

PRÁCTICA MÉDICA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

por el doctor

L. RIMBAUD

Profesor de la Facultad de Medicina de Montpellier

SUS LÍMITES. — SUS CAUSAS

Dónde comienza la hipertensión

La cifra de la tensión normal en el adulto es de 13 para la tensión máxima y de 7 u 8 para la mínima. En el niño de 5 años, la tensión normal es de 9/5; en el de 10 años, de 10/6.

No obstante, en el adulto (hombre o mujer) no hay que hablar de hipertensión sino cuando las cifras de tensión máxima sean superiores a 15 y las de tensión mínima superiores a 9.

Conviene tener cuidado de no medir la tensión arterial en período digestivo; entonces la tensión, sobre todo la máxima, elevase a veces, transitoriamente 1 ó 2 centígrados.

En fin, para las hipertensiones límites, no contentarse con una sola medición, verificar el resultado obtenido por dos o tres mediciones sucesivas y tener en cuenta preferentemente las cifras obtenidas en la última medida, que a menudo son ligeramente inferiores (tensión residual).

Grados de hipertensión

Hipertensión ligera	máxima : 16 a 20
	mínima : 10 a 11
Hipertensión media	máxima : 21 a 24
	mínima : 12 a 14
Hipertensión fuerte	máxima : 25 a 30
	mínima : 15 a 20

Yo he observado casos de muy fuerte hipertensión con una máxima por encima de 30 y mínima alrededor de 23.

Las cifras más elevadas por mí anotadas han sido, en una mujer de cincuenta años, 27 de mínima, y de tensión máxima superior a 35 (cifra límite en el manómetro de PACHON).

Tipos esfigmomanométricos de la hipertensión

De ordinario existe una relación constante entre las cifras de hipertensión máxima y de hipertensión mínima. La fórmula de LIAN es muy justa: la presión mínima de los hipertensos es igual a la mitad más 2 de la tensión máxima; por ejemplo, máxima 22, mínima 13 (11 + 2) o máxima 26, mínima 15 (13 + 2). En estos casos dícese que la hipertensión es *completa* o *concordante*.

La presión *diferencial*, o diferencia entre las dos cifras de tensión (que es una media de 5 en sujetos normales) se eleva proporcionalmente en la hipertensión.

Pero a veces las cifras máxima y mínima no se elevan paralelamente y entonces se tienen hipertension

siones *divergentes*, por ejemplo, 23 y 10 (diferencial 13, demasiado grande), o hipertensiones *convergentes*, por ejemplo, 18 y 14 (diferencial 4, demasiado pequeña).

Variaciones de la hipertensión

La hipertensión puede ser *transitoria*, es decir, puede manifestarse durante algunos días, o semanas, bajo la influencia de diversas causas (fatiga, período menstrual, altitud): después la tensión vuelve a ser normal.

La hipertensión *permanente* es la forma más habitual. Muchos hipertensos tienen una cifra de tensión notablemente fija. Algunas veces sobre estas hipertensiones permanentes vienen a injertarse *crisis hipertensivas* en el curso de las cuales la tensión se eleva paroxísticamente a una cifra más elevada para descender seguidamente a la cifra habitual.

Causas de la hipertensión

No expondremos aquí sino las causas de la hipertensión permanente que es con mucho la más común. Las clasificaremos por orden de frecuencia y de importancia.

Edad. — Desde luego ésta no es una causa y no explica nada, puesto que, para una edad dada, se encuentran hipertensos y sujetos normales. No obstante, es indiscutible que la hipertensión es una enfermedad de la *cincuentena* (de «otoñales» como ahora se dice). Casi siempre la hipertensión comienza a manifestarse entre 45 y 50 años; pasada esta edad, si no se es hipertenso, hay pocas probabilidades de serlo.

Nefritis. — La insuficiencia renal es un factor tan importante de hipertensión, que debe investigarse antes que cualquier otro en los hipertensos. Una atenta exploración del aparato circulatorio (ruido de galope), un análisis completo de orina (albúmina, hipoazoturia, hipocloruria) y una medición de la azotemia (retención azoada) deben ser practicadas siempre como principio en estos enfermos. Casi siempre es debida la hipertensión en los jóvenes a un ataque renal.

Menopausia. — Mídase la tensión arterial en las enfermas que nos consulten en el momento de la menopausia, y en la mayoría de ellas se comprobará la hipertensión. Esta es con frecuencia pasajera y retrocede espontáneamente, después de algunos meses, o años, si ningún estado patológico la condiciona. Las menopausias operatorias y los *fibromas uterinos* se acompañan a menudo de hipertensión.

Sífilis. — La sífilis es factor de hipertensión sobre todo por las lesiones arteriales y renales de las que es origen. En toda hipertensión cuya causa no es clara, hacer una reacción de BORDET-WASSERMAN.

Obesidad. — Los obesos tienen frecuentemente una tensión arterial elevada. Es un hecho de observación clínica corriente, que muchos hipertensos jóvenes (30 a 40 años) son obesos.

Intoxicaciones. — El plomo y el alcohol, por afinidad para las arterias y el riñón son una causa frecuente de hipertensión. También pueden considerarse como tal los *excesos alimenticios* (grandes comidas, abuso de alimentación de carne) y el abuso del tabaco.

Hipertensión esencial o criptogenética. — Hay por último un gran número de hipertensos en los que el análisis clínico más atento no permite poner en evidencia la etiología de su desorden tensional. Es aquí donde sin duda debe hacerse intervenir la acción de las glándulas endocrinas, suprarrenal, ovario, testículo, hipófisis, tiroides, cuya secreción interna, desviada por razones íntimas que no se pueden apreciar, obraría sobre la regulación de la tensión arterial por mediación del sistema simpático y parasimpático. Las hipertensiones esenciales, probablemente endocrinas, son particularmente resistentes y a menudo irreductibles.

Luego prácticamente, siendo revelado el estado de hipertensión por la medición esfigmomanométrica, es siempre necesario pedir un examen completo de orinas y una azotemia, hacer una sero-reacción de BORDET-WASSERMANN e interrogar sobre su pasado al sujeto (*enfermedades anteriores, alcoholismo, régimen alimenticio defectuoso*). Sobre estos datos etiológicos se apoyará una terapéutica lógica y a menudo eficaz.

SÍNTOMAS, ACCIDENTES Y PRONÓSTICO

Síntomas propios de la hipertensión

El único signo de certeza de hipertensión arterial, lo da la *medición esfigmomanométrica*, como ya hemos visto.

En el examen clínico nada puede reemplazar a esta medición, y creer que es posible apreciar aún en forma aproximada el estado de la tensión arterial por la *palpación del pulso*, expone a groseros errores: pulsos plenos y vibrantes se ven en sujetos de tensión normal; pulsos pequeños en apariencia, oprimidos, mal percibidos, se observan frecuentemente en hipertensos.

Los signos propios de hipertensión aislada y no complicada son raros y poco característicos, tomando la hipertensión su cuadro sintomático de los estados patológicos que son su causa (signos de insuficiencia renal) o de accidentes y desórdenes funcionales que determina en los diversos aparatos (hemorragias, insuficiencia cardíaca).

También la hipertensión pura es a menudo *latente*; se la descubre a propósito de un examen completo metódicamente practicado en un sujeto, para cualquier otra afección, o en vista de un seguro de vida, de la admisión en una administración, etc.

Algunos signos discretos son, sin embargo, bastante comunmente observados en los hipertensos.

1. Desórdenes funcionales:

Las *cefaleas*, sobre todo las cefales matutinas, acrecentadas por la fatiga y en particular por el esfuerzo intelectual.

Los *vértigos*, que se manifiestan con preferencia

después de las comidas, o en un cambio brusco de temperatura.

Las *sensaciones de pulsación* en los vasos del cuello y orejas. Una ligera *disnea de esfuerzo*.

La *fatigabilidad y la ineptitud para el trabajo cerebral*.

2. Signos físicos:

La *répercusión del segundo ruido en el foco aórtico* se observa sobre todo cuando las lesiones de esclerosis valvular y de ateroma aórtico acompañan a la hipertensión, lo que es bastante frecuente: puede faltar en los grandes hipertensos cuyas sigmoideas han conservado su flexibilidad.

El *aumento de volumen del corazón* y más particularmente la hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Los *extrasístoles*. Son frecuentes en los hipertensos, aún en ausencia de toda lesión orgánica del corazón.

Síntomas habitualmente asociados a la hipertensión

Son de orden cardio-vascular o de orden renal:

1. Signos cardio-vasculares:

Aislados o asociados a los signos comunes enumerados más arriba se comprueban a menudo en los hipertensos:

Epistaxis recidivantes.

Fenómenos dolorosos retroesternales por la marcha, la fatiga (bosquejo de síndrome de angina de esfuerzo).

Disnea de decúbito que a veces determina un angustioso despertar a media noche.

Taquicardia (taquicardia «paradoxal» de GRASSET).

Ruido de galope cardíaco (ruido sobreañadido que procede al primer ruido).

2. Signos renales:

Hormigueos y desórdenes parestésicos de las extremidades.

Poliuria nocturna.

Orinas abundantes, claras, pobres en urea, albuminuria discreta.

Azotemia con frecuencia superior a la normal, y de la tasa de 0.40 a 0.60 centg. de urea por 1000 cc. de suero.

Accidentes de la hipertensión

1. Accidentes vasculares:

a) Las *hemorragias* son los accidentes más frecuentes, precoces y temibles de la hipertensión.

La *epistaxis* es a menudo el primer signo de la hipertensión. En un sujeto que haya pasado de los 40 años, la epistaxis significa casi siempre hipertensión y nefritis crónica.

La *hemorragia laberíntica* con su temible cuadro de vértigo de MENIÈRE.

La *hemorragia retiniana*: ambliopia rápida y a veces amaurosis instantánea, pudiendo ser definitiva la pérdida de la visión en un ojo.

La *hemorragia cerebral y meníngea*: ictus y muerte súbita, hemiplejía, crisis convulsivas.

b) Los *síndromes vasculares* con frecuencia preceden y anuncian la rotura o las obliteraciones arteriales. Generalmente se trata de *espasmo de las arterias cerebrales* que determinan según el terreno en que se producen signos clínicos variables: afasia, hemianopsia pasajera, monoplejía o hemiplejía instantánea, que no duran a veces más que algunos minutos o algunas horas.

El *espasmo de las arterias periféricas* da los fenómenos del *dedo muerto*, de la *claudicación intermitente* del miembro inferior, de la *amaurosis transitoria*.

2. Accidentes cardíacos:

El accidente cardíaco más típico de la hipertensión arterial es la *insuficiencia ventricular izquierda*. Los pequeños signos cardíacos descritos más arriba, tales como la angina de esfuerzo, la disnea de decúbito, el ruido de galope, son de ella los primeros signos. Pero un día, a propósito de una fatiga, de una variación de régimen, estalla la *gran insuficiencia aguda*. Esta se presenta tan pronto bajo la forma de una violenta *crisis de angina de pecho*, con su dolor retroesternal angustioso, irradiado en el miembro superior izquierdo, acompañado de sensación de muerte inminente, tan pronto bajo el cuadro clínico de *edema agudo del pulmón*, disnea súbita y brutal, acompañada de violentos ataques de tos, de expectoración espumosa y rosada, mientras que los dos pulmones son invadidos por una lluvia de estertores finos. Angina de pecho y edema agudo pueden originar una muerte súbita si no se aplica con urgencia una enérgica terapéutica.

En otros casos la insuficiencia ventricular izquierda se agrava progresivamente; la disnea de esfuerzo y de decúbito es más viva, el ruido de galope viene a ser «ondulante», la taquicardia se acentúa con frecuencia con «arritmia de tensión») y «pulso alternante» y el hipertenso llega progresivamente a la *asistolia irreductible*.

Pronóstico de la hipertensión arterial

El pronóstico de la hipertensión *no es únicamente una cuestión de cifras*.

Su gravedad no se eleva proporcionalmente a las tasas de las tensiones máxima y mínima. Sin embargo, las mediciones en serie dan informes que deben tenerse muy en cuenta.

Sobre este punto de vista deben retenerse algunos importantes datos:

Las *hipertensiones muy fuertes* (máxima superior a 25, mínima superior a 15) *exponen a accidentes cardio-vasculares graves*. Las hipertensiones medias y ligeras son a menudo bien toleradas.

La *hipertensión diastólica* (o mínima) *es más grave que la hipertensión sistólica* (o máxima); un hipertenso de 23-16 es atacado más seriamente que un hipertenso de 25-12.

La *convergencia de las cifras*, es decir, la disminución de la «diferencial» en los grandes hipertensos tendrá una significación grave; el pronóstico es más severo en un hipertenso de 19-15 que en otro de 23-14.

Cuando en un hipertenso la tensión máxima baja mientras que la mínima sigue fija (tensión «decapitada») los accidentes cardíacos son de temer.

Estos elementos de pronóstico basados en la medida de la tensión no lo son todo. Hay otros que deben ser conocidos.

Una hipertensión que resiste al tratamiento, que jamás cede, lo que se llama *hipertensión permanente irreductible*, es de pronóstico severo.

La hipertensión de los jóvenes es más seria que la de los viejos.

El *factor etiológico* condiciona a menudo la gravedad de la hipertensión; la nefritis crónica hipertensiva, en general con retención uréica, termina rápidamente en las manifestaciones urémicas. Por lo demás, aquí, la hipertensión no es sino uno de los elementos del síndrome de insuficiencia renal. Las hipertensiones criptogénicas (esenciales) son generalmente bien toleradas.

El hipertenso está siempre expuesto a las rupturas vasculares y particularmente a la *hemorragia cerebral*. Si él escapa a estos accidentes y a la *uremia*, estará la mayor parte del tiempo sujeto a la *insuficiencia cardíaca*.

TRATAMIENTO

Indicaciones terapéuticas

Es evidente que la primera indicación terapéutica en el hipertenso es el tratar de obtener la baja de la tensión arterial.

Precisa saber, no obstante, que la mejoría, y sobre todo, la desaparición de los desórdenes subjetivos no son siempre paralelas a la baja tensional. Con frecuencia el hipertenso se siente completamente transformado por el tratamiento, cuando las cifras de la tensión máxima y mínima no están en baja. En estos casos es quizá peligroso el perseverar en una terapéutica hipotensiva demasiado rigurosa.

Cumplida esta esencial indicación, es necesario dirigirse a la causa de la hipertensión; casi siempre se tendrá que luchar contra la nefritis crónica, contra la sífilis, contra las intoxicaciones.

Por último, será necesario prevenir los accidentes vasculares, particularmente frecuentes en el curso de las crisis hipertensivas, y sostener el miocardio para evitar, o al menos retardar, la insuficiencia cardíaca.

No nos ocuparemos aquí más que del *tratamiento propio de la hipertensión, sea cual sea la causa*.

La higiene del hipertenso

El *reposo* es el agente hipotensor más poderoso y más seguro. Reposo en su más amplio sentido: físico, intelectual, alimenticio, genital, etc.

Sus modalidades serán diferentes según la importancia de la hipertensión, las condiciones sociales del enfermo, su edad, etc.

El gran hipertenso deberá guardar cama durante algunos días y aún durante algunas semanas; y donde toda la gama de medicamentos llamados hipo-

tensores fracasaron, se obtiene una caída de la tensión de varios centímetros desde el tercero o cuarto día de reposo en el lecho.

En los hipertensos, no podrá, evidentemente, prescribirse indefinidamente este reposo en el lecho. Mas será preciso exigirlo todos los meses tres o cuatro días consecutivos (en las mujeres jóvenes en el momento de sus períodos menstruales). Se impondrá en los hipertensos medios o pequeños que padezcan crisis paroxísticas de fuerte hipertensión, a menudo más peligrosas que la hipertensión permanente.

La preocupación de negocios, la fatiga profesional, la agitación de la vida política (sobre todo en horas de lucha electoral), los choques emotivos son muy perjudiciales al hipertenso.

La estancia en el campo, o mejor, en una casa de reposo, da a veces resultados sorprendentes.

La fatiga física, deportes, residencias de altura y la marcha alpina, la aviación, las largas carreras en automóvil, las grandes comidas, los excesos genitales, etc., deben prohibirse rigurosamente.

El régimen alimenticio

Por razón de la lesión renal habitual el régimen hipoazoadado es el ordinariamente indicado en la hipertensión.

1.º El régimen puede resumirse en algunas simples prescripciones.

Nada de grandes comidas, nada de carne por la tarde, ni tampoco bebidas alcohólicas, ni pescado en abundancia.

2.º Para detalle en un hipertenso medio :

A) Alimentos prohibidos : caza, salchichería, sazón, carnes y pescados en conserva, mariscos, legumbres secas, quesos fermentados, toda clase de bebidas alcohólicas (salvo el vino, 250 gramos por día, mezclado con agua) ; añádase la prohibición del tabaco.

B) Alimentos a tomar en pequeña cantidad : carne fresca (con preferencia carnero, puerco fresco, 100 a 150 gramos en la comida de mediodía), volatería, pescados frescos (con preferencia merluza, colín, dorada, lenguado, anguila, carpa), huevos (uno por día para reemplazar a la carne), pasteles, quesos frescos ; leche (medio litro como maximum), pan (200 gramos aproximadamente) ; poca sal ; nada de café ni the.

C) Alimentos recomendados : toda clase de legumbres frescas (patatas, zanahorias, navos, cebollas, rábanos, calabaza, alcachofas, judías verdes, apio, guisantes frescos, ensalada) y arroz, peras de don guindo, toda clase de frutos frescos o cocidos. Agua de Evian. Infusiones azucaradas.

Además será conveniente aconsejar el que uno o dos días por semana no se tomen alimentos de la categoría B, tomando únicamente los de la serie C.

3.º En el gran hipertenso atenerse durante varias semanas a los alimentos de la categoría C.

Cada quince o veintidós días, o cada mes, establecer durante 24 horas un régimen reducido que comprenda : tisanas azucaradas, medio litro de leche ; a mediodía legumbres frescas y una fruta.

Más tarde añadir uno o dos alimentos de la serie

B, una vez, después dos, luego tres veces por semana.

Medicamentos hipotensores

Es necesario saber : que con lo que menos debemos contar es con los medicamentos hipotensores.

Las recientes observaciones que hemos hecho con M. CHARDONNEAU (que desde hace dos años estudia en mi servicio la acción de los hipotensores) nos permiten afirmar que los medicamentos prescritos como hipotensores no tienen a menudo ninguna acción sobre la tensión arterial ; cuando ellos determinan una caída de la tensión arterial, ésta es generalmente pasajera y la tensión se eleva de nuevo 3 ó 4 días después de suprimir el medicamento.

Por esta razón los hipotensores están indicados en las crisis hipertensivas y en los casos de hipertensión paroxística ; generalmente fracasan en la hipertensión permanente.

Entre los hipotensores menos infieles, aconsejamos :

El nitrato de sosa en inyecciones intravenosas ; nosotros empleamos una solución al 2 por 100 y progresivamente inyecciones de 1, 2 y 3, excepcionalmente 4 y aun 5 centímetros cúbicos (que responden a las dosis de 2, 4, 6, 8 centigramos de nitrato de sosa). Inyecciones cotidianas, comenzando por 1 centímetro cúbico. Hacer series de 8 a 12 inyecciones cotidianas, separadas por reposos de 10 a 20 días.

El nitrato de sosa «ab ore» nos ha parecido no tener efecto.

El muédago. — Se emplea el extracto acuoso. Poco activo por vía digestiva a la dosis de 0.20 a 0.40 centigramos por día en píldoras. Más activo en inyecciones intramusculares (una a dos inyecciones por día de 0.05).

El cloral. — En poción a la dosis de un gramo por día.

Son de algún recurso : la trinitrina (3 gotas por día de solución alcohólica a 1 por 100) ; la tintura de ajo (20 a 30 gotas diarias), el benzoato de bencilo (30 gotas, tres y cuatro veces por día), los ioduros (0.50 centigramos por día).

Medicamentos adyuvantes

La medicación diurética está siempre indicada en la hipertensión. La Teobromina (a la dosis de 1 gr. 50 a 2 gr. por día) es el medicamento de elección. Prescribáse una semana o diez días por mes.

A veces reemplácese por la escila : píldoras de polvo 0.10 cent. y de extracto 0.05 cent. ; tres por día.

La absorción en ayunas de un vaso de agua de Envian, pura o adicionada con 5 gramos de lactosa, es de un efecto diurético habitual.

La purgación. — Aconsejar una purga mensual (sulfato de sosa, 30 gramos) o mejor un laxante drástico cada semana, por ejemplo : polvo de áloes, 0.05 centg., polvo de escamonea, 0.10 centg., polvo de ruibarbo, 0.30 centg., en un sello.

La sangría.—La gran sangría de 400 a 600 cc. es

el tratamiento heróico de los accidentes renales de la hipertensión (edema agudo del pulmón). Las sangrías medias de 200 a 300 cc. mejoran la disnea y la pseudo-asma nocturna. Las pequeñas sangrías repetidas de 80 a 100 gramos por semana atenúan las cefaleas y vértigos. Pero lo mismo que por los medicamentos hipotensores, no se puede obtener por la sangría, una baja sostenida de la tensión arterial.

Las curas hidro-minerales.—Royat (Puy-de-Dôme) con sus baños carbo-gaseosos es la estación de elección que debe recomendarse al hipertenso. Se observa siempre una caída de la tensión durante la cura. A veces la disminución de la cifra tensional persiste algunas semanas y aun algunos meses después de la cura.

Evian (Hte. Savoie) es particularmente útil en razón de la acción diurética de las aguas y del efecto sedativo de su clima.

Accesoriamente pueden recomendarse: *Brides-les-bains, Contrexeville, Saint Nectaire, Capvern.*

(Clínica y Laboratorio.—Septiembre 1927).

CRÓNICA

CÓMO DEBIERA ORGANIZARSE EN ESPAÑA LA LUCHA ANTIVENÉREA (1)

por el doctor

J. VANRELL

de Barcelona

Para no salirnos de los límites de nuestro trabajo nos ceñiremos exclusivamente a la reorganización de la profilaxis antivenérea, pero entendemos que las campañas de higiene social deben ser emprendidas en acción conjunta y sometidas a un plan uniforme y de antemano calculado, ya que se trata de dolencias infecto-contagiosas a veces coexistentes y a las cuales deben aplicarse en último término, análogos principios básicos de profilaxis.

¿Qué orientación debe seguir, pues, nuestro país en la lucha contra las enfermedades sexuales? ¿La política represiva de América y de los Estados Nórdicos; el proceder comedido y sobrio de la metrópoli Británica; la organización evolutiva de los países sajones o el tradicionalismo contemporizador de algunos pueblos latinos?

Somos escépticos en lo que se refiere a la eficacia de los métodos transplantados, convencidos como estamos de que la organización que mejor cuadra a las características sociales de un país corre peligro de fracasar ruidosamente al trasponer fronteras aunque venga a naturalizarse entre colectividades de idéntico origen étnico, pero de matices psico-culturales distintos.

Por eso los organismos internacionales—l'Office d'Hygiene Publique, l'Organization d'Hygiene de

la S. des N., la Federación de Sociedades de la Cruz Roja y los diversos Congresos—se han abstenido siempre de dictar normas generales de aplicación para todos los países, dejando a la libre iniciativa de cada uno de ellos el cuidado de organizar su régimen interno antivenéreo como mejor conviniere a las circunstancias y a las necesidades del momento.

No somos, por lo tanto, partidarios de copiar íntegramente plan alguno de profilaxis; las diversas medidas antivenéreas deben hallarse apropiadas a las características de nuestro país, aplicándolas metódicamente con arreglo a una pauta previamente elaborada y comenzando desde luego por los métodos educativos.

Ante todo precisa conocer la verdadera extensión entre nosotros de las enfermedades venéreas. La formación de una estadística en tal sentido es por lo tanto imprescindible. Debiera solicitarse para ello la colaboración inteligente de los facultativos y de la masa ilustrada del país; una campaña de propaganda destinada a interesar a las clases intelectuales en semejantes cuestiones debiera constituir la base de la obra antivenérea.

Esta campaña daría seguramente sus frutos y constituiría el preliminar obligado para la creación en todo el país de Comités antivenéreos adheridos a la organización central de la Liga española.

Fuera un grave error limitar el alcance de estos Comités al campo de la medicina; ciertos sectores profesionales cuyo influjo sobre la colectividad es bien notorio, abogados, legistas, sociólogos, maestros, periodistas, el clero mismo, deberían estar representados en ellos no sólo para orientar la campaña en sentido paramédico, sino para revestirla además del carácter indispensable de cruzada social.

Cada Comité estaría encargado de elaborar, dentro de las normas generales acordadas, un plan de campaña especialmente adaptado a las características de la localidad; de este modo podría organizarse metódicamente la educación del gran público, interesándole en estas cuestiones y preparando el terreno para una legislación gradual, eficaz y completa.

Paralelamente, el Estado iría desarrollando la acción administrativa con arreglo a un plan calculado de antemano.

Sería impropcedente la aplicación en nuestro país de métodos coercitivos de ningún género sin haberse operado antes una evolución general de las costumbres que infunda en la conciencia pública la noción, poco frecuente todavía, de la responsabilidad en materia sexual. Es esta una labor delicada, que quizá requiera en nuestro país un dilatado período de transición.

Por estas circunstancias, la única norma eficiente, y por el momento admisible, de acción antivenérea, es la esterilización rápida y precoz del mayor número posible de enfermos contagiosos obtenida con procedimientos suaves.

La organización de una red de dispensarios antivenéreos que atienda a las necesidades de la población civil, es por lo tanto una medida imprescindible y que, aunque costosa, rendiría en poco tiempo resultados insospechados.

Estos dispensarios, obligatorios en las poblaciones

(1) Véase J. VANRELL. Estado actual de la lucha antivenérea en España. ARS MEDICA. Enero 1927.