

embargo, tratándose de meningitis, hepatitis, miocarditis o retinitis sífilíticas, o de cualquier complicación luética grave en que esté indicado el salvarsán, conviene administrar preliminarmente algunas inyecciones intramusculares de bismuto soluble o mercurio a fin de evitar el peligro de una Herxheimer intensa.

25. *Inyección de salvarsán ácido.*

(a) Las reacciones precipitadas por esta causa preceden enteramente del descuido. El médico encargado de la administración de tratamientos antisifilíticos debe enseñar a todo el personal a fijarse sistemáticamente en las etiquetas de todas las ampollas antes de preparar el medicamento. Debe vigilar personalmente la abertura de los paquetes de salvarsán, a fin de eliminar la sustitución fortuita e inyección de salvarsán ácido concentrado con la jeringa en vez del neosalvarsán, que se suele administrar de ese modo. Póngase en vigor la regla de que todo preparado salvarsánico que va a administrarse con jeringa, debe ser tirado de no disolverse total y casi instantáneamente en la pequeña cantidad de agua apropiada para la administración con jeringa; el salvarsán (606) disuélvese por regla general con mucha lentitud y dificultad en poca agua.

(b) Después de administrar salvarsán ácido, resta muy poco que hacer curativamente, pues la muerte suele sobrevenir en el acto.

(c) La aparición de una reacción de cualquier clase al salvarsán, en particular si es grave, debe dar motivo a una investigación cuidadosa, a fin de descubrir posibles errores en la técnica de preparación y administración. Es sumamente importante ejercer el mayor cuidado en todas ocasiones, sin dejar ninguna parte de este trabajo a cargo de personal que no conoce los pormenores o carece de experiencia.

---

## RELACIÓN DE LA ASISTENCIA PÚBLICA CON LA SALUD PÚBLICA EN INGLATERRA \*

Por Sir ALLAN POWELL

*Jefe de Asistencia Pública del Consejo del Condado de Londres*

Por más de 30 años, he formado parte de esa sección de la administración sanitaria del Condado de Londres, que tiene que ver con el establecimiento y mantenimiento de hospitales públicos para enfermedades infecciosas, infantiles y mentales, por la Junta Metropolitana de Asilos. Sin embargo, hace dos años, cuando se traspasó esa función, de la Junta al Consejo del Condado de Londres, entré en otra fase del servicio público, emprendiendo la organización y dirección del nuevo departamento formado por dicho consejo para hacerse cargo de los trabajos de asistencia pública que desempeñaban

---

\* Leído ante la LX Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública en Montreal, Canadá, sbre. de 1931. *Am. Jour. Pub. Health* 23: 1315 (dbre.) 1931.

antes las 25 distintas juntas de guardianes de los pobres, que funcionaban hasta entonces en Londres.

En su acepción amplia, cabe decir que la asistencia pública comprende todos los servicios prestados al individuo, cuyo costo es sufragado en todo o parte por los fondos públicos, es decir, impuestos nacionales y locales, abarcando la provisión de viviendas, asistencia a la maternidad y a la infancia, educación, subsidios a los desocupados, y mantenimiento de la salud, tocando la vida del individuo en casi todos sus puntos, desde la cuna a la tumba, y empleando vastas sumas para esos servicios. Sin embargo, empleo ahora el término en el sentido más limitado que se le concede generalmente, a saber, el socorro de los pobres. El considerable cambio en la orientación de mis trabajos, me ha permitido considerar los conocidos problemas de la sanidad pública desde un nuevo punto de vista y resulta muy estimulador estudiar un paisaje conocido desde un sitio distinto y a una nueva luz, y confío en que mis primeras impresiones de la asistencia pública y mis nuevas reflexiones sobre la salud pública sean de algún interés y valor al considerar problemas que, según entiendo, probablemente exigirán cada vez mayor atención en los Estados Unidos. Y digo esto, porque el problema de la asistencia pública parece ir entrando más en el campo del pensamiento político contemporáneo y, por lo tanto, cada vez se deslizará más en la administración de la salud pública. El ir de la sanidad pública a la asistencia pública como yo he hecho, infunde acto seguido, una sensación poderosísima de viajar de un país comparativamente nuevo a otro mucho más antiguo y, forzosamente, mucho más rico en historia y tradiciones; algo, en cierto sentido, por el estilo de lo que siente un americano al visitar por primera vez a Europa. Permitídmeme ofrecer aquí mismo un ejemplo. Tomé posesión de mi nuevo cargo al principio de 1930, descubriendo que la ley que me concernía principalmente era la de los pobres de 1930, cuya sección básica, sobre las atribuciones de las autoridades locales, dice así:

Sección 15 (1) (a) (b)—

Poner a trabajar toda persona, ya casada o no, que carezca de recursos para mantenerse, y no tenga oficio común y diario para ganarse la vida.

Disponer los socorros necesarios para lisiados, inválidos, ancianos, ciegos y otros de ellos que sean pobres y no puedan trabajar.

En ese lenguaje, flotan un ritmo y un estilo que lo diferencian completamente de la fraseología de los estatutos modernos. Tal vez nos haga recordar las agradables sensaciones disfrutadas al llevar a los labios una copa de oporto de 1860, o de brandy Napoleón, si esta asamblea tolera tales símiles. Si conocéis de literatura, diréis sin duda que esta cláusula debió haber sido escrita en alguna época anterior a Milton y subsecuente a Sir Thomas Moore. En efecto, ha sido copiada de la gran ley 43 de Isabel, y lleva la fecha de 1601. La

ley de asistencia pública en Inglaterra hoy día es, pues, en sus elementos fundamentales, la instituída por la sabiduría del famoso grupo de consejeros de la Reina Isabel, entre los cuales figuraban individuos como William y Thomas Cecil, Francis Bacon y Edward Coke, cuya fama todavía conoce el mundo moderno. Sin embargo, aunque el cuidado público de la salud del individuo tuvo su origen en la época de los Tudor, con las disposiciones públicas para el socorro de los indigentes, su desarrollo corresponde, en el fondo, al siglo XIX y después. Ciertamente es que un alcalde de Nottingham fué citado ante un tribunal en 1512 por iniciar un estercolero, y que al padre de Shakespeare lo multaron en 1552 por tirar basura a la calle, pero eso se hizo conforme a ordenanzas locales, y ni los ministros de la Reina, ni el Parlamento inglés, aunque muy interesados en las leyes relativas a los pobres, tuvieron que considerar disposiciones públicas relativas a saneamiento.

Hasta el siglo XVI, el socorro de los indigentes, incluso el cuidado de los pobres enfermos, estaba suficientemente atendido por las varias corporaciones que existían en la iglesia, tales como fundaciones hospitalarias, asilos y hospicios, y los servicios ofrecidos por los establecimientos monásticos. Antes de la conquista normanda, los reyes habían ordenado que los pobres fueran sostenidos por los párrocos, rectores y los feligreses, "a fin de que nadie muriera por falta de sustento." No obstante, el efecto primordial de la reforma fué nacionalizar la iglesia en Inglaterra, y de ahí que la organización de los socorros a los pobres pasara a ser cuestión nacional. Por eso fué que la legislatura, hacia el final del reinado de la Reina Isabel, aprobó la precitada ley ordenando a las unidades parroquiales que colectaran fondos y nombraran funcionarios encargados de socorrer a los pobres que no podían trabajar y a los enfermos. Cabe poca duda de que la misión del Gobierno central consistía en conseguir la promulgación de leyes, sin contar con una maquinaria regular que vigilara la administración local, por lo cual la asistencia de los enfermos y los pobres continuó siendo un asunto parroquial y, como era natural, había muchos y diversos tratamientos que variaban de experimentos admirables a abusos graves.

El socorro ofrecido era forzosamente ya institucional o domiciliario. Tratándose de enfermos, el primero era por lo común ofrecido en los asilos mixtos. Si los enfermos podían ser atendidos en sus propias casas, allí los visitaba y medicaba el doctor de la parroquia.

Quizás el más significativo de los cambios hechos por la gran ley sobre los pobres de 1834, fuera el establecimiento por primera vez en el Gobierno local de Inglaterra, del principio de un control ejecutivo central sobre la administración local o, en otras palabras, la creación de un organismo central y el nombramiento de inspectores, convirtiendo *ipso facto* la administración de la ley de los pobres en función

nacional. Las unidades locales de administración fueron inevitable y justamente retenidas para un servicio de naturaleza intensamente local, pero se descubrió que las drásticas reformas necesarias y el mantenimiento de una administración adecuada, imponían la dirección de una autoridad central.

A partir de 1834, comenzó a apreciarse notablemente hasta qué punto la pobreza dependía de la mala salud. Los comisionados de la ley de los pobres declararon que

. . . prominentes y urgentes fueron los medios de impedir los gravámenes sobre los impuestos para los pobres que proceden de plagas o estorbos higiénicos que engendran contagio y reducen a la gente a la miseria. Todas las epidemias y todas las enfermedades infecciosas van acompañadas de gravámenes que recaen primero y último sobre los impuestos para los pobres y el gravamen así producido es frecuentemente tal, que hace que sea buena economía de parte de los administradores de las leyes de los pobres sufragar los gastos para impedir los males, cuando éstos proceden de causa física.

Debido a ese cambio de mentalidad, al cual dió nuevo ímpetu la reacción humanitaria consecutiva a los males debidos al desarrollo del industrialismo y al movimiento incontrolado de los campos a las poblaciones durante los primeros veinticinco años del siglo, la Real Comisión que hizo dictar la ley de reforma de la ley de los pobres en 1834, fué seguida de otra Comisión de la Salud de las Ciudades y Sitios Populosos. Ese cuerpo presentó su informe en 1845, y de ahí la promulgación de la primera ley de sanidad pública de 1848—“base fundamental de la legislación sanitaria.” Ese movimiento debió su iniciación al mismo grupo de pensadores y administradores, de los cuales los mejor conocidos son Bentham y Chadwick, que habían inspirado la reforma de la ley de los pobres. Nada tuvo de extraño que la principal característica del cambio consistiera en la creación de otra autoridad central para la salud pública la cual, desde el principio, tomó y siguió desempeñando un papel principal en el desarrollo del saneamiento público. Encomendadas las obras sanitarias de las localidades a los concejos municipales, así comenzó otro servicio sanitario local e independiente, guiado por principios muy distintos de los que inspiraran los antiguos servicios para los pobres.

En contraposición a la junta de administración de la ley de los pobres, la autoridad sanitaria central cobró existencia, no para reformar lo ya existente, sino para crear algo nuevo, y esa actitud distinta ha prevalecido hasta hoy, y me parece que, al reflexionar sobre ello, veréis que tenía que ser así forzosamente. La demanda de asistencia pública surge de abajo, pero el saneamiento público tiene que ser impuesto desde arriba; o para expresarlo muy toscamente: si un individuo tiene hambre, pide alimento; pero si está sucio, hay que decirle que debe bañarse. El sujeto sucio que pide un baño, es el producto de un proceso educativo iniciado desde arriba. Para ofrecer otro ejemplo todavía más tosco, observamos a diario que el

machito de la especie humana manifiesta efusivamente su deseo de engullir cuanto puede agarrar, pero uno de los caricaturistas estado-unidenses nos ha hecho comprender la extraordinaria sagacidad que los muchachos pequeños manifiestan para demorar o evitar todo lo relativo a abluciones.

Retrocediendo ahora a una exposición más oficial—la autoridad central ha descubierto que es constantemente necesario impedir que las autoridades locales de gobierno muestren demasiada generosidad en brindar asistencia pública, en tanto que tiene que incitarlas constantemente a mostrarse más activas en crear servicios sanitarios, y por algunos decenios el Parlamento inglés ha tenido la costumbre de ofrecer subsidios porcentarios hacia los gastos locales, a fin de alentarlas así deliberadamente a gastar más y más en sanidad pública.

Ya habréis observado que hasta aquí me he referido a la salud pública como equivalente al saneamiento público, y eso era lo que representaba aparte del tratamiento de los pobres enfermos, pero para 1875, Inglaterra ya se hallaba plenamente educada en el aprecio del saneamiento. Disraeli, al introducir su gran ley de salud pública de 1875, ya pudo lanzar el epigrama "*Sanitas sanitatum, omnia sanitas.*" Los ingleses solían vanagloriarse con bastante satisfacción de sus palanganas, de las virtudes evangélicas del jabón de Pear, y de los triunfos de la ciencia del plomero en nuestras ciudades y poblaciones. Por aquél entonces, la salud pública era en verdad en gran parte cuestión de caños: caños para el agua limpia; caños de desagüe y de desperdicios que realizaban invisiblemente sus tareas de limpieza; y grandes caños tubulares en forma de chimeneas que lanzaban a la faz de un cielo ofendido las negras nubes de humo que constituían el signo celestial de nuestra abundante prosperidad industrial.

Sin embargo, desde los comienzos del siglo xx, la administración sanitaria ha extendido su esfera mucho más allá de los límites del saneamiento, tal como se comprende éste corrientemente. En vez de dedicarse principalmente a todas las medidas, múltiples como son, necesarias para impedir las enfermedades infecciosas y otros peligros para la salud comunal, los administradores de sanidad han vuelto a su primer concepto, interesándose cada vez más en la salud personal de los individuos de la población. Un ejemplo de esta desviación del centro de gravedad, lo ofrecen los hospitales de casos febriles de Londres, creados a fin de aislar personas que padecen de enfermedades infecciosas, para cohibir la propagación de las mismas en la población. Sin embargo, un examen continuo y franco de los hechos reveló que ese aislamiento no afectaba realmente la propagación de la enfermedad, y que lo que hacía en realidad era cumplir el servicio de ofrecer a cada doliente individual el cuidado y tratamiento que, sin esa ayuda pública, le hubiera sido difícil obtener en su propio domicilio. La Junta Metropolitana de Asilos, por lo tanto, abrió el camino para

proveer lo que los Webbs en su obra "English Local Government" describen como el magnífico sistema hospitalario, que ofrece tratamiento a los individuos que padecen de enfermedades exigiendo los especializados conocimientos e instalaciones que sólo puede ofrecer una gran autoridad progresista.

Lo que el Ministro de Sanidad que prohiere la medida ha descrito como el principal cambio en el Gobierno local inglés en un siglo, fué efecto de la ley de gobierno local de 1929, que entró en vigor el 1° de abril de 1930. Baste indicar que acabó con las juntas de guardianes de los pobres, entregando casi todas sus atribuciones a los consejos de los condados y barrios de los condados, la más difícil e ingrata de las cuales era sin duda conceder socorros domiciliarios a ambulantes por razones que no fueran sanitarias, en particular a los capacitados, problema ese que, al parecer, sólo se vuelve más difícil a medida que pasa el tiempo. La parte del cambio que interesa a las administraciones sanitarias, es la que por primera vez puso los dos servicios médicos públicos bajo una dirección en cada distrito. En Londres (y en general, en todo el país), la Comisión de Asistencia Pública del Condado está encargada del socorro de los pobres, y la Comisión de Salud Pública, de la dirección de los hospitales y el control de todas las obras médicas y enfermeriles. Los principales puntos de contacto son: (1) provisión de asistencia médica a domicilio; y (2) disposiciones para el ingreso de enfermos indigentes en los hospitales.

El condado está dividido en distritos, cada uno con su médico, que es por lo general un médico del vecindario, y cuyas obligaciones comprenden: asistir a los enfermos menesterosos a domicilio, o en el centro de socorros médicos, o dispensario del distrito. Las subcomisiones de distrito que administran los socorros, de las cuales hay 74 en Londres, reciben los informes y recomendaciones del médico de distrito en los casos de todas las personas que reciben socorros ambulantes que exigen asistencia médica y cuidado, o alimentación especial a domicilio. Tratándose de personas aptas para el trabajo, que como condición para recibir socorros ambulantes están obligadas a asistir a centros de trabajo o de entrenamiento, un examen por el médico de distrito es un preliminar obligado de dicha asistencia. En Londres, el número de visitas a los hogares de los enfermos que hicieron los médicos de distrito en el año terminado en septiembre de 1930, llegó a 60,000, y el número de enfermos que asistieron a los centros de socorro médico de unos 230,000. En todo el país, hay unos 4,000 médicos de distrito.

Con respecto a los hospitales mantenidos de los fondos públicos, éstos, hasta el cambio de 1930, habían sido establecidos casi absolutamente por los guardianes de los pobres, y en época moderna las salas para enfermos de los asilos generales se habían convertido, en muchas partes del país, en hospitales de primera clase. Aun refi-

riéndonos a los hospitales de la Junta Metropolitana de Asilos de Londres, cabe decir de todas las enfermedades admisibles que los ingresos comenzaban con, y se limitaban a, la clase menesterosa y que, naturalmente, resultó necesario convertir la necesidad de tratamiento, más bien que la falta de recursos, en base de ingreso, eliminándose la limitación legal relativa a admisión.

Apenas parecía posible que la opinión pública se contentara, con referencia a los hospitales de los guardianes, con que el certificado del funcionario de socorro fuera el "ábrete sésamo," y la miseria la única calificación para ingreso, de modo que hasta en esos hospitales esa calificación necesaria había, por un período prolongado, sido interpretada tan ampliamente que comprendía muchos a quienes hubiera excluido una aplicación más rígida. Con la ley de 1930 vino el traspaso de todos esos hospitales a los consejos de los condados y barrios de los condados, lo cual, naturalmente, equivale a transformarlos en hospitales generales municipales y abrir sus puertas al público general. El Consejo del Condado de Londres y tiene a su cargo unas 100,000 camas de todo género, y el ciudadano tiene, por lo tanto, una escala muy amplia de recursos públicos con que contar, no tan sólo para enfermedades infecciosas y mentales, sino también para lo que los antiguos griegos hubieran llamado sus necesidades autopreservadoras.

No es extraño que cuando la gente caritativa ofrece algo que en realidad es muy bueno, con la intención de que sea utilizado para los muy pobres, el destino final de esas cosas buenas, es que las empleen gente acomodada que tienen la inteligencia y energía para apropiárselas, y dícese que así ha sucedido a menudo con algunas de nuestras más antiguas fundaciones educativas. Ese proceso debe resultar menos fácil con la administración pública, pero precisa la vigilancia de las autoridades locales para conseguir la observación del derecho a primacía que la ley de 1929 concede a los pobres indigentes, para quienes se crearon los hospitales en primer lugar, y con los cuales se han llenado hasta ahora. Al mismo tiempo, hay que atender a las nuevas demandas procedentes de las clases situadas más arriba de la línea de la pobreza y, ciertamente, hasta la parte baja de la clase media, que necesitan más hospitales. En una palabra, tenemos que reconciliar la opinión del presidente de la Sociedad Inglesa de Médicos de Sanidad el año pasado, quien desea "recibir y atender a las respetables e independientes clases media o media baja y obrera, que no pueden pagar por una casa de salud particular y no desean recibir caridad," y la del finado Lord Knutsford, una de las eminentes figuras del mundo hospitalario inglés, a quien se debe en gran parte la recreación del Hospital de Londres con sus 800 camas, florecientes colegios médicos, laboratorios, escuela para enfermeras, etc. Lord Knutsford murió en dicho hospital, y en muchas partes se comentó entonces cuan apropiado era ese fin; pero cuando los cirujanos se

empeñaron en trasladarlo al hospital, contestó característicamente: "El hospital es para los pobres enfermos, y no para gente como yo."

Íntimamente enlazado con ese problema, se encuentra el del pago por el tratamiento hospitalario según los recursos de la persona. La antigua ley de los pobres consideraba la familia como una unidad y establecía que

. . . el padre, abuelo, madre, abuela, esposo o hijo de una persona pobre, anciana, ciega, lisiada o impotente, o de otra persona pobre incapacitada para el trabajo, tendrán la obligación, si poseen los medios suficientes, de socorrer y mantener a dicha persona,

y las autoridades estaban facultadas para obtener órdenes de mantenimiento contra los parientes responsables, y ese derecho a recuperar de ellos todos los gastos de manutención, o la parte que puedan pagar según opinión de las autoridades, ha sido reincorporado en la ley de 1929. El Consejo del Condado de Londres ha tomado la actitud que la obligación de fijar y colectar las contribuciones de los que reciben.

. . . servicios rendidos o socorros prestados de los impuestos o contribuciones a un individuo o familia, previo examen de las circunstancias económicas o de otro género, incluso socorros en todas formas, mantenimiento y tratamiento en hospitales e instituciones (salvo por enfermedad infecciosa)

queda concentrada en un solo departamento: el de la Asistencia Pública. Esto tal vez parezca chocar con las opiniones de los que sostienen que el cambio fué destinado a despauperizar la enfermedad y eliminar el estigma del pauperismo, interponiendo al funcionario de socorros y la investigación de los medios; pero un cambiar de palabras no cambia las cosas, y toda limitación en cuanto a medios con respecto a ingreso en los hospitales, debe comprender la averiguación de los hechos. Así también, sea quien fuere el funcionario que debe averiguar los hechos y colectar el pago, tendrá que hacer investigaciones semejantes a las que hace ahora el Departamento de Asistencia Pública, y no será más popular que ningún otro funcionario encargado de esas funciones en el pasado. Dudo mucho que el estigma de pauperismo estribe en que se hagan investigaciones de los recursos, o en el título dado al funcionario que hace la investigación. Hay que buscar una causa más fundamental, y me parece que consiste en que hasta hace poco la única gente que recibía esa forma de asistencia del Estado basada en una investigación de las necesidades, que se llamaba socorro a los pobres, constituía un número limitado de los más pobres de la comunidad, clase esa que comprendía los sucios e ignorantes, los ordinarios y depravados. Los "indigentes" formaban una clase apartada del resto de la comunidad, que perdía todas sus relaciones con la vida normal, y si eran colocados en instituciones, se les conocía por su traje. Se les consideraba como gente que debía ser coaccionada y ese espíritu hasta penetraba en la cuestión de las necesidades médicas. Por lo tanto, no hay que maravillarse de esa idea de un



estigma, antigua y muy arraigada; si bien ya ha cambiado mucho la actitud del público hacia la pobreza. En primer lugar, el número de los necesitados es absoluta y relativamente tan mayor hoy día, que no pueden ser considerados como una clase separada ni como casos anormales. Hoy se pide socorro lo mismo que se piden otras formas de asistencia social, y el antiguo principio es proclamado menos abiertamente, si no se ha olvidado.

El traspaso de los servicios para los pobres a una complicada organización gubernamental, como son los consejos de los condados, equivale a administrar lo que por varios siglos formó esencialmente un servicio separado, en combinación con otros servicios de origen más reciente, destinados a suplir las necesidades creadas por la creciente complejidad de la organización social. Esa reorganización cooperativa de la asistencia pública debe capacitarla para volverse más científica en sus métodos y constructiva en sus propósitos que en el pasado, y en ninguna rama de la asistencia pública más que en la médica.

Terminaré tocando muy brevemente uno o dos puntos más que afectan la asistencia pública y la salud pública. En la industria, por la racionalización y la tendencia hacia las empresas de servicio público, y en el hogar, por el creciente volumen de servicios públicos sufragados por los fondos públicos, la tendencia es a suplantar el esfuerzo individual con el comunal. El espíritu de supeditamiento que caracterizaba a la antigua ley de los pobres, tal vez fuera fruto del individualismo en su forma más extrema. Benjamín Franklin, cuando visitó a Londres en 1766, dijo:

. . . El día en que pasásteis esa ley (43 Isabel), les quitásteis de ante los ojos el mayor de todos los alicientes al trabajo, la frugalidad y la sobriedad, ofreciéndoles un auxilio basado en otra cosa que el ahorro cuidadoso durante la juventud y la salud, para sostén en la ancianidad y la enfermedad. A mi entender, el mejor modo de hacer bien a los pobres, no consiste en ofrecerles más acomodo en la pobreza, sino en conducirlos o sacarlos de la pobreza. En mi juventud yo viajé mucho, observando en diversos países que mientras más disposiciones públicas se tomaban en favor de los pobres, menos tomaban ellos mismos y, por supuesto, más pobres se volvían. En ningún país del mundo hay tantas disposiciones establecidas para ellos, tantos hospitales, tantos hospicios . . . en resumen, ofrecéis un premio a la ociosidad, y no debéis sorprenderos de que manifieste sus efectos en un aumento de la pobreza.

Si, como me parece que sucede, el estigma del pauperismo se va extinguiendo, no es porque haya menos, sino porque se utiliza más la asistencia pública en una forma u otra, y porque su vasta y rápida extensión en formas distintas de los socorros a los pobres, indica un cambio fundamental en la relación entre el Estado y el individuo. El que esos desenvolvimientos se inspiraran en un deseo de impedir el "pauperismo," no puede disfrazar el hecho de que imponen serios gravámenes al erario público con varios nombres, mientras que no

se ha cumplido todavía la esperanza halagüeña expresada en cada período sucesivo de la reforma social, de que los socorros a los pobres se reducirían sucesivamente *pro tanto*.

El problema de cómo debe atender la comunidad las necesidades a que no puede atender el individuo, y que la conciencia pública exige que se atiendan, sin crear un espíritu universal de dependencia e incitar la demanda de asistencia pública con cada nueva disposición que se hace (en otras palabras, sin abandonar la independencia de un pueblo fuerte y viril), jamás ha embargado más la atención del hombre de la calle y de los estadistas del gabinete, que hoy día. En la solución del problema, los administradores de la asistencia pública y de la sanidad pública pueden desempeñar un gran papel con su cooperación. A la asistencia pública quizás le corresponda el papel menos popular de recalcar que la familia es todavía el factor primordial en nuestra organización social; que a través de toda nuestra legislación social del pasado, se desliza la teoría de que es obligación de la familia atender a todo miembro de la misma que esté necesitado o desamparado en cualquier forma, y que eso reza con la enfermedad lo mismo que con las demás durezas de la vida humana, contra las cuales la familia es el protector natural.

Si la asistencia pública trata de predicar la prudencia económica, cierto es que no recibirá el aplauso de los mercados, pero tal vez merezca la aprobación de los juiciosos. He notado con mucho interés que los servicios sociales caritativos, que en muchas partes de los Estados Unidos desempeñan las funciones de la ley de los pobres en Inglaterra, se hallan a cargo de sociedades que emplean el título de Sociedades Familiares, y que los individuos de los Estados Unidos que más o menos corresponden a los funcionarios de socorros de Inglaterra, ostentan el nombre de funcionarios de rehabilitación de la familia. Debo confesar que desearía ver alguna aclimatación, aunque fuera la modesta adición de la "F" a las conocidas iniciales (R. O.) empleadas en Inglaterra; pero más allá de la cuestión de título, queda todavía el principio de que la administración de la asistencia pública debe seguir todos los numerosos canales por los cuales se ofrece asistencia municipal y estadual y tratamiento especializado a miembros individuales de los grupos familiares, y que debe todavía hacerse comprender a cada familia el sentido de su existencia organizada, y la idea de la ayuda mutua y la independencia.

---

*Descubrimiento de la causa de la sarna.*—Se suele atribuir a Redi el descubrimiento del ácaro de la sarna, pero la gloria en verdad pertenece a dos discípulos del naturalista italiano, o sean Bonomo y Cestoni, siendo el hecho anunciado por Bonomo en una obra publicada en Florencia en 1687. Más tarde, Cestoni reivindicó los honores, pero no cabe duda de que la idea fundamental y los estudios clínicos y terapéuticos se deben a Bonomo. Los hallazgos fueron confirmados un siglo después por Wichmann.—S. DESSY: *Rev. Sud.-Am. Endocr. Immun. Químter.*, 86, eno. 15, 1933.