

Una tesis pionera en la Medicina de Urgencias y Emergencias española: “Alcance de la *cirujía* [sic] de urgencias en las casas de socorro” (1907)

INÉS MARÍA FERNÁNDEZ-GUERRERO, ANTONIO FERNÁNDEZ-CANO

Hospital General Universitario “Virgen de la Nieves”, Granada, España. Unidad de Urgencias, Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Universidad de Granada, Granada, España.

CORRESPONDENCIA:

Inés María Fernández-Guerrero
Servicio de Cuidados Críticos
y Urgencias (SCCU)
Hospital General Universitario
Virgen de las Nieves
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2
18012 Granada, España
E-mail:
inesmariafernandez@yahoo.es

Este artículo descubre, comenta y revisa la tesis doctoral defendida por el doctor Manuel Pascual Alonso en 1907. En ella se expone el estado material e instrumental, agentes médicos implicados y las prácticas quirúrgicas de alcance en las casas de socorro, verdaderos antecedentes de los servicios médicos de urgencia actuales. Tal tesis pionera es un hallazgo relevante e iluminativo para la medicina española de urgencias y emergencias y que pone de manifiesto, a partir de este estudio retrospectivo, una valiosa y multisecular tradición médica de urgencias en España desconsiderada hasta ahora. [Emergencias 2013;25:409-414]

Palabras clave: Historia de la medicina de urgencias. Tesis doctoral. España. Casas de Socorro. Estudio retrospectivo-documental.

FECHA DE RECEPCIÓN:

30-6-2012

FECHA DE ACEPTACIÓN:

15-8-2012

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

La revisión de tesis doctorales en Medicina

Existe en Medicina la tradición de realizar estudios sobre tesis ejemplares que impactaron positivamente sobre el campo médico y más en concreto sobre una especialidad determinada. Estos estudios de revisión adoptan el formato de artículo, libro o incluso tesis, en cuyo caso se trataría de una tesis sobre una tesis. Un ejemplo sería el estudio de Herrera¹ que indaga la tesis doctoral “Contribución al estudio de la lepra” de Ángel Ferrer Cagigal de 1909.

Este tipo de estudios tienen una tradición más abundante y variada en otros países. Sever, Namal y Eknayan² revisan la tesis de Frank sobre la naturaleza benigna de la proteinuria ortostática, que lo reivindican como un pionero de la moderna nefrología. La tesis doctoral del holandés Van Rhijn sobre afasiología, escrita en 1868, es recuperada

por Eling³ y comentada con ciertos ribetes nacionalistas. Según Jewanski, Day y Ward⁴, el primer caso de sinestesia es expuesto en 1812 en las tesis de Sachs *et al.*, “al par que indaga el albinismo”. Kaiser⁵ trata de reivindicar a Diamantberger como el primero que descubrió casos de artritis crónica juvenil a partir de su tesis defendida en 1890. Valentine⁶ comenta la tesis pionera en la dermatología norteamericana escrita en 1808 por Shattuck. El número de estudios de revisión de una sola tesis concreta es amplio, pero necesitado de una elaboración más completa. La mayor parte de las disciplinas y especialidades médicas tienen a gala recuperar y comentar sus tesis pioneras más relevantes que constituyeron un aporte seminal cualificado.

Este tipo de estudios histórico-documentales, centrados en un único documento científico, bien podrían también denominarse de análisis idiosincrático de tesis-caso por considerar una disertación

ejemplar, pionera o realizada por un personaje de especial relevancia científica, académica o histórica. Su racionalidad es múltiple. Por un lado, exponer los fundamentos de una disciplina o especialidad médica, que contextualizan en sus orígenes; pero también denotar el impacto de una tesis ejemplar sobre la investigación y la praxis clínica posteriores. Además, estos estudios tienen la ventaja de reivindicar el interés que tiene la revisión de antiguas tesis doctorales como herramienta para recuperar aspectos olvidados o poco conocidos del quehacer médico y ofertar así una visión histórica, que en el caso que aquí nos ocupa, concierne los servicios de urgencias españoles.

Otras racionalidades más externas serían mostrar la prelación de un hallazgo, bien para otorgar la eponimidad bien fundamentada a su descubridor, testimoniar un logro científico llevados de un prurito personal o nacionalista o simplemente narrar la génesis de un hallazgo médico de cierta relevancia.

Caracterización de la tesis doctoral de Pascual Alonso

El 4 de noviembre de 1907, Manuel Pascual Alonso⁷ defiende en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid su tesis titulada "Alcance de la medicina de *urjencias* [sic] en las casas de socorro [CS]". La tesis mereció la calificación de un discreto aprobado por parte de un sesudo tribunal compuesto a la sazón por: Ildefonso Rodríguez Fernández (Catedrático de Historia de la Medicina) que actuó como lector; Manuel Menéndez Potenciano, lector; Julián Calleja Sánchez, que actuó como presidente; Isidoro Rodríguez Trigueros, secretario, y, como vocales, Enrique Pérez Zúñiga y el urólogo Luis Guedea y Calvo. El profesor Julián Calleja era especialista en Neuroanatomía. Fue decano de la Facultad de Medicina durante bastante tiempo y presidente casi perpetuo en los tribunales de tesis. Todopoderoso personaje y adversario acérrimo de Santiago Ramón y Cajal.

El informe de la tesis consta de 193 páginas apaisadas de 16 x 21 cm con el verso de las hojas en blanco, impreso en tapa dura y cosido con hilo. El texto está mecanografiado con bastantes correcciones, lo cual constituye un notable avance para los usos de la época, en que aún las tesis se escribían con letras a mano. La bibliografía citada⁷, que se referencia a pie de página con el nombre del autor y título de la obra, es bastante amplia y actualizada para la época; abundan citas a manuales de cirugía en español (i.e. Tratado de

Cirugía Antiséptica de Cardenal, p. 26), en francés (i.e. *Le lavage du sang* de Félix Lejars, p. 47), en italiano (i.e. Obras diversas de Vincenzo Omboni referida en castellano y editada en Cremona, p. 166) incluso a aportes de cirujanos relevantes como al padre de la cirugía en EEUU, Samuel Gross (p. 175) o a Emil T. Koscher Senzoy, premio Nobel de Medicina en 1909 (p. 177).

La tesis está indexada en la colección Tesis Doctorales de la Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid y su referencia es accesible a través del Catálogo Cisne. Desafortunadamente, no ha sido aún digitalizada, por lo que su acceso ha de hacerse a través de contacto presencial y autorizado en la sala de lectura.

El autor de la tesis: Manuel Pascual Alonso

Ha sido bastante azaroso obtener información sobre el autor. La que aquí se expone es la que el propio autor aporta en el texto de la tesis. Manuel Pascual Alonso se licencia en Medicina en la Universidad de Valladolid. Trabajó como cirujano en el hospital universitario de dicha universidad. Fue gestor responsable y médico activo de la CS de la ciudad de Valladolid ubicada en la calle Conde Ansúrez, en un edificio hoy ya desaparecido. Posiblemente fue también jefe de la sección de cirugía del Hospital de Esgueva. Nuestro autor⁷ podría haber hecho prácticas como posgraduado en la elitista CS de los distritos madrileños poco poblados de Palacio y Congreso (p. 11); centro al que alaba por estar dotado de un excelente instrumental y aparataje. Tuvo amistad con el embajador suizo, Alfredo de Mengotti, al que agradece (p. 29) la dotación de un valioso y numeroso instrumental quirúrgico, que éste regala en 1905 a la CS de Valladolid.

Contextualizaciones de la tesis

A nivel científico-médico nos encontramos en una época (1907), principios del siglo XX, plena de notables avances: descubrimiento de los rayos X, nuevas técnicas quirúrgicas, uso de antisépticos y nuevas vacunas y alta preocupación por la higiene; no obstante, estamos ante una etapa preantibiótica. Todavía se tenía que sufrir la más terrible de las pandemias, la mal llamada gripe española, que irrumpe en 1917.

El contexto político-social de la España de entonces ofrece un panorama desolador; aún se viven los estertores del fin del imperio colonial en

1898 unidos a una aguda crisis social, política e institucional. Problemas como la intensificación de las luchas sociales de obreros y campesinos, la cuestión religiosa, el problema militar, la tensión política entre el centro y la periferia y el conflicto bélico norteafricano estuvieron presentes. Los esfuerzos reformadores de Maura no tuvieron éxito.

Breve historia de las casas de socorro

La CS fue una institución de beneficencia médica típicamente española. De hecho, Pascual⁷ (p. 11) manifiesta que: "Nos llena de íntima satisfacción el poder *consignar* [sic] que la primera nación europea que ha instituido estos departamentos ha sido España" asimilándola al Hospital de Nuestra Señora del Buen Suceso fundado en 1529. El propio autor⁷ (pp. 13-14) expone que tal hospital fue creado en 1529 por bula pontificia de Clemente VII expedida en Bolonia y a instancia del emperador Carlos V, llamándose Hospital de la Corte hasta comienzos del siglo XVI. Sin embargo, la visión literaria de Pío Baroja de estas CS y de los centros médicos madrileños es menos optimista según constata Del Moral⁸; aunque el informe médico-social del médico húngaro Philip Hauser⁹ en 1903 emite una visión más ajustada, equilibrada y pormenorizada.

La CS es un producto benéfico-asistencial generado por los gobiernos liberales del siglo XIX que pervivió hasta bien pasada la mitad del siglo XX. Sustituyó a centros y servicios médico-asistenciales que estaban regentados por la iglesia católica y que, tras las sucesivas desamortizaciones, desaparecen. A su vez, las CS fueron desplazadas por una medicinal social, estatalizada y auspiciada por la progresiva generalización de la seguridad social. Carballo¹⁰ considera que la CS era básicamente una institución municipal, asistencial, benéfica, en conjunción con los asilos de ancianos, hospicios y orfanatos. En un principio, la función principal que tenía era acoger a huérfanos y otros desamparados, pero con el tiempo, además, empezaron a ofrecer asistencia médica urgente y otros servicios sociales.

Cada ayuntamiento establecía una regulación, aunque el modelo general fue el del Ayuntamiento de Madrid¹¹, el cual en su Reglamento General de la Beneficencia Municipal de Madrid de 1875 definió a las CS en su artículo 4º como "los establecimientos destinados a la prestación inmediata de los auxilios necesarios a cualquier persona acometida de accidente, en paraje público, o herida

por mano airada, o caso fortuito; a facilitar el primer socorro facultativo en el domicilio de los pacientes, en caso de inminente riesgo, a proporcionar consulta pública diaria para los pobres, y a asistir dentro del establecimiento a aquellos enfermos o heridos agudos que no sea posible trasladar a su casa o a los hospitales; y por último, a propagar las operaciones de la vacunación en las épocas oportunas". Tal reglamento es un documento capital para entender el origen, sentido y funciones de la CS.

Los gastos generados por las CS corrían a cargo del presupuesto municipal mediante partidas libradas mensualmente, aunque también se admitían suscripciones voluntarias de los vecinos del distrito, limosnas, legados y otras donaciones. Los gastos se acogían a tres capítulos: medicinal (que incluía leche para lactantes), víveres y carbón y materiales (incluidos los ortopédicos).

Concepción de la medicina de urgencia por el autor

Para Pascual⁷, la medicina de urgencia es todo auxilio médico-quirúrgico que se presta a una persona que sea víctima de un repentino accidente (p. 14). La limpieza y la higiene deben ser "el ideal del personal subalterno, acatando éste cuantas observaciones les hagan los médicos sobre este asunto" (p. 21). Prosigue el autor⁷ al declarar que "el método antiséptico debe ser el único a seguir, porque la mayoría de los traumatismos abiertos que se observan en las CS, llegan a éstas en probable estado de infección" (p. 23) ... "De todo esto se puede deducir que la herida debe y tiene [subrayado en el original] que supurar ... la inmensa mayoría de las veces" (p. 24). Hay un énfasis en el preoperatorio en el que se invierte más tiempo que en el operatorio; tiempo dedicado a "la esterilización del campo quirúrgico, de las manos del cirujano y sus ayudantes, de los medios de cura y de todo cuanto puede ponerse en contacto con el traumatizado" (p. 26).

El personal de las casas de socorro

El personal médico básico de las CS constaba de profesores de medicina, cirugía y farmacia (facultativos) y personal subalterno (practicantes, camilleros y mozos), "todos los que han de ejecutar cuantas disposiciones facultativas ordene el médico, con la mayor diligencia y celo que sea posible" (pp. 36-37). Pascual⁷ descarta al practicante

que en su opinión “debe ser sustituido por estudiantes de medicina de los tres últimos grupos” (pp. 37-38). Tal personal estaba repartido entre los distintos distritos según sus necesidades y bajo la inspección de un concejal, que haría las funciones de inspector del cuerpo.

La estructura administrativa de las CS estuvo formada por un presidente nombrado por el alcalde, un vicepresidente, un secretario-contador que elaboraba las cuentas, un vicesecretario, un depositario y los vocales visitadores, encargados de llevar a cabo la asistencia domiciliaria de los pobres.

Tipo de pacientes de las casas de socorro

El propio Pascual⁷ describe los tipos de paciente que acuden a una CS: “Concurren á estos centros benéficos, personas que son víctimas de los diversos accidentes en busca de curación, alivio o consuelo para los males que les aquejan... Hay de estos, individuos congelados, quemados, causticados; heridos y contusos; roturados y fracturados... los que experimentan las diversas lesiones de continuidad. Van también en demanda del médico de guardia los enfermos que lo son por perturbaciones circulatorias (*hiperemias é inkemias* [sic, por “isquemias”]), por perturbaciones osmósicas y por sus congéneres las nutritivas” (pp. 4-5). Prosigue afirmando que “sus médicos son frecuentemente requeridos para asistir enfermos víctimas de los paroxismos en los que las neurosis hicieron explosión. Todo esto sin consignar que también padecimientos inflamatorios, diatéxicos y febriles, hacen acudir al Profesor de guardia al lado del paciente” (p. 5).

Aparte de los numerosos tratamientos quirúrgicos que se contemplan, algunos expuestos exhaustivamente como las heridas penetrantes en pecho (pp. 160-169) y vientre (pp. 171-176) o la consideración profusa de la extracción de cuerpos extraños introducidos por cualquier orificio corporal (pp. 109-136); también se consideran enfermedades u otras patologías con tratamiento médico o médico-quirúrgico como: el desfallecimiento por anemia aguda (pp. 45-50) tratado con inyecciones de agua salada, quemaduras (pp. 95-100), causticaciones (pp. 100-101), electrocución (pp. 101-106), congelación (pp. 107-108), asfixias y ahogamientos (pp. 156-159), hernias (pp. 81-83) o el tratamiento del terror (pp. 50-51) con inyecciones de morfina.

La nómina de pacientes y agentes que acuden a una CS no se agota en lo médico, pues se amplía a lo social. Efectivamente, el médico de guardia debe: “atender al desvalido que pretende in-

gresar en un hospital, al que reclama una certificación para poder ser auxiliado por la autoridad gubernativa y al pobre, en fin” (p. 8).

Funciones de las casas de socorro

Pascual⁷ distingue tres funciones básicas de la CS: quirúrgicas, asistenciales y médicas (p. 14). El médico de una CS no sólo trabaja en ésta, sino que también asiste a consultas externas (a la casa del enfermo, al lugar del accidentado) cuando se le requiere. Ante esto, el autor⁷ se interroga sobre los límites del auxilio, de la intervención (el cómo, cuándo y por qué) teniendo en mente la existencia del gran hospital como referente definitivo (p. 6). Pero también alerta del viejo y perenne problema de las urgencias improcedentes ante ciertas: “perturbaciones ... porque la parsimonia de su invasión no se compagina bien con la urgencia con que de ordinario son solicitados los servicios en esta clase de edificio” (p. 4).

Algunas de estas tareas eran meramente burocráticas al tener, por ejemplo, que emitir certificaciones para poder ser auxiliado en bonos para farmacia por la autoridad gubernativa y rellenar una ficha con los datos del asistido, que debía recibir el vocal visitador para que éste acudiese a su casa en las visitas que realizase a la sección que le había sido asignada. Pascual⁷ (p. 8-9) cuestiona esta labor porque “es subsanable con dineros y alimentos y hace perder tiempo de estudio al médico”.

El edificio de las casas de socorro

Pascual⁷ (pp. 15-19) expone la conformación, si no ideal, al menos aceptable del edificio de una CS; así como el tipo de edificio, las dependencias y servicios. El edificio debe estar emplazado en “el casco de la población, procurando en lo posible, que esté próximo á los grandes centros fabriles y manufactureros, y convenientemente distanciado de los hospitales, consultorios públicos y sanitarios”. “El mejor sistema de construcción sería el formado por un solo cuerpo de edificio, perfectamente aislado, a modo de chalet [subrayado en el original], de poco coste, para que al cabo de unos cuantos años pudieran ser destruidas, sin que ello pudiera representar un despilfarro de importancia” (p. 15). Como comparativa, las CS estarían a caballo entre las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias actuales.

Las dependencias deseables de una CS, según el autor⁷, son múltiples y variadas y nos sorprenderían por su número y utilidad (pp. 18-20). La pieza central sería una habitación amplia y perfectamente ilu-

minada, ventilada y caldeada para las intervenciones quirúrgicas. Prosigue: “dos salas de cura, local para instrumental, despacho con botiquín, salas diversas para subalternos, salón para sesiones médicas, sala de espera, local de descanso para ambos sexos, archivo y algún otro departamento accesorio. Siempre a la vista han de estar las camillas y medios que se disponen para la conducción de enfermos. Este local central tendrá el suelo en razonable declive y con un sifón en sitio conveniente que permita el rápido y completo desagüe tras baldeo. Los ángulos formados por las paredes entre sí y por éstas con techo y pavimento serán redondeados. No habrá colgaduras, ni cortinajes, ni adornos y su mobiliario, en cuanto a número, será lo más limitado posible.”

Instrumental y aparataje recomendable

La relación de instrumental, medios de curación y aparataje que Pascual⁷ recomienda es extensa, variada y muy pormenorizada, aunque él no pretende “hacer un catálogo de lo que es conveniente poseer en toda CS” (p. 27). En pie de página, va haciendo exposición del surtido material donado (pp. 29-32); y a la par expone otra relación de aparatos e instrumentos convenientes, que distinguen entre el propio y el donado, acompañado a su vez de los inventores de tal instrumental. Por ejemplo: la mascarilla para la anestesia clorofórmica (recomendando la de Demarcuay), las diversas pinzas de ligar de Frike, Charrière, Luer y Tillaux, pinzas hemostáticas de Pean en T, triangular, oval, etc. [un verdadero lujo para el autor], sonda de Bellot, etc. Podría hacerse un estudio en profundidad a modo de glosario sobre el numeroso vocabulario médico, incluido instrumental y material, que Pascual recomienda y comenta. Igualmente sería interesante verificar la autoría, origen y vigencia actual de tal aparataje.

La calidad del material será alta pues “debe ser metálico y de la más fuerte y lisa construcción” (p. 27). La adquisición, conservación y reparación “debe venir secundada por el exquisito cuidado que observe el personal técnico y la generosidad de los vecinos pudientes” (p. 29).

La preocupación de Pascual por la asepsia le lleva a recomendar “colocar un lavabo con calentador instantáneo para asepticarse las manos los médicos y el personal subalterno” (pp. 19-20) y a ubicar abundantes escupideras pues: “Inútil nos parece consignar que para evitar en parte el desarrollo de grandes procesos infecciosos, no se debe escupir en el suelo, para lo que todos los departamentos tendrán escupideras de pie elevado conteniendo algún

líquido antimicrobiano” (p. 22). Estos recursos podrían ser habituales en una CS; sin embargo, otro instrumental de asepsia no sería de disponibilidad general pues Pascual dice: “No es de precisión en las CS un perfecto y acabado autoclave, aunque sería ventajoso el que de él obtuviesen dotadas. Puede ser convenientemente sustituido por el esterilizador universal modelo Simmelburg u otro por el estilo” (p. 31) pues como prosigue después: “no siempre es fácil contar con estos recursos que por otra parte se precisan en toda operación” (p. 32).

Prácticas quirúrgicas y médicas propuestas a realizar

La relación de prácticas médicas y quirúrgicas ocupa la parte central de la tesis⁷. Éstas están bien clasificadas, diversificadas, documentadas, incluso con su referencia en la antigüedad (i.e. a Pablo de Egina, p. 32; el trocar de fray Cosme, p. 129) y actualizadas a la práctica del momento. Asombra la cantidad y complejidad de prácticas quirúrgicas impensables de realizar hoy día si no es en un sofisticado servicio de cirugía.

Pascual⁷ expone algunas prácticas que él considera útiles y novedosas para aquel momento; a saber: la insistencia en la utilidad del suero salino como sustituto de las transfusiones en hemorragias (pp. 32-33); el tratamiento de Malgaigne para la lesión de vértebras pélvicas (p. 78); la traqueotomía lenta u operación de Trousseau (p. 119); la prolija consideración de las oclusiones (p. 109); el uso de potentes analgésicos como el clorhidrato mórfico (p. 162), la cocaína (p. 178), que había popularizado el cirujano francés Paul Reclus, y el opio (p. 176); el empleo de los botones de Murphy y Chapt (p. 176); y los agrafes de Michel (p. 174).

Discusión

La lectura de esta tesis genera abundantes reflexiones y apreciaciones personales. Cuando se leen las características deseables de una CS, no podemos obviar que, aún hoy día, la falta de espacio vital y profesional de los actuales servicios de urgencias, pudiera ser pausable. Este objetivo podría afirmarse que no se ha logrado plenamente todavía. Las múltiples prácticas quirúrgicas, que se proponen en esta tesis, conforman una piedra de toque para la discusión sobre las competencias profesionales del *urgenciólogo*. Ciertos tratamientos tienen un regusto más antiguo y discutible, como el uso de sanguijuelas para el tratamiento de las contusiones (p. 60). Otros como

el uso ubicuo de escupideras no es cuestión baladí ni hilarante. Este recurso facilitó y coadyuvó a eliminar la antihigiénica y generalizada práctica de escupir en el suelo, tan omnipresente aún en múltiples países. La problemática de las urgencias improcedentes y los problemas de gestión que ya Pascual denunciaba parecen continuar hasta nuestros días y se explicitan en problemas de gestión del servicio y coordinación con otros ámbitos sanitarios¹², en una preocupación por la calidad asistencial¹³, en la gestión de camas y disminuir la saturación y masificación del servicio de urgencias^{14,15}, en la reducción de la demora del enfermo¹⁶ o en la perenne preocupación por la eficiencia económica y clínica asociada a la siempre limitada financiación¹⁷.

Reconforta constatar cómo la Medicina de Urgencia y Emergencias (MUE) española cuenta con una notable presencia en la historia de la Medicina y que nuestra identidad profesional y científica está más definida que incluso la de otras especialidades oficialmente reconocidas. La tesis ya centenaria de Pascual Alonso⁷ constituye un hito relevante por pionera en la MUE española, por ello mereciera ser indagada en profundidad y divulgada extensamente. Por ello, una edición facsímil de la obra sería incluso bienvenida o al menos su digitalización para una mayor difusión. Estamos ante un notable y digno antecedente de la formación de posgrado al máximo nivel (doctorado) en la especialidad de MUE.

Esta tesis suscita nuevas cuestiones y controversias útiles. Por ejemplo, el sentido y vigencia actual de las prácticas quirúrgicas que se proponen, cotejables tras una profunda y actualizada revisión bibliográfica. Sólo la consideración actual de la fractura de pelvis de Malgaigne merecería un artículo de notable extensión y de la que hemos recuperado 36 referencias en la base SCI de ISI-WOS entre las que destaca la revisión de Bartonicek¹⁸. La consolidación oficial de la especialidad de MUE debiera venir, entre otras realizacio-

nes, de la elaboración y defensa de tesis doctorales propias y de la que ya contamos con un notable antecedente histórico: la tesis "Alcance de la *cirujía* [sic] de urgencias en las CS (1907)" del Dr. Manuel Pascual Alonso.

Bibliografía

- Herrera F. La tesis doctoral sobre la lepra de Ángel Ferrer Cagigal (Cádiz, 1911). *Llull Bol Soc Esp Hist Cienc*. 1995;18:457-70.
- Sever MS, Namal A, Eknayan G. Erich Frank (1884-1957): unsung pioneer in nephrology. *Am J Kidney Dis*. 2011;58:654-65.
- Eling P. Arnoldusvan Rhijn on aphasia: a forgotten thesis. *Cortex*. 2011;47:885-98.
- Jewanski J, Day SA, Ward J. A colorful albino: the first documented case of synaesthesia, by Georg Tobias Ludwig Sachs in 1812. *J Hist Neurosci*. 2009;18:293-303.
- Kaiser H, Mayer S. Diamantberger (1864-1944). Erstbeschreiber der juvenilenchronischen arthritis. *Z Rheumatol*. 2009;68:264-6.
- Valentine MC. George Cheyne Shattuck's dissertation on the skin. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:566-70.
- Pascual Alonso M. Alcance de la 'cirujía' de urgencias en las casas de socorro". Tesis Doctoral. Madrid: Facultad de Medicina; 1907.
- del Moral C. El Madrid de Baroja. Madrid: Silex; 2001.
- Hauser P. Madrid bajo el punto de vista médico-social (2 Vols.), C. del Moral (ed.). Madrid: Editora Nacional; 1979.
- Carballo B. La Beneficencia Municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915). En: *Actas del Congreso Internacional Modernizar España. 1898-1914*. Madrid: Dpto. Hª Contemporánea de la UCM, 2006; pp. 1-20. (Consultado 3 Mayo 2012). Disponible en: <http://www.ucm.es/info/hcontemp/leoc/grupo/casas%20socorro.pdf>
- Ayuntamiento de Madrid. Reglamento general de la Beneficencia municipal de Madrid y particular de las Casas de Socorro, aprobado por el Excmo. Ayuntamiento en sesión de 7-71875. Madrid: Imprenta Municipal de Madrid; 1904.
- García Bermejo P, Mínguez J, Ruiz JL, Millán J, Trescoli C, Tarazona E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. *Emergencias*. 2008;20:8-14.
- Herrera M, Rodríguez-Carvajal M, Pino E, Mora D, Doblas A, Castillo M. Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico. *Emergencias*. 2001;13:40-8.
- Juan A, Enjamio E, Moya C, García-Fortea C, Castellanos J, Pérez-Más JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:249-53.
- Moreno-Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias*. 2008;20:276-84.
- Llorente S, Arcos PI, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias*. 2000;12:164-71.
- Palacios G, Emparan C. Impacto económico de la unidad de hospitalización de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:254-8.
- Bartonicek J. Early history of operative treatment of fractures. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2010;130:1385-96.

Pioneer 1907 doctoral thesis on emergency medicine in Spain: "The scope of emergency surgery in *Casas de Socorro*"

Fernández-Guerrero IM, Fernández-Cano A

This review and commentary of the doctoral thesis defended by Dr. Manuel Pascual Alonso in 1907, summarizes this pioneering author's account of the material and instrumental conditions in the emergency care facilities known as *casas de socorro* (first-aid or rescue facilities), the true forerunners of today's emergency health services. Dr. Pascual describes physician staffing and surgical practices in these centers. The thesis sheds light on the history of Spanish emergency medicine, revealing that Spain has a worthy, centuries-long tradition of emergency medical practice that has been underappreciated until now. [*Emergencias* 2013;25:409-414]

Keywords: History of emergency medicine. Doctoral thesis. Spain. Emergency care facilities. Retrospective study, documents.