris. Francia.

Años consultados: 1907.

MEDICINA DE LOS NIÑOS.

Barcelona. España.

Años consultados: 1909, 1911, 1914, 1916, 1917, 1923 y 1924

MONATSSCHRIFT FUR KINDERHEILKUNDE.

Leipzig. Alemania.

Años consultados: 1920 a 1924.

MUNCHENER MEDIZINISCHER WOCHENSCHRIFT.

Munchen. Alemania.

Años consultados: 1925.

PEDIATRIA ESPAÑOLA, LA

Madrid. España.

Años consultados: 1916 a 1923, 1925 a 1929, 1931 a 1936 (el último nº publicado, fué el del mes de abril).

POLICLINICA.

Madrid. España.

Años consultados: 1913 y 1914.

POLICLINICA ESPAÑOLA.

Madrid. España.

Años consultados: 1917 y 1918.

POLICLINICA SEVILLANA.

Sevilla. España.

Años consultados: 1917, 1918 y 1919.

PROGRESOS DE LA CLINICA.

Madrid. España.

Años consultados: 1914, 1915 y 1920.

REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRIA.

Zaragoza. España.

Años consultados: 1946 a 1950.

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA HABANA.

La Habana. Cuba.

Años consultados: 1917 a 1924.

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA PRACTICAS.

Madrid. España.

Años consultados: 1894 a 1898, 1899, 1905, 1912 y 1915.

**REVISTA OTO-NEURO-OFTALMOLOGICA Y DE
CIRUGIA NEUROLOGICA.**

Buenos Aires. Argentina.

Años consultados: 1930 y 1931.

SEGOVIA MEDICA.

Segovia. España.

Año consultado: 1919.

SIGLO MEDICO, EL.

Madrid. España.

Años consultados: 1919 a 1922, 1925 a 1926.

ICONOGRAFIA

1.- Doña María del Carmen Hernández y Espinosa.

En sus viajes por Europa, la Duquesa de Santoña tomó contacto con diversos hospitales y asesorada por personal competente, consigue que una Real Orden del 26 de Marzo de 1876 le autorice a fundar hospitales de niños en Madrid y otros puntos de la Península.

El cuadro que reproducimos en estas páginas, fue pintado por Federico Madrazo en 1873. Pertenece en la actualidad a los fondos del Museo del Prado.



II.- Juan Manuel de Manzanedo y Gonzalo.

Nacido en Santoña, emigra a Cuba en 1823. En 1845 regresa a España con una gran fortuna, estimada en 50 millones de reales. Fortuna que supo incrementar por medio de sus inversiones en Madrid, donde se estableció.

El retrato que del Duque de Santoña, realizara Federico Madrazo, figura en la colección de pintura de la Cámara de Comercio e Industria de Madrid.



III.- El Nuevo Hospital.

Tenía el terreno forma de pentágono irregular, con un total de 28.135 metros y 80 decímetros cuadrados de superficie. Las condiciones de luminosidad (grandes ventanales), ausencia de ruidos (proximidad al Parque del Retiro) y espacios abiertos (zonas libres del recinto) son óptimas si se comparan con otros muchos hospitales nacionales, tanto de su tiempo como posteriores.



IV.- Iglesia del Hospital del Niño Jesús.

La primera piedra del nuevo edificio se colocó el 6 de Noviembre de 1879. El conjunto arquitectónico del Hospital estaba formado, por la Iglesia en el centro, a cada lado había un edificio de una planta que correspondía a las consultas y, a ambos lados de estas, otro edificio de dos plantas donde estaban las salas de hospitalización.

La Iglesia de estilo gótico, tiene dos torres laterales para campanario y una central, que tenía el carillón del reloj eléctrico y que unificaba la hora en todo el Hospital.



V.- Francisco José Delgado Jugo.

Primer Director del Instituto Oftálmico. Creó un consultorio gratuito en la Casa de Socorro de Fuencarral, donde se formaron buen número de oftalmólogos que ganaron merecido renombre en las últimas décadas del siglo y en los primeros años de nuestra centuria.



VI.- Miguel de Santa Cruz y Orúe.

Tercer Director del Instituto Oftálmico. Durante su gestión, el Estado presupuestó 75.000 pesetas anuales para sostener las cien camas del establecimiento y el personal facultativo correspondiente. Pertenece junto a López Díaz y Santiago de los Albitos, entre otros, a la que se ha llamado segunda generación de grandes oftalmólogos madrileños.



VII.- Cipriano González Pérez.

Uno de los primeros servicios específicos de oftalmología que de forma autónoma, dentro de la organización de un hospital, comienzan a funcionar en España, fue el del Hospital del Niño Jesús de Madrid, inaugurado en 1877, con Clínica de Oftalmología, que estaba dirigida por este cirujano de gran relieve.



VIII.- Federico Couce y Landa.

El 10 de Mayo de 1890, tomó posesión del cargo de médico de número del Hospital del Niño Jesús, reorganizando el Servicio de Oftalmología. Es nombrado el 16 de Junio de 1894 Médico de Sala y Consulta. Fue el primer Jefe de Servicio, de este Hospital que se dedica por entero al estudio y tratamiento de las afecciones de los ojos.



IX.- Nombramiento de Federico Couce.

El 16 de Junio de 1894 se nombra a Federico Couce, médico de sala y consulta del HNJ. Con anterioridad, el 10 de Mayo de 1890, había tomado posesión del cargo de médico de número del Hospital. Paralelamente a su actividad oftalmológica, tiene lugar su dedicación a la Beneficencia Municipal. En ella desempeñó diversos cargos hasta 1925, año en que se jubila.

CIUDADELA PROVINCIAL DE BENEFICENCIA
DE
MADRID

Coin. 40 y 42.

El Sr. D. Juan Pardo de Soto
filiacion de Madrid
en el Hospital de San Juan, admitido
en la clinica de Medicina, pasara
esta tarde a las 10 de la noche
a la casa de San Juan de los
Reyes y alli se le recibira
por el Sr. D. Juan de Soto y
de la Clinica de Medicina, supli-
candole que se le ponga en la
plantilla de la persona
prestanada, nombre
medico S. P. 40, y 42,
de esta Clinica de Medicina, si
D. Juan de Soto y P.
y el Sr. D. Juan de Soto y
de Medicina, D. Pedro de
Soto y D. Juan de Soto
no son el mismo que se
de con el nombre de Soto
y de Medicina, y con
se en la Clinica de Medicina
de la Clinica de Medicina
y de Medicina de Don
Juan de Soto.

La

X.- Imposición de la Medalla del Trabajo a Federico Couce y Landa.

Acto que tuvo lugar el día 5 de Julio de 1930 en el Hospital del Niño Jesús. "Cincuenta años consagrados a curar enfermos, sin más estímulo que el cumplimiento del deber". "Hay que consignar la excelente labor clínica, como se demuestra con sólo ver las estadísticas de la clínica de Oftalmología del Hospital del Niño Jesús". (Recogido de publicaciones periódicas de la época).



XI.- Francisco Poyales Fresno.

En el mes de noviembre de 1918, se le nombra médico auxiliar de oftalmología del HNJ. En 1927, es nombrado Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital de San José y Santa Adela. Sus trabajos científicos, abarcan prácticamente todo el cuerpo de doctrina de la oftalmología. Escribió sobre la herencia, embriología y malformaciones. Al aparato muscular, anexos, vías lagrimales, tumores, párpados y tracoma, les dedicó una cuidadosa atención.



XII.- José Julio López Lacarrère.

Nacido en Buenos Aires. Estudió medicina en Santiago de Compostela, especializándose en oftalmología. Amplió su formación en distintas clínicas Europeas, siendo el introductor en España de nuevas técnicas de exploración. En 1933 es nombrado Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital del Niño Jesús.



*XIII.- Libro-atlas de biomicroscopía de la córnea.
Iluminada con lámpara de doble hendidura.*

Recogemos algunas de las láminas que constituyen la última parte de la obra y que están realizadas en su totalidad por el autor. Son imágenes idénticas a las que se observan en el examen directo, lo mismo en lo referente al corte óptico, que a las lesiones y detalles tisulares.

LAM

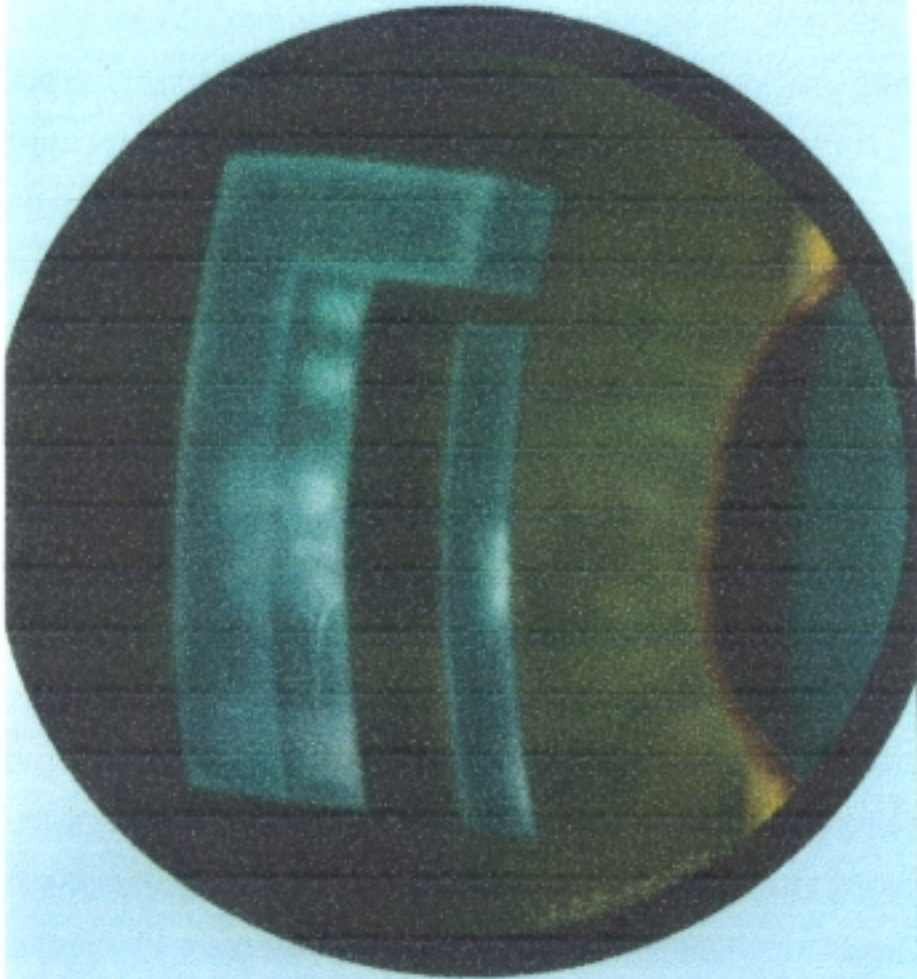


Fig. 52.

XIV.- *Fotocampímetro Registrador de López Lacarrère.*

Dado a conocer en la XVI Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, que tuvo lugar en Santiago de Compostela en 1930. Presentaba novedades, como la variación libre de la distancia de trabajo; de la intensidad luminosa, tamaño y coloración de los índices; seguridad y rapidez en el manejo. Lo construía y distribuía en Madrid la casa Ulloa.



XV.- Carlos Costi y García de Tuñón.

En el año 1932, se le nombra agregado del Servicio de Oftalmología del Hospital del Niño Jesús. Mas tarde sería nombrado Jefe de dicho Servicio, de Auxilio Social y del Hospital de la Cruz Roja de Madrid (nombramiento que tuvo lugar en 1944).



XVI.- Libro-Atlas de Biomicroscopía del Cuerpo Vitreo.

La tercera y cuarta parte del libro, las dedica al estudio del vitreo normal y patológico. Aquí podemos advertir los avances en cuanto al diagnóstico y pronóstico de los procesos que afectan al vitreo. Rosado Rivas, es el autor de las magníficas láminas que ilustran este libro.

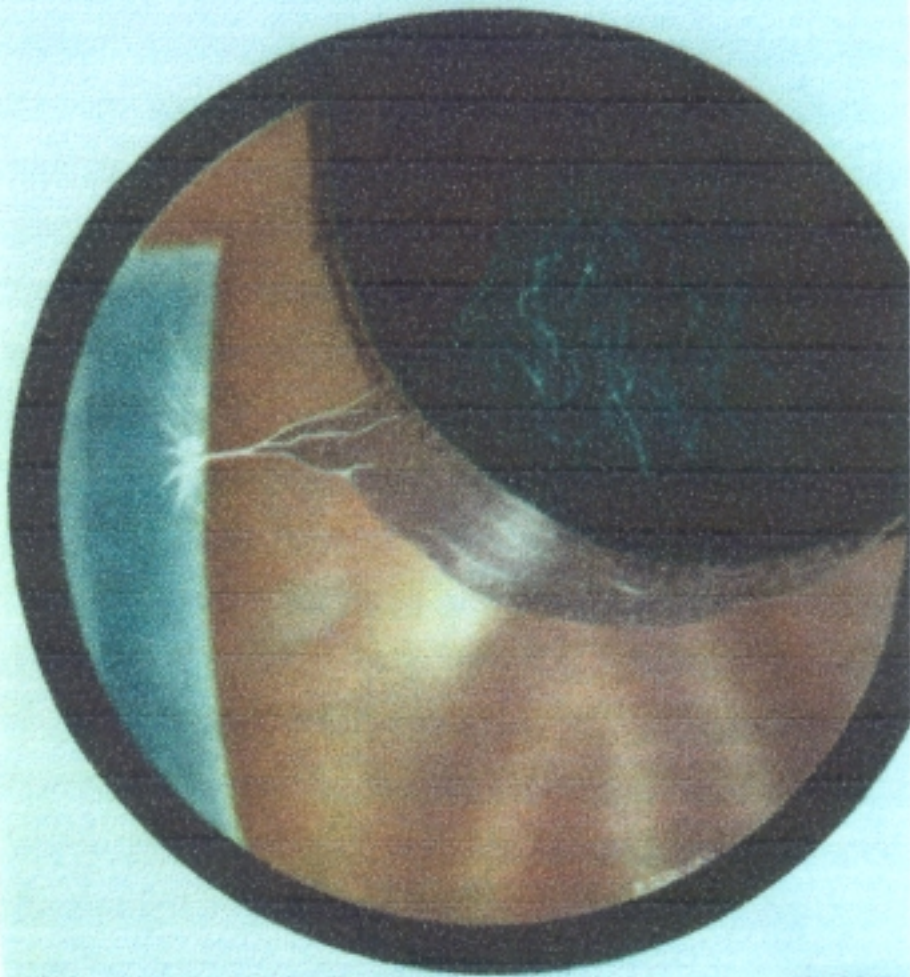
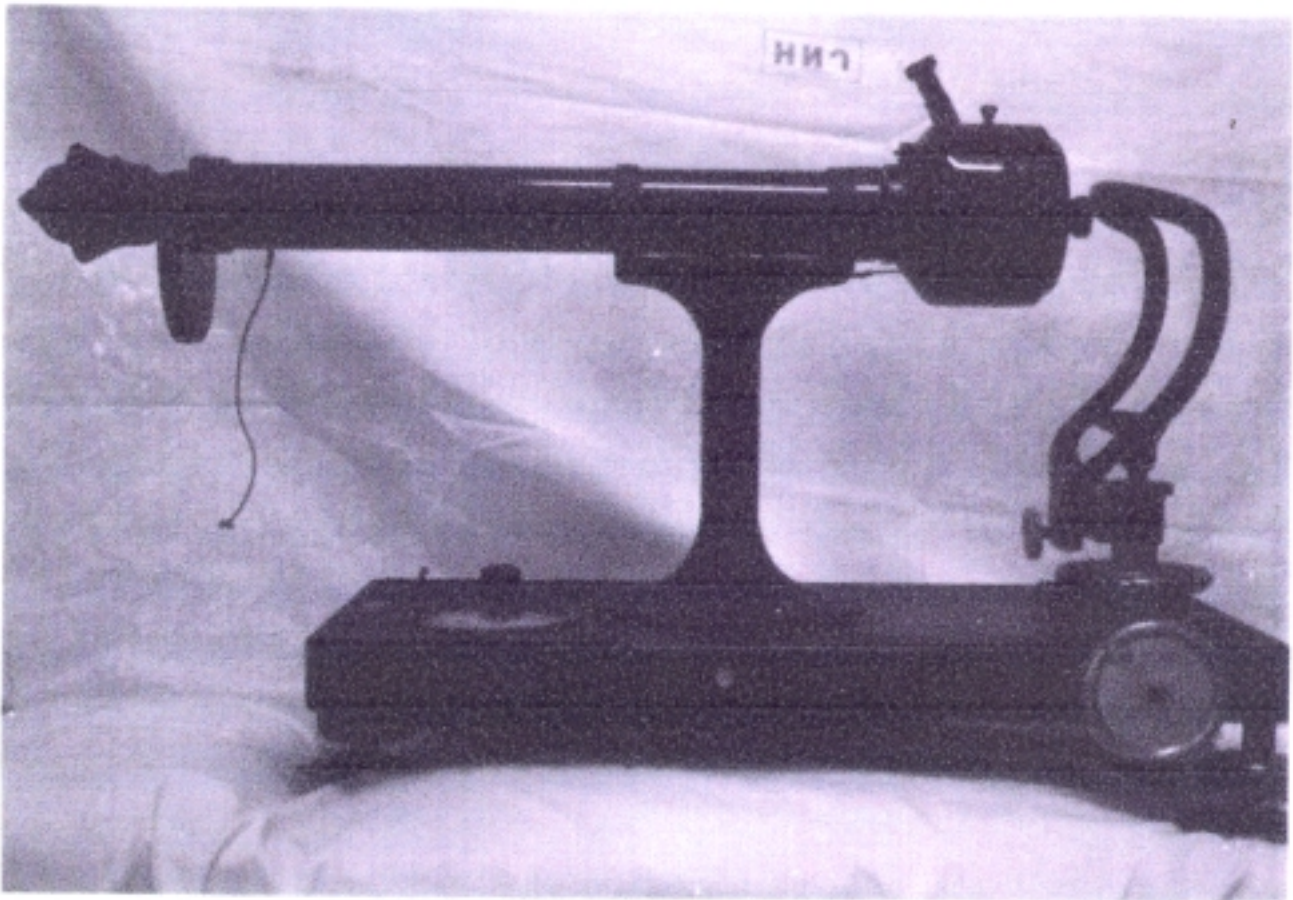


Fig. 28



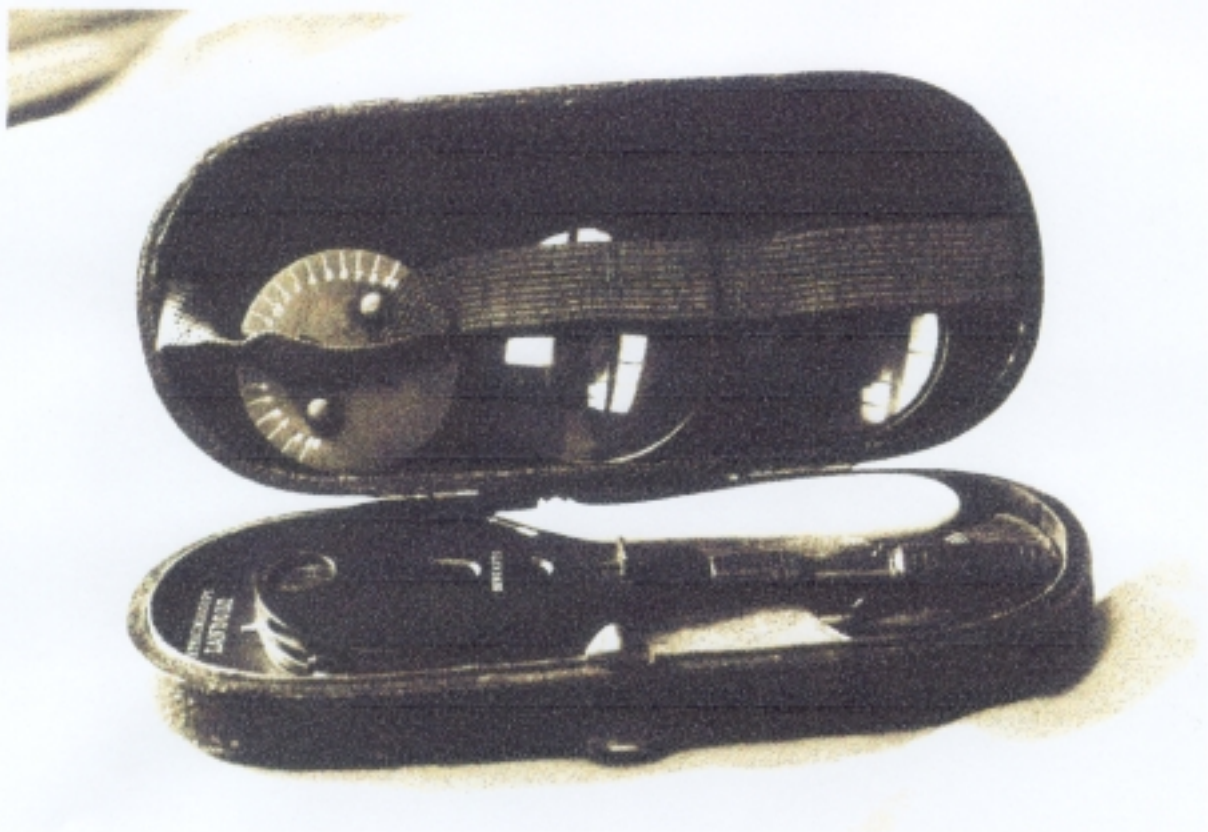
XVII.- Umbralómetro de Costi.

Presentado, a los profesionales de la oftalmología, en la XIX Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. Debido al gran valor que todos los autores daban al estudio de los valores umbrales de sensibilidad retiniana, para el diagnóstico precoz de las hipovitaminosis, incluso en las formas mas leves; fue muy utilizado para la detección de la avitaminosis A en la postguerra.



XVIII.- Oftalmoscopio.

Los responsables de la actividad oftalmológica en el Hospital, mantienen en general relaciones internacionales y son altamente considerados por sus colegas extranjeros. Incorporan a su servicio, las novedades que encuentran en las clínicas que visitan.



XIX.- Historia Clínica.

Durante el periodo de tiempo objeto de nuestro estudio, la Historia Clínica ha sufrido una importante variación. En las primeras, solo figura la filiación, la sala en que ingresa y el diagnóstico. Al final del periodo, recoge la anamnesis, exploración, diagnóstico y tratamiento, así como la evolución en revisiones posteriores.

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS
SERVICIO DE OPTALMOLOGIA
DR. COSTI
SECCION DE OPTICA

Historia Clínica n.º _____ Fecha de exámen n.º 265
Don Barbara Garcia Ruiz 11 años
Profesión _____ Domicilio Esmalte - Guadalupe

DIAGNOSTICO

ANAMNESIS

Antecedentes familiares: padres normales; otros hijos mayores sin alteracion

Antecedentes personales: Embarazo _____ Parto _____ Enfermedades _____



HISTORIA DEL ESTRABISMO.— Fecha de comienzo de la gestación a 10 meses
Tipo de comienzo: brusco, lento, intermitente, permanente, ocasional. Ojo devor- ante
do al principio RD Actitud OD
Tortícolis _____ Diplopía _____
Ambliopía: ¿Tiene? _____
¿Desde cuándo? _____ Lo alivia a _____
¿Usa o usó gafas? _____ Edad a que las usó por primera vez _____

¿Las prescribieron previa cicloplegia? _____ ¿Las llevó siempre? _____
¿Cuándo cambió los cristales la última vez? _____
Prescripción que usa: O. D.: _____ O. I.: _____

XX.- Enfermos atendidos en la sala de Santa Lucía durante el mes de Enero de 1916.

El número de ingresos por afecciones de la córnea el correspondiente a los de conjuntiva evolucionan de forma similar durante la mayor parte del periodo considerado. El volumen de estos ingresos aparece muy por encima de los relativos a otras patologías hasta el año 1934.

Sala de *Santa Lucía*

A cargo del *Doctor Louce y Sando*

Enfermos asistidos y operados en dicha Sala durante el mes de *Enero de 1916*

| | | AFECCIONES DE | | OJO AFECTO | | |
|---|--------------------------|---------------|------------|----------------|----|----|
| Existencia en <i>1.º de Enero de 1916</i> | <i>Vías lagrimales</i> | 2 | | Derecho..... | 0 | |
| | <i>Conjuntiva</i> | 7 | | Izquierdo..... | 4 | |
| | <i>Córnea</i> | 0 | | Ambos..... | 11 | 21 |
| | <i>Iris</i> | 2 | | | | |
| | | | 21 | | | |
| Ingresados durante el | La órbita..... | | | | | |
| | Las vías lagrimales..... | 1 | | | | |
| | Los párpados..... | 4 | | | | |
| | Músculo-oculares..... | | | | | |
| | La conjuntiva..... | | | | | |
| | La esclerótica..... | | | | | |
| | La córnea..... | 3 | | | | |
| | El iris..... | 1 | | Derecho..... | | |
| | El cristalino..... | 1 | | Izquierdo..... | 5 | |
| | El cuerpo vítreo..... | | | Ambos..... | 5 | 10 |
| | La coroides..... | | | | | |
| | La retina..... | | | | | |
| El nervio óptico..... | | | | | | |
| La refracción..... | | | | | | |
| La acomodación..... | | | | | | |
| El globo del ojo en general..... | | 10 | | | 21 | |
| Curados..... | <i>Párpados</i> | 1 | | Derecho..... | 2 | |
| | <i>Conjuntiva</i> | 2 | | Izquierdo..... | | |
| | <i>Córnea</i> | 2 | | Ambos..... | 5 | 7 |
| Aliviados..... | | | 7 | | | |
| | <i>Córnea</i> | 1 | | Derecho..... | 1 | |
| | | | 1 | Izquierdo..... | | |
| Altas..... | | | 1 | Ambos..... | | 1 |
| | <i>Pedida.....</i> | | | Derecho..... | | |
| | | | | Izquierdo..... | | |
| Pase á otra Sala..... | | | | Ambos..... | | |
| | <i>Conjuntiva</i> | 1 | | Derecho..... | | |
| | | | 1 | Izquierdo..... | | |
| Otras causas.. | <i>Conjuntiva</i> | 1 | | Ambos..... | 1 | 1 |
| | | | 1 | Derecho..... | | |
| | | | 1 | Izquierdo..... | | |
| | | | Ambos..... | 1 | 1 | |
| | | 10 | | | 20 | |

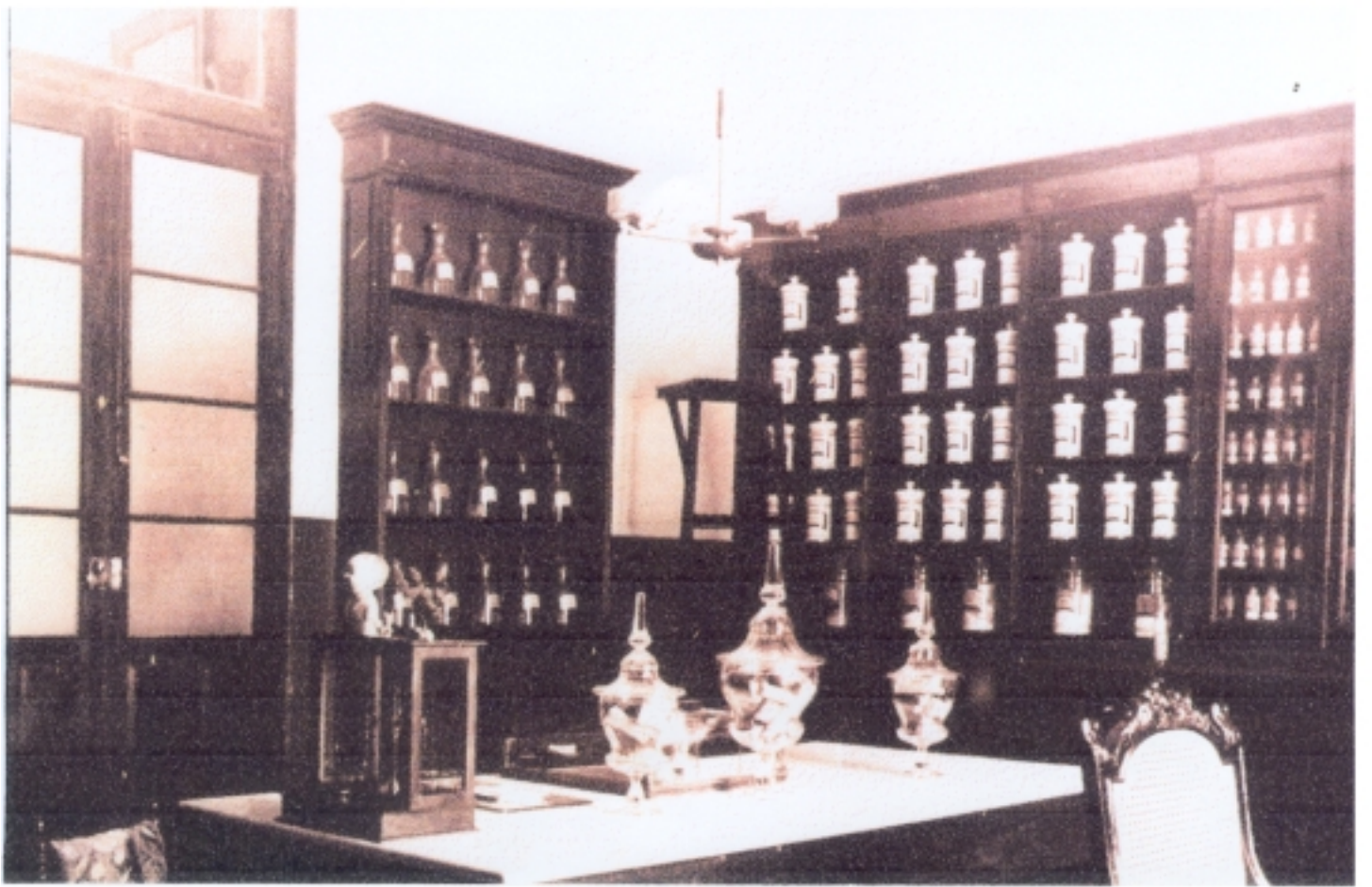
XXI.- Cocina.

El equipamiento y las dotaciones de servicios centrales e instalaciones generales pueden juzgarse globalmente como satisfactorias y en ciertos casos excelentes. Tal es el caso de la cocina, con una máquina para cortar sopa, o un armario de hierro para mantener calientes los platos y la comida.



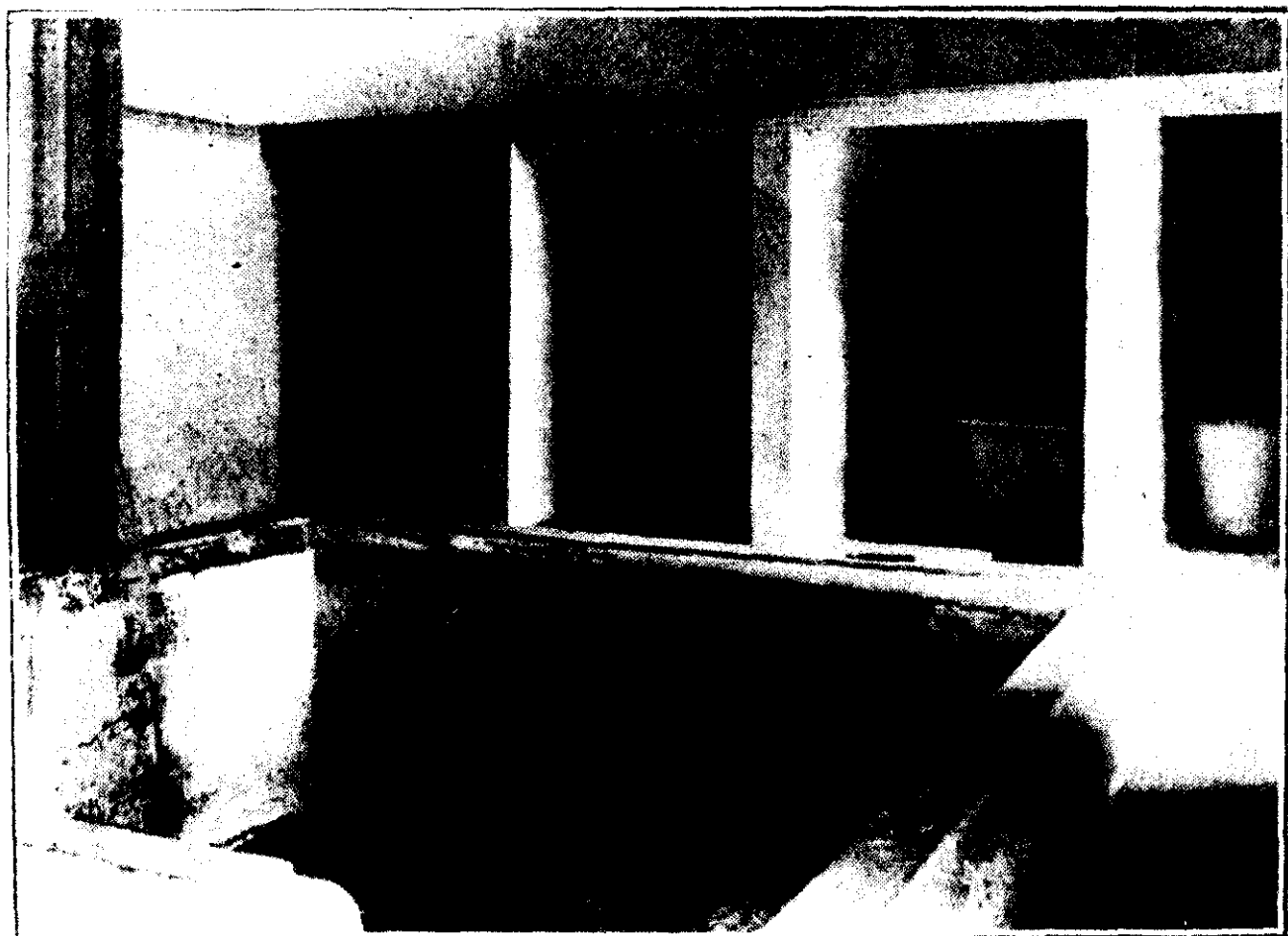
XXII.- Farmacia.

La farmacia tenía laboratorio independiente, botica para el despacho, rebotica, herbolario y almacén. Todos los medicamentos necesarios para el Hospital eran preparados por un farmacéutico, ayudado por una hermana de la caridad.



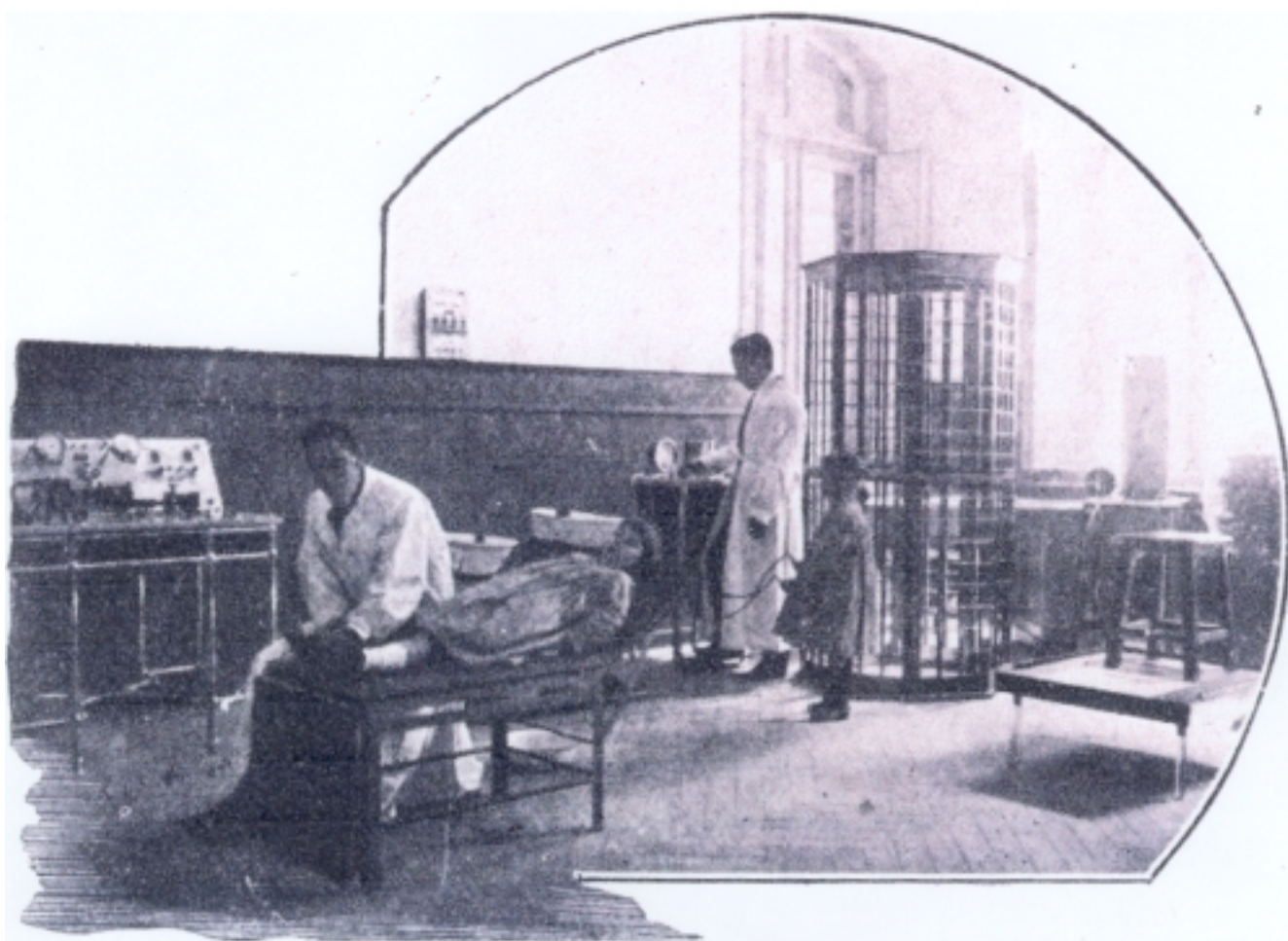
XXIII.- Departamento Hidroterápico.

Dotado de piscina, cuartos de baño, duchas de todas clases, baño de vapor y estufas. Existía un depósito que distribuía agua caliente a los baños, fregadero y lavadero. Otros detalles relativos al equipamiento, revelan tanto una preocupación por la logística y la organización interna, como por la robustez y duración del material.



XXIV.- Pabellón de Electroterapia.

El 15 de Marzo de 1919 se inauguran oficialmente los nuevos pabellones de Electroterapia y las Salas de San Ildefonso y Santa Margarita. Al referirnos a las nuevas consultas ambulatorias y salas para ingresados, hemos querido mostrar el crecimiento del Hospital, reflejando el mayor número de niños atendidos en sus instalaciones.



XXV.- Ropero.

El inventario de ropa, que se efectua en 1927, refleja que toda la ropa existente está en uso, y la Superiora de las Hijas de la Caridad firma una nota en la que refiere que, desde hace varios años no hay almacén de ropa. Reflejando así las dificultades, es de suponer económicas, de aprovisionamiento.



XXVI.- La Reina Victoria Eugenia.

Visita en multiples ocasiones el Hospital, unas veces para la inauguración oficial de nuevas instalaciones y otras para repartir juguetes e interesarse por los niños ingresados.



VERIFICADA EN EL DIA DE HOY LA LECTURA DE LA TESIS
TITULADA de Etimología en el Hospital
del Niño Jesús de Medinilla Asistencia (1893-1940)
DE LA QUE ES AUTOR DON ÉS CLARA

JIMENEZ FERRAND
OBTUVO POR ^{UNANIMIDAD} ~~MAJORIA~~ LA CALIFICACION DE III APTO "CON LAUDE"
Madrid, 21 de Octubre de 1934

El Presidente,
Jesús M. García
FDO. J. GARCÍA

El Vocal,
FDO. C. CORTES

[Signature]
FDO. J. M. OLIERO

El Vocal,
FDO. J. CASADO

[Signature]
El Vocal Secretario,
FDO. P. ASÍS

[Signature]

[Signature]
Fdo. C. Cortes