

caústica; la duración, a una presión de 1 kg., será de treinta segundos.

Este tratamiento no deja cicatrices ni estenosis que puedan dificultar en lo más mínimo la misión del conducto cervical a los efectos de un futuro parto.

Es muy lógico y natural que tratemos de explicar-nos el porqué de los efectos altamente satisfactorios que se obtienen con la crioterapia en el grupo de metritis en las que tiene precisa indicación. Para no alargar en demasía este trabajo de práctica ginecológica, resumiré este punto exponiendo que el frío al grado que llega en el criocauterio (-80°) provoca una obliteración vascular por acción letal sobre las células endoteliales, que provoca por los fenómenos sucesivos de hielo y deshielo notable alteración celular y que, como llevo expuesto, la exudación es enormemente aumentada durante los 2 a 3 días que siguen a la aplicación. Esta triple acción determina en la mucosa cervical una esclerosis discreta, vaciamiento glandular y modificaciones en las células de revestimiento que son en gran parte expulsadas y reemplazadas por otras de vitalidad diferente y función no viciada.

La crioterapia no es un tratamiento desprovisto de todo peligro: como toda caustia aplicada en el conducto cervical es capaz de reagudizar lesiones anexiales no bien enfriadas, provocar propagaciones linfáticas hacia los parametrios. Esto es va suficiente para demostrar que no es un procedimiento que pueda aplicarse sin un previo detenido estudio del caso. Nosotros estudiamos bien la historia de la afección genital, practicamos una detenida exploración de los anexos y parametrio y en caso de duda, aplicamos una laminaria siguiendo atentamente la curva térmica durante los tres días que siguen a esta dilatación; también en casos dudosos sobre la virulencia aun posible de una anexitis, practicamos la prueba de la velocidad de sedimentación de los hematíes.

No creo que la crioterapia reporte grandes beneficios fuera de los casos en que esté bien indicada y en los que no pelagra, por lo menos, el provocar complicaciones anexiales o del parametrio. Es un tratamiento de indicaciones precisas, de brillantes resultados en estas circunstancias y al que no cabe atribuir virtudes que no posee, ni achacarle fracasos dependientes de faltas de técnica y de indicación.

LAS REACCIONES ENDOCRINAS Y SU TERAPÉUTICA, EN DERMATOLOGÍA (*)

por los doctores

JOSÉ M. PEYRÍ y JOSÉ TRAGANT

del Hospital Clínico de Barcelona.

En 1924 presentamos al 2.º Congreso Nacional de Medicina que tuvo lugar en Sevilla (**), una ponencia al tema "Hechos positivos de relación entre las der-

matosis y las glándulas endocrinas", en ella establecíamos que el estudio de los enfermos valiéndonos de la exploración del sistema nervioso vago-simpático y glandular nos era muy útil para precisar el origen de las dermatosis y su terapéutica. Hacíamos constar también que desgraciadamente son muchos los enfermos que por no reaccionar a los fármacos que sirven de medio de exploración no más proporcionaban datos de orientación y nos quedábamos en duda acerca del posible origen endocrino de la afección cutánea.

Hoy hemos modificado algo nuestro procedimiento exploratorio añadiéndole el estudio de las presiones máxima y mínima (PACHON) y la investigación de la viscosidad sanguínea (HESS).

Ya en el Congreso antes citado hacíamos notar la frecuencia con que observábamos la máxima presión por debajo de la aceptada como normal y hoy con mayor número de enfermos comprobamos el mismo resultado.

Sabido es que estados patológicos muy diversos, completamente desemejantes entre sí, presentan como analogía una hipotensión vascular cuya máxima está por debajo de 12 (aun aceptando este número como la normal más pequeña y refiriéndonos siempre al (PACHON). Pues bien, entre personas hipotensas se han desarrollado la mayor parte de las dermatosis que a continuación exponremos.

Pero también es sabido que en la eusistolia o sea en la normalidad de la potencia cardio-vascular, la diferencial, o sea la diferencia entre la máxima y la mínima, se considera como representante, en cierto modo de la potencia cardíaca (MARTINET). Esta diferencia que acostumbra a ser de 5 a 8, la hemos encontrado disminuida, cosa muy natural al tratarse de enfermos con disminución de la máxima, y como generalmente estos datos, se encuentran en los enfermos débiles cardíacos, si a esto añadimos una viscosidad elevada o algo mayor que la normal, creemos estar en presencia de enfermos con hiposfíxia (MARTINET).

Nuestra guía para la apreciación de los casos es, admitir una presión máxima de 12 a 18, una diferencial de 5 a 8 y una viscosidad comprendida entre 3'8 y 4'5 y aceptar que en el organismo normal la potencia cardíaca (máxima) está en relación normal y sensiblemente constante con la resistencia circulatoria (viscosidad sanguínea).

Como trabajamos en enfermos cutáneos que nada aquejan sintomatológicamente del aparato cardio-circulatorio y renal, no los sometemos a estudio detallado de la exploración de los mismos, aun corriendo el peligro de que pase alguno desapercibido y con afección de los mismos, creemos sin embargo que se trata de personas que están indemnes de ambas afecciones y que se trata de hiposfíxias funcionales protopáticas.

Aunque sean conocidas teóricamente muchas de las relaciones que tienen las glándulas de secreción interna, en el sentido de que su disfunción sea la causante de la lesión cutánea, no está suficientemente claro, si este origen es por primitiva lesión glandular, o bien si el trastorno glandular en apariencia primitivo responde a su vez a otro trastorno circulatorio, nervioso, etc.,

(*) Comunicación a la III Reunión Internacional de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa.

(**) Actas Sifiliográficas. Madrid, Oct. 1924. La Clínica. Barcelona.

el cual actúe sobre la glándula, ya sea inhibiéndola, ya dificultando su nutrición, ya por vía refleja, de tal manera que el trastorno glandular en apariencia primitivo no es más que un síntoma dependiente de una causa que pasa desapercibida casi siempre para nosotros.

Desde luego haremos constar los pocos éxitos completos que la opoterapia nos produce en el tratamiento de las dermatosis reconocidas y aceptadas por todos como íntimamente ligadas al sistema endocrino, pero, contamos con numerosos casos de mejoría y con ningún empeoramiento, prueba de que los ensayos de las reacciones endocrinas son evidentemente una guía para hoy y un fin para mañana para llegar o conseguir la curación de estas dermatosis.

La lesión única pura y exclusivamente glandular solo se concibe por la localización en las glándulas de cierta infección (tuberculosis, sífilis, etc.), o bien en las extirpaciones quirúrgicas. En estos únicos casos cabe la posibilidad de admitir el trastorno funcional primitivo; en los demás casos sabemos que los disfuncionamientos glandulares son frecuentísimos en la especie humana, hasta tal punto que es raro el perfecto equilibrio, pues continuamente oscila dentro de cierto límite.

La variación en la potencia circulatoria sobre todo la disminución de la misma (hipotensión), y la composición hemática (viscosidad), están por encima del sistema endocrino y son a nuestro modo de ver la causante primera y principal de la disfunción glandular.

“Mal irrigadas y mal nutridas bajo la influencia de la hiposfíxia las glándulas funcionan de una manera defectuosa y se realiza la hipocrinia y esta hipocrinia al obrar defectuosamente sobre la hiposfíxia hace que se establezca un círculo vicioso en el cual es difícil aclarar cual es el primitivo (MARTINET)”. “El desequilibrio vásculo endocrino-vegetativo es entonces constante”.

* * *

Dicho ya lo que antecede como exposición de nuestra manera de pensar, pasaremos a describir la técnica que empleamos para la exploración de nuestros enfermos.

Para ello nos valemus de las llamadas pruebas farmacodinámicas empleando la atropina, la pilocarpina y la adrenalina como sustancias no específicas y la tiroidina, extracto hipofisario y genital como específica.

Puesto el enfermo en una cama y en decúbito supino medimos las presiones máxima y mínima, en el brazo valiéndonos del oscilómetro esfigmomanométrico de PACHON: una vez obtenidas las anotamos inmediatamente, contamos el número de pulsaciones que en aquel momento presenta nuestro paciente y enseguida buscamos el reflejo óculo-cardíaco.

Estos cuatro datos los consideramos como normales en el momento de la exploración y nos sirven de término de comparación para las reacciones sucesivas que con los diversos farmacos puedan obtenerse.

A continuación administramos al enfermo una inyección subcutánea de una de las dichas sustancias (1 miligramo para el sulfato neutro de atropina; 5 miligramos para el clorhidrato de pilocarpina y 1 c. c. de la solución de cloruro de adrenalina al 1 X 1.000.

En las pruebas específicas inyectábamos subcutáneamente 2 c. c. de extracto glandular inyectable).

Esperábamos 10 minutos y volvíamos a buscar las presiones máxima y mínima, número de pulsaciones y reflejo óculo-cardíaco anotando estos datos para compararlos con los anteriormente obtenidos y de 10 en 10 minutos repetíamos la misma operación, hasta cesación de la reacción si esta sobrevenia, o hasta 60 minutos si esta no se presentaba, pasados los cuales dábamos por finida la exploración.

Obtenidas estas pruebas intentamos clasificar la alteración del sistema nervioso vegetativo separando dos grupos, vagotónicos y simpaticotónicos, y del resultado de la exploración glandular en hiper o hipoglandulares.

No siempre nos ha sido esto posible ni fácil, encontrando cierto número de enfermos dudosos con poca o ninguna reacción a las diferentes pruebas farmacodinámicas y esto nos lo explicamos por que los sistemas vago y simpático no constituyen sistemas rigurosamente autónomos y aislados con reacción previa, sino que su disociación es muy compleja, teniendo que admitir la coexistencia de desequilibrios de sentido diferente, en diferentes sectores de un mismo individuo siendo sumamente variados los matices que la clínica presenta (véase “Energetique clinique Martinet”).

La vagotonía es clásico buscarla con la pilocarpina obteniéndose con ella una verdadera crisis de vagotonía aguda (bradicardia, hipertensión, a veces arritmia, desfallecimiento, lipotimia, siempre sudores, saliveo, náuseas, vómitos, diarrea, etc. Como inhibidor del vago empleamos la atropina la cual rompe el equilibrio en favor del simpático pudiendo llegar a producir una crisis simpático-tónica.

Consideramos que esta reacción positiva es superior a 20 pulsaciones por minuto.

A la adrenalina la tenemos como tipo de medicamento simpático-tónico.

En cuanto a las pruebas específicas glandulares las reacciones son poco manifiestas y por lo tanto oscuras y por sí solas no son suficientes para orientarnos, no obstante se admite para el tiroides que los vagotónicos reaccionan lenta y débilmente y los simpático-tónicos fuerte y rápidamente lo cual es muy lógico aceptar y en cuanto a las demás, hipófisis y genitales nos guiamos para su interpretación en la suma adrenalina-tiroides-genital, o en adrenalina-tiroides-hipófisis-genital de manera que si todas coinciden en excitación simpática suponemos una hiperfunción y en el caso contrario hipofunción.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Fermín G., 55 años, jornalero: Desde hace 5 meses queratodermia palmar y plantar.

Atropina.—1'5 (12'5-11).

Adrenalina.—1 + 1 (11-10-12).

Azúcar orina positivo a las 3 horas, negativo a las 6 y 9.

Pilocarpina + 2.—2 (11-13-9).

Tiroidina.—2 (11-9).

Pituitrina.—1'5 (12-10'5).

Orquidina + 3 (10-13).

Sin reacción notable al pulso ni reflejo óculo-cardíaco.

Resultado: Ligero predominio del vago: Insuficiencia pluri-
glandular (?).
Sometido a tratamiento tiroideo.

María A., de 15 años: Lesión que aqueja desde cerca de
dos meses, empezando por la planta de un pié y a los 8 días
aparición en la otra. Diagnóstico: queratoma plantar.

Atropina—2 (12-10). Puls.+44 (96-140). R.o.c.—24 (132-108)
Adrenalina+1 (10-11). Puls.+14 (106-120). R.o.c.—14 (120-106)
Azúcar orina positivo a las 3 y 6 horas, negativo a las 9.
Pilocarpina+1 (9-10). Puls.+20 (100-120). R.o.c.—20 (120-100)
Tiroidina—3'5 (11'5-8). Puls.—32 (120-88). Sin reac. al ref.o.c.
Ovarina—2 (10-8). Puls.—20 (92-72). Sin reac. al ref. o. c.
Pituitrina—3 (11-8). Puls.—30 (120-90). Sin reac. al ref. o. c.

Resultado: Simpaticotonismo.
Se la trata con tónicos y adrenalina debido a su hipotensión.
Mejoría.

Florencia Ll., 30 años, campesina: Desde hace 2 años 2 pla-
cas de esclerodermia, una en la región escapular y otra en
la cara.

Atropina+2 (10-12). Puls.+36 (80-116). Ref. o. c.—20 (116-96)
Adrenalina+2 (12-14). Sin modif. pulso. R. o. c.—16 (96-80)

Azúcar negativo las 3 veces

Pilocarpina—1 (11-10). Puls.+24 (92-116). R. o. c.—36 (116-80)
Tiroidina—0'5 (10-9'5). Sin reacción pulso. R. o. c.—20 (80-60)
Ovarina+0'5 (11-11'5). Sin reacción pulso. R. o. c.—40 (80-40)
Pituitrina—1'5 (11'5-10). Pulsaciones—26. R. o. c.—34 (94-60)
Máxima, 11; Mínima, 6; Diferencial, 5; Viscosidad, 4'8.
Coeficiente esfígm viscosimétrico: $5/4'8=1'04$.

Resultado: Pequeña reacción simpaticotónica: probable in-
suficiencia tiroideo-genital: hiposfíxia.

Tratamiento: tiroideo.

Pilar S., de 22 años, mecanógrafa. Desde hace un año dos
placas de esclerodermia en la región externa base del cuello.

Atropina—1 (11-10). Puls.+46 (84-130). Sin refl. oc. card.
Adrenalina+2 (11-13). Puls.+24 (80-104). Sin refl. oc. card.
Azúcar positivo en la orina a las 3 horas, negativo a las 6 y 9.
Pilocarpina+1 (11-12). Puls.—12 (92-80). R. o. c.—10 (80-70)
Ovarina—2 (12-10). Sin modificar pulso. R. o. c.—40 (80-40)
Pituitrina—2 (12-10). Sin modificar pulso. R. o. c.—16 (84-68)
Tiroidina—3 (13-10). Puls.—20 (100-80). R. o. c.—28 (108-80)
Máxima, 12; Mínima, 7; Diferencial, 5; Viscosidad, 4'5.
Coeficiente esfígm-viscosimétrico: $5/4'5=1'11$.

Resumen: Ligero predominio simpático; insuficiencia plu-
riglandular; hiposfíxia.

Terapéutica: tiroidina. Mejoría lenta, pero evidente, sin
necesidad de terapéutica externa.

Jacinta A., de 27 años. Desde hace unos dos años que pre-
senta 2 placas de esclerodermia, localizadas al cuello y espalda.
Ha sido tratada con electrolisis y alta frecuencia.

Atropina—3 (13-10). Puls.+50 (86-136). Sin ref. o. card.
Adrenalina+4 (11-15). Puls.+26 (82-108). Sin ref. o. card.
Azúcar positivo a las 3 y 6 horas, negativo a las 9 horas.
Pilocarpina+1 (13-14). Sin reacción al pulso y sin ref. o. card.
Tiroidina+2 (13-15). Puls.+50 (80-130). R. o. c.—20 (104-84)
Ovarina—1 (16-15). Sin modificación del pulso ni del R. o. c.
Pituitrina+2 (12-14). Puls.+16 (80-96). R. o. c.—16 (90-74).

Evidente simpaticotonismo. Hipertiroidismo.
Se la trata con suero antitiroideo por ingesta y empieza a
Se la trata con suero antitiroideo por ingesta y empieza a
mejorar llegando a curarse totalmente sin otra terapéutica, em-
pleando varios meses en su curación.

Enriqueta Ll., de 18 años, obrera. Acroasfíxia de las extre-
midades abdominales.

Atropina+2 (9-11). Puls.+52 (96-148). R. o. c.—38 (148-110).
Adrenalina+1 (9-10). Sin modificación del pulso. Sin R. o. c.
Azúcar orina positivo intenso a las 3 y 6 horas debilmente+
a las 9.

Pilocarpina+0'5-0'5 (9-9'5-8'5). Puls.+22 (108-130). Sin R. o. c.
Tiroidina+1 (9-10). Puls.—16 (100-84). R. o. c.—32 (104-72).

Ovarina—1'5 (11-9'5). Puls.—16 (96-80). Sin R. o. c.

Pituitrina—0'5 (9-8'5). Sin modificación pulso. Sin R. o. c.

Resumen: predominio simpático: insuficiencia pluriglandu-
lar (?).

Como tratamiento, tónico y tiroidina. Mejoría.

José C. F., de 59 años, carretero. Hace unos dos años a
causa de un accidente del trabajo por traumatismo de la
mano derecha, que curó bien, pero pronto aparecieron dolores,
pérdida del tacto y hace unos diez meses ulceraciones en los
dedos índice, anular y medio. Algias muy intensas.

Acroasfíxia.

Atropina+1-0'50 (20-21-19'5). Puls.+12 (66-78). Sin R. o. c.
Adrenalina+3 (19-22).

Azúcar orina positivo a las 3 horas, negativo alas 6 y 9

Pilocarpina—1+3 (17-16-20).

Tiroidina—2+3 (18-16-21).

Orquitina—1+3 (21-20-24).

Pituitrina+9 (13-22).

Los cinco últimos sin reacción al pulso ni al R. o. c.

Resumen: hipertenso (cardio-renal (?)).

Yoduros al interior, curados los dos dedos, índice y anular;
mejorado el dedo medio.

Petra H., de 17 años. Trastornos circulatorios post-per-
niosis de las extremidades inferiores.

Atropina+3 (11-14). Sin reacción al pulso, ni al R. o. c.

Adrenalina+1 (12-13). Puls.+10 (80-90). Sin R. o. c.

Azúcar orina positivo a las 3 y 9 horas, negativo a las 6 horas.

Pilocarpina+1 (13-14). Puls. 18 (88-106). Sin R. o. c.

Tiroidina 0'5 (12-11'5). Sin otra reacción.

Ovarina sin reacción.

Pituitrina—1'5 (14-12'5). Sin reacción de p. R. o. c.—10 (90-80).

Resumen: debido a la poca reacción, consideraremos equi-
librio vagosimpático y tratamos a la enferma con tónicos y
opoterapia pluriglandular. Evidente mejoría.

Joaquina M., de 19 años, modista. Afecta de sabañones en
manos y pies.

Atropina+0'5-2 (13-13'5-11). Puls.+50 (76-126). R. o. c.—26
(126-100).

Adrenalina+1—2 (13-14-12). Puls.+20 (80-100). R. o. c.—12
(92-80).

Azúcar orina positivo a las 3, 6 y 9 horas.

Pilocarpina—1'5 (14-12'5).

Tiroidina—1 (11-10).

Ovarina—1 (12-11).

Pituitrina—1'5 (13'5-12).

Los 4 últimos sin reacción al pulso ni R. o. c.

Máxima, 13; Mínima, 7; Diferencial, 6; Viscosidad, 5'8.

Coef. esf. viscos.: $6/5'8=1'03$.

Resumen: reacción al simpaticotonismo; insuficiencia pleuro-
glandular (?); hiposfíxia.

Tratamiento con píldoras de hierro y arsénico, curada.

Julián S., de 37 años, soltero, comerciante. Desde hace 5
años, trastornos circulatorios extremidades con dolores; cia-
nosis, ulceraciones, puntos gangrena seca. Enfermedad Reynaud.
Atropina—2+2 (11-9-13). Pulsaciones+12 (88-100). R. o. c.—16
(100-84).

Adrenalina—1 (11-10). Puls.—16 (108-92). Sin reacción o. card.

Azúcar orina positivo a las 3 horas, negativo a las 6 y 9.

Pilocarpina—3 (13-10). Puls.—12 (96-84). R. o. c.—12 (88-76)

Tiroidina—2 (12-10). Puls.—12 (92-80). R. o. c.—14 (92-78)

Orquitina+2 (11-13). Puls.—20 (100-80) Sin reacción o. c.

Pituitrina—1+1 (12-11-13). Puls.—16 (104-88). Ref. o. c.—16
(100-84).

Máxima, 12; Mínima, 8; Diferencial, 4; Viscosidad, 5'4.

Coef. esf. viscos.: $4/5'4=0'74$.

Resumen: vagotonismo ligero; hiposfíxia.

Tratamiento: extractos pluriglandulares y tónicos.

Gaspar R., 36 años, zapatero: Ulceraciones dedos pies.
Acroasfíxia.

Atropina—0'5 (10'5-10). Puls.+36 (76-112). R. o. c.—30 (110-80)
Orquitina—1+1 (10-9-11). Puls.—14 (120-106). R. o. c.—10
(118-108)

Tiroidina—1 (11-10). Puls.—42 (112-70). R. o. c.—14 (70-56)
Pituitrina+1—1 (10-11-9). Sin reacción al pulso ni al R. o. c.
Exploración incompleta por faltar la Adrenalina y la pilo-
carpina.

Máxima, 10; Mínima, 6; Diferencial, 4; Viscosidad, 4'8.

Coeficiente esf. viscos.: $4/4'8=0'83$.

Resultado: Hipotensión; hiposfíxia, muy marcada.

El enfermo no aparece por la consulta.

Josefa F., 31 años, jornalera: Vitiligo.

Atropina—3 (12-9). Puls.+20 (72-92). Sin reflejo oc. card.

Adrenalina+3 (11'5-14'5). Sin modific. del pulso, ni del reflejo

Azúcar orina positivo a las 3 y 6 horas, negativo a las 9.

Pilocarpina—1+1 (11-10-12). Puls.+22 (72-94). Sin refl. o. c.

Tiroidina+1—1'5 (11-12-9'5). Sin reac. de pulso ni del R. o. c.

Ovarina—2 (12-10). Puls.—12 (72-60). Sin refl. oc. cardíaco

Pituitrina+1'5—1 (10-11'5-9). Puls.—16 (76-60). Sin refl. o. c.

Máxima, 11; Mínima, 7; Diferencial, 4; Viscosidad, 5'7.

Coef. esf. viscos.: $4/5'7=0'70$.

Resultado: insuficiencia pluriglandular; hipotensión; hiper-
viscosidad; hiposfíxia muy marcada. Reacción neurovegetativa
en simpaticotonia ligera. Poliopotera: Arsénico. Mejoría
notable.

José M., 36 años. Liquen simple y crónico.

Atropina—3 (13-10) Sin reacción de pulso ni de refl. oc. card.

Adrenalina+4'5 (11-15'5). Puls.+28 (72-100). Sin refl. o. card.

Azúcar positivo a las 3 y 6 horas, negativo a las 9 horas.

Pilocarpina—1+0'5 (12-11-12'5)

Tiroidina+2 (9-11).

Orquitina+1 (10-11)

Pituitrina—3'5.

Estas cuatro sin reacción de pulso ni de reflejo oculo-cardíaco.

Resumen: Simpaticotonia; disfunción tiroidea (?). Tónicos
y poliopotera. Mejoría.

Judit V., 11 años. Desde hace 4 años que sufre de ictiosis
generalizada benigna.

Atropina+1—1 (10-11-9). Sin reacción de pulso ni de r. o. c.

Adrenalina—1 (9-8). Puls.+24 (100-124). R. o. c.—44 (124-80)

Pilocarpina—2 (9-7). Puls.+26 (80-106). R. o. c.—16 (96-80)

Tiroidina+0'5—1 (8'5-9-7'5). Puls.—24 (104-80). R. o. c.—24
(100-76).

Pituitrina+1 (8'5-9'5). Sin reacción al pulso ni al refl. oc. card.

Resumen: Sin reacción nerviosa ni glandular.

Máxima, 9; Mínima, 5; Diferencial, 4; Viscosidad, 3'5.

Coef. esf. visc.: $4/3'5=1'14$.

Teniendo en cuenta la edad de la niña podemos considerar
normal este resultado final.

Tratamiento clásico, con tiroidina. Lleva poco tiempo tra-
tándose.

Joaquín A., 13 años. Ictiosis generalizada desde la edad
de 2 años.

Atropina—3 (10-7). Puls.+28 (68-96). R. o. c.—20 (90-70)

Adrenalina+2 (8-10). Puls.+12 (72-84). R. o. c.—12 (84-72).

Azúcar orina positivo a las 3 y 9 horas, negativo a las 6.

Pilocarpina—2 (10-8). Puls.—18 (80-62). R. o. c.—10 (80-70)

Tiroidina—1 (9-8). Sin reacción pulso. R. o. c.—20 (82-62).

Orquitina+1—11 (9-10-8). Sin reac. pulso. R. o. c.—14 (78-64)

Pituitrina—1 (9-8). Puls.—12 (80-68). Sin refl. oc. cardíaco.

Máxima, 9; Mínima, 6; Diferencial, 3; Viscosidad, 4.

Coef. esf. viscos.: $3/4=0'75$.

Resultado: ligeras reacciones vagal y simpática. Hiposfíxia.
Tratamiento con inyecciones subcutáneas de oxígeno, llevan-
do solamente dos.

Francisca C., 53 años. Eczema secretante piernas desde
hace 8 meses. Insomnio por prurito exagerado.

Atropina—1 (12-11). Sin reacción pulso. R. o. c.—28 (80-52)

Adrenalina—1+2 (11-10-13). Puls.+22 (80-102). R. o. c.—26
(92-66).

Azúcar orina negativo las tres veces

Pilocarpina—2 (11-9).

Tiroidina—3 (13-10).

Ovarina—2 (13-11).

Pituitrina—1 (12-11).

Sin reacción al pulso ni al reflejo óculo-cardíaco.

Máxima, 12; Mínima, 6; Diferencial, 6; Viscosidad, 4.

Coef. esf. viscos.: $6/4=1'50$.

Resultado: Sin reacción nerviosa ni glandular; pequeña
hipotensión.

Tratamiento ovárico. Cede el prurito y mejora la lesión.

Carmen P., 38 años. Eczema dorso manos.

Atropina+1—1 (11-12-10). Puls.+10 (70-80). R. o. c.—20
(80-60).

Adrenalina+4 (10-14). Puls.+12 (88-100). R. o. c.—28 (100-72)

Azúcar orina positivo a las 3 horas y negativo a las 6 y 9.

Pilocarpina+1—2 (11-12-9). Sin reac. pul. R. o. c.—28 (88-60)

Tiroidina—3 (11-8). Sin reacción pulso. R. o. c.—16 (72-56)

Ovarina+1—1 (11-12-10). Sin reac. pul. R. o. c.—14 (74-60).

Máxima, 11; Mínima, 7; Diferencial, 4; Viscosidad, 5'7.

Coef. esf. viscos.: $4/5'7=0'70$.

Resultado: Simpaticotonismo. Hiposfíxia acentuada.

Ovarina por aquejar algunos trastornos clínicamente de
insuficiencia ovárica.

Maria B., 19 años: Eczema eritróico generalizado con pre-
ferencia cabeza y pliegues que data de 6 meses, con intenso
prurito.

Ovarina—3-1.

Tiroidina 0-0

Adrenalina—1-0

Pituitrina 0-0

Hipotensión (Máxima, 11; Mínima, 6).

Sin reflejo óculo-cardíaco ni modificación marcada del pulso.

Sin reacción neurovegetativa. Insuficiencia ovárica (?).

Tratada con ovarina: mejoría muy marcada de las lesio-
nes; curación en algunos puntos y desaparición del prurito.

Pilar P., 37 años. Desde hace 3 años trastornos ungueales
con atrofia de las uñas de los pies.

Atropina—1+2 (12-11-14). Puls.+26 (74-100). R. o. c.—32
(96-64).

Adrenalina—2 (13-11). Puls.+12 (76-88). Sin refl. oc. card.

Azúcar orina positivo las tres veces

Pilocarpina—2 (13-11). Puls.—10 (90-80). R. o. c. negativo

Tiroidina—2 (13-11). Puls.—16 (80-64). R. o. c. negativo

Ovarina—1+1 (11-10-12). Pul.—18 (88-70). R. o. c.—10 (80-70)

Pituitrina+3 (10-13). Puls.—12 (80-68). Sin reflejo óculo-card.

Resumen: Sin clara reacción nerviosa; simpaticotonismo (?);
insuficiencia glandular.

Tratamiento: tiroideo y ovárico. Mejoría.

Vicenta P., 38 años. Amenorreica por castración (tumor ová-
rico) hace 3 años. Hace un año presenta queratosis folicular
piernas y muslos.

Atropina—2 (10-8). Sin reac. pulso. Sin excitación del r. o. c.

Adrenalina—2 (11-9). Puls.+10 (86-96). Sin excit. del r. o. c.

Azúcar orina negativo las tres veces.

Pilocarpina—4 (12-8). Puls.—10 (80-70). R. o. c.—14 (86-72)

Tiroidina+2 (9-11). Sin reac. al pulso. R. o. c.—20 (80-60)

Ovarina+2—0'5 (9-11-8'5). Puls.—10 (80-70). R. o. c.—20
(80-60).

Pituitrina+2 (8-10). Sin reac. al pulso. R. o. c.—14 (84-70).

Máxima, 10; Mínima, 6; Diferencial, 4; Viscosidad, 5.

Coeficiente esf. viscosimétrico: $4/5=0'8$.

Resultado: Hipotensión, hiposfíxia, insuficiencia pluriglandu-
lar. Ligero vagotonismo.

José C. R., 62 años, albañil. Afecto de dermatitis artificial
con lesiones ungueales (onicogriposis) muy marcadas (uñas
gruesas, rugosas, parecidas a costras).

Atropina—6 (17-11). Puls.+20 (68-88). Sin excit. del r. o. c.

Adrenalina—3 (14-11). Puls.+12 (80-92). Sin excit. del r. o. c.

Azúcar orina positivo a las 3 horas y negativo a las 6 y 9.

Pilocarpina—3 (18-15). Puls.—16 (88-72). R. o. c.—16 (80-64).
Tiroidina—2 (15-13). Sin reac. al pulso ni al refl. oculo-card.
Orquitina—6 (16-10). Puls.—14 (78-64). Sin excit. del r. o. c.
Pituitrina—1+2 (12-11-14).

Máxima, 15; Mínima, 8; Diferencial, 7; Viscosidad, 6'5.
Coef. esf. viscos.: 7/6'5=1'07.

Tratado exclusivamente con inyecciones subcutáneas de oxígeno con mejoría rápida y curación total en unas 8 semanas, las uñas están creciendo sanas.

Después de 6 inyecciones de unos 300 c. c. cada una tene-mos el siguiente resultado: Máxima, 12; Mínima, 5; Diferencial, 7; Viscosidad, 5'8. Coef. esf. viscosimétrico, 1'20, acercándonos a la normal.

Magdalena G., 13 años. Onicogriphosis (uñas engrosadas y agrietadas por surcos transversales, disminuído su crecimiento).
Atropina—1 (10-9). Sin reacción al pulso ni al refl. oc. card.
Adrenalina+1'5 (10-11'5). Puls.+16 (72-88). Sin refl. oc. card.

Azúcar orina positivo a las 3 horas, negativo a las 6 y 9.
Pilocarpina+1'5 (9-10'5). Puls.+32 (78-110). Sin excit. r. o. c.
Tiroidina—1 (10-9). Puls.—16 (80-64). Sin excit. del r. o. c.
Ovarina—3 (11-8). Puls.—10 (80-70). Sin excit. del r. o. c.
Pituitrina—1'5 (10-8'5). Puls.—12 (84-72). Sin excit. del r. o. c.

Máxima, 10; Mínima, 6; Diferencial, 4; Viscosidad, 3'5.
Coef. esf. viscosimétrico: 1'14.

Escasa reacción nerviosa. Insuficiencia pluriglandular.
Tratamiento: ovarina. Mejoría rotable.

Juan F., 9 años. Desde varios años que sufre de pústulas en la cabeza dejando marcada cicatriz de pseudo-pelada.

Atropina+2 (9-11). Puls.+48 (76-124). R. o. c.—36 (124-88)
Adrenalina—1'5+1'5 (9'5-8-10'5). Sin reac. pulso. R. o. c.—20 (82-62).

Azúcar orina positivo a las 3 horas, negativo a las 6 y 9.
Pilocarpina—1 (9-8). Puls.—12 (84-72). Sin excit. r. o. c.
Tiroidina, sin reacción a la presión. Pulsaciones—10 (80-70).

Sin reacción del reflejo óculo-cardíaco.

Orquitina—1 (9-8). Sin reacción al pulso ni al refl. oc. card.
Pituitrina—1 (10-9). Sin reacción al pulso ni al refl. oc. card.
Vagotonismo poco marcado. Sin reacción glandular.

Enrique R., 33 años, tabernero. Desde hace un año alopecia areata.

Atropina+0'5—2'5 (11'5-12-9). Sin reac. pul. Sin excit. r. o. c.
Adrenalina+6 (9-15). Sin reacción al pulso. Sin excit. r. o. c.

Azúcar orina positivo a las 3 y 6 horas, negativo 9 horas.
Pilocarpina—2+2 (11-9-13). Sin reacción de pulso ni al r. o. c.
Tiroidina—2 (11-9). Sin reacción de pulso ni al refl. oc. card.
Orquitina—4 (12-8). Puls.—16 (80-64). Sin excit. del r. o. c.
Pituitina+0'5—1 (19'5-11-9'5). Puls.—16 (80-64). Sin excitación del r. o. c.

Simpaticotonia evidente. Hipotensión.

Tratamiento: Un preparado testicular.

Leonor C., de 39 años. Eritema nudoso en extremidades inferiores. Sospechas de tuberculosis pulmonar.

Atropina—1 (11-10). Puls.+16 (84-100). Sin R. o. c.
Adrenalina+1 (9-10). Puls.+18 (84-102). Sin R. o. c.

Azúcar orina negativo las tres veces.

Pilocarpina—3 (11-8). Sin reacción al pulso ni al R. o. c.
Tiroidina—1 (10-9). Puls.—12 (84-72). R. o. c.—12 (84-72).
Ovarina+1 (9-10). Sin reacción de pulso, ni al R. o. c.
Pituitrina—2+1 (10-8-11). Sin reacción de pulso. R. o. c.—10 (80-70).

Máxima, 10; Mínima, 6; Diferencial, 4.

Viscosidad, 4'6. Coef. esf. viscosimétrico 4/4'6=0'86.

Ligerá reacción nerviosa, vagotónica, insuficiencia pluriglandular. Hipotensión. Hiposfíxia.

Tratamiento: salicilatos y tónicos.

Martín M., de 34 años. Desde hace 2 años que sufre de urticaria.

Atropina+1'5 (9-10'5). Sin reacción de pulso. R. o. c.—16 (80-64).

Adrenalina+2'5 (10'5-13). Sin reacción de pulso. R. o. c.—10 (60-50).

Azúcar orina positivo a las 3 y 9 horas, negativo a las 6 horas.
Pilocarpina—3 (11-8). Puls.+12 (62-74). R. o. c.—12 (60-48).
Tiroidina—2 (10-8). Sin reacción de pulso. R. o. c.—12 (56-44).
Orquitina—2 (11-9). Puls.—12 (60-48). Sin excit. del R. o. c.
Pituitrina—2 (10-8). Sin reacción de pulso y sin excitación del R. o. c.

Máxima, 10; Mínima, 6; Diferencial, 4.

Viscosidad, 4'5. Coef. esf. viscos. 4/5=0'88.

Poca reacción del simpático (tendencia a vagotonismo); Hipotensión, hiposfíxia, insuficiencia pluriglandular.

Teresa, B., de 26 años, tejedora. Desde la edad de 4 años que presenta distribuidas por toda su piel grandes placas de psoriasis.

Atropina—2'5 (12-9'5). Puls.+14 (68-84). R. o. c.—36 (84-48).
Adrenalina+2'5 (9'5-12). Puls.+28 (68-96). R. o. c.—48 (96-48).
Pilocarpina—1+1 (10-9-11). Puls.—12 (72-60). R. o. c.—34 (74-40).

Tiroidina—1 (10-9). Sin reacción al pulso. R. o. c.—10 (70-60).
Ovarina+0'5-1'5 (10'5-11-9). Sin reacción al pulso. R. o. c.—20 (60-40).

Pituitrina—0'5 (10-9'5). Sin reacción al pulso. R. o. c.—24 (60-36).

Máxima, 10; Mínima, 5; Diferencial, 5.

Viscosidad, 6. Coef. esf. viscos. 5/6=0'83.

Vagotonismo: insuficiencia glandular. Hipotensión, hiposfíxia. Sometida a tratamiento por ingesta con adrenalina 50 gotas al día, cura su psoriasis y mejora su estado general dando ahora (después de 2 meses de tratamiento):

Máxima, 12; Mínima, 7; Diferencial, 5.

Viscosidad, 3'7. Coef. esf. viscos. 5/3'7=1'35 lo que la acerca a la normal.

Concepción S., de 10 años. Desde hace dos años que empezó la primera placa de psoriasis, lentamente han salido otras nuevas y hoy su piel está casi invadida.

Atropina—4 (11-7). Puls.+48 (80-128). Sin excitación R. o. c.
Adrenalina—2 (12-10). Sin reacción al pulso. Sin excitación R. o. c.

Azúcar orina negativo las tres veces.

Pilocarpina sin reacción a la presión, pulso ni r. o. c.

Tiroidina—2 (10-8). Puls.+24 (76-100). Sin r. o. c.

Ovarina+2 (8-10). Sin reacción al pulso ni al r. o. c.

Pituitrina—2 (9-7). Sin reacción al pulso ni al r. o. c.

Máxima, 10; Mínima, 6; Diferencial, 4.

Simpaticotonismo ligero. Insuficiencia tiroidea.

Tratamiento: Adrenalina y tiroidina asociadas. Mejoría rápida.

Mercedes G., de 6 años y medio de edad. Prurigo generalizado desde hace 6 meses.

Atropina—2 (10-8). Puls.+40 (100-140). R. o. c.—26 (96-70).

Adrenalina—2 (10-18). Sin reacción de pulso ni al R. o. c.

Azúcar orina positivo a las 3 horas negativo a las 6 y 9.

Pilocarpina—3 (12-9). Puls.+10-14. (110-120-96). Sin R. o. c.

Tiroidina+3 (9-12). Sin reacción de pulso ni del R. o. c.

Máxima, 10; Mínima, 6; Diferencial, 4.

Viscosidad, 3'4; Coef. esfig. viscos.=1'18.

Resultado: ligera reacción simpaticotónica.

Tratamiento: sedantes. Mejoría.

Francisco M., de 73 años. Desde hace 4 años que viene sufriendo de prurigo a intervalos.

Atropina—3 (14-11). Sin reacción de pulso ni del R. o. c.

Adrenalina+1-2 (12-13-11). Puls.+16 (64-80). R. o. c.—15 (80-64).

Azúcar orina negativos las tres veces

Pilocarpina—2+1 (15-13-16). Sin reacción del pulso ni del R. o. c.

Tiroidina—3 (12-9). Sin reacción del pulso ni del R. o. c.

Orquitina+1 (11-12). Sin reacción del pulso ni del R. o. c.

Pituitrina—1'5+3 (13-11'5-16). Sin reacción del pulso ni del R. o. c.

Máxima, 13; Mínima, 7; Diferencial, 6.

Viscosidad, 5'5. Coef. esfig. viscos. 6/5'5=1'09.
Sin reacciones nerviosas ni glandulares: hiposfíxia, hipervis-
cosidad.

Terapéutica: Adrenalina. Mejoría. Aparente curación.

Clotilde M., de 46 años. Desde hace 17 meses que viene sufriendo de prurigo intenso y sin interrupción que se ha ecze-
matizado en las piernas preferentemente.

Atropina—2 (13-11). Sin reacción de pulso. R. o. c.—20 (84-64).
Adrenalina—2 (12-10). Puls.+12 (72-84). R. o. c.—16 (80-64).

Azúcar orina negativo las tres veces

Pilocarpina+3 (10-13). Puls.+16 (72-88). R. o. c.—16 (82-66).
Tiroidina+1-1 (11-12-10). Puls.—16 (84-68). R. o. c.—28 (88-60).

Ovarina—2 (12-10). Puls.+12 (72-84). R. o. c.—16 (80-64).

Pituitrina+2 (10-12). Puls.+24 (66-90). R. o. c.—20 (90-70).

Máxima, 12; Mínima, 7; Diferencial, 5.

Viscosidad, 6. Coef. esfig. viscos. 5/6=0'83.

Vagotonismo poco acentuado: insuficiencia glandular. Hipo-
tensión, hiposfíxia, hiperviscosidad.

Tratamiento: Adrenalina. Mejoría poco marcada.

Carmen V., de 62 años, casada. Desde cerca de un año, pru-
rigo.

Atropina+3-2 (15-18-13). Puls.+14 (68-82). Sin excitación del
R. o. c.

Adrenalina+1-2 (16-17-14). Sin reacción de pulso ni del R. o. c.

Orina azúcar negativo a las 3 horas, positivo a las 6 y 9 horas.

Pilocarpina—1+3 (14-13-17). Puls.+12 (68-80). Sin R. o. c.

Tiroidina—1+3 (17-16-20). Puls.—12 (72-60). Sin R. o. c.

Ovarina+3-1 (17-20-16). Sin reacción al pulso ni al R. o. c.

Pituitrina—4'5 (18-13'5). Puls.—14 (78-64). Sin R. o. c.

Reacción glandular ovárica marcada.

Es sometida a un régimen antitóxico.

Salvador A., de 18 años. Desde la edad de 4 meses prurigo
crónico, hoy prurigo Hebra.

Fórmula leucocitaria:

Linfocitos	...	...	...	...	24 %
Tránsito...	...	...	...	...	3 %
Grandes mononucleares	...	...	...	...	7 %

Polinucleares:

Eosinófilos	...	...	...	...	18 %
Basiófilos	...	...	...	...	3 %
Neutrófilos	de 2 núcleos	...	...	...	14 %
Neutrófilos	de 3 núcleos	...	...	...	20 %
Neutrófilos	de 4 núcleos	...	...	...	11 %
Neutrófilos	de 5 o más núcleos.	...	...	...	3 %

Formas patológicas:

Mielocitos	eosinófilos	...	...	...	5 %
Mielocitos	neutrófilos	...	...	...	4 %
Células Türk	...	...	...	...	0

Atropina—1 (13-12). Sin reacción al pulso ni al reflejo o. c.

Adrenalina—2 (13-11). Puls.+18 (82-100). Sin reflejo oc. card.

Azúcar orina negativo a las 3 horas, positivo a las 6 y 9 horas.

Pilocarpina+0'5—2 (10'5-11-8'5).

Tiroidina—1'5 (13-11'5).

Orquitina—2'5 (13'5-11).

Pituitrina—1 (12-11).

Estos últimos sin reacción al pulso ni al R. o. c.

Poca reacción vagotónica: ¿hipotiroidismo?

Tratamiento externo. Remisión de síntomas.

Ramón M., 52 años, camarero. Hace unos dos años chancro
sífilítico seguido de roseola. Se trató poco. Actualmente al-
gias generalizadas y erupción de prurigo con placas liquenifi-
cación. Wassermann + + +.

Atropina—1 (11-10). Puls.—20 (76-56). Sin excitación r. o. c.

Adrenalina+5 (10-15). Puls.+20 (60-80). Sin excitación r. o. c.

Azúcar orina positivo a las 3 horas, negativo a las 6 y 9 horas.

Pilocarpina+2 (10-12). Puls.+12 (84-96). R. o. c.—32 (96-64)

Tiroidina+1 (10-11). Sin reacción al pulso ni al ref. o. card.

Orquitina+1 (9-10). Sin reacción al pulso ni al ref. o. card.

Pituitrina—3 (12-9). Sin reacción al pulso ni al ref. o. card.

Simpaticotonismo; hipotensión; hiposfíxia.
Máxima, 11; Mínima, 6; Diferencial, 5; Viscosidad, 0'73.
Coef. esfig. viscos.: 0'73.

Tratado con 5 Neosal. y 10 bismutos y vuelto a reconocer dió
Máxima, 12; Mínima, 6; Diferencial, 6; Viscosidad, 4'5.
Coef.: 1'33, o sea muy próximo a la normal.

Curación del prurigo y placas de liquenificación.

Eulalia B., 21 años. Tuberculosis pulmonar desde hace mu-
cho tiempo. Hace 10 meses erupción de Dermatitis Duhring.

Atropina—1 (11-10). Puls.+10 (110-120). Sin reflejo oc. card.

Adrenalina—1+1 (11-10-12). Puls.+12 (108-120). Sin ref. o. c.

Azúcar orina, positivo las tres veces.

Pilocarpina—1'5 (11'5-10). Sin reac. pulso. R. o. c.—14 (104-90)

Tiroidina—1'5 (12-10'5). Sin reac. pulso. R. o. c.—16 (96-80)

Ovarina—3 (14-11). Puls.—10 (100-90). Sin refl. oc. cardíaco

Pituitrina—2 (12-10). Puls.+12 (84-96). Sin refl. oc. cardíaco.

Máxima, 12; Mínima, 7; Diferencial, 5.

Ligero vagotonismo (?), insuficiencia pluriglandular; hipo-
tensión.

Tratada con Sanocrisina, mejoría grande de la lesión pulmo-
nar. La Dermatitis sigue igual.

Del conjunto de estos casos no podemos deducir gran-
des enseñanzas por que además de ser pocos, su inter-
pretación en algunos es difícil de manera que no extra-
ñaríamos nos hubiésemos equivocado a pesar de nuestra
buena voluntad. Por otra parte muchos de estos enfer-
mos están en curso de tratamiento sin que se haya ob-
tenido gran modificación en sus lesiones por los trata-
mientos que hemos creído indicar y siendo sabido que
la opoterapia debe sostenerse mucho tiempo si hay que
lograr buenos resultados creemos que podemos obtener
resultados más adelante cuando señalemos mejor la
glándula predominantemente enferma.

Dignos son de señalar los éxitos obtenidos en una
enferma de psoriasis con la administración de adrena-
lina llegando a limpiar su piel dejándola aparentemente
normal sin haber empleado tratamiento externo. Tam-
bién es de remarcar el que afección tan rebelde como es
la onicogriposis, se nos haya curado con las inyecciones
subcutáneas de oxígeno, lo que nos mejoró sus presio-
nes y disminuyó la viscosidad sanguínea.

Diremos también y como aclaración que en los casos
en que después de explicar los datos de la exploración
y la indicación de tratamiento, no damos el resultado
final de mejoría, curación o empeoramiento es debido a
que trabajamos en enfermos que asisten a la consulta
del Dispensario de la Facultad de Medicina (anexo a la
Cátedra de Dermatología a cargo del Catedrático doc-
tor Jaime PEYRÍ y estos pacientes son inconstantes,
desapareciendo con frecuencia de nuestros cuidados e
imposibilitándonos de seguir los tratamientos. Por este
motivo, aun presentando en esta comunicación 30 en-
fermos explorados, parte de un centenar que ni en ex-
ploración nos dejaron terminar, no podemos dar deta-
lles de su curso y resultados más que de unos pocos,
alentándonos solamente el que precisamente estos pocos
nos dan resultados muy demostrativos de el curso de
curación de sus lesiones y observando sus historias clí-
nicas vemos la demostración de que las mejorías de sus
afecciones cutáneas van acompañadas de la vuelta a la
normalidad o casi normalidad de su sistema circulatorio
de tal manera que el equilibrio de sus presiones y el

estado de su viscosidad sanguínea se acerca a la normal cuando en enfermo parece clínicamente curado, con la particularidad de que un enfermo que al mismo tiempo que una dermatosis sufría de otra afección, por ejemplo, sífilis, y el tratamiento de la sífilis le condujo a un estado de presión y viscosidad normal se le ha curado su dermatosis. No tenemos la pretensión de asegurar esto que acabamos de decir pues solo lo hemos comprobado claramente en un enfermo, únicamente diremos que es muy racional que así sea. (Véase historia de Ramón M.).

Fundándonos pues en los buenos resultados que obtenemos de estas exploraciones creemos conveniente que a todos los enfermos cutáneos se les someta a un estudio de exploración neuro-vegetativa y glandular, de su máxima, mínima y diferencial presión, de la viscosidad sanguínea o sea de la hipertensión, hipotensión e hiposfíxia, teniendo la seguridad de que si cumplimos las indicaciones que señalan estos datos, curaremos mejor y más rápidamente a nuestros enfermos.

CONCLUSIONES

1.º Explorando sistemáticamente a todos los enfermos cutáneos con el Pachon, la viscosidad y las pruebas farmacodinámicas, se obtiene un conjunto de datos que orientan para su mejor diagnóstico y tratamiento.

2.º Es frecuente la hipotensión en patología cutánea.

3.º En muchos casos las pruebas farmacodinámicas indican bien el trastorno endocrino.

4.º Cuando estas pruebas demuestran la disfunción endocrina el tratamiento opoterápico correspondiente produce buenos resultados.

5.º Son relativamente pocos los casos en los que la exploración indicada nos da un buen diagnóstico de disfunción glandular.

6.º Apesar de que siempre obtengamos claramente la demostración del trastorno glandular creemos deben hacerse en todos los casos estas exploraciones, para el mejor estudio y guía terapéutica de los mismos.

7.º En muchos casos habrá que tratar un estado general coexistente con la erupción, y harán depender ésta de aquél para obtener resultados.

8.º Hacemos constar los pocos éxitos completos que la opoterapia nos produce en el tratamiento de las dermatosis reconocidas y aceptadas por todos como íntimamente ligadas al sistema endocrino y comprobadas por nosotros como a tales.

9.º Poseemos aparte algunos casos de curación, numerosos casos de mejoría y ningún empeoramiento.

10. Creemos que esta terapéutica interna debe asociarse con la clásica externa contribuyendo a la mayor rapidez de modificación de la lesión cutánea pero intentando buscar la curación de la enfermedad y la del enfermo por todos los medios y no solo la desaparición aparente de la lesión cutánea.

CRÓNICA

EL PROBLEMA SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS

Conocida es la intensa labor higiénico-social llevada a cabo, de un tiempo a esta parte, en la mayoría de países civilizados para limitar en lo posible la extensión del llamado con razón peligro venéreo.

En el lustro y medio transcurrido desde el armisticio, casi todas las naciones, preocupadas por la recrudescencia inusitada de las enfermedades venéreas han dictado, con más o menos severidad, medidas de índole legislativa o gubernamental para conjurar el problema inquietante.

El trienio 1919-1921 marca el punto culminante de esta labor profiláctica que, iniciada por Dinamarca hace más de siglo y medio, se ha generalizado a la mayoría de países europeos y americanos.

Son numerosos en ambos Continentes los reglamentos, leyes, decretos, órdenes y circulares ministeriales dictadas para solucionar una cuestión tan compleja.

Cada uno de los países afectados ha procurado, dentro del plan tomado por modelo, adaptar el espíritu de la ley a la peculiar estructuración de su organismo social dibujándose tendencias realmente opuestas.

Los países de tradición liberal, como Inglaterra, rechazan abiertamente toda medida restrictiva como atentatoria a la libertad individual y se limitan a organizar lo más perfectamente posible la profilaxia social creando centros de tratamiento discreto, voluntario y gratuito, al que pueden acogerse sin distinción todos los ciudadanos, con el intento de alcanzar la esterilización masiva de los portadores de gérmenes.

Otros países de disciplina social rígida, sacrifican al interés de la comunidad la libertad del individuo estableciendo para el contaminado toda una serie de medidas coercitivas que llegan hasta el secuestro o cuarentena del enfermo en período contagioso, el tratamiento obligatorio, la declaración nominal de las enfermedades venéreas, la persecución del recalcitrante remiso al tratamiento, la denuncia de las fuentes de infección por parte del médico en funciones de inquiridor público, el certificado prematrimonial de exención venérea y la sanción severa contra el delito de contagio.

Al paso que la primera tendencia pretende ignorar la existencia de la prostitución y cuando más, dicta medidas generales de policía en evitación de la pública inmoralidad y del escándalo y en este sentido no admite ostensiblemente los casos de tolerancia como tampoco permite los de juego, la tendencia denominada por JEANSELME de *coacción estatal* se esfuerza en desterrar de raíz esta plaga clausurando en masa los prostíbulos y barrios de segregación (*red light districts*), persiguiendo implacablemente a la prostituta notoria y a las personas que tengan relaciones con ella, estableciendo leyes con severas penas contra la inmoralidad pública o privada, el proxenetismo la vagancia, la *fornication* y el adulterio.

Así, en Norteamérica la *United States interdepart-*