

El feto salió en posición O. S. con la cabeza cogida por el fórceps, según el diámetro pre-auricular, única presa correcta en tal posición.

El feto se había, por tanto, adaptado a las cucharas del fórceps.

Era el feto del sexo masculino, de más de 4 kilos; nació en estado de muerte aparente y con una pequeña erosión en la piel que recubre la apófisis mastoideas, estigma frecuente en niños que han sufrido una aplicación alta de fórceps, pues les queda una pequeña cicatriz al curar la lesión, como recuerdo indeleble de la intervención hecha.

Dada la infección amniótica, se hizo al feto un lavado concienzudo de ojos, nariz, boca y cordón umbilical, tocando con tintura de iodo la erosión mastoidea. Sufrió, no obstante, un pénfigo estreptocócico no grave.

El periné, por la estrechez y edema de la vulva y la posición O. S. de la cabeza fetal, se desgarró hasta el ano, suturándolo algunas horas más tarde, previa una abundante irrigación intrauterina y estando la parturiente a 40°6 y en pleno delirio.

Si me atreví a suturar el periné en estas circunstancias, fué por contar como elemento de sutura la crin de Florencia, tan justamente alabada en estas circunstancias por nuestro compañero doctor A. Esquerdo por su impermeabilidad, y también por creer que la desinfección, hecha a conciencia, de la cavidad uterina, acabaría con la infección.

La enferma tuvo ligera fiebre durante cinco días, anotándose como temperatura máxima 38°.

El periné se infectó, rompiendo las crines, algo los tejidos hinchados por la inflamación, pero curándose perfectamente la herida por las soluciones de continuidad formadas. Una limpieza sostenida acabó con la infección, se quitaron los puntos de sutura a los catorce días, quedando el periné perfectamente reconstituído.

Pudimos, por tanto, salvar a la madre e hijo; la influencia que tuvo el proceder en el éxito, lo dejo a vuestra consideración.

Terminaré señalando cuatro puntos importantes, de los que el citado caso es ejemplo:

1.º Las aplicaciones altas de fórceps son oblicuas respecto a los ejes del cráneo fetal, al vertical del cuerpo del feto y algo respecto a la pelvis materna.

2.º Las O. I. D. P. no encajadas, con rotura extemporánea de la bolsa de las aguas y trabajo enojoso (*tedious labor* de los ingleses), constituyen una distocia gravísima, de las más graves de Obstetricia, no obstante ser la presentación cefálica, no comprendiéndose como dada su frecuencia, por lo menos así ocurre en nuestra ciudad, las obras de Tocología no las citan especialmente.

Para remediarla, aun tocólogos expertos pueden provocar graves trastornos, contándose entre los principales: lesiones oculares que pueden llegar a la enucleación, hundimientos craneales, desgarró de la matriz con muerte súbita y rotura de la sínfisis púbica.

Las causas de tal distocia se nos escapan, notándose, sin embargo, la frecuencia de coincidir tal distocia con fetos de cierto volumen y ser primípara la parturiente.

3.º Las inyecciones de pituitrina en tales casos, son un pobre recurso.

4.º El alumbramiento en esta clase de parturientes es fácil y normal generalmente, a pesar de que, a *priori*, debieran temerse accidentes por la atonía en que la matriz estaba durante el parto.

J. PROUBASTA

Comunicación del DR. PEYRÍ, 30 Enero 1915

Lucha contra la lepra en España y en Cataluña

SEÑORES:

Se está removiendo actualmente el problema sanitario de la lepra en España. El Ministerio de la Gobernación ha redactado una memoria estadística (1) sobre la distribución de la lepra en España, a la finalidad de hacer atmósfera entre los representantes del país para que éstos comprendan el interés del asunto y faciliten elementos para la localización y extinción de los focos leproso.

Un señor senador pidió un crédito de 100.000 pesetas para la lucha antileprosa, que no precisaba el cómo de la inversión del crédito; y no fué aprobado si bien no por este motivo.

(1) En la parte de información médica excelentemente redactada por el doctor García del Mazo.

Creo un deber y una obligación, como profesor y como médico, dar publicidad a lo que durante 14 años llevo recogido sobre etiología, lo que pienso sobre la distribución geográfica y en la forma que deba practicarse el aislamiento de esta clase de enfermos. El estar en inmediato contacto por mi especialidad con los enfermos de esta región, al fin y al cabo infectada, y acudir aquí un contingente mayor aún de enfermos del gran foco levantino, me ha dado material suficiente para poder formar hoy criterio en este asunto, para hacerme convicción sobre algunas cuestiones dudosas que comprende.

Procuraré deducir la forma en que creo debe entablarse la lucha y en consecuencia el esfuerzo económico que deba hacerse.

No estará de más decir que tanto como el Estado deba preocuparse la Mancomunidad, ya que nuestra región, que actualmente es invadida, debe procurar deshacerse de los focos viejos y detener la propagación que significa la emigración de la región levantina a Cataluña.

Y conste que yo no soy de los que creen que va en aumento la lepra en España; creo simplemente que hay más leprosos en las estadísticas porque hoy se diagnostican mejor, porque las formas atenuadas anestésicas y muchas formas maculosas detenidas en su evolución se confundían con otros procesos similares y sólo las formas confirmadas tuberculosas o anestésicas en períodos avanzados eran contadas como lepra.

Es verdad que la existencia de la lepra en un país es un estigma y que hay que luchar hasta la extinción de esta enfermedad en nuestro país, pero yo quiero levantarme contra la imputación de la cual se hace eco la memoria del Ministerio de la Gobernación de que en España somos exportadores de lepra, como una de tantas afirmaciones que mal dispuestas y peor documentadas se han lanzado gratuitamente respecto a España; cuantos ejercemos en las grandes capitales podemos afirmar que es mucho mayor el contingente de extranjeros de nuestras antiguas colonias o americanos y el de hijos de España que vuelven de allí infectados, que tal cual leproso que vaya a perderse en Argelia, en donde, como en toda la costa africana, la lepra es algo que viene a formar el mal propio de la raza y da fisionomía a la etnografía del país.

I.º DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA EN ESPAÑA Y EN PARTICULAR EN EL FOCO LEVANTINO

El Ministerio de la Gobernación da en su estadística un total de 873 en 342 pueblos, estadística incompleta a todas luces; quien conoce bien la región me afirma que en la provincia de Alicante sólo hay alrededor de 1000 enfermos, y nosotros podemos juntar a los que marca la estadística oficial 14 pueblos más sólo de la región levantina catalana, que es la que conocemos.

En Barcelona la estadística oficial marca 25, que son los que hay en la leprosería de casa Masdena a cargo del Hospital de la Santa Cruz. Actualmente, aparte de los que hay constantemente de tránsito que vienen a nuestro consultorio a practicar sus curas, que tengan residencia en Barcelona yo conozco 24 casos: 5 americanos o adquirida la enfermedad en América, 2 adquirida en Filipinas, 8 procedentes del foco levantino y 9 casos de naturales del país, de ellos 4 gitanos, 1 del cercano pueblo de Gavá y los otros 4 de enfermos que parece originada o contagiada en Barcelona mismo, uno de ellos una enferma de 16 años que ha residido siempre en Gracia, barrio donde no hay familias de la región levantina y que no ha tratado ni tiene parientes en las regiones infectadas. Otro, el de San Martín; otro adquirido viviendo en la calle de Basea y otro que vive actualmente en el distrito 2.º donde nació. Yo ya supongo que no he visto todos los enfermos de lepra que hay actualmente en Barcelona. Sumados a los 25 de casa Masdeu, son 49 o sea casi el doble de la estadística oficial.

Nuestra experiencia se refiere a 242 casos que durante 14 años llevamos historiados y tratados. Nos hemos servido de una hoja especial de empadronamiento de éstos enfermos. De estos, 144 proceden de la región Valenciana, 18 son extranjeros o han adquirido la infección en América o en Filipinas y finalmente 80 han adquirido la lepra en Cataluña.

Presentan la forma tuberosa casi pura	128
Presentan la forma anestésica casi pura	64
Presentan manifestaciones casi exclusivamente maculosas	16
Presentan la forma mixta	34

Por el origen hemos controlado minuciosamente la localidad en que residió desde 1 a 10 años antes de la explosión de los síntomas.

En Cataluña, según nuestros datos recogidos, son infectados en la provincia de Gerona: Figueras, Blanes y la capital; tenemos un caso de un natural de Oló, pero que ha viajado en España y fuera y lleva años fuera de su pueblo, probablemente infecto, en la cuenca del Fluviá.

En Lérida: Seo de Urgel, Besturç, Talarn y Salars de Tremp, Os de Balaguer, Sant Guim, Sarroca de las Garrigas, Borjas y la capital.

En Barcelona: Vilasar, Gavá, Villanueva y San Pedro de Ribas, además de la capital.

En Tarragona: Vendrell, Vespella, Pla de Cabra, Alió, Alcover, Morell, Reus, Montroig, Riudecañas, Marsá, Falset, Porrera, Ulldemolins, Mora de Ebro, Pobla de Masaluca, Benisanet, Gandesa, Tivenys, Tortosa, La Cava, Vandellós, Hospitalet, Atmetlla, Amposta, San Carlos de la Rápita, Alfara, Ulldecona, Alcanar y la capital.

España tiene tres grandes núcleos leprosos; el núcleo gallego casi aislado del resto de España, pero en comunicación con el foco del norte de Portugal. La gran *mancha andaluza*, bastante uniformemente esparcida en toda la región y formando núcleo con la provincia de Badajoz y el foco portugués de los Algarbes y finalmente la región levantina, que muy densa la infección en el cabo San Antonio (partidos de Pego y Denia en Alicante y de Gandía y Játiba en Valencia), va difumiándose hacia el sur de la provincia de Alicante hasta dejar casi libres los partidos del sur de Dolores, de Elche y de Orihuela y mucho menos bruscamente por todos los partidos marítimos de Valencia y Castellón de la Plana. El norte de la provincia de Castellón forma una mancha bastante densa con el partido de Tortosa. Sigue en la provincia de Tarragona difumiándose a partir de la ribera del Ebro, pero a excepción del distrito de Montblanch todos los partidos contienen varios pueblos contaminados; sigue bordeando la costa hasta los costas de Garraf. En Barcelona hay casos autóctonos de individuos que no se han movido nunca de Barcelona y que al parecer no han tenido comunicación con personas de países infectados. Tenemos un caso de Vilasar que recae en un marino que pudo haberse contagiado fuera de España. Siguiendo la costa, hay el delta del Tordera infectado, Blanes principalmente; según testimonio del doctor Pascual y de médicos de la provincia, la desembocadura del Ter y del Fluviá era infectada antes y desde que han dejado la pesca del coral en la costa africana ha desaparecido la lepra de aquellos puntos; hay sólo el foco de Figueras, compuesto principalmente de elementos gitanos.

El interior de la provincia de Barcelona y Gerona están al parecer libres, con todo y haber existido antes leproserías como la de Tarrasa; la de Lérida tiene el foco de Llano de Urgel y pueblos infectados en los partidos de Balaguer, Tremp y Seo de Urgel, que justificaron la leprosería que existió en Tárrega.

El interior de España y la costa cantábrica parece libre. Aragón, León y Castilla la Vieja parece libre en absoluto (un caso en Corvera, Santander) con todo y que en la época medioeval abundaban las leproserías: la de Palencia fundada por el Cid, las de Santa Gadea en Burgos, de Villafrechos y Mayorga. Hoy día casos aislados de lepra, que constan en el registro oficial, son o adquiridos de otros países o sin antecedentes concretos familiares.

En Castilla la Nueva hay el foco de Pastrana en la provincia de Guadalajara y un caso aislado de Mohorte, Cuenca. La costa cantábrica, a excepción de Galicia, parece libre en la estadística con todo y haber existido infinidad de leproserías en Asturias; los datos particulares que nosotros tenemos no coinciden con los oficiales.

Respecto a Murcia, nosotros la creemos, quizá con su sistema orográfico que la separa tan bien de Andalucía al Sur como al Este de Alicante, como una región de separación de los núcleos andaluz y levantino. Con todo, nosotros tenemos dos casos de enfermos que refieren la época anterior a su invasión su estancia en Cartagena. Uno es un enfermo natural de Segovia que cuando vino a nuestra consulta presentaba los elementos eritematosos y se iniciaban los tubérculos, habiendo residido 3 años en Cartagena. Otro es un enfermo natural de Gavá, de 68 años, excarabinero, que residió en Almería y en Cartagena varios años y que actualmente lleva 10 de su enfermedad; 5 ó 6 después de haber vivido en Cartagena. Tenemos un enfermo de Alfeu, Albacete, afecto de lepra tuberosa, y diremos que la estadística oficial refiere un caso en Alpera, partido de Almansa. Otro caso tenemos de un enfermo afecto de panadizo de Morvan y los demás elementos de la lepra anestésica, que es natural de Murcia si bien lleva muchos años en Barcelona. Azuá en su estadística, refiere 9 casos de Murcia. Esto quiere decir que ha de haber, aun cuando no sea más que como tránsito entre ambas regiones, más casos que los que con nuestros datos podemos precisar, pero constituye una línea clara de separación entre los dos focos densos levantino y andaluz.

No queremos deducir consecuencias precisas respecto a su distribución; con todo, diremos que son las costas las infectadas principalmente, pero hay provincias como las de Badajoz, la de Jaén, la de Córdoba, la de Orense y la misma de Lérida que están a bastante distancia de las costas.

Más motivado sería buscar la relación con las desembocaduras de los grandes ríos, porque a su alrededor hay los principales focos y hasta están libres las costas cantábricas que no tienen grandes afluentes; en Cataluña es infectado el delta del Tordera, el delta del Ebro constituye el foco más denso de esta región; alrededor del Cenja se condensan los pueblos infectados, después hay un claro en la provincia de Castellón hasta otro núcleo alrededor del Mijares; un claro, se condensa otra vez alrededor del Turia, otro claro, otra condensación alrededor del Júcar y sus afluentes meridionales, sobre todo el Montesa. La gran mancha grande Valenciana-Alicantina se halla entre el Serpis y el Jalón: una condensación clara se observa en la cuenca entera del Algar.

En Andalucía se observa la cuenca del Guadalquivir particularmente infectada y sobre todo la de su afluente el Genil. Se condensa la costa Mediterránea, la más infectada, también alrededor de los cauces de ríos: el Guadalfeo, el de Vélez y el Guadalhorce.

En Galicia se condensa alrededor de las rías, particularmente las de Vigo, de Pontevedra y de Arosa, en cambio no puede indicarse la mayor actividad mercantil, porque Asturias, Santander y las provincias Vascas tienen un tráfico más intenso que las provincias levantinas y andaluzas. Lo que hay es que el tráfico y la proximidad es con países no infectados y en levante y en Andalucía el tráfico comercial y la pesca es en regiones africanas infectadas, y he aquí por qué camino yo quisiera demostrar que es África la que importa lepra a España, no como quieren nuestros colegas franceses que España sea quien importa la lepra a Argelia. Y antes de pasar adelante, acabemos de aclarar este enojoso asunto; Marruecos, como Argelia, está infectada literalmente de lepra; aparte de noticias particulares de médicos militares, me bastaría haber observado fotografías de los periódicos ilustrados para saber que existe lepra, si además no contase con las dos observaciones siguientes:

1.^a R. M., natural de Tarragona, 25 años, pescador; sirvió en la marina de guerra durante la campaña del 1909 a 1910; estuvo en Melilla y en los puertos del Atlántico. Licenciado de la armada, vuelve a su casa; pocos meses después principia a notar fiebres que se creyeron palúdicas, más tarde erupción maculosa que pronto se hizo tuberosa.

Al momento de nuestra observación en octubre de 1911 presenta además de una erupción aguda de lepra tuberosa, una faringo-laringitis ulcerosa; trastornos generales y febriles asociación probable del bacilo de Koch; visto por el doctor Casanovas como laringólogo diagnostica la asociación; el enfermo muere, 3 meses después, de tuberculosis pulmonar.

2.^a S. J., 28 años, jornalero, de Blanes; sin antecedentes familiares.

Estuvo en 1909 en la campaña de Melilla; atribuye su enfermedad a mojaduras y erosiones en los pies durante la campaña. Licenciado al año siguiente, 10 meses después comenzaron trastornos de las piernas caracterizados por infiltración difusa de las piernas, que fué aumentando y ha dejado estos engrosamientos linfangíticos tórpidos que acaban por elefantiasis; anestesia térmica. Hay una erupción discreta de manchas en la cara y tronco, y una glositis y laringitis eritematosa.

Es verdad que ambos son de poblaciones en donde hay casos aislados de lepra, pero es coincidencia que ambos no posean antecedentes familiares y que en ambos haya aparecido la afección poco después de su estancia en África; si no la han adquirido allí, por lo menos lo parece. Es uno de tantos regalos de nuestra forzada aventura de África; creemos que la lepra indígena basta y sobra para dar qué hacer a la Sanidad de Argelia, y más les valdría que de ello se ocuparan, que de dictar trabas vejatorias a nuestra emigración.

II. NUESTRA CONVICCIÓN ETIOLÓGICA

En cuestiones como muchas que flotan en la etiología de la lepra es necesario formarse convicción personal; recogiendo desapasionadamente datos; nosotros la tenemos formada ya.

En primer lugar, quede bien sentado que, por contagio ó por herencia, es necesario que penetre el bacilo álcali-ácido y alcohólico-resistente de Hansson en la economía para que exista lepra; lo del sa-profitismo y lo de los elementos de asociación necesarios, ha pasado ya.

Respecto a la cuestión de *herencia*, estamos convencidos de la necesidad de una herencia de *terreno*, y creemos que para adquirir la enfermedad es necesario preparación de terreno, disminución de resistencia de barreras y de condiciones serológicas.

La *herencia de germen* la contamos en nuestros casos. Un muchacho de 14 años asilado en casa Masdeu afecto de lepra tuberosa con nódulos supurados; padre sano; la madre al concebirlo era afecta de lepra, murió hace 2 años en la leprosería; el muchacho no recuerda el comienzo. En cambio tres leprosos más, de madre leprosa los tres, ya no puedo atribuirlo a herencia de germen porque de ellos uno comenzó enfermedad a los 20, otro a los 24 y otro a los 30 años, a no ser que se admita incubaciones de esta duración, lo cual no es verosímil. Nosotros tenemos hasta ahora 5 casos de 18 observaciones de madres leprosas que han amamantado hijos sanos que siguen aun sanos y uno de ellos tiene ya 8 años; no creemos que pueda invocarse la ley de Profeta para estos casos, como Besnier invocaba la de Colles para los hijos nacidos de padres leprosos; entre estos casos referiré, como ejemplo de profesiones peligrosas, una enferma que lleva cerca de 10 años afecta de lepra anestésica, actualmente con elementos tuberosos, que amamantó con la afección ya iniciada en las piernas el hijo de un colega de una población cercana que goza actualmente de buena salud.

Para finalizar diremos que la orquitis leprosa sobre todo, así como la esclerosis del ovario menos frecuentemente, hacen afortunadamente poco fecundos los matrimonios leprosos. Entre nuestra estadística hay más de 100 leprosos casados y escasamente reúnen 40 hijos.

En España, con salvedades, casi todos los que se han ocupado de la lepra (Hernando, González Castellanos, Zuriaga, Azúa) están convencidos de la necesidad de contagio por hechos positivos de observación personal que naturalmente son de más valor que las negaciones.

Nosotros creemos que existe el *contagio inmediato de hombre a hombre*. Dos matrimonios leprosos; en uno la mujer contagió al marido; en otro (residente hoy día en casa Masdeu) el marido ha contagiado una forma anestésica a la mujer (véase lámina 2.^a). Un colega que hace años curó por largo tiempo dos leprosas que existían en su pueblo, un año aproximadamente después de la muerte comenzaron a aparecer los tubérculos en dedos y manos, que quedaron por un tiempo sin progresar; actualmente ocupan los manos, los antebrazos, brazos y algunos elementos por el tronco, nalgas y muslos; se inician manchas en la frente (véase lámina 2.^a).

Un individuo residente en una comarca leprosa, sin tara hereditaria, se clavó en el pie un vidrio, lo cual le produjo una herida que tardó mucho en sanar; un año después apareció en las cercanías de la herida un nódulo; lentamente se ha ido propagando a toda la pierna; actualmente, cuatro años del comienzo, hay una mancha en la nalga de la otra pierna.

Otro es un individuo de 62 años, natural de un pueblo de Lérida no infectado; se marchó a los 18 años y estuvo en Cuba cerca de 40; hace 10 vivió por espacio de meses en Matanzas en la misma habitación con un lazarinero, de la misma profesión (panadero), conviviendo con él, compartiendo hasta el lecho, comiendo juntos y ayudándose mutuamente en sus quehaceres, así como en sus enfermedades. Un año después de separado del enfermo principió a notar las primeras molestias cutáneas por manchas hiperestésicas y neuralgias, aquéllas en el tronco, muy especialmente en los puntos de contacto o de presión de los vestidos. Actualmente lleva 8 años de enfermedad, con una lepra maculosa de reborde tuberculoide extremadamente curiosa.

No obstante, la *herencia de germen* y el *contagio directo* los creemos menos causantes de la infección que el *indirecto*.

La escuela de Milán, con Bertarelli a la cabeza, cree en los insectos y arácnidos como vehículos intermediarios; si así es en realidad, nosotros creemos han podido demostrarlo sólo incompletamente.

En cambio un reciente trabajo de Arning sí que creemos es de peso para explicar el contagio por objetos inanimados. Nos referimos a la conservación de las propiedades tincoriales de los bacilos en los cadáveres de leprosos.

Así explicaríamos los contagios después de dermatitis y mojaduras en las piernas, como lo explican tan frecuentemente los leprosos al preguntarles por la causa; así podremos suponer que por años que pasen, en una vivienda infectada entre la mugre de las paredes y las suciedades de los muebles puede permanecer el bacilo que en condiciones especiales ignoradas recobrará su virulencia. En la mayoría de mis casos las lesiones han comenzado por las piernas y en otra buena parte por la mucosa nasobuco-faríngea y cara.

Un caso puede poner en claro lo que quiero con ello decir: Una mujer de familia limpia de esta enfermedad, de una comarca de la provincia de Tarragona, es pedida en matrimonio por el *hercu* de una casa tachada de leprosa en la cual acababa de sucumbir de la enfermedad el dueño. Se consuma el matrimonio a pesar de la oposición de su familia. El marido y las hermanas siguieron sanos; 10 años después del casamiento, del cual han nacido tres hijos vivos y sanos, adquiere la enfermedad, comenzando por las piernas y siguiendo luego por tronco y cara. Es un caso de contagio *mediato*; es, como gráficamente se sabe en el pueblo, la *casa* la infectada. Son las circunstancias que han hecho que se contagie sólo la extraña, sin haber entonces leprosos vivos y sin que por el género de vida haya existido posibilidad de haber contactado con ninguno fuera de la casa.

Hemos planteado estas cuestiones para llegar a *nuestra convicción*. Creemos que *por la densidad de distribución de los elementos, por el punto de aparición y por la forma de propagación se puede deducir aproximadamente en cada caso, en que forma se ha efectuado el contagio y la puerta o puertas de entrada*.

No se me puede negar que en los casos de inoculación experimental, caso de Arning y caso de Coffin, monos inoculados por Letulle y por Verrotti, hay una etapa local, una etapa de chancro que dura poco o mucho tiempo, pero existe en todos los casos; no la podemos observar, pero la densidad de los tubérculos o manchas y la distribución pueden guiarnos, junto con los datos suministrados por el interrogatorio.

La mayoría de nuestros casos ha comenzado por las *piernas* y la topografía de las piernas indica contagio por medio de erosiones o dermatitis o erisipelas; el enfermo refiere una mojadura (es la excoriación que vendrá después de un macerado de las capas epidérmicas); el bacilo en el suelo de habitaciones, establos, quizá en la boca de un arácnido o en las glándulas de un culex, podrá penetrar y después de una etapa local producir las lesiones y fenómenos de generalización.

Siguen en orden de frecuencia los casos de *rinitis* inicial con manifestaciones rino-buco-faríngeas y tubérculos en la cara. Sean casos de contagio nasal por erosiones llevando con los dedos los bacilos

de los suyos y privado en absoluto de los derechos civiles y políticos, en primer término porque resulta contraproducente, ya que enfermos y deudos esconden hasta el último momento su enfermedad.

Convencidos de la contagiosidad, pero convencidos a la vez de la necesidad de contactos prolongados, de inoculaciones persistentes, aparte de la necesidad de la preparación del terreno, nosotros creemos adecuado a las circunstancias de nuestro país, lo siguiente:

1.º *Aislamiento voluntario en todos; forzado para los leprosos vagabundos.*

En España no es posible la *leprosería marítima*; dado el estudio de nuestras islas, creemos que los pequeños islotes que bordean nuestras costas carecen de agua, de tierras fértiles y hasta de extensión superficial para crear una leprosería que reúna condiciones. Algunas islas como Cabrera o Formentera no nos atreveríamos a proponerlas, pero no creemos que fuesen despreciables; según nuestros informes, no abunda en ellas el agua.

Para *leproserías terrestres* carecemos en absoluto de islas fluviales, y las pequeñas penínsulas de que podríamos disponer son demasiado ricas para desalojar los actuales habitantes.

Las *colonias agrícolas* son las que pueden resultar prácticas; el excelente ensayo de Fontilles lo demuestra; en poco menos de 10 años se ha conseguido recluir voluntariamente un centenar de leprosos, que no tienen ciertamente muchos deseos de abandonar la colonia porque aparte el bienestar físico relativo, el bienestar moral que los cuidados materiales y sobre todo los morales les proporcionan no los hallaron ni en el seno de sus mismas familias; se ha conseguido, por nuevas construcciones de pabellones aislados, ampliar progresivamente la colonia. Estas edificaciones sencillas, amplias, higiénicas, que por el simple impulso caritativo de unos hombres de buena voluntad, que han sido los Padres Ferris y Faura, han ido y van progresivamente aumentando en medio de un risueño valle, rodeadas de frondosos árboles, bajo el bello azul del cielo levantino y viendo en lontananza una faja del mar latino, son el bello ideal que quizá no ha alcanzado ninguna de las otras colonias leprosas; más aun llevan un sello: los que en ellas se cobijan y por su libérrima voluntad han ido, no llevan la terrible interdicción dantesca de los aislados de Molokai, ni la férrea mano de la legislación prusiana de Memel, ni siquiera la presión suave de la legislación noruega o danesa; la presión oficial, ni para su aislamiento, ni para su bienestar, en nada ha intervenido. Socialmente creo que es también un ideal.

Pedimos que se facilite la evolución de la colonia de Fontilles y que surja el ejemplo, sobre todo en Cataluña, donde con los pueblos infectados y la corriente inmigratoria de la región levantina existe una amenaza constante de propagación y se impone la institución de una *colonia agrícola* tal como la de Alicante; para esto hay dos caminos.

Uno sería proteger la obra meritoria del Hospital de la Santa Cruz, que sostiene de tiempo inmemorial sobre unos 25 lazarineros antes en el Hospital de San Lázaro, hoy en casa Masdeu en San Andrés, para que haga con ellos lo que no puede hacer ahora por falta principalmente de agua y de consignación especial en segundo término; en este caso cambiando la residencia, ya que el espacio de que dispone es reducido para los 250 a 300 leprosos que calculamos hay en Cataluña, y sería extraordinariamente difícil el suministro del agua.

O bien crear decididamente una colonia en una región bien separada por montañas, lejos de poblaciones actuales pero en sitio con agua y fértil; creo que para este caso hemos hallado lo que convendría: entre Hospitalet y Atmetlla hay una serie de calas con su pequeño valle detrás, casi inhabitadas, a muchos kilómetros de los pueblos cercanos y que una cadena de montañas aísla de las comarcas vecinas. Esta topografía tiene la ventaja de ser en el mismo centro del gran foco leproso del Ebro y casi en el paso de Castellón a Cataluña. A más podrá ser un punto de recogimiento de la zona del norte de Castellón, que nosotros creemos formando núcleo con la zona catalana del Ebro.

Veamos ahora el presupuesto. En Fontilles, según datos que amablemente me ha facilitado el Padre Faura, gasta cada leproso alrededor de 1.75 ptas. sin balneoterapia sistemática, sin los medios físicos y con penuria en los farmacológicos. Contando con que de los leprosos aislados sólo la mitad requieren el baño diario compuesto, resulta un aumento de 25 céntimos por este concepto; los medios físicos y los recursos opoterápicos y serológicos pueden evaluarse en 25 céntimos más; tenemos, pues, un presupuesto de 2.25 céntimos por enfermo que gastará, al año 810 pesetas; calculado el sanatorio inicialmente en 50 leprosos, resulta un presupuesto anual de 40,512 pesetas. De estas cantidades hay que descontar que en toda colonia leprosa agrícola, las pequeñas faenas agrícolas a que se dedican los enfermos que pueden, aligeran el presupuesto y puedan aumentar los recursos.

2.º *Interdicción de ciertas profesiones a los leprosos libres.*

Conocidos los elementos vehículos del bacilo, como secreciones, humores, producciones patológicas (costras, secreciones de las úlceras), se comprenderá que deben prohibirse las siguientes profesiones:

- a) Servicio doméstico.

b) Cuidado de enfermos y profesiones sanitarias.

c) Vendedores de alimentos sin distinción (carniceros, pescadores, fruteros, especieros, etcétera).

d) Panaderos.

e) Peluqueros.

f) Sastres, modistas, etc.

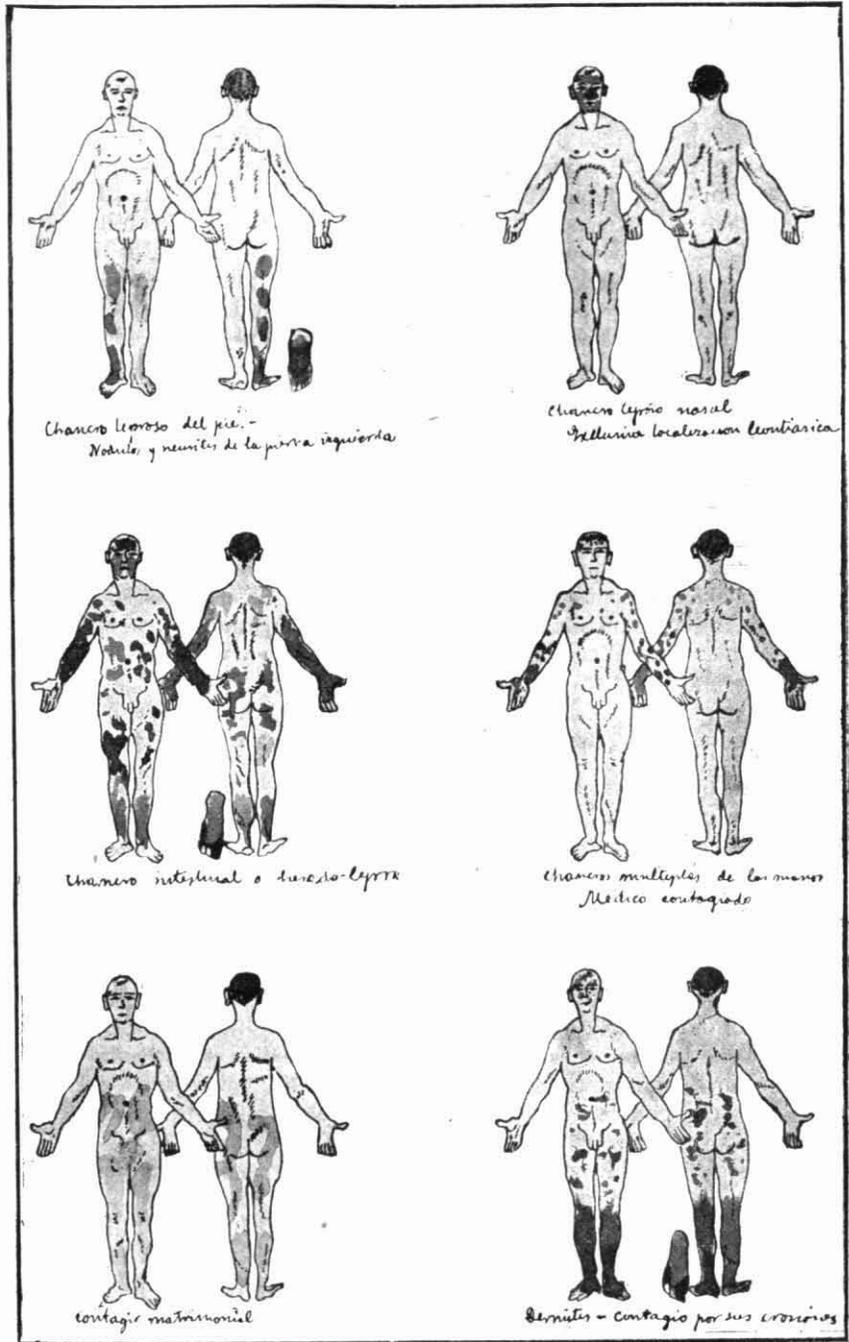
3.º *Interdicción de entrada a ciertos lugares.* Entrada a baños y fuentes, en hoteles, en vehículos (tranvías, coches, etc.).

4.º *Naturalmente,* para poner en práctica estas dos últimas reglas es preciso la inscripción obligatoria.

Un registro de leprosos será llevado por quien corresponda, y sólo en caso de quebrantamiento de estas reglas se podrá ordenar la internación. Pero para que esto tenga lugar es preciso primero que tengamos leproserías que cumplan todas las necesidades morales y científicas de estos enfermos; para la sanción penal, es esta una condición *sine qua non*.

5.º *Aviso a los que convivan o no con el enfermo* de la constante exposición en que están de los elementos contagiantes principales y que cumplan las siguientes reglas:

- a) Aislar los objetos de comer y de *toilette* del enfermo.
- b) La ropas serán lavadas y colocadas aparte.
- c) Los lienzos y elementos de cura serán quemados después de su uso.
- d) El enfermo debe vivir en cuarto aparte.



Sesión científica extraordinaria del 27 de febrero de 1915

El doctor Esquerdo dice que sólo toma parte en esta discusión para aportar algunos datos, solicitado por el doctor Peyrí.

Aplaude la intención del doctor Peyrí al traer a la Academia el asunto de la lucha contra la

lepra, lucha que a pesar de lo anticuada considera tan de actualidad como la lucha contra la tuberculosis, y la lucha contra el cáncer, en las que tanto se trabaja hoy.

Hace un ligero resumen de lo que se ha hecho desde tiempos antiguos para atajar la difusión de la lepra, creyendo que, a pesar del fracaso de las medidas tan severas que en todos tiempos y países se han dictado, debemos insistir en las mismas prevenciones.

Cree que no hay necesidad de declararse partidario de los que consideran la enfermedad como hereditaria ni como debida al contagio, pues hay motivos sobrados para sostener una idea y otra. Lo que ocurre es que siendo una enfermedad que se desarrolla en la edad adulta y que tiene una evolución muy lenta, no siempre es posible afirmar si su aparición es debida al contagio o a la herencia. Está convencido de que la enfermedad es contagiosa, aunque no puede demostrarse el contagio inmediato. Cita varios casos observados en que no ha podido comprobar la herencia, ni tampoco el contagio, pero aduce otros hechos en los cuales queda bien demostrado este.

Alienta al doctor Peyrí a que prosiga sus investigaciones para averiguar si el contagio se verifica por el moho del suelo o las paredes de las viviendas de los leprosos, haciendo notar que seguramente abunda más la lepra en las habitaciones pobres, sucias, mal ventiladas y húmedas, que en las habitaciones bien cuidadas. El que personas que viven o pueden vivir en habitaciones lujosas hayan tenido la lepra no quiere decir que la hayan adquirido en estas habitaciones, sino que es posible que la hubiesen contraído conviviendo, cohabitando, con personas leprosas o habiendo vivido accidentalmente en donde se había padecido la lepra.

Cree que debe influir mucho en la aparición de la lepra la alimentación con substancias de mala naturaleza, particularmente con la pesca salada y deteriorada.

No atribuyo gran importancia a las viviendas junto a los ríos ni al lado del mar sino como medios de fácil comunicación. La parte de la provincia de Alicante más castigada por la lepra no está al borde de mar ni a orilla de los ríos, que no los hay.

Aboga por que se aisle a los leprosos, pero en buenas condiciones para la limpieza y buena alimentación: y sobre todo para que se les prohíba el ejercicio de ciertas profesiones u oficios, con los cuales puedan contaminar los alimentos, bebidas y ropas.

Intervención del doctor JOSÉ BLANC Y BENET:

Ante todo, mi más cordial aplauso al doctor Peyrí por la interesantísima cuanto oportuna comunicación sobre la lepra; *interesante*, porque a nadie pueden dejar indiferente los sufrimientos terribles no ya tan sólo físicos, sino sobre todo morales que lleva consigo la terrible plaga que aflige a gran número de españoles (muchos de ellos catalanes o valencianos), hasta el extremo de que en las estadísticas mundiales de la lepra figura con malísima nota nuestra nación; *oportuna*, por cuanto los números indican que nunca, después de los siglos medios, había sido tan grande el número de leprosos conocidos en España como en la actualidad. Justo y laudable es, pues, que se levanten muchas voces de hombres competentes y generosos como el doctor Peyrí para despertar a la opinión y empujarla a la lucha contra el terrible mal de S. Lázaro.

Mas, si sólo fuera para felicitar al doctor Peyrí, no me hubiera yo atrevido a tomar la palabra; cumplido ya este deber por nuestro digno Presidente, poco podía halagar al señor disertante el aplauso incompetente del que tiene el honor de dirigiros la palabra. Si la he pedido, es porque me ha asaltado el temor de que no acertásemos a sacar, de los datos que con tanto talento y tanta paciencia viene recogiendo el doctor Peyrí sobre la lepra en nuestro país, todo aquel fruto que la ciencia y la humanidad y aun la patria tienen derecho a esperar. Entiendo, en una palabra, que la Real Academia de Medicina de Barcelona, oídas las premisas que ha sentado el doctor Peyrí, no debiera eludir la consecuencia; que tal representaría, a mi ver, si ahora seobreseyéramos tranquilamente en el asunto, dejando que todo siga lo mismo que siempre... y «hoy como ayer, mañana como hoy, y siempre igual». No. Espero convendréis conmigo en que esto no debiera quedar así.

El docto disertante ha venido aquí a sembrar inquietudes (si me permitís la expresión) y a plantear problemas muy dignos de estudio. ¿No ofrece un interés universal la obscuridad que rodea todavía a la etiología de la lepra y su escasa curabilidad, si alguna vez es curable? ¿No constituye esto un acicate para su estudio? ¿Acaso no es un problema interesante como pocos para la ciencia española el de averiguar si realmente revive, retoña, recrudece la antigua plaga que tanto azotó a nuestro país? ¿Y si somos exportadores de este contagio como alguien nos echa en cara o más bien lo solemos importar de las vecinas costas africanas?

Desde la notoria atenuación de la virulencia antigua del agente de la lepra, después de los estragos que ocasionó en los siglos medios, se cerraron, como ya nos explicó el señor disertante, un grandísimo número de leproserías de que nos habla la historia, que en los tiempos medioevales estuvieron

muy pobladas. Mas ya a mitad del siglo XIX o algo más tarde hubo de parecer a algunos observadores atentos que la lepra en España volvía a recrudecer. La Real orden circular de enero de 1878, primer jalón que se ha puesto en España para la lucha contra la lepra en los tiempos modernos, hacíase eco de esta opinión al decir que retoñaba la lepra en algunas localidades de la Península; de igual manera de pensar participaban leprólogos tan distinguidos como los Peset (1), los Poquet (2), los Zuriaga (3), los Azúa (4), los González Castellano (5) y casi todos los médicos que ejercen en las provincias del reino de Valencia. Igual creencia se expresa en el folleto que recientemente ha publicado el Ministerio de la Gobernación, y que, si no andamos equivocados, debe ser redactado por el Inspector general de Sanidad, doctor don Martín Salazar; en su pág. 5 se lee: «Hay pueblos, como el nuestro (el pueblo español), por ejemplo, de donde no ha desaparecido jamás, y donde, desde algún tiempo a esta parte, se advierte cierto evidente recrudecimiento por abandono en la lucha social contra el terrible mal.» Y en la pág. 34: «Por comparación de las anteriores estadísticas y la opinión de médicos competentes que ejercen en regiones leprosas, se puede asegurar aumenta la epidemia por casi todas partes.» Este «todas partes» se refiere tan sólo a España.

Ya sé que no faltan argumentos para los que sostienen que no es que la lepra sufra una recrudescencia, sino que cada vez se va conociendo mejor por los médicos, y que si las estadísticas aparecen en incremento, no se debe a que vayan apareciendo más casos nuevos sino que se van revelando cada vez más los casos ocultos.

En la misma memoria antes citada del Ministerio de la Gobernación se aducen datos que parecen dar verosimilitud a esta argumentación. Así verbigracia, en la estadística de 1904 (6) aparecen como limpias de lepra provincias tan atacadas de tiempo inmemorial y donde no ha dejado nunca de haberla como las provincias de Almería, Barcelona, islas Canarias, etc. De nuestra provincia sabemos perfectamente que en 1904 había determinado número de lazarineros en el Hospital de San Lázaro de esta ciudad, o en su sucursal (7); así, no es extraño que una estadística tan deficiente como la de 1904 resulte inferior a la de 1914 que probablemente es algo más perfeccionada.

Bien pudiera ser esto así, y aún podré aducir datos que a mi ver demuestran que las futuras estadísticas serán todavía mayores con sólo que se puedan contar los leprosos ya existentes. Fíndome para decirlo en que casi todos los leprólogos, incluso nuestro compañero doctor Peyrí, y aun el mismo folleto del Ministerio de la Gobernación están contestes en que las estadísticas quedan muy por debajo de la realidad (8); que hay numerosos pueblos que ocultan sus enfermos, y claro está que los mismos enfermos se ocultan también muchas veces a sus autoridades sanitarias. Así es muy posible que, aun sin ser más invasora la plaga (no digo que no lo sea), podrían venir cada día mayores las estadísticas a medida de su perfeccionamiento. Así en 1904, cuando el número de enfermos de lepra que hallaban las autoridades sanitarias en el reino de Valencia no excedía de 223, aparecía ya un libro del Sanatorio de San Francisco de Borja en Fontilles donde se asegura que aquel año en el reino de Valencia pasaban los leprosos de 2,000 (9); es decir, cuatro veces más de los que acusaba la estadística para toda la nación española. Tengo para mí que, a medida que se vayan buscando con empeño, se hallarán leprosos en algunas provincias de antiguo contaminadas y que ahora han dejado de figurar en las estadísticas de la lepra. Y me fundo, para opinar así, en los siguientes datos: La provincia de Asturias, verbigracia, a pesar de ser una región en que antiguamente había bastante leproso, según nos cuentan las historias, figura como limpia del mal de San Lázaro en las cuatro estadísticas oficiales. Pues bien: hay indicios bastantes para creer que todavía existen allí vestigios de esta enfermedad; la Real Orden de 1878 habla ya de haberse descubierto algunos casos en Asturias, y el mismo folleto antes citado del Ministerio de la Gobernación cita a un distinguido especialista residente en Oviedo que ha tenido ocasión de ver algunos casos, y por más que no les atribuye carácter autóctono, el mismo folleto dice que son «indispensables nuevas investigaciones para saber si se padece o no (allí) endémicamente».

Otra de las provincias dudosas, en mi concepto, es Navarra, a pesar de ser negativos los datos oficiales en las cuatro estadísticas que de la lepra se han hecho. Don Francisco Navarro Villoslada,

(1) Juan Bautista Peset y Vidal: *La lepra de la provincia de Valencia. Resultados obtenidos de su investigación y estudio*, etc. Valencia, 1877.

(2) *Memoria sobre la lepra* por don Juan Bautista Poquet (en la *Crónica médica de Valencia*, 5 febrero, 1899.)

(3) *Memoria sobre la lepra*, escrita por encargo del Ayuntamiento de Valencia por el doctor don Manuel Zuriaga; citada por el libro titulado *Colonia-Sanatorio de San Francisco de Borja*, 1904.

(4) En el IX Congreso Internacional de Higiene celebrado en Madrid en 1898.

(5) Don Jaime González Castellano presentó al Congreso Internacional de Higiene de Madrid de 1898 una comunicación titulada: *De la lepra, en España particularmente. Medidas conducentes a impedir su propagación*; y en el Congreso Internacional de Medicina de Madrid de 1903 presentó otra comunicación sobre el mismo asunto.

(6) *La lucha contra la lepra en España*, pág. 32.

(7) En 30 de septiembre de 1904 había 10 lazarineros (6 varones y 4 hembras), según *El Anuario estadístico de la ciudad de Barcelona* de 1904.

(8) *Ministerio de la Gobernación. Publicaciones de Sanidad. La lucha contra la lepra en España*, pág. 7.

(9) *Colonia-Sanatorio de San Francisco de Borja*, pág. 95.

en una obra que tiene tanto de historia como de novela, publicada hace más de medio siglo, dice que a mediados del siglo XIX existían todavía en el valle de Baztán, vestigios de los antiguos *agotes* o leprosos (1). Pues bien, éstos eran ni más ni menos que los *cagots* del Béarnés (comarca francesa lindante con nuestra Navarra). Sabido es que el susodicho valle de Baztán, está regado por el Bidasoa, río internacional con la vecina república; en lo cual vendría a confirmarse una vez más la predilección que muestra la lepra por el curso de los ríos y el litoral de los mares. Es pues, de creer que, si bien se buscasen, no dejarían de hallarse todavía aquellos vestigios de lepra que en el valle de Baztán se señalaban a mediados del siglo pasado.

Y así por el estilo podríamos indicar todavía algunas otras provincias que en las estadísticas oficiales aparecen como indemnes.

Este argumento sólo en apariencia favorece a los que no creen en el recrudescimiento de la lepra, porque el descubrimiento de casos ocultos no implica que no pueda al mismo tiempo haber casos nuevos en mayor número que antes; bien pudieran coexistir ambas a dos causas en el alarmante crecimiento de las estadísticas. No estoy yo en situación de decidir a cual de los dos bandos asiste la razón; esto irá poniéndose en claro a medida que se ahonde en el estudio de todos y cada uno de los casos y se perfeccionen las estadísticas; pero a mi ánimo hace gran fuerza la consideración de que la mayoría de los médicos que ejercen en comarcas leprosas opina que aumenta, y no así como quiera, sino que aumenta de una manera alarmante.

Para demostrar, como me proponía, que el asunto merece sobradamente la pena de fijar nuestra atención, tan buen argumento es el recrudescimiento como el descubrimiento de un número de casos cada vez mayor; siempre vendrá a resultar que la plaga tiene mayor extensión de la que creíamos; y, queramos o no queramos, los números vendrán pronto a sacudir nuestra indiferencia.

Ha hecho, pues, perfectamente el doctor Peyrí en señalar el peligro a la atención de la Academia, y es de esperar que ésta no lía de rehuir prestársela cual merece y con el fin de que veamos si es posible hacer contra la plaga algo eficaz.

Porque, ante el estado de cosas que hemos procurado bosquejar en las anteriores consideraciones ¿qué se ha hecho en España?

Distingamos lo que ha hecho el Estado de lo que han hecho los particulares.

Comencemos por el primero: *à tout seigneur, tout honneur*.

Son ya cada día menos en número los dermatólogos que no creen en la contagiosidad de la lepra; en el Congreso médico internacional de Madrid de 1903 se acordó tener por suficientemente demostrado el contagio, y se invitó a los Gobiernos a que tomasen medidas para evitar la propagación de tan terrible azote. El Congreso colonial de París de 1905 pidió fuesen puestos en leproserías los enfermos que se resistiesen a vivir fuera de su pueblos y de su familia.

Y el Ministerio de la Gobernación no repara en estampar estas terribles palabras: «No hay más medio para combatir esta plaga que la reclusión de los leprosos y su separación del medio social en que viven (2)»; y alega como demostrativo el ejemplo de Noruega: «desde 1877 y 1885, dice, se imponen energicas medidas de aislamiento, y de 3,000 leprosos apenas les queda hoy día un par de cientos (3)».

Pues bien; estas medidas energicas son la que se echan de menos en la actuación del Gobierno español contra la lepra.

La Real orden de 1878 en su art. 10 parece querer establecer una suerte de declaración obligatoria de la lepra; pero en realidad no debió ser así, pues además de que obligación sin sanción (y allí no se establece) debe tenerse por ilusoria, bien leída la disposición ministerial se echa de ver que consiste únicamente en un estímulo enderezado a los gobernadores que quieran y tengan medios para recluir a los leprosos pobres de solemnidad, en hospitales *ad hoc* o en departamentos especiales de los hospitales provinciales; los cuales no podrán salir de allí sino curados (art. 4.º). En cuanto a los que no siendo pobres no quieran acogerse, pagando estancias, en tan pos atractivos hospitales o departamentos, cuidarán los gobernadores de que «vivan lo más aislados posible, ya en las afueras de las poblaciones, en chozas o barracas, ya en casas independientes, ya (y aquí viene la excesiva lenidad y patente claudicación), si otra cosa no pudiera ser, en habitaciones apartadas de aquellas que ocupan las personas sanas de la familia» (art. 6.º).

¿Qué eficacia podía esperarse de tal disposición? La que ha tenido, es decir; ninguna.

Entre las enfermedades infecciosas cuya declaración es obligatoria según el anexo 1.º a la *Instrucción general de Sanidad* de 1904, no figura la lepra. En cambio en el art. 187 de la misma disposición se exige a los «Médicos citados en los artículos anteriores» hacer mención separada de los casos de lepra

(1) *Doña Blanca de Navarra*, por D. Francisco Navarro Villoslada, 1848, parte II, cap. III.

(2) *La lucha contra la lepra en España*, pág. 7.

(3) *La lucha, etc.*, pág. 39.

que tengan en tratamiento. Aunque el texto es algo confuso y parece, por el contexto, referirse a los médicos de hospitales y asilos. Nada obliga, pues, a los médicos particulares.

Total: que las disposiciones vigentes hacen la impresión de que no se ha querido conocer bien los leprosos que existen, seguramente porque no se hubiera sabido qué hacer con ellos.

Triste es decirlo, pero desde la Real Orden de 1878, que parecía como querer entablar la lucha contra la lepra, toda la acción del Estado se ha reducido a la confección de unas estadísticas, de cuyas deficiencias hemos dicho ya bastante, faltándonos ahora añadir tan sólo que de ellas la mayoría de leprólogos y aun el mismo Ministerio de la Gobernación en el folleto antes citado dicen que están «muy por debajo de la realidad (1)».

Ante la II Conferencia internacional contra la lepra de 1909, el representante español declaró «que el Gobierno esperaba las decisiones de la Conferencia para actuar, para tomar y ejecutar las medidas después de haber oído la voz de tantos sabios allí reunidos (2)». A pesar de lo cual todo se ha reducido en España a la organización de la estadística, cuyo único fruto ha sido el folleto, por otra parte muy estimable, titulado *La lucha contra la lepra en España*.

Y los particulares ¿han hecho algo contra esta plaga?

Loado sea Dios que ahora al menos podemos presentar un ejemplo reconfortante. Ya habéis adivinado que me refiero al Sanatorio de S. Francisco de Borjas en Fontilles, provincia de Alicante, de que nos habló ya con elogio el Dr. Peyrí. Yo quisiera añadir sobre el mismo algunas noticias más, que considero dignas de ser conocidas por la Real Academia, por tratarse del único ejemplo de profilaxia verdaderamente eficaz que contra la lepra se ha visto en España. Podéis formar de él un concepto acabado no sólo por los párrafos que pienso leeros del folleto antes citado del Ministerio de la Gobernación, sino también por las numerosas fotografías del Sanatorio que tengo el gusto de presentaros y quedan expuestas en el encerado, y por el libro publicado por el mismo Sanatorio, que tengo también el gusto de mostraros y que lleva por título: «*Caridad heroica.—Colonia-Sanatorio nacional de San Francisco de Borja para los pobres leprosos*. Valencia, 1904.» 187 páginas en folio.

Copiamos del folleto del Ministerio de la Gobernación: «El concepto de la leprosería moderna es el de la granja-hospital, donde los leprosos viven la mayor parte del tiempo al aire libre, dedicados, cuando son capaces de trabajo, a las faenas del cultivo del campo, de huertas y jardines, procurándoles en la vida agreste y en su relación con la libre naturaleza el alivio del cuerpo y la expansión y tranquilidad del espíritu.

«Inspirado en estas ideas, y lejos de toda protección del Estado, se ha fundado en Fontilles, provincia de Alicante, una leprosería modelo, que hoy alberga cerca de cien lazarineros procedentes de las provincias levantinas. Un espíritu superior, movido de ardiente caridad, el Padre Ferris, de la Compañía de Jesús, ha realizado esa obra admirable, verdaderamente maravillosa. En un lugar pintoresco, lejos de toda vivienda, bastante alto sobre el nivel del mar, con buena orientación y fertilizado por un gran caudal de agua excelente, se han edificado numerosos edificios para albergue de leprosos, y dispuesto todos los menesteres para la asistencia médica de los mismos. La fertilidad de los extensos terrenos que posee el sanatorio proporciona amplio solaz a los pobres enfermos, y cómodo trabajo a los que pueden dedicarse buenamente a las faenas del campo. El orden y disciplina que allí reinan dan clara idea del entero espíritu que gobierna aquella mansión; y el crecimiento, cada vez mayor, de esa obra humanitaria, muestra bien elocuentemente la generosa colaboración de muchas gentes, que acuden allí con su caridad para ayudar al Padre Ferris y socorrer aquellos desgraciados, tan dignos de lástima y conmiseración. Los afanes del fundador y del patronato que rige la leprosería de Fontilles aspiran a ensanchar los edificios para poder contener allí los leprosos todos de las provincias de Valencia y Alicante. Para realizar esto han acudido al Gobierno en demanda de la protección del Estado, ofreciendo dar por resuelto el problema de la lucha contra la lepra en aquellas regiones levantinas. Nada más acertado y justo que acceder a tal petición; porque de esa suerte, no solamente quedaría solventado el problema de la lepra en esa región, sino que tendríamos la fórmula práctica para solucionarlo en todo el país, asociando al esfuerzo social libre y espontáneo de las gentes caritativas la acción protectora del Estado (3)».

Al leer estas líneas no se ocurre otra cosa que preguntar: ¿qué espera, pues, el Estado para subvencionar al susodicho sanatorio, si tan justo y acertado lo encuentra?

En otra parte del mismo folleto se lee también: «Después de largos años de inconsciencia general, sobre este punto, dos hombres de corazón y talento organizador, el P. Carlos Ferris, S. J., y don Joaquín Ballester Lloret, abogado de Gandía, concibieron la idea de fundar un Sanatorio para leprosos

(1) *La lucha contra la lepra en España*, pág. 33.

(2) *La lucha contra la lepra en España*, pág. 40.

(3) *Ministerio de la Gobernación. Publicaciones de Sanidad. La lucha contra la lepra en España*, pág. 8 y siguientes.

pobres, e inmediatamente consultaron con el doctor González Castellano las condiciones de emplazamiento y edificios apropiados. Se constituyó la Comisión organizadora... y se redactaron los Estatutos... Tras de un año de continuas pesquisas por toda la provincia de Valencia y Alicante, y venciendo obstáculos de todas clases, encontraron un sitio ideal donde edificarlo: el valle de Fontilles, perteneciente al término de Laguar, distrito de Pego y provincia de Alicante, con una superficie de 730,000 metros cuadrados, clima templado, vistas espléndidas, divisándose el Mediterráneo, vegetación exuberante (olivos, naranjos, viñedos, pinos, etc.), y abundantísimas aguas potables.

»Se comenzaron las obras en enero de 1903 y se inauguró el año 1908, entre la alarma y el vocerío de los pueblos limítrofes, que no querían tales vecinos, seguramente inofensivos cuando están aislados y muy peligrosos andando libres en sociedad. Hoy día las cosas han cambiado, y les respetan y quieren.

»Actualmente están edificadas dos hermosas enfermerías para hombres y una para mujeres, muy bien orientadas, con amplias ventanas y gran ventilación. El pabellón de baños está bien montado; las pilas se pueden desinfectar perfectamente, y tiene instalados diversos aparatos hidroterápicos. En un departamento contiguo está el lavadero, dotado de todos los aparatos mecánicos necesarios para desinfectar y lavar. La iglesia es amplia y de buen gusto artístico. Actualmente está en construcción un amplio comedor. Existen, además, diversas edificaciones, donde están instaladas las cocinas habitaciones de las monjas, médico, capellán, administrador, enfermeros y hospedería. Todos estos departamentos están separados por amplias calles y jardines, adornados con estatuas y fuentes. Los residuos de todas clases van a parar a un gran pozo, abierto en el sitio de mayor declive.

»Los proyectos del Patronazgo son muy vastos, y se irán ejecutando a medida que haya fondos; piensan construir un pabellón de trabajo para hombres y otro para mujeres, y un gran salón-galería utilizable para reuniones, juegos, audiciones, etc.

»Se puede afirmar que la colonia de Fontilles es un establecimiento de primer orden, sin igual, en España ni acaso en el extranjero.

»El ilustre leprólogo valenciano doctor Zuriaga donó a esta institución una hermosa finca en la provincia de Castellón, en el año 1907, debiendo ser utilizada «a los fines que se propone la Junta del Sanatorio de Fontilles», dentro de cierto plazo, transcurrido el cual se destinará a otra clase de enfermos. Pues bien; a pesar del tiempo pasado, nada se ha hecho, por falta de medios seguramente.

»Fontilles resolverá el pavoroso problema de la lepra en la región levantina, y nos ha dado la clave para resolverlo en todas las regiones; pero para tan magna empresa es indispensable la ayuda de todos, y singularmente del Estado (1).»

Y bien: ahí tenéis los hechos que yo deseaba presentaros; pero aquí parece del caso preguntarnos ¿puede la Real Academia permanecer indiferente ante hechos como los que expuso el doctor Peyrí, y que yo no he acertado sino a comentar? ¿No se podrá aquí hacer algo, aunque otra cosa no sea sino elevar nuestra voz en pro de los esfuerzos bien encaminados que se realizan? ¿No será posible contribuir con el talento de los señores académicos a dilucidar aquella serie de problemas a que antes me he referido, tan acertadamente planteados por el doctor Peyrí?

A la consideración de mis compañeros dejo el apreciar, verbigracia, la conveniencia de que por la Comisión de Epidemiología, o por la Sección de Higiene, o por una comisión especial a la que tan brillante concurso podría prestar el doctor Peyrí, se procediese al estudio de todas aquellas cuestiones. Y si la Academia se dirigiese a todos los médicos de Cataluña, en súplica de que contestasen a un interrogatorio dado acerca los casos de lepra que tuviesen a la vista, si con todas las contestaciones se formase un fichario de los leprosos de Cataluña, ¿no sería muy posible, y hasta probable, que de la acumulación de datos y de su estudio resultasen no ya tan sólo argumentos en pro o en contra de la contagiosidad, del recrudecimiento, de la importancia de la plaga en nuestra región, de si somos exportadores de ella, como se nos echa en cara, o más bien importadores, sino que el conocimiento más profundo de las condiciones etiológicas en nuestro país nos llevase a poder dictar reglas de profilaxia regional? Y el día en que la Mancomunidad catalana estuviese en situación de actuar eficazmente en pro de la sanidad de Cataluña ¿no estaría entonces la Academia en situación de brindarle el fruto de esos estudios y de aquel fichario, lo cual ciertamente redundaría en prez no escasa para la Academia y en grandísimo provecho para la región?

No hago proposición alguna sobre el particular; doy suelta a estas ideas por si alguien las recoge y puede ponerse manos a la obra.

Pero todavía existe, a mi ver, otro terreno en que la Real Academia puede hacer también algo en pro de los pobres leprosos. Me explicaré.

La extensión de la plaga en el reino de Valencia es tan grande, que, ya lo habéis oído, el Sanatorio de Fontilles resulta muy insuficiente.

(1) *Ministerio de la Gobernación*, folleto citado pág. 37 y siguientes.

El P. Ramón Faura, uno de los que con el P. Ferris están al frente de dicho Sanatorio, en el lenguaje elocuente de la sencillez escribe en una carta particular: «La necesidad en esta región es muy grande, el número de enfermos mucho mayor de lo que dicen las estadísticas, y la situación en que están en tristísima.» Bien os la podéis figurar esta situación por el ejemplo de abandono en que se hallaba Job, pues en sentir de muchos intérpretes Job era un leproso. Pues bien, si no se ven todavía hoy muchos más ejemplos de Job en el muladar, ejemplos de leprosos que viven aislados en miserables y sucias barracas, pudriéndose lejos de sus semejantes, cual la fotografía que el Ministerio de la Gobernación publica en su folleto de una leprosa del Puerto de Santa María, al Sanatorio de Fontilles se debe. Pero ¿cuánto mal todavía por remediar! Habéis oído que dicho Sanatorio no puede atender el gran número de peticiones que tiene por falta de medios, que no puede extender su radio de acción a la provincia de Castellón, donde tiene ya un terreno, por la misma razón; habéis oído que del Ministerio de la Gobernación, a vuelta de grandísimos elogios para el Sanatorio de Fontilles, elogios que las fotografías que os exhibo demuestran no tener nada de exagerados, salen voces diciendo que es muy digno de ser apoyado por el Estado; y esto lo repite una y otra vez.

Yo no sé el efecto que esto os habrá producido; de mí sé decir que no me parece sino que el Estado espera que se le pida la opinión pública. El mismo Estado confiesa ser incapaz de realizar esta obra por sí solo (1): ¿qué espera, pues, para ayudar a lo creado ya, pero todavía incompleto?

Pues si el mismo Ministerio de la Gobernación declara que publica el mentado folleto para sostener la tesis de aunar la acción del Estado con la de los particulares y para mover el espíritu público a favor de esta opinión (2), nada más justo que la Real Academia de Medicina de Barcelona responda a este deseo del Estado. ¿Quién sabe si, para consignar en el presupuesto la cantidad para ayudar a las leproserías existentes, aguarda el Ministerio de la Gobernación a que se lo pidan? ¿Por qué no ha de ser, pues, la Real Academia de Medicina de Barcelona de los que eleven su voz en este sentido?

Proposiciones como la que yo deseo someter a la aprobación de la Real Academia de Medicina suelen ser cosa corriente en los congresos médicos.

Inspirándome, pues, en estos ejemplos e interpretando a mi entender los deseos del Ministerio de la Gobernación, vengo a proponer a la Real Academia acuerde invitar al Gobierno a tomar aquella medida.

Mi moción queda redactada en los siguientes términos:

El académico que suscribe tiene el honor de proponer a la Real Academia de Medicina de Barcelona que se dirija al Gobierno de S. M. demostrando, por las mismas estadísticas publicadas por el Ministerio de la Gobernación, la necesidad que se deja sentir de emprender una efectiva actuación contra la lepra en España. Si el Estado, por sus propias publicaciones, reconoce muy difícil crear por sí, sólo leproserías tan bien montadas como la de Fontilles, y declara al mismo tiempo que esta leprosería es ya notoriamente insuficiente y no puede desarrollar debidamente su acción por falta de medios, cae de su peso que el Estado debería subvencionarla, no sólo para que pudiese llevar su acción en pro de los leprosos hasta donde exijan las necesidades de la región, sino para que, al conocerse en las demás regiones que se puede contar con el apoyo moral y material del Estado, surjan patronatos por el estilo del de Fontilles; con lo cual se lograría lo que el mismo Ministerio de la Gobernación manifiesta ser la fórmula práctica de solucionar el problema en todo el país.

El doctor Vallejo: Desde el momento en que para oponerse a la difusión de la lepra en España se han de imponer medidas coercitivas a los leprosos, importa mucho precisar bien si dentro del cuadro de esta enfermedad deben o no incluirse algunos síndromes que con las formas comunes presentan semejanza, pero también bastantes diferencias.

Me refiero principalmente al síndrome siringomiélico, explicable fisiopatológicamente por la existencia de cavidades en la sustancia gris central de la medula, síndrome que indudablemente presenta grandes analogías con el de la lepra trofo-neurótica, analogías que son todavía mayores cuando la siringomielia reviste la forma de la llamada enfermedad de Morvan o panadizo analgésico.

Zambaro Pacha en el año 1893 presentó dos comunicaciones a la Academia de Medicina de París en las que, después de afirmar la identidad de la siringomielia y la enfermedad de Morvan, sostenía que una y otra eran simples variedades clínicas de la lepra, fundándose no solamente en analogías sintomáticas, sino en razones etiológicas, puesto que de sus observaciones deducía que la siringomielia solamente se observa en los países donde reina, o ha reinado endémicamente, la lepra, en los que han estado expuestos al contagio, o en los descendientes de los antiguos leprosos.

En el año 1904 estudiaba yo esta cuestión en una conferencia que después se publicó en *La Clínica Moderna* n.ºs 23 y 24 fundándome en dos casos clínicos que a la vez observé en la clínica médica de la

(1) Folleto dicho pág. 10.

(2) Folleto dicho pág. 10.

Facultad de Medicina de Cádiz, y cuyas fotografías tengo el gusto de presentar. De aquel estudio sacaba yo la conclusión de que se trataba de dos enfermedades diferentes, y por consiguiente las medidas de aislamiento no debían imponerse a los siringomiélicos.

Nuevas observaciones, y más detenido estudio, me obligan hoy a rectificar, y aprovecho con gusto esta ocasión para hacerlo.

En primer lugar, he de consignar que habiendo ejercido la profesión durante diez y siete años en las provincias de Burgos, Logroño y Valladolid, donde no se observan actualmente casos de lepra, tampoco tuve ocasión de ver ningún caso de siringomelia' y en cambio, tanto en Cádiz como en Barcelona, donde hay leprosos, he visto, con relativa frecuencia, siringomiélicos. Entre estos casos, los que más me impresionaron fueron los de dos hermanos jóvenes que a la vez hicieron estancia en mi clínica, el uno tipo de lepra mixta tuberculosa y trofo-neurótica; el otro con el cuadro completo de siringomelia, que utilicé para describir esta enfermedad ante los alumnos.

Habiéndose comprobado en las autopsias que la siringomelia es un síndrome dependiente de la localización de las lesiones destructivas en la substancia gris de la médula sin que influya para nada la naturaleza de la lesión, pudiendo ser ésta un glioma reblandecido o una mielomalacia o una mielitis, claro está que sería abusivo afirmar que todos los siringomiélicos son leprosos, y desde luego cabe asegurar que no lo son los gliomatosos, pero cabe en lo posible que el bacilo de Hansen sea uno de los gérmenes capaces de producir cavidades medulares. En confirmación de esta doctrina tenemos un caso presentado por Suoza Martin al Congreso de Roma (1894) referente a un enfermo que durante la vida había presentado los síntomas de la siringomelia y en cuya autopsia se encontró una cavidad en la porción cervical de la médula, en cuyas paredes se encontró el bacilo de Hansen.

Por otra parte está demostrado que sin cavidades medulares, y con sólo lesiones neuríticas, pueden los enfermos presentar el síndrome completo de la siringomelia. Pitres ha dado cuenta de un caso que durante la vida fué considerado como siringomiélico y en cuya autopsia se encontró el bacilo de Hansen en los nervios del antebrazo, sin que hubiese cavidades en la médula.

Por todas las razones expuestas creo hoy que todos los siringomiélicos deben ser considerados como sospechosos de padecer lepra, y que estas sospechas adquieren cuerpo, e imponen medidas de aislamiento, cuando los enfermos procedan de regiones donde la lepra es endémica o haya tenido ocasión de contagio leproso. Ya más que como sospechosos, como verdaderos leprosos hemos de considerar a los que presentan el cuadro del panadizo analgésico o enfermedad de Morvan.

Concedida la palabra al *doctor Comenge*, éste dijo: Señores: Mi intervención modesta y breve obedece tan sólo a felicitar al doctor Peyrí por su trabajo, que viene a completar labores recientes muy estimables y a engrandecer el índice de tratadistas españoles, entre los que conviene recordar a don Benito Hernando, Méndez Alvaro, la última producción de la Inspección general de Sanidad y los desvelos científicos y piadosos que van unidos al muy laudable albergue de Fontilles.

Examinando luego la cuestión del contagio de la lepra, afirmó que las enseñanzas de la historia en lo referente a la introducción del contagio en México, Guatemala, Antillas, islas Canarias y Haway como el número abrumador de ejemplos que aportaron los cronistas de la dolencia, no permiten dudar de que esta se transmite, sólo que en esta suerte de contagio se notan singularidades en el tiempo, en la forma y en los vehículos, que sorprenden y justifican a veces, dudas de los anticontagionistas. A este efecto citó casos de positivo contagio mentados por respetables autoridades, en los que ni la suciedad, ni la miseria, ni las relaciones genésicas, ni la herencia, podían invocarse, como tampoco costumbres marítimas, los alimentos averiados, terrenos pantanosos etc., y recordó ejemplos de nulidad de contagio sorprendentes.

Al estudiar, con la concisión que el reglamento impone, el cuadro histórico de la lepra en España, fijóse especialmente en que nuestra nación, a partir del siglo **XI**, quedó sembrada materialmente de establecimientos lazarinis, de los cuales estaban adornadas en toda su extensión las orillas del famoso camino de Santiago, por donde transitaban los romeros nacionales y extranjeros que a Galicia acudían en nutridas peregrinaciones con objeto de adorar al Apóstol; éstos y los centenares de establecimientos para aislar y asistir a los *gafos* esparcidos por la península, desde los días del Cid Campeador, disminuyen grandemente, casi quedan extinguidos en el siglo **XV** y sólo viven unos cuantos en algunas ciudades; la lepra, tan horrible y difundida antes, quedó reducida a enfermedad de modestos vuelos de la que ni gobierno ni autores se ocupan apenas en el siglo **XVI** y siguientes.

Tal decaimiento morboso no puede atribuirse a costumbres y medidas sanitarias excepcionales nuevas y eficaces; no obedeció a las virtudes profilácticas y curativas de albergues en que el aislamiento ni era completo ni constante y el trato científico atrasadísimo como la ciencia médica; aquella disminución pasmosa de la lepra coincidió: 1.º con la unidad nacional y la victoria sobre los sarracenos; 2.º con el mayor y más perfecto conocimiento clínico de la lepra y de las dolencias cutáneas que con ella se confundían a menudo; 3.º con el estudio nuevo detenido y constante de la sífilis, venéreo y

sus accidentes tardíos, desde las postrimerías del siglo xv, aunque ya antes de esta fecha adviértese la derrota de la lepra como temida plaga social.

Considerando la importancia que en el desarrollo de la lepra se concede al consumo de pesca marítima averiada, recordaba el orador que en la edad media por falta de caminos, de comercio, de seguridad en el tráfico y de prácticas conservadoras de la mercancía, los pescados del Mediterráneo como del Cantábrico no podían penetrar en las provincias del interior, y así eran desconocidos para el pueblo dichos alimentos; en la obra inmortal de Cervantes sólo se cita la truchuela, y en pleno siglo xix la pesca marítima no estaba al alcance de aldeanos manchegos, conquenses, palentinos, alcarreños, euanto más en centurias anteriores.

Adujo pruebas evidentes de colectivas equivocaciones de diagnóstico cometidas en siglos pasados y por sabios autores en lo referente al venéreo, peste bubónica, sarna y dermatosis, errores que pueden muy bien explicar la inclusión en el capítulo de la lepra de multitud de afectos en pasadas épocas. deducción que resalta de la lectura de textos tan afamados como los de Gordonio, Gui de Chauliac y maestros de estos maestros.

Sin negar el orador la eficacia difusiva de la lepra por los medios tradicionales y la influencia etiológica de parásitos ni la bondad de la profilaxia hoy admitida, entiende, como el doctor Esquerdo, que la preservación capital estriba en el aseo, la educación higiénica, el bienestar del pueblo, el aislamiento y asistencia científicos de los atacados, y en el conocimiento exacto de la biología del germen leproso y su evolución en el organismo y fuera de éste, insistiendo en que la historia bien meditada nos proporciona datos para modificar las nociones que acerca de la lepra insertan los cronistas y que rodean a esta enfermedad de exagerada y trágica leyenda, atribuyéndola daños que deben compartir otras enfermedades no bien conocidas en edades pretéritas.

DR. CARDENAL

Oyendo las interesantes notas históricas del doctor Comenge, después de todo lo expuesto en sus comunicaciones por los señores Peyrí, Suárez de Figueroa, Esquerdo y Blanc, y muy particularmente después de lo dicho por el doctor Vallejo sobre la posible relación etiológica entre la lepra y la siringomielia, ha venido a mi memoria el brillante trabajo de Virchow sobre la confusión existente, hasta hace muy pocos años, aun entre autores de nota, en lo que se refiere a la diferenciación entre las enfermedades comprendidas con los nombres de «elefantiasis de los árabes», «elefantiasis de los griegos», «lepra de los árabes» y «lepra de los griegos».

Con esos cuatro nombres se comprenden tres enfermedades distintas:

Una, la elefantiasis de los árabes, que es el fibroma hipertrófico difuso de las extremidades, que todos conocemos.

Otra, la lepra de los árabes, que es *la misma enfermedad* denominada por otros autores elefantiasis de los griegos; la verdadera lepra tuberculosa atribuida hoy al bacilo de Hansen y de la que en realidad se está ocupando exclusivamente la Academia.

Otra, la lepra de los griegos, que no es otra cosa que el antiguo exantema escamoso de Willan, en cuyo grupo van hoy día incluídas una porción de dermatosis escamosas y diversas formas de psoriasis, etc.

Ahora bien: yo me permito preguntar al señor Peyrí y a cuantos se ocupan de ese asunto: ¿está hoy bastante clara la cuestión del diagnóstico clínico-macroscópico para que el vulgo indocto, y aun la mayoría de los médicos no especialistas, no confundan y tomen como de lepra casos que no lo son, exponiendo así a los enfermos enviados a las leproserías a lamentables consecuencias?

Yo ya sé que la confusión no cabe entre especialistas; ¿pero son los especialistas los que envían los enfermos a las leproserías? ¿No se corre el peligro de que médicos generales consideren como lepra tuberculosa algunos casos de las afecciones antes nombradas? ¿Y si se envían esos enfermos a una leprosería, no se les irroga un enorme perjuicio?

Estó no puede evitarse mas que con la difusión de la cultura; pero desde luego, lo dicho tiene la suficiente importancia para quitársela en gran parte a todos esos datos de épocas pasadas, en que sin ninguna duda existía la enorme confusión a que se refería Virchow en su monumental «Tratado de los tumores» y al que dió motivo un considerable número de casos observados por él, procedentes en su mayor parte de los países escandinavos si la memoria no me es infiel.

Las formas de lepra facial, de verdadera «leontiasis», claro está que no darán lugar a confusiones; pero todos esos casos de lepra anestésica, y los del tipo citado por el doctor Vallejo, ¡a cuántas equivocaciones no pueden dar lugar!

Mi intervención en este asunto, que no es de mi incumbencia, se ha limitado puramente a citar la diferenciación clásica de Virchow, aunque hoy sea menos necesaria que hace algunos años; y de paso

no quiero dejar de añadir que en un libro enteramente arrinconado, y que se vende hoy injustamente a precio de papel, en los «Estudios clínicos de Cirugía», del profesor Mendoza, de la Facultad de Barcelona, es en el único en que se hallaba en aquella época, clara la distinción citada [como en el famoso libro de Virchow!

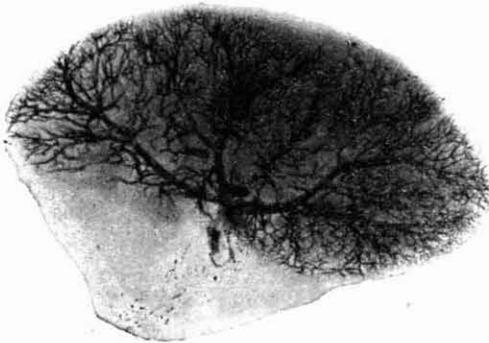
Territorios arteriales del riñón

POR EL DR. MANUEL SERÈS

(Sesión del 27 de Febrero de 1915)

El riñón, al igual que el cerebro y como todo órgano irrigado por vasos esencialmente terminales, no escapa a la ley de distribución vascular según la que a cada rama arterial le está asignado un territorio determinado, por el que se distribuyen sus ramificaciones, al que nutren con la sangre que acarrear y al que quedan limitadas, sin traspasar su límite, estas ramificaciones vasculares. En general podemos por lo tanto decir, bajo el punto de vista anatómico, que la zona de distribución vascular forma para la arteria respectiva su territorio arterial.

Historia.—Muy poco encontramos escrito, y mucho menos precisado, en la literatura anatómica, con respecto a este punto, tan importante en Patología y en Cirugía renal. Si muchos han sido los autores y no pocos los investigadores que han elegido la arteria renal como tema para sus estudios y descripciones, pocos han sido, en cambio, los que han hablado de territorios renales. Muchos nombres encontramos en la literatura anatómica, entre los que sobresalen los de Conheim, Henli, Hirtle, Kollman, Schmerber, Max Brödel, Gerard y Castiawe, Berard y Destot, Legnen, Papin y Maingot, Marwedel y Zondel, pero en punto a territorios renales es generalmente admitida la afirmación de Hister, de dos territorios renales anterior y posterior, separados por una zona menos vascular, la *línea isquémica de Hirtl*. Sin reparos son admitidos por todo el mundo estos dos territorios superpuestos en sentido ántero-posterior, y solamente en los trabajos de Berard y Gerard encontramos enunciada la posibilidad de distribuirse las ramas de la renal en territorios superpuestos de arriba abajo, disposición que es aprovechada por Marwedel para practicar la nefrotomía por medio de la incisión transversal del riñón.



En esta radiografía está inyectada solamente la rama anterior de la renal. Véase la subdivisión de esta arteria en dos ramas, superior e inferior, separadas en su parte media por una zona menos vascular. La ramificación de esta rama de la renal no alcanza el polo superior del riñón; esta rama de la renal forma un territorio independiente de una rama polar que por este puesto se distribuye.

Ninguna de las dos concepciones es absoluta; fundadas principalmente en hechos clínicos y comprobadas por investigaciones incompletas, hay necesidad de ser corregidas. Ello procuraré hacer y fundada desde luego la existencia de los territorios arteriales del riñón en el hecho de la terminalidad de sus ramificaciones, veamos primeramente a grandes rasgos la ramificación de la arteria renal, para saber en consecuencia si tienen estas ramificaciones el carácter terminal o contraen anastomosis.

Ramificación de la arteria renal.—El carácter terminal de las ramas de esta arteria sospechado primeramente por Conheim, ha pasado, podemos decir, por dos épocas, una la más antigua, en la que eran admitidas las anastomosis; otra la más moderna, en la que se negaban de un modo absoluto.

Muchos anatómicos, entre los que encontramos todavía los clásicos, admiten estas anastomosis, situadas principalmente en la base de los pirámides de Malpighio, donde forman la bóveda supra-piramidal, aplicada contra la base de dichas pirámides y formada por las anastomosis de las arterias lobares que caminan por los lados de dichas pirámides. Obras modernas de anatomía reproducen esta descripción, y algunos clínicos, entre los que encontramos a Carlier, Katzenstein e Isobe, las admiten también al afirmar que no han obtenido trastornos por la ligadura de alguna arteria de distribución renal.

La época moderna, que empieza con los trabajos de Berard y Liestot, Gerard, y Castiax, ganando rápidamente el terreno, ha negado la existencia de la bóveda supra-piramidal y la existencia de anastomosis. Legnen y Papin y otros clínicos defienden con entusiasmo esta opinión, fundada en los datos obtenidos por medio de la radiografía y en los accidentes acarreados por la ligadura involuntaria de una rama arterial anormal, una *arteria polar*.

La época moderna, que empieza con los trabajos de Berard y Liestot, Gerard, y Castiax, ganando rápidamente el terreno, ha negado la existencia de la bóveda supra-piramidal y la existencia de anastomosis. Legnen y Papin y otros clínicos defienden con entusiasmo esta opinión, fundada en los datos obtenidos por medio de la radiografía y en los accidentes acarreados por la ligadura involuntaria de una rama arterial anormal, una *arteria polar*.