

Con una aguja de dos puntas igual a la anteriormente descrita, se pincha la vena del paciente, se deshace la ligadura del brazo y se aprieta suavemente el aparato, de modo que la otra punta de la aguja perfora la cúpula del tapón. La inyección de la sangre se va efectuando con una velocidad que depende de la fuerza de la insuflación.

La operación es facilitada por un modelo de porta-agujas que va guiado sobre los cuellos de la ampolla y que no se detalla aquí por no alargar innecesariamente este trabajo.

La condición esencial que realiza este soporte (10) es que aguanta rígidamente la aguja, situándola en la dirección del eje del cuello de la ampolla, y que sin ningún esfuerzo puede hacerse patinar a lo largo de una guía (24), permitiendo que la aguja perfora la cúpula del tapón sin necesidad de preocuparse de la dirección de la aguja.

Forman parte del aparato, dos guías que se atornillan a cada uno de los cuellos de la ampolla, dos porta-agujas adaptados a estas guías, además dos agujas que pueden guardarse estériles, encerradas en un tubo.

Las ampollas son todas ellas iguales, especialmente en lo referente a diámetro y longitud de los cuellos, y por lo tanto, intercambiables.

Resumen:

Se ha descrito un aparato para la transfusión sanguínea indirecta, que permite:

- 1.º Usar agujas delgadas.
- 2.º Transportar la sangre a distancias relativamente grandes.
- 3.º Hacer la transfusión sanguínea tan fácilmente como una inyección intravenosa corriente.

CRONICA

EXTENSIÓN Y CONSECUENCIAS SOCIALES DE LAS ENFERMEDADES

VENEREAS

por el doctor

J. VANRELL

de Barcelona

En diversos artículos nos hemos ocupado ya del problema de las enfermedades venéreas, poniendo de manifiesto su gravedad y urgencia y planteando el estado del mismo en nuestro país y las medidas que a nuestro juicio debieran implantarse para atajar o por lo menos disminuir sus peligros.

Queremos hoy presentar a la consideración del lector un balance del dominio social de estas enfermedades, haciendo resaltar su difusión extraordinaria en todos los medios y en todos los países, lo que permitirá hacerse cargo de la gravedad e importancia que revisten para la colectividad y los daños incalculables que de ellas se derivan.

La noción del imperio de las enfermedades venéreas en patología social, es de adquisición reciente. Se sabía de su frecuencia por las apreciaciones particulares de los prácticos. Pero nadie había cuidado de establecer metódicamente estadísticas generales sobre la extensión de estas dolencias.

Corresponde a Dinamarca el mérito de haber llevado a cabo en 1873 los primeros intentos de estadística general sobre estas enfermedades.

En 1900, el Ministerio Prusiano de Cultura emprendía una encuesta nacional acerca del número de enfermos en tratamiento a consecuencia de procesos sexuales. Sólo el 63 por 100 de los médicos dió respuestas satisfactorias: los datos globales arrojan un total de 30.383 hombres y 10.619 mujeres. ADAM deduce de este resultado que la cifra real de estos enfermos no puede estimarse inferior a cien mil, únicamente para Prusia (1).

1913, la «Verband Deutscher Stadtstatistiker» (2) emprendió en 27 grandes ciudades alemanas, una investigación respecto del número de enfermos sexuales sometidos a tratamiento durante el lapso de tiempo comprendido entre el 20 de noviembre y el 20 de diciembre del mismo año; respondió el 70 por 100 de los médicos consultados, obteniéndose una cifra de 37.000 casos o sea el 5'5 por mil del total de la población.

De estos enfermos el 82 por 100 asistía a consultas privadas; 45 por 100 padecían sífilis; 50 por 100 blenorragia, y 5 por 100 chancro blando.

Predominaba el sexo masculino en la forma siguiente:

	Sífilis	Blenorragia	%
Varones	68	78	75
Hembras	32	22	25

En Inglaterra, una comisión especial compuesta de trece miembros y presidida por SYDENHAM, fué encargada de precisar en febrero de 1916 (3) la extensión de las enfermedades venéreas en el Reino Unido.

Después de 86 sesiones, en las que se desarrollaron 85 ponencias y fueron estudiadas 22.296 cuestiones, compulsándose numerosas estadísticas, procedentes tanto de la población civil como del ejército y de la Marina, la Comisión estimó en un 10 por 100 del total de la población el número de sífilíticos existentes en Inglaterra y País de Gales:

(1) A. Adam en «Hugo Selters—Compendio de Higiene.—Espasa Calpe, edit. 1925.
 (2) Busch—Geschlechtskrankheiten in Deutschen Grossstädten, Breslau 1918.
 (3) Bulletin de l'Office International d'Hygiene Publique, 1919, Tomo XI p. 862

al propio tiempo hacía resaltar la imposibilidad de señalar la proporción de gonorreicos que escapaba a toda evaluación.

En Francia la «Comisión de profilaxia de enfermedades venéreas» del Ministerio del Interior organizó en 1919, una encuesta parecida que dió resultados semejantes.

En el mismo año tuvo lugar en Alemania un segundo censo oficial de enfermedades venéreas que comprendía los enfermos en tratamiento desde el 15 de noviembre al 14 de diciembre del mismo año. Respondió tan sólo el 53 por 100 de los médicos consultados, el 63 por 100 de los especialistas y el 64'8 por 100 de los Hospitales; obtúvose un total de 136.000 enfermos, es decir, un 22 por 10.000 habitantes (hombres 31 por diez mil; mujeres 10 por 10.000), de los cuales únicamente 19.800 se refería a casos de blenorragia aguda (14.616 hombres) y 3.823 a gonorrea crónica (2.905 hombres).

Se aprecia a primera vista la deficiencia e inutilidad de esta estadística, que comprende un número menor de médicos que la de 1913 y una proporción irrisoria de afecciones blenorragícas.

En las grandes ciudades la proporción de enfermos alcanzó valores superiores: Bremen, 76; Hamburgo, 67; Lubeck, 49; pero teniendo en cuenta el predominio de solteros en 15 y 30 años, los más expuestos, no puede deducirse de una estadística tan grosera un incremento notable de las enfermedades venéreas.

Los diversos estados del Reich dieron resultados poco diferentes: Sajonia, 28; Prusia, 22; Baviera y Turingia, 19; y Wurtemberg, 13 por 10.000.

A un censo análogo procedióse en 1921 en Checo-Eslovaquia (4) por iniciativa del Ministerio de Higiene pública y de Educación física, con resultados asimismo incompletos.

En Polonia tuvo lugar en 1924, del 1 al 30 de septiembre, un censo de enfermedades venéreas entre la población civil, que dió el siguiente resultado (5): número de sífilíticos en tratamiento: 16.325.

Enfermos de gonorrea: 16.220.

Enfermos de chancro blando: 984.

Morbilidad total para todo el país: 12'7 por 10.000.

Morbilidad para la capital (Varsovia): 130 por 10.000.

De todos los intentos de estadística general de morbilidad venérea, la encuesta emprendida (octubre 1920-septiembre 1921) por la Asociación Suiza para la Lucha contra las enfermedades venéreas, es seguramente la que ofrece mayores garantías y probabilidades de aproximación. Fué dirigida por el Servicio general de Higiene Pública, por la Asociación Suiza para la lucha contra las enfermedades venéreas y por la Comisión Médica Suiza de Infor-

mación sobre la extensión de las mismas, y ofrecía la novedad de que los médicos informadores percibían una indemnización de 50 céntimos por caso comunicado. El material reunido es exacto y homogéneo como pocos, y ofrece, por lo tanto, un valor positivo.

HUBERT JAEGER (6) resume los resultados obtenidos en la forma siguiente: De los 2.250 médicos suizos respondieron 1.841. El 95 por 100 de especialistas contribuyó a la información.

La población de hecho residente en Suiza, era en 1920 de 2.880.000 habitantes.

El número de venéreos en tratamiento fué de 15.600 (blenorragia 57'8 por 100; sífilis, 41'5 por 100; chancro blando 0'6 por 100).

El coeficiente de morbilidad fué de 42'2 por 10.000 (uno por 250 habitantes).

El sexo masculino rindió un coeficiente superior al femenino (56 contra 25 por 10.000).

En el 52 por 100 de los casos (8.250) se trataba de nuevas afecciones: gonorrea 74'6 por 100; sífilis, 23'7 por 100; chancro blando, 1'7 por 100. La tasa media anual de infección venérea fué de 20 por 10.000 para toda Suiza.

La frecuencia relativa en ambos sexos fué de dos hombres por una mujer (68 por 100 contra 32 por 100).

La edad más castigada oscilaba entre los 20 y 24 años (70 por 10.000). El número de nuevos venerianos de esta edad, fué de 101 por 10.000 para los hombres (uno por cien) y 35 por 10.000 para las mujeres (1 por 350).

La más alta proporción de enfermos la suministran los divorciados (130 por 10.000), siguiendo los solteros (70 por 10.000), los casados (38 por 10.000) y por último los viudos (17 por 10.000).

Entre los solteros, el máximo de infecciones ocurre entre los 25 y 29 años para los hombres y los 20 y 24 años para las mujeres.

El 51 % de infecciones masculinas fueron ocasionadas por mujeres que no se dedican habitualmente a la prostitución.

De estas cifras concluye JAEGER que existe en toda Suiza una población sífilítica de 37.000 personas (cerca de un 10 % de la población) haciendo constar asimismo que la cifra total de personas que han padecido blenorragia es sumamente difícil de precisar. La morbilidad anual de esta última enfermedad sería de 24 por 10.000 alcanzando, por tanto, a un 3 % de la población suiza.

Si de las cifras oficiales pasamos a las estimaciones particulares, observaremos entre los diversos autores notables diferencias de apreciación.

La primera y más elevada evaluación de la difusión de la blenorragia, es la de NOGGERATH hecha antes del descubrimiento de NEISSER. Estimaba este autor que el 80 % de los hombres padecían o habían padecido gonorrea; estas cifras son consideradas hoy

(4) Social Hygiene Bull, Abril de 1921.

(5) Anuario Sanitario internacional 1924—Ginebra 1925 Publ. Sociedad de las Naciones.

(6) Off. Int. Hyg. Publique. 1922.

día como excesivas. MORROW y FORCHEIMER (7), basándose en una larga experiencia de las condiciones existentes en los Estados Unidos, estiman que del 51 al 60 % de la población masculina, ha padecido esta enfermedad. De la misma opinión son en Alemania BLASCHKO, ERB y PINKUS; estadísticas recientes obtenidas en diversos ejércitos indican que la gonorrea se halla cuatro veces más extendida que la sífilis; siendo ésta de una frecuencia del 10 %, es razonable aceptar una morbilidad total por gonorrea del 45-60 %.

En las mujeres la proporción parece ser menos elevada; según STOKES (8), la gonorrea se halla cuatro veces más extendida en el hombre que en la mujer. ERB sostuvo hace años, que de 400 mujeres, cuyos maridos habían padecido gonorrea, sólo el 5 % contra la enfermedad. Esta estimación parece excesivamente moderada. Hemos visto ya que la estadística suiza precisa la relación de dos hombres—una mujer, y además, hay que tener en cuenta que en el sexo femenino gran número de gonorreas evolucionan sin síntomas. De todos modos, es manifiesto que a pesar de las dificultades que existen para interpretar las cifras que contienen semejante elemento de estimación, la gonorrea representa para los higienistas un problema de importancia extraordinaria. Es un hecho cierto que se trata de una de las enfermedades más extendidas entre la humanidad y que su dominio sobrepasa de mucho al de casi todas las enfermedades infecciosas, incluyendo la escarlatina, la tifoidea, la viruela y la difteria, con excepción quizá de la gripe y sobre todo del sarampión, la más contagiosa de las enfermedades de la raza humana.

Aunque menos difundida afortunadamente que la blenorragia, la sífilis es asimismo de una frecuencia aterradora, que acrece sin cesar a causa de la emigración de la población hacia las ciudades, del servicio militar obligatorio y de las facilidades de comunicación.

DUJARDIN de Bruselas (9) admite que existían antes de la guerra 3.000.000 de sífilíticos en Inglaterra, una cifra semejante en Francia, 6 millones en Alemania, 4 millones en Austria Hungría y 500.000 en Bélgica. Estas estadísticas no tienen en cuenta la influencia de la infección hereditaria que según BAYET parece ser igual a la de la sífilis adquirida.

STOKES, tomando en conjunto la población masculina y femenina de los Estados Unidos sobre la base de una enferma por cinco enfermos de sífilis y excluyendo del cálculo a los menores de 15 años, evalúa la proporción de sífilíticos en 3.842.526 entre los 91.972.266 habitantes de la Unión Americana (10).

En el Uruguay, la proporción de sífilíticos con relación al número de enfermos, fué en 1923 de 18'7

por 100 para Montevideo y de 26'3 por 100 para el campo (11).

Estas cifras son todavía mayores en aquellos países donde las precauciones higiénicas son rudimentarias.

El Prof. ALMKVIST (12) cita las siguientes estadísticas, que corresponden a un departamento ruso: de 8.500 habitantes el 95 % eran sífilíticos; 66'1 % se hallaban atacados de sífilis congénita; 17'3 por 100 habían sufrido contagio extragenital; 11'9 por 100 desconocían el origen del contagio y sólo el 4'7 por 100 habían sido contaminados por vía sexual. El delegado de la Cruz Roja Helvética dice que en Ucrania y Rusia del Sur, padece la sífilis el 80 por 100 de la población, dato confirmado por SEMASCHKO (13).

Análogas cifras se encuentran entre los habitantes de las altiplanicies asiáticas y americanas.

En el Perú el 95 % de la población aborigen, padece la enfermedad, que atribuyen a las lamas o cabras americanas que constituirían el vehículo de contagio.

WOLF GARTNER (14) afirma que en Haití la proporción de sífilíticos es del 74 %.

El censo llevado a cabo recientemente en Nueva Zelanda (15) arroja la población de 1 sífilítico por cada 38 habitantes.

Madagascar es uno de los países más intensamente sífilizados del mundo. Datos recientes estiman que el 50 % de los indígenas padece sífilis adquirida o hereditaria; el contingente de heredo-sífilíticos en las maternidades de la isla alcanzó el 28'38 por 100 en 1911, subiendo al 43'4 % en 1920 (TOIROUX). (17).

KERMONGAT (17) asevera que la sífilis domina en la patología del Annam, de tal modo, que un tercio de su población la padece y se manifiesta bajo todas sus formas, incluso la sífilis cerebral.

En el Senegal el 90 % de los indígenas tratados en los hospitales padece uretritis y casi todos son sífilíticos (18).

La morti-natalidad acusa un promedio de 15 % y la mortalidad infantil es de un 42 % para los niños menores de cuatro años.

En la costa de Marfil es extremadamente abundante, según HOUILLON (19). En aquellas regiones la sífilis femenina alcanza la proporción del 50 %, y según LOUYS, es una de las principales causas de esterilidad. La mortinatalidad oscilaría entre un 38'5 por 100 y un 35 por 100.

(11) Hector del Campo.—Orientación de la profilaxia de la sífilis. Boletín del Consejo Nacional de Higiene. Uruguay. Dic. 1924.

(12) Koss, Gukdomanna.—Las enf. venéreas. Estokolmo 1924. A. Bonder Edit. Extr. de «Vers la Santé». Mayo 1925.

(13) L. Haden Quest.—La santé publique a la Russie des Soviets.—Rev. d'Hygiene et de Police Sanitaire, num 11, 1920.

(14) Deutsch Med. Woch. 1920.

(15) The Lancet Febr. 1923 p. 249.

(16) Thiroux.—Les mal. ven. Dans les Colonies francaises. Bull. de l'Office int. d'Hygiene. Febrero 1923.

(17) Aperçu general sur les mal. ven. dans les colonies francaises. Revue d'Hygiene et de Medecine Coloniale 1903. p. 437.

(18) Thiroux.—Les mal ven. Dans les Colonies francaises. Bull. de l'Office int. d'Hygiene. Febrero 1923.

(19) Houillon.—La depopulation de la Basse Côte d'Ivoire. Bull. de la Soc. Méd. de l'Ouest Africain 1920. p. 208.

(7) Stokes. Las enf. ven. p. 31.

(8) Ob. cit. p. 31.

(9) Leredde.—La syphilis fleau social p. 51.

(10) S. H. Stokes.—El problema social de las enf. ven. Salvat edit. 1920.

En el Camerun es muy grave por su asociación con el paludismo. Algo semejante ocurre entre la población blanca de las colonias tropicales donde la sífilis asociada al paludismo parece adquirir una virulencia particular.

Como vemos, quizá ninguna otra pandemia posee en tan alto grado el don de la ubicuidad; «apenas podrían citarse dice JEANSELME, algunos raros islotes de población todavía indemne repartidos en las regiones no abiertas regularmente al comercio como entre los Moïs y los Khas, salvajes bosquimanos que habitan las vertientes de la cadena anamítica, los papuas de Nueva Guinea y algunas tribus hostiles del centro africano» (20).

Cuanto más densa es la población, más fácilmente se multiplican los contactos y se acentúa la endemia.

Los factores etiológicos que favorecen la creación y la extensión de los focos de contagio son los movimientos de población determinados por los grandes acontecimientos religiosos, militares o económicos; los focos de sífilis se escalonan en las riberas de los cursos de agua navegable; a lo largo de las grandes vías de tráfico; de las rutas naturales seguidas por los ejércitos, las caravanas de mercaderes o los tropezales de peregrinos.

Casi todas las exaltaciones epidémicas de la sífilis en Europa reconocen por causa las guerras o la ejecución de grandes trabajos públicos. Los ejércitos en campaña han suministrado en todas las épocas los más elevados índices de morbilidad. VOLTAIRE decía ya en su célebre sátira *l'homme aux quarante écus*; ¿no es cierto que cuando dos ejércitos de 32.000 hombres cada uno marchan al encuentro con las banderas desplegadas puede asegurarse que existen 20.000 venerianos de cada lado?

Según PERITICH de Belgrado, la endemia sifilítica se circunscribe hace pocos años a las provincias búlgaras orientales. Hoy día cubre todo el país. Esta expansión de la sífilis ha sido favorecida por las guerras contra los turcos. Familias enteras de la región Oriental, huyendo de la devastación, propagaron la sífilis por las regiones vírgenes todavía. La dispersión del ejército completó la sifilización.

La guerra del 1914, concentrando en Europa las razas más diversas, arrancando del hogar hombres jóvenes y válidos y creando esta relajación de costumbres propia de una vida incierta y llena de peligros, ha provocado una recrudescencia formidable de la sífilis, que se ha extendido en proporciones desacomodadas en la ciudad lo mismo que en el campo.

El informe del Director de Higiene Pública de Australia, confirma que en 1919 más de 50.000 desmovilizados de la gran guerra vinieron a juntarse a la masa de enfermos civiles propagando la infección venérea por los rincones más alejados del país (21).

Algunos documentos relativos a la sífilis rural aportados por LEREDDE revelan su importancia en las comarcas agrícolas del centro de Europa.

ETIENNE de VERNON (Francia) ha hallado 522 campesinos afectados de enfermedades crónicas varias; 82 de ellas eran debidas a sífilis adquirida cierta; 161 a sífilis hereditaria cierta; 39 casos podían atribuirse a sífilis adquirida probable y 117 a sífilis hereditaria probable. En total, 339 (22).

Un médico que ejerce en un lugar de Normandía, de 1.300 habitantes (23), ha comunicado los resultados de su observación personal, que confirman los hechos precedentes. En 310 casas del lugar, ha encontrado 35 casos de sífilis cierta y 41 casos de infección probable. La frecuencia de la tuberculosis sería infinitamente menor en la localidad.

BERON (24) confirma la frecuencia de la sífilis en los pueblos pobres y en las regiones montañosas de Bulgaria. En determinadas comarcas montañosas y a lo largo de las márgenes del Danubio comprobó el autor que la mitad de la población padecía sífilis o presentaba manifestaciones para-sifilíticas.

Semejantes ejemplos podrían multiplicarse confirmando que dista mucho de ser exagerada la opinión de que más de un 10 % de la población total de Europa y América padece la sífilis.

La proporción de luéticos en las grandes poblaciones y en ciertas colectividades es todavía mayor.

WOLF GARTNER asigna en un 11 por 100 la proporción de sifilíticos en las ciudades alemanas.

BLASCHKO (25) cree que la sífilis adquirida alcanza el quinto o quizá el cuarto de la población total de Berlín.

STOCKES cree con LENOIR y FOURNIER que esta cifra oscila en París y Londres entre el 10 y el 15 por 100 (26).

ERB calcula el 12 por 100 para Berlín.

VERNES (27) asegura que en París y sus alrededores la cuarta parte de la población es sifilítica.

Finalmente PINKUS asevera que en las ciudades alemanas un hombre de cada cinco padece sífilis.

Los profesionales más castigados son los marinos, soldados, estudiantes, viajeros y empleados de comercio.

BLASCHKO (28) evalúa la cifra de sifilíticos entre los comerciantes y empleados de comercio en Berlín entre los 18 y 20 años en un 45 por 100.

Fundándose en los informes de las Cajas de Socorro para enfermos, el mismo autor (29) calculaba que en Berlín los soldados constituían el 4 % de los casos. Los trabajadores el 8 %, los comerciantes el 16

(22) Leredde.—Nouvelles études sur la syphilis Paris. Maloine 1921.

(23) Id. Etudes sur la syphilis dans un village français. Com. a la Academia de Medicina de París. Octubre. 1921.

(24) Beron.—Comunicación a la conferencia de los países de la Europa oriental.—Praga 5-10 Dic. 1921.—Edit. Ginebra 1922.

(25) Cit. por Leredde: Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis. Paris 1927.

(26) Cit. por Stokes obr. cit.

(27) Vernes.—La defens. sociale contre les malad. ven. Revue intern. d'Hygiene p. 163, 1929.

(28) Cit. por Stokes obr. cit.

(29) Blaschko.—Halbmonatschrift für soz. Hyg. u. Medicin, 8310 números 475.

(20) Jeanselme. La syphilis p. 312.

(21) «L'organ de la lutte contre les mal. ven.» Nota presentada al Comité permanente del office Intern. d'Hygiene Publ.—Bull. off. int. d'Hygiene p. 1011 octubre 1920.

por 1000 y los estudiantes de las Escuelas superiores de Agricultura y Veterinaria el 25 %.

Habida cuenta de las especiales condiciones de la vida militar, las enfermedades venéreas constituyen en el ejército uno de los problemas patológicos más interesantes. Se estima muy diversamente entre un 3 y un 20 por 100, la proporción de infecciones venéreas en el ejército y en la marina. Más de un millón de casos estudiados por la Inspección Sanitaria de los Estados Unidos y en los hospitales del ejército, dieron un porcentaje de 8 casos de sífilis. Estas cifras son posiblemente bajas porque incluyen tan sólo los casos en plena actividad y remontan a una época en que no se practicaban reacciones serológicas (30).

NICHOLIS estima entre el 5 y 7 % el número de sífilíticos del ejército norteamericano (31).

Datos recientes publicados por VEDDER en los Estados Unidos, estiman en un 20 % el número de reclutas sífilíticos procedentes tanto del campo como de la ciudad, y en un 5 % el número de estudiantes enfermos que ingresan en West Point y en los colegios superiores (32).

En la Marina de Guerra norteamericana, la proporción de enfermos sexuales es de un 60 a 80 por 1000 al año.

En otras marinas el término medio anual es de 150 por 1000 entre los marinos desembarcados o en crucero por países extranjeros.

Tampoco salen mejor libradas las grandes aglomeraciones civiles. En una inspección ejercida por COLLIE entre los obreros ingleses, un 9'2 por 100 a pesar de presentar un certificado acreditando buena salud, tenían Wassermann positivo.

Entre los enfermos de los hospitales las estimaciones varían entre un 10 a 20 por 100 (STOKES).

LANDOUZY la estimó recientemente en la Clínica LAENEC de París que un 15-18 de las mujeres y un 21-28 por 100 de los hombres asistidos como enfermos de medicina general, padecían sífilis y que el 25 a 30 por 100 de los alienados asimismo lo habían padecido.

Nada digamos en la proporción de sífilíticos en las capas más bajas de la sociedad; según datos estadísticos recogidos en la prisión de Breslau (33) existe un sífilítico activo por cada 9 hombres y uno por cada 6 si se tiene en cuenta la reacción de Wassermann.

JUNGELS, médico penitenciario de Ratibor (34), da cifras análogas.

En 1921, la población penitenciaria alemana se elevaba a 209.000 individuos con 22.888 sífilíticos activos y 34.333 enfermos con Wassermann positivo.

El incremento de los llamados oficios industriales y la emancipación de la mujer determinada por la

guerra, han sido posiblemente la causa del acrecentamiento de la sífilis entre el sexo femenino.

Se acepta generalmente—dice STOCKES—(35) que haya más sífilis entre los hombres que entre las mujeres. No debe olvidarse, sin embargo, que las cifras más bajas pueden ser debidas en cierto modo al curso benigno y oculto que en ellas revista la enfermedad.

HATA ha publicado una curiosa estadística que demuestra cuan frecuentemente ignora la mujer su infección específica:

a) Casadas con Wassermann positivo:

1.º No sabiéndose sífilíticas y negando la sífilis del consorte: 21 por 100.

2.º No sabiéndose sífilíticas pero admitiendo la sífilis del marido: 52 por 100.

3.º Sabiéndose sífilíticas ellas y el marido: 27 %.

b) Solteras con Wassermann positivo:

Ignoran la afección: 50 %.

Conocen su enfermedad: 50 %.

Resumen:

Ignoran la afección: 62 %.

Conocen su enfermedad: 38 %.

FOURNIER (36) creía que el 20 % de las sífilis de las mujeres era contraída en el matrimonio; la estadística precedente demuestra que hay tanta sífilis no sospechada entre las mujeres casadas y tan poca de la que se reconoce es atribuída a su verdadero origen, que el 50 % parece un cálculo más aproximado que el 20 %.

VEDDER (37) calcula que en las mujeres jóvenes el porcentaje oscila entre el 3 y el 20, según la edad, la condición marital, la situación social, etc.

La estadística suiza, que constituye un sólido punto de referencia, asigna a la mujer una participación venérea mucho mayor: una mujer por cada dos hombres.

Las prostitutas constituyen, desde luego, el pábulo principal de la endemia; se estima diversamente entre el 50 y 85 % la tasa de infección sífilítica de las profesionales. Las investigaciones de la Comisión de Baltimore sobre el vicio (38), han demostrado que de 289 prostitutas examinadas por la reacción de Wassermann, el 63'7 por 100 padecían sífilis.

PINKUS (39) comprueba la sífilis en el 40 % de los casos.

«Es verosímil—dice ADAM (40)—que a los pocos años de ejercicio profesional se infecten en su mayor parte, primero de blenorragia y luego de sífilis».

Si la importancia de la sífilis fué tanto tiempo desconocida, ello era debido a que se ignoraban las taras lejanas que infligía al individuo y a su descendencia. La gravedad de la sífilis es debida, en efecto, a sus

(30) Stokes—obra citada p. 29.

(31) Id.—id. id.

(32) Bull. de l'Off. int. d'Hygiene publique, Marzo 1925 tomado de «The Military Surgeon».

(33) Jungels—Deutsch. zeitschrift fur das Gesetzl. Gerichtl. Medizin. Tomo III. p. 318. 1924.

(34) La misma obra citada.

(35) Obra citada Salvat edit. 1920.

(36) Stokes—obra citada.

(37) Id. id. id.

(38) Inspection 25 Marzo 1926, vol. 35, p. 749.

(39) Arch. f. Dermatologie und Syphilis, vol. 107.

(40) A. Adam en H. Selter—comp. de Higiene.

localizaciones mucho más que a la virulencia de la infección. Ello explica el antiguo error de FOURNIER al escribir que el pronóstico de la enfermedad se atenúa con el tiempo.

Esta gravedad se halla demostrada por experimentos precisos relativos a la supermortalidad de los sífilíticos.

Así MATTHOEUS de Jena ha hallado 149 defunciones entre 567 individuos que fueron seguidos clínicamente a partir del período secundario, en tanto que la tasa de mortalidad normal hubiera sido entre ellos de 86.

TISELIUS BAYET han demostrado que a toda edad la mortalidad de los sífilíticos es superior a la de los individuos indemnes; entre los

simadamente 2 veces más considerable en los primeros. A 100 defunciones de individuos normales corresponden 175 defunciones de sífilíticos (41).

Estas cifras son todavía inferiores a la realidad ya que un número considerable de sífilíticos ignora su infección (apreciaciones de COLLIE sobre la sífilis oculta entre los obreros británicos y los estudios de HATA sobre las embarazadas).

DUJARDIN, basándose en un trabajo de MATTAUSCHEK y PILZ admite que el 40 % de los sífilíticos muere víctima de la infección (15 % de afecciones nerviosas, 10 % de afecciones cardio-vasculares).

La vida media de los sífilíticos es inferior en 4 ó 5 años a la de los individuos sanos. Su gravedad parece ser la misma entre los enfermos tratados por los métodos antiguos que entre los que no han sido tratados (42).

BLASCHKO, teniendo en cuenta las estadísticas de Compañías de Seguros y las investigaciones sobre la frecuencia de la lúes, ha podido dar una cifra total: admite que el número de muertos por sífilis representa en Alemania el 6 % de la mortalidad total, (es decir 60.000 defunciones anuales).

ADAM calcula que en Prusia mueren cada año 700 individuos a consecuencia de la sífilis (43).

Según el Boletín Estadístico de la Metropolitan Life Insurance Comp. (44) la mortalidad por sífilis en los Estados Unidos fué en 1917 de 16'6 por cien mil.

BAYET (45) hizo en 1913 una encuesta personal en Bruselas, resultando que el 11 por ciento de la mortalidad total era obra de la sífilis. La tuberculosis dió por comparación una proporción del 16 %.

Al lado de estas cifras enormes parecen extremadamente bajas las defunciones causadas por otras enfermedades—difteria y fiebre tifoidea p. e., que son habitualmente consideradas como mortíferas.

De los 25.633 casos de enfermedades infecciosas declarados en Nueva York durante el trimestre Julio-Octubre de 1914, la sífilis venía en cabeza con

6.432 casos (25 %), seguía la tuberculosis con 5.525 (21 %) y después la diiteria, el sarampión y la escarlatina (46).

Estas cifras son todavía bajas si se considera la frecuencia de la sífilis ignorada y el número de defunciones por sífilis atribuidas por las estadísticas y por los médicos de la escuela topológica a procesos diversos: tabes, parálisis general, hemorragia cerebral, miocarditis, aortitis, aneurismas, nefritis, cirrosis, etc.

LEREDDE evaluó en 1913 en 3.364 (7 % de la mortalidad total) el número de defunciones ocurridas en París por sífilis en 1910, en tanto que la estadística oficial le atribuía tan solo 111.

Posteriormente ha ampliado todavía esta cifra concluyendo que precisa inscribir en el pasivo de la infección el 50 % de las defunciones por afecciones del sistema nervioso; el 50 % de las determinadas por enfermedades cardio-vasculares; el 33 % de las debidas a afecciones del aparato respiratorio; el 33 por 100 de las del aparato digestivo, hígado y bazo; el 33 % de las defunciones por nefritis crónica; el 75 por 100 de los muertos a consecuencia de vicios de conformación, debilidad congénita, ictericia, y esclerema y el 50 % de muertes súbitas (47).

Y estas apreciaciones no ha podido ser hasta ahora razonadamente impugnadas.

Puede, por tanto, admitirse con LEREDDE, tasando todavía muy bajo, que la sífilis mata anualmente 80.000 individuos en Francia; otros tantos en Inglaterra; 120.000 en Alemania; 15.000 en Bélgica (48) y en Europa más de un 1.000.000 (49).

Por lo que respecta a nuestro país no poseemos todavía estadísticas generales sobre materia tan interesante. No será exagerado atribuirle, sin embargo, la mortalidad media de los restantes países de Europa. Adaptando a nuestro contingente de población y al índice de nuestra morti-natalidad semejantes estadísticas, resulta que existirían en España unos 2.000.000 de sífilíticos y que 12.000 productos sucumbirían anualmente a consecuencia de la lúes, la cual sería además causa directa de 20.000 abortos y de 40.000 defunciones de adultos, lo que representaría para el país la pérdida anual de 70.000 vidas humanas.

BARRIOL ha traducido en cifras las pérdidas materiales ocasionadas por la sífilis a una colectividad determinada. Esta evaluación fué presentada en 1818 a la Sociedad de Estadística de París.

Teniendo en cuenta el valor social del obrero, calculado en 17.000 francos oro para un individuo de 40 a 50 años y en 30.000 francos oro para el de 26 a 30 años, y admitiendo que la vida media de un sífilítico sea de 50 años y que fallezca igual número de hombres y mujeres sífilíticos, LEREDDE estima en

(41) Fayet—La lutte mond. contre le peril ven. publication de l'Union int. cole per. ven. Paris 1923.
 (42) Leredde—obra citada, p. 55.
 (43) Hugo Selter comp. de Hig.
 (44) Las enf. ven. en los E. U. British Med. Journal Feb. 1923.
 (45) Obra citada.

(46) Oliver E A.—«Syphilis an inestimable factor of industrial Efficiency» Journal Industrial Hygiene. Sebpre 1919.
 (47) Leredde—Obra citada.
 (48) Leredde—L'organisation de la lutte contr. la syphilis—Le Musée Social, num. 5, 1 Junio 1920.
 (49) Charles de Bois—Vers la santé vol. 9. Sebpre. 1924, pág. 283.

3.000.000.000 de francos las pérdidas sociales anualmente ocasionadas a Francia por la sífilis, a cuyas cifras, arbitrarias naturalmente, debe añadirse todavía el total de gastos que al erario representa el mantenimiento en los Asilos de los paralíticos generales, dementes, degenerados, ciegos, sordo-mudos y deficientes, que deben su invalidez a las lúes congénita o adquirida.

WILLIAMS, después de una investigación especial en las familias de 100 individuos fallecidos a consecuencia de locura sifilítica en el Massachussets, halló que 78 mujeres y 109 niños desprovistos de todo sostén económico quedaban a cargo de la Sociedad. El sostenimiento de estos sifilíticos representaba para el mismo Estado una carga de 39.312 dólares y una pérdida neta de 212.000 dólares, equivalente al trabajo dejado de rendir por estos inválidos (51).

Según el censo de 1910 había en los Estados Unidos 180.000 alienados, y adaptando al país entero la citada estadística de Massachussets y estimando en un 12 % la proporción de locura debida a la sífilis, la pérdida económica en capacidad de trabajo y gastos de manutención alcanzaría a 467.000 dólares.

Téngase en cuenta que si la locura, complicación relativamente rara de la sífilis, puede costar a una sola nación cerca de medio millón, el coste de la enfermedad, de la muerte y de otras complicaciones frecuentes y graves que constituyen el activo de la sífilis, formaría para todo el mundo totales astronómicos capaces de rivalizar con los gastos fabulosos de la gran guerra (51).

Adrede hemos querido insistir con prolijidad quizás excesiva sobre las funestas consecuencias a que conduce en todos los órdenes, la sífilis desde cualquier punto de vista que se considere.

Para terminar diremos, parafraseando a JEANSELMÉ, que la sífilis representa:

Para el individuo la interrupción temporal del trabajo, la disminución más o menos efectiva de su capacidad de producción y de su valor social, y en muchos casos, la invalidez permanente que reduce la víctima a la indigencia.

Para la familia, la maternidad siempre frustrada, o lo que es peor, la descendencia estigmatizada con tara hereditaria.

Para la sociedad, el quebranto del capital social y el incremento de gastos improductivos a consecuencia de la carga que representa el sostenimiento de los desechos humanos que ocasiona.

Para la Patria, la limitación de su expansión moral y económica, la degeneración de la raza, la disminución de su potencia militar, el déficit de natalidad, la despoblación y la ruina.

(50) Williams F. E.—«Relation of Alcohol and Syphilis to Mental Hygiene» Am. Journ. Publ. Health 1916 pag. 1272.

(51) Se ha calculado que en Francia la pérdida de Salarios a consecuencia de la sífilis sobrepasa anualmente de 500 millones de francos, antes de la guerra. Bayet, estima para Bélgica esta pérdida en 50 millones anuales, en cuya cifra no se hallan comprendidos los gastos de incapacidad para el trabajo, de tratamientos y de asistencia.—Bayet «La syphilis et l'organisation antisiphilitique en Belgique.—Le Musée Social, número 9, p. 320—1922.

Vale, por tanto, la pena de que, olvidando rancios prejuicios nos decidamos de una vez a hacer frente al problema magno de las enfermedades venéreas organizando decididamente la obra social de su profilaxia sobre bases científicas, en la seguridad de ver satisfactoriamente recompensados nuestros esfuerzos para beneficio del individuo y de la colectividad.

EL IV CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA

En Valencia, la hermosa Ciudad del Turia, acaba de celebrarse el IV Congreso Nacional de Pediatría, con éxito extraordinario.

No es posible hacer en una breve reseña la narración completa de la labor realizada; y como, por otra parte, parece propósito decidido del Comité publicar inmediatamente las actas de las sesiones, voy sólo a reflejar en esta crónica mi impresión general.

La parte científica fué notabilísima, por haberse presentado en las diferentes secciones trabajos muy interesantes.

En la sección de Higiene, presidida por el incansable luchador doctor FRÍAS ROIG, de Reus, resumieron las comunicaciones de interés más general en seis conclusiones; siendo, en mi concepto, las que merecen especial mención la cuarta, en la que se pide la implantación obligatoria durante dos meses, al menos, de la lactancia materna en todas las Casas de Maternidad, y la sexta, que demanda la prohibición de fabricar y vender libremente las llamadas denticinas y chupadores.

En la sección de Medicina hubo debates, muy bien encauzados por su presidente el profesor SUÑER, sobre raquitismo, diátesis en la infancia y sobre kala-azar, acordando elevar a los Poderes Públicos el deseo de que se lleve a cabo una campaña intensa contra la leishmaniosis y que se intensifique el estudio de la vacunación antidiftérica.

La sección de Cirugía, presidida por el notable cirujano doctor JUARISTI, de Pamplona, hizo una labor muy copiosa, siendo dignas de especial mención, la ponencia acerca de espina bífida oculta, con numerosas aportaciones de diferentes colegas, y la comunicación sobre tratamiento de la luxación congénita de la cadera.

Y, por fin, en la sección de Pedagogía, de la que fué presidente el doctor GÓMEZ MARTÍ, de Valencia, hijo del ilustre doctor GÓMEZ FERRER, se entablaron debates, en ocasiones excesivamente violentos, debido a la heterogénea composición de esta parte del Congreso (en la que había médicos, maestros y muchos representantes del clero y de órdenes religiosas) y a

un espíritu de intransigencia y rutinismo que imperaba en algún sector. La educación sexual y la implantación obligatoria de la inspección médico-escolar, fueron los temas a los que pusieron un veto absurdo, que sólo pudo prosperar por la prudencia de la mayoría de los Congresistas. Y en cambio, el disponer momentáneamente de votos suficientes (hay que tener en cuenta que los médicos estábamos distribuidos entre todas las secciones, que funcionaban al mismo tiempo), les permitió aprobar conclusiones, entre las que hay cosas tan pintorescas como la que copio: «Que se recomiende a todos los establecimientos que se abstengan del juego de fútbol, ya que el de pelota a mano puede reemplazarle sin defectos.»

Creo firmemente que lo ocurrido debe servir de prudencial aviso a los organizadores del próximo Congreso, evitando la intronización de elementos ajenos a la Pediatría y que pueden ser causa de escenas desagradables. Si en Valencia se ponen a votación, como debía haberse hecho, en sesión plenaria las conclusiones de las diversas secciones, es muy fácil que se hubiesen suscitado cosas muy desagradables; aunque no prosperase mucha parte cómica.

No hay palabras que puedan reflejar el agradecimiento de los forasteros, por las innumerables atenciones recibidas. En cualquier punto de la ciudad levantina, la insignia de congresista abría todas las puertas, y éramos recibidos con amabilidad exquisita.

La organización del Congreso, perfecta; y orgullosa puede estar la Comisión, y de un modo muy especial su secretario, doctor GARCÍA BRUSTENGA. La excursión a la Albufera y la fiesta valenciana de los Viveros no se borrarán nunca de la memoria de los que asistimos.

La próxima reunión se verificará en el año 1931, en Granada, y sólo deseo que pueda igualarse en organización y en labor científica, a la que se acaba de celebrar.

Justo CABALLERO

CONCLUSIONES DEL CONGRESO

Conclusiones de la sección de Higiene.

Primera. Reiterar a los poderes públicos la necesidad absoluta de imponer el exacto cumplimiento de todas las disposiciones vigentes sobre protección a la infancia.

Segunda. Interesar de los poderes públicos la creación de obras de colocación de lactantes en asilos especiales o en colocación familiar, para los hijos enfermos tuberculosos.

Tercera. Que las Juntas de Protección a la Infancia presten sin limitación alguna el debido apoyo a toda mujer que entable reclamaciones ante los tribunales, por contagio producido por el niño que crió.

Cuarta. Que se obligue a toda mujer soltera, viuda o casada abandonada, que dé a luz en las Maternidades, a que lacten a sus hijos en las mismas dos meses por lo menos o en las Instituciones anejas, según informe elevado al Gobierno en 1927 por el Consejo Superior de Protección a la Infancia.

Quinta. El Congreso reconoce la importancia de «El Hogar Infantil» del grupo benéfico de Valle Hermoso (Madrid) por sus servicios de «Guarderías infantiles», «Re-

sidencia de Nodrizas» y «Escuelas de Niñeras», que atiende y resuelve muchos de los actuales problemas relacionados con la infancia abandonada en la amplia acepción.

Sexta. Que se prohíba la fabricación, propaganda y venta libre de las llamadas denticinas, y de los jarabes de dentición y chupadores.

Conclusiones de la sección de Medicina.

Primera. El Congreso estima indispensable insistir respetuosamente ante el señor ministro de la Gobernación para que se lleve a cabo una campaña sanitaria contra la endemia del Kala-Azar infantil en España, campaña que fué solicitada por el Congreso de Pediatría de Zaragoza y que podría organizarse con pocos gastos para la Sanidad pública, utilizando bien orientados los recursos que, como las brigadas sanitarias y los dispensarios antipalúdicos, ya funcionan.

Las normas fundamentales de tal campaña: El conocimiento exacto de la extensión de la endemia. La investigación de enfermedades semejantes de los animales domésticos. El tratamiento lo más sencillo posible de los casos clínicos.

Segunda. Que se intensifique el estudio de la vacunación antidiftérica, como procedimiento para llegar a conclusiones más trascendentales que podrían quizá llevarse al Congreso venidero.

Conclusiones de la sección de Pedagogía.

Primera. La educación sexual de los niños en su primera y segunda infancia debe estar confiada a sus madres, y en substitución de éstas y por su encargo, a maestros debidamente preparados, haciéndose de modo individual y basándose siempre en las doctrinas morales católicas y en las reglas higiénicas que puedan influir menos sobre el temor de los niños.

Segunda. Que se designen comisiones inspectoras de las películas, así como de los folletos de dicho carácter, aunque se consideren científicos, para toda España.

Tercera. Considerando que la niñez en el sexo femenino no termina hasta la mayor edad en cuanto se refiere a cuestiones sexuales, el Congreso solicita una mayor actuación de la Junta de Trata de blancas, y lo que sería mejor, de los Tribunales Tutelares para Niños, con el fin de evitar que las niñas menores sean objeto del abuso que representa el comercio de su honestidad; tanto de parte de sus madres como de otras personas que en él ejercen la profesión.

Cuarta. Integrar la acción educadora basándola a un tiempo en la moral cristiana y en el derecho humano.

Quinta. Asistir a aquellas familias que puedan ser verdaderos focos de contagio moral insano.

Sexta. Pedir al Gobierno la creación oficial de las Escuelas de Asistencia social, a fin de ir preparando personal especializado que en el día de mañana pueda dirigir a conciencia nuestras instituciones benéfico-sociales sin perjuicio de las que por iniciativa particular competente y convenientemente organizadas puedan constituirse con igual finalidad.

Séptima. Dejar a salvo los derechos de la intuición y adivinación pedagógica y observación directa del educando.

Octava. Recomendar a los educadores los estudios de Paidología y Paidotecnia.

Novena. Que se creen en las Normales cursos de Pedagogía de anormales.

Décima. Que se recomiende a todos los establecimientos que se abstengan del juego de fútbol, ya que el de pelota a mano puede reemplazarle sin defectos.

Conclusiones de la sección de Cirugía.

La sección de Cirugía, por la índole especial de los trabajos discutidos en la misma y su acentuada especialización, no formuló otras conclusiones que aquellas que se refieren a cada uno de los temas presentados a la misma.

Conclusiones de orden general.

Primera. Designar la ciudad de Granada para la celebración del V Congreso Nacional de Pediatría, que tendrá lugar en el año 1931.

Segunda. Crear una comisión gestora del próximo Congreso, encargada de fijar las normas especiales a que deben sujetarse la organización general del Certamen, y cuya comisión cesará en sus gestiones cuando haya sido constituida la comisión organizadora local.

En la expresada comisión gestora estarán representados los pediatras españoles agrupados del modo siguiente:

Cataluña: Señores BROSA BOSQUE, SALVAT ESPASA, TORRELLÓ CENDRA, de Barcelona, y FRÍAS ROIG, de Reus.

Madrid: Señores BASTOS ANSART, CAVENGT GUTIÉRREZ, ALONSO MUÑOYERRO, ROMEO LOZANO y SUÑER ORDÓNEZ.

Asturias Vasco-Navarra: AZCOITIA ALONSO, de Oviedo; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, de Gijón; LÓPEZ ALBO, de Bilbao, y JUARISTI SAGARZAZU, de Pamplona.

Zaragoza: BOROBIO DÍAZ, de Zaragoza, y LOSTE ECHETO, de Huesca.

Sevilla: GONZÁLEZ-MENESES y JIMÉNEZ y MORALES, de Sevilla.

Granada: GARCÍA DUARTE SALCEDO, de Granada.

Valladolid: VIDAL JORDANA, de Valladolid.

Valencia: COMÍN VILAR, GARCÍA BEUSTENGA, GÓMEZ-FERRER MARTÍ, RODRIGO PÉREZ, TOMÁS y LÓPEZ TRIGO y VALENCIA NEGRO.

EL II CONGRESO HISPANO-PORTUGUÉS DE UROLOGÍA

En el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina celebróse la solemne inauguración de este interesante y científico Congreso.

Presidió el acto el ministro de Instrucción pública, a quien acompañaban en la mesa presidencial los doctores FONSECA, FURTADO, RECASÉNS, PEÑA, COVISA (I.), el rector de la Universidad Central, el embajador de Portugal, señor MELLO BARRETO; el gobernador civil y el alcalde de Madrid.

Abierta la sesión por el ministro, el doctor don ISIDRO S. COVISA, secretario del Congreso, expresó, en nombre de la Asociación Española de Urología, el agradecimiento a las entidades oficiales por las muchas facilidades dadas a los organizadores de este Congreso.

Hace historia de la labor de la Asociación Española de Urología, que desde su creación por el ilustre GONZÁLEZ BRABO ha hecho una labor constante; pero ahora, en su pequeño radio de acción, pretende el acercamiento de los pueblos hermanos España y Portugal.

Recuerda el Congreso Hispano-portugués celebrado hace tres años en Lisboa y su admirable labor, no sólo científica, sino también de fraternidad y de cariño entre ambos pueblos.

El profesor COVISA fué muy aplaudido.

A continuación, el profesor FURTADO, secretario

del Congreso, leyó un cariñoso discurso en portugués, en el que se honra de la colaboración que los urólogos portugueses han iniciado en el pasado Congreso de Lisboa de 1925 y continuada con la actual reunión.

Dedica frases de recuerdo al urólogo español profesor SERÉS, recientemente fallecido, y termina con un cariñoso saludo a todos en nombre de la Asociación portuguesa.

El doctor PEÑA, como presidente de la Asociación Española de Urología, pronunció un discurso lleno de amor a la Ciencia. Dedicó un recuerdo a sus maestros CAJAL, OLÓRIZ, SAÑUDO y SANMARTÍN, opuestos a toda exhibición aparatosa. «Por eso yo—dijo—que sigo sus huellas, si intervengo en este acto es por un sentimiento de cariño hacia nuestra Asociación».

Recuerda con cariño las muestras de gratitud que recibieron en Portugal, y está seguro de que España sabrá corresponder a aquellos agasajos con su proverbial hidalguía.

Encomia la importancia del Congreso que se celebra, por la abundante y valiosa aportación científica. Pinta en brillantes párrafos la admiración que España siente, no sólo por Portugal, sino también por sus figuras literarias y científicas.

Tras de dar las gracias a las autoridades, desea que este Congreso sirva para unir vínculos de amistad y cariño. Una salva de aplausos premió tan notable discurso.

El doctor FONSECA, a continuación, hizo constar su gratitud a España por la cordialidad demostrada, país hermano que ahora empieza a comprenderse; indicó los progresos de la Cirugía y de las restantes especialidades, y recordó la fructífera labor del Congreso de Lisboa.

El embajador de Portugal, señor MELLO BARRETO, en nombre de su gobierno, interpreta los sentimientos de los portugueses asistentes al Congreso. Hoy día existen entre Portugal y España fuertes sentimientos de raza, por la que se cree que este Congreso, aparte de un alto valor científico, tiene otro más hondo: valor emocional de cariño que une dos pueblos hermanos.

En nombre del Gobierno portugués saluda a las autoridades y congresistas.

Por último, el ministro de Instrucción pública, tras unas frases corteses, en que hace constar el cariño que siente el Gobierno por los actos culturales, declaró abierto el Congreso en nombre del Rey.

A continuación se inauguró una notable Exposición aneja al Congreso, integrada por notables casas productoras de instrumental y productos médicos; tras inaugurar esta exposición se sirvió un *lunch* a los señores congresistas en el decanato de la Facultad de Medicina.

Entre los ilustres visitantes que vienen a tomar parte en este Congreso, se destacan:

El profesor Angelo de FONSECA, catedrático de clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Coimbra, autor de numerosas publicaciones, cirujano habilísimo. Fué director general de Instrucción

Pública. y durante su actuación dictó gran número de medidas en pro de la enseñanza médica. Ha sido diputado en varias legislaturas, y es en la actualidad presidente de la Asociación Portuguesa de Urología.

El doctor FURTADO, de Lisboa, es profesor libre de la clínica urológica; se especializó con GUYÓN y ALBARRÁN en París; es secretario de la Asociación y un cirujano experto.

Reinaldo Dos SANTOS es una figura interesantísima; médico y artista, propaga sus dos actividades en libros y conferencias.

Es profesor libre de la Facultad de Medicina de Lisboa; estudió en Francia, Alemania, Norteamérica e Inglaterra; fué durante la gran guerra médico consultor de Cirugía de Francia.

Ya conocido en España por su brillante intervención en el pasado Congreso Internacional de Medicina, donde acompañó a los esposos CURIE, tiene un gran número de publicaciones y libros.

El doctor ALBERTO GOMES es un joven cirujano y urólogo del Hospital Civil de Lisboa, de corta y brillante carrera.

Por la tarde, en la Facultad de Medicina se reunieron los congresistas, bajo la presidencia del doctor FONSECA, para comenzar la discusión de la primera ponencia del Congreso, encomendada al profesor Reinaldo Dos SANTOS, y que trató sobre «Estado actual de la cirugía de los ureteres». El doctor Dos SANTOS habló de los trastornos congénitos del uréter, dilataciones, atonías, reflujos, etc., pasando después a ocuparse de la verdadera cirugía ureteral; en lo que se refiere a las heridas del uréter, operatorias o traumáticas, y de la conducta a seguir, expone las consecuencias renales de la ligadura ureteral que son: la hidronefrosis y la atrofia del órgano. Terminó ocupándose de los casos en los cuales las atonías y dilataciones ureterales van seguidas de un buen funcionamiento renal.

El doctor PASCUAL (Salvador) felicita al ponente y hace un análisis detenido de la ponencia. Cree que para hacer la ligadura completa del uréter hay que conocer los resultados experimentales, hidronefrosis, atrofia renal y en algunos casos pionefrosis. Cree que un mal uréter trastorna el riñón.

El doctor COMPAÑ trató de las dilataciones por encima de los ureteres, producidas por los cálculos o bien por estrecheces congénitas o adquiridas.

El doctor PÉREZ ANDRÉS trató de la ponencia desde el punto de vista de la anuria por calculosis ureteral.

Los doctores RALERO y PICATOSTE hicieron atinadas consideraciones acerca de la calculosis ureteral y la conducta a seguir.

El doctor Isidro S. COVISA, de un modo brillante, interviene, haciendo la distinción entre atonía, dilatación y reflujo; habla de los casos de implantación de los uréteres en la misma vejiga y en el intestino, presando sus indicaciones en diferentes enfermedades.

El doctor PEÑA pone de manifiesto sus conocimientos en su interesante aportación, tratando del reflujo

vesicular, encomiando el empleo de la neumocistografía en el diagnóstico de la calculosis vesical, y se muestra contrario a las anastomosis ureterales.

El doctor Alberto GOMES hizo atinadas observaciones de la atrofia renal después de la ligadura del uréter.

El doctor CIFUENTES, en un razonado discurso, cree que la cirugía del uréter está todavía en embrión; el uréter tiene su patología propia; el reflejo ureteral cree que se debe a atonía del conducto.

El doctor OREJA es contrario a las implantaciones ureterales en el intestino por el peligro que encierran.

Rectifica el doctor Dos SANTOS, y el presidente, doctor FONSECA, tras unas cariñosas frases, da por terminada esta primera sesión, que ha resultado interesante.

La impresión de esta primera jornada ha sido inmejorable; todos alaban la perfecta organización de este Congreso, recibiendo constantes felicitaciones los doctores COVISA, PEÑA y PASCUAL.

El día II, a las ocho de la mañana, se celebraron en diversos centros sesiones científicas y operatorias: en el servicio del doctor COVISA se hicieron pielografías, cistoscopias y desviaciones de orina; en la clínica del doctor PEÑA, tras de visitar las nuevas salas, se hizo una interesante sesión de pielescopia; Salvador PASCUAL mostró su pericia en el Hospital de San José y Santa Adela, operando con éxito feliz dos casos difíciles de tuberculosis renal.

Los urólogos portugueses se mostraron satisfechos de la labor docente de nuestros especialistas.

A las diez de la mañana salieron los congresistas acompañados de las señoras, en automóviles preparados al efecto para visitar el nuevo consultorio del Hospital de San José y Santa Adela y el Hospital del Rey.

En el nuevo consultorio del Hospital de la Cruz Roja fueron recibidos por el director, doctor NOGUEIRAS y los doctores LUQUE, POYALES, PASCUAL, CALANDRE, CRIADO y SERRADA y BLANCO SOLER. Visitaron los congresistas el nuevo consultorio, que por el lujo y modernidad de su instalación, es acaso el único en Europa.

Tras de visitar la instalación, los congresistas pasaron a saludar a la infanta Beatriz, quien conversó amablemente con ellos. Una vez terminada la visita se dirigieron todos al Hospital del Rey, donde fueron recibidos por el director, don Manuel TAPIA, visitando los pabellones de infecciosos, los de tuberculosis, los laboratorios y el admirable museo de anatomía patológica, obra genial del doctor TAPIA, que admira por la maravillosa conservación de las piezas patológicas, que constituyen un inapreciable archivo de una alta enseñanza.

En el Hospital del Rey fueron amablemente atendidos por los doctores ZARCO, VALLEJO, TORRES GOST, MERINO, VALLE, MATILLA y MARTÍN DE NICOLAS.

Por la tarde, a las tres en punto comenzó en la Facultad de Medicina la discusión de la ponencia del doctor OREJA (de San Sebastián) acerca de «La

técnica y resultados de la prostatectomía». La lectura de la ponencia duró cerca de dos horas, y en ella el ilustre urólogo denostiarra puntualizó los más nimios detalles de técnica y tratamientos pre y postoperatorios.

La discusión fué animadísima. FONSECA, tras de felicitar al ponente, mencionó el papel sexual y endocrino de la glándula prostática.

Salvador PASCUAL cree que el problema de los prostáticos no está en la técnica, totalmente resuelta ya, sino en el estudio de la sangre de los enfermos, desde el punto de vista de todas las sustancias en ella contenidas; muchos enfermos mueren de acidosis por no estudiarlos antes.

Reinaldo Dos SANTOS coincide con PASCUAL en el valor de la acidosis como complicación.

SERRALLACH preconiza alimentar a los operados unos días antes con hidratos de carbono, para llenar el hígado de glucógeno y evitar la acidosis.

Alberto GOMES trata del cáncer prostático, mostrándose intervencionista.

COMPANÑ da valiosos detalles en la técnica de enucleación. PONCE DE LEÓN encomia la preparación de los enfermos.

CIFUENTES se muestra partidario de la prostatectomía hipogástrica y en dos tiempos.

PÉREZ ANDRES, tras atinadas observaciones, se muestra partidario de la raquianestesia.

COVISA (I.) encomia el mejoramiento de las estadísticas de resultados operatorios de la prostatectomía, que se debe a tres causas: 1.ª, la preparación del enfermo; 2.ª, la técnica personal; 3.ª, la simplificación de la técnica. No cree que el problema de la técnica sea fundamental, y preconiza el taponamiento.

PARÉS y PARÉS expone interesantes modificaciones en el método clásico de NICOLLE y CATELLIN.

MIRAVED elogia el trabajo del ponente, lo más completo que se ha escrito; se muestra partidario de la raquianestesia en prostatectomías.

PEÑA preconiza el sumo cuidado en los reconocimientos previos que pueden producir infecciones.

PASTOR es partidario y cree como más racional la prostatectomía perineal. PULIDO MARTÍN no cree conveniente taponar. GIL VERNET se muestra partidario de la raquianestesia.

S. RUÍZ ZORRILLA trata de los métodos Roentgen en el tratamiento de las lesiones de próstata, y la presidencia le ruega que por no ser ese el tema que se discute, lo comunique en la sesión de mañana.

SLOCKER cree que se exagera respecto al papel de la acetona en las complicaciones.

BARREAL se muestra partidario de la técnica hipogástrica en dos tiempos, y, por último, el doctor OREJA rectifica contestando a cada una de las objeciones.

Por la noche se celebró en el Teatro de la Latina la función de gala organizada por la Sociedad de Urología en honor de los colegas portugueses.

El teatro presentaba un magnífico aspecto. Se presentó «La morería», la celebrada zarzuela de am-

biente portugués, inspirada en una obra de Julio Dantas; los intérpretes fueron aplaudidos con entusiasmo.

Terminó el festival con la lectura de un bello trabajo de García Sanchiz y la actuación de las hermanas Pinillos.

A la fiesta asistieron el embajador de Portugal y distinguidas personalidades.

El día 12 por la mañana, a las ocho, comenzaron en los diferentes servicios las sesiones operatorias; los doctores COVISA, PEÑA, CIFUENTES, MIRAVED y PASCUAL demostraron su pericia ante los congresistas, operando con su habitual maestría diversos casos de tuberculosis renal, calculosis, nefropexias, prostatectomías y otras diversas intervenciones urológicas.

A las diez y media salieron los excursionistas de la Cibeles, y en automóviles preparados al efecto fueron a visitar el Instituto de Reeducción Profesional.

En dicho centro fueron recibidos por el doctor OLLER, director del establecimiento, y los doctores GONZÁLEZ DÍEZ, MELIÁN, ZABALETA y la señorita RODRIGO.

El señor MALLART, jefe de la Sección de Orientación Profesional, dió una ligera conferencia para explicar los modernos aparatos a su cargo.

La señorita RODRIGO acompañó a las damas en la visita, explicándoles los mil detalles de dicho centro.

Los congresistas todos visitaron el quirófano, las clínicas y los talleres. Abandonaron el Instituto de Reeducción Profesional admirados de la intensa y útil labor que allí llevan a cabo el doctor OLLER y los médicos que le secundan en su labor.

De regreso en Madrid, visitaron el Dispensario de Azúa, que dirige una de las máximas autoridades en lamoderna lucha antivenérea, el doctor JULIO BEJARANO, quien con su cordial amabilidad explicó el funcionamiento de dicho centro.

El doctor BEJARANO recibió muchas felicitaciones de los congresistas.

Por la tarde, en la Facultad de Medicina, se celebró la lectura de comunicaciones relativas a riñón y uréteres. Se presentaron algunas de extraordinario interés.

No pudiendo terminarse la discusión por lo avanzado de la hora, se aplazó para el lunes, a las diez en punto de la mañana.

Terminada la sesión científica, se trasladaron los congresistas al Teatro de la Comedia, donde dió un interesante concierto la Banda Municipal.

Por la noche se celebró en el Ministerio de Estado la recepción en honor de los congresistas portugueses, que resultó brillantísima.

El día 13 se verificó la excursión a Toledo organizada por la Asociación Española de Urología en honor de los congresistas.

A las siete de la mañana salieron de Madrid. Llegaron a Toledo cerca de las once. En la estación fueron recibidos por representantes del Ayuntamiento y la Junta directiva del Colegio de Médicos.

Desde la estación se trasladaron al Ayuntamiento, donde fueron obsequiados con mazapán y licores. El alcalde, señor AGUIRRE, pronunció un elocuente discurso de salutación a los congresistas, especialmente a los portugueses, a los que deseaba se llevaran de la inmortal ciudad un grato recuerdo de arte y cordialidad. Contestó el profesor FONSECA en unas bellas frases, pintando su amor a España y su admiración por la ciudad del tesoro artístico.

Del ayuntamiento marcharon los congresistas a visitar la Casa del Greco, Santa María la Blanca, San Juan de los Reyes y otros monumentos. Se dirigieron después al hotel, donde se celebró un animado banquete, abundante y bien servido. Al final hablaron un representante del gobernador, el doctor LÓPEZ DURÁN, que saludó a todos como presidente del Colegio de Médicos; el doctor PEÑA, como presidente del Congreso, y el profesor FONSECA en nombre de los congresistas portugueses.

Tras del almuerzo visitaron la catedral, hasta la hora de la salida del tren.

Los congresistas volvieron encantados de la cordial acogida del Ayuntamiento de Toledo y de las bellezas de la histórica ciudad.

El día 14, durante la mañana, en la Facultad de Medicina se discutieron las comunicaciones de riñón, uréter, vejiga y próstata, uretra y órganos genitales, siendo muy comentados los casos presentados por los doctores PASCUAL, BASTOS, MIRAVED, COVISA, PEÑA (hijo), LARRU, PULIDO, PONCE DE LEÓN, FONSECA, LÓPEZ ALBO, PICATOSTE, MARTÍN LUQUE, CIFUENTES, FURTADO, OREJA y RUÍZ ZORRILLA.

Por la tarde continuó la discusión de comunicaciones, y fueron muy comentadas una del doctor PEÑA y otra del doctor Sancho Ruíz ZORRILLA, merced a la cual se puso de manifiesto el poco valor terapéutico de la radioterapia en las enfermedades de las vías urinarias.

A las siete en punto comenzó la sesión que puso un brillante remate a este Congreso, de un alto valor científico. Se acordó, a propuesta del doctor FONSECA, y en medio de un gran entusiasmo, que el próximo Congreso se celebre en Coimbra en el año 1931, eligiéndose los siguientes temas oficiales: para los portugueses, «Patología del cuello vesical», y «El reflujo urinario» para los españoles.

Los doctores CIFUENTES, COMPAÑ y BASTOS hicieron atinadas consideraciones para el orden de las discusiones en el futuro Congreso, que fueron tomadas en consideración, y que aumentarán el fruto científico, limitando y orientando a los comunicantes.

El doctor PEÑA se despidió, como presidente de la Asociación Española de Urología, pues momentos antes fué elegido para reemplazarle por unanimidad el doctor CIFUENTES; pronunció frases de cariño fraternal hacia la Misión portuguesa, e hizo, tras un cordial saludo a Coimbra, entrega de los títulos de socios corresponsales de dicha Asociación a los doctores RAVARA, SILVA CARVALHO, DOS SANTOS, FONSECA y BASTOS.

Contestó FONSECA en unas frases llenas de amor hacia España, y se declaró clausurado el Congreso, en medio de un gran entusiasmo.

F. HERCE.

HISTOLOGÍA DE LA OVULACIÓN

por el doctor

L. ASCHOFF

Conferencia dada en la Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, 21-4-28

A la pregunta de que cuando tiene lugar la ovulación, puede responderse, que no coincide con la menstruación sino que tiene lugar durante el intervalo. ASCHOFF deduce del material por él estudiado que el momento de la ruptura se produce del 14 al 15 día después de la menstruación. La mayoría de autores creen que coincide con la mitad del período de intervalo.

La mujer posee ya en el momento del nacimiento todos sus óvulos, que alcanzan una cifra aproximada de unos 400.000 de los cuales tan sólo llegan a madurar unos 400, los restantes se atrofian antes de la madurez o durante ella. Mientras dura la gravidez existen siempre en maduración.

El cuerpo lúteo es transitorio, aparece y desaparece en el ovario; antes de desaparecer se forman de 3 a 4 cuerpos lúteos, de los cuales el más antiguo tiene $4 \times 8 = 32$ semanas de edad. Cada ovulación tiene lugar cada 4 semanas.

Parece que la secreción del lóbulo anterior de la hipófisis excita la función del ovario, favoreciendo la maduración.

Es de difícil explicación la causa por la cual se rompe el folículo al alcanzar cierto tamaño; y en cambio los quistes foliculares, a veces de volumen considerable, no se rompen.

El folículo primordial tiene unas 45 micras, contiene el huevo en el centro rodeado de una capa de vitelo y la capa granulosa simple.

El huevo crece, así como el número de células de la capa granulosa; como el desarrollo es más intenso en los dos polos del folículo, éste se hace elíptico, pero el huevo persiste en su posición central.

El epitelio central crece, y tiende hacia la superficie. En el polo periférico se forma una hendidura, que se transforma en una cavidad repleta de líquido, *liquor folliculi*. El tejido periférico se diferencia en teca interna rica en células y teca externa rica en fibras.

Así como el crecimiento celular era concéntrico, se hace ahora excéntrico, la proliferación de la teca hace que el folículo se desarrolle hacia la superficie por impedir su extensión hacia el centro, la abundancia de tejido conjuntivo denso. En este momento se percibe la tensión del contenido folicular así como el desarrollo de otros folículos. Progresando la maduración hace más relieve en la corteza. Y se exterioriza el contenido del folículo. Pero antes de la ruptura e irrupción del mismo, emigra este contenido lateralmente juntamente con el huevo, como si éste fuese protegido en el momento decisivo.

Luego explica la transformación de los restos foliculares en cuerpo amarillo. El folículo se colapsa, sus capas se repliegan, y del epitelio folicular se desarrollan las células