

la medicina aragonesa

PUBLICACIÓN MÉDICA MENSUAL

ADMINISTRACIÓN: COSO, 58, 1.^o

EPIYOMIN SANAVIDA

Reconocido por los Sres. médicos que lo ensayaron como
el más eficaz de los ANTIÉPILEPTICOS
(vómitos del embarazo - insomnios - tic - coqueluche)
Fórmula: Sales calc. (clor. calc.) - brom. potas. - ac. feniletilbarb.
Entusiásticos informes médicos españoles y alemanes

Muestras y literatura: LABORATORIO SANAVIDA - Apartado núm. 227 - Sevilla

DISPONIBLE
EN MESES ALTERNOS

la medicina aragonesa

REVISTA MENSUAL DEL MÉDICO PRÁCTICO

ADMINISTRACIÓN: COSO, NÚM. 58, 1.^o

DIRECTOR:

Dr. José Lorente Laventana

REDACTOR JEFE:

Doctor José Almarza

Corresponsal en Madrid: D. LUIS CODERQUE AMORÓS

REDACTORES

DRA. DIEGO ROSEL, DR. ECHEVERRÍA, DR. MACHETTI, DR. MIDÓN ANDÍA,
DR. PAMPLONA, DR. SANCHO CASTELLANOS, DR. SORIANO,
DR. VAL-CARRERES ORTIZ, DR. DUERTO.

COLABORADORES

DR. ALVIRA: De la Facultad de Medicina. De la Beneficencia provincial.
DR. AZNAR: Académico. De la Facultad de Medicina. De la Beneficencia provincial.
DR. BASTERO: Catedrático de Medicina.
DR. FERNÁNDEZ GARCÍA: De la Beneficencia provincial. De la Beneficencia municipal.
DR. GARCÍA BERSABÉ: De la Beneficencia municipal.
DR. GOTÁ: Director del Laboratorio municipal bacteriológico.
DR. ÍÑIGO: Académico. Cirujano.
DR. JORDANA: De la Beneficencia municipal.

DR. LÓPEZ BUERA: Especialista del aparato respiratorio.
DR. LORENTE SANZ: Catedrático de Medicina.
DR. NOAILLES: De la Beneficencia provincial.
DR. OCABO. Inspector regional del Trabajo.
DR. OLIVER: Académico. De la Facultad de Medicina. Subdelegado de Medicina.
DR. PALOMAR: Académico. De la Facultad de Medicina y de la Beneficencia provincial.
DR. ROYO - VILLANOVA MORALES, Catedrático de Medicina.
DR. VIDAUERRETA: Del Dispensario de la Cruz Roja. Cirujano.

Sumario: *Sección científica: Orientaciones*

en Lucha Antituberculosa, por los doctors Francisco M. Eizaguirre y Antonio Ayerbe. —

Sección práctica: Prurito vulvar, por el Dr. Alejandro Alperovich (conclusión). — **Bibliografía.**

Precio de suscripción, 12 pesetas

DISPENSARIO OFICIAL ANTITUBERCULOSO

Director: DR. EIZAGUIRRE

Orientaciones en Lucha Antituberculosa

POR LOS DOCTORES

FRANCISCO MIGUEL EIZAGUIRRE Y ANTONIO AYERBE

León Bernard, exponía en la Revista de *Tisiología Médico Social* (Julio-Agosto 1932) los tres principios en que venía concretándose la Lucha antituberculosa:

1.º La tuberculosis se trasmite por contagio, considerado como factor no exclusivo, pero sí preponderante de la difusión de la enfermedad.

Se consideraba que el adulto estaba protegido del contagio porque lo había sido por una prima infección desde la infancia, y que en la mayoría de casos la tuberculosis del adulto no era más que el despertar de una infección antigua realizada cuando niño y que había quedado latente.

El contagio se ofrecía, especialmente sobre el niño y se creía que los contactos efímeros mínimos son insuficientes, necesitándose contactos prolongados o masivos.

De aquí que la Lucha antituberculosa sea ante todo contra el bacilo. No se pensaba más que en la desinfección, viéndose que no podía realizarse por el carácter crónico de la tuberculosis y por la movilidad de los sujetos afectos.

Se pensó, naturalmente, en la destrucción de la expectoración y en otros medios indirectos como la salubridad de la habitación, higiene de la alimentación y la higiene general que impiden el despertar de la virulencia.

“Ceregumil” Fernández

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales.

FERNÁNDEZ & CANIVELL - MÁLAGA

Este mecanismo exige una educación apropiada, y se ha considerado por esto a la educación como lo primordial en un programa de Lucha antituberculosa.

2.^o No existía en la tuberculosis una immunización específica individual y, por tanto, la preservación de la enfermedad necesitaba poner en obra medios de orden social.

Estos medios tienen por objeto el aislamiento de los enfermos en sanatorios u Hospitales; el aislamiento de los sujetos sanos por la colocación de los niños nacidos de tuberculosis y sustraídos al contagio. Son las obras de colocación familiar.

3.^o La tuberculosis no tiene terapéutica específica.

Los médicos estaban reducidos a una terapia sintomática y natural por lo cual trataban de ayudar los procesos favorables espontáneos de la enfermedad aplicando medidas higiénicas, alimenticias y físicas, cuyo conjunto es la cura higiénica-dietética.

A esto hay que tener en cuenta, como dice Dopter en la epidemiología de Chantemesse y Mosny, que la tuberculosis es una enfermedad de las clases pobres, que no puede ser contenida más que por un conjunto de medidas, que son precisamente más difíciles de aplicar en este medio; la tuberculosis por esto es una enfermedad social y su profilaxis no puede ser más que social, es decir, que la lucha antituberculosa no puede ser eficaz más que si los poderes públicos entran resueltamente en la lucha, le dan un carácter nacional, y edifican un armamento antituberculoso completo, dándole bases legales.

De aquí nació la concepción de la lucha antituberculosa por los instrumentos de aplicación y que son:

EL DISPENSARIO

Sir Roberto Philip fundó en 1887 en Edimburgo el Dispensario Antituberculoso, para lo cual le guiaron dos ideas.

La primera era, que la acción médica interviene demasiado tarde sobre el tuberculoso, siendo preciso *ir a la busca del tuberculoso*, tratando de encontrarle desde el principio de su enfermedad.

La segunda idea era, que una vez averiguado el tuberculoso, había que ocuparse de él y de los suyos médica y socialmente.

OBJETO DEL DISPENSARIO

El hallazgo de la enfermedad: Para esto el Dispensario es un centro de diagnóstico médico preciso, metódico, no descuidando ningún medio útil de exploración. El Dispensario debe estar provisto para proceder a la radiología, al análisis de esputos y a la reacción a la tuberculina, empleando también otros medios complementarios como la velocidad sedimentaria, fórmula sanguínea, etc.

La clasificación de los tuberculosos, que sigue al estudio de cada caso, para dar a cada cual el destino que le conviene; el Dispensario, sigue al tuberculoso susceptible de vivir en su casa sin inconveniente, o decide el envío a un sanatorio o la admisión en un hospital. A la salida del enfermo del sanatorio u hospital, el Dispensario vuelve a hacerse cargo de ellos y continúa observándolos y siguiéndolos.

La educación higiénica y profiláctica del enfermo y de su familia.

La profilaxis del contagio. Lo que caracteriza al Dispensario, lo que le diferencia de una simple consulta médica, es que la unidad vista por la acción médica no es un enfermo, sino un foco afecto por la tuberculosis, que debe ser el objeto de un control médico y clínico continuado. No es sólo el enfermo el que está sometido al examen médico, sino igualmente los que rodean al enfermo, lo que Bernard llama los *contactos*.

El niño tiene un gran papel en el Dispensario, por dos motivos: porque es objeto del Dispensario y porque es un factor importante para la averiguación de los enfermos.

El Dispensario debe ser considerado como el centro de la Lucha antituberculosa, pues solo él es capaz de vigilar a los enfermos de una manera continuada clínica e higiénicamente, aun en los momentos en que no se sienten enfermos.

Puede disponer la exploración médica de la periferia del enfermo aun considerada como sana.

El Dispensario puede ordenar los medios para la mejoría de la *situación higiénica de los enfermos.*

Bajo la influencia de las ideas de que el Dispensario no es más que un centro de profilaxis, se había negado el confiar al mismo el tratamiento de los tuberculosos.

Si al Dispensario antituberculoso se le negaba el derecho de hacer terapéutica es porque no existía, propiamente hablando, terapéutica

antituberculosa, pero en la época actual, el Dispensario, sin omitir ni descuidar sus obligaciones anteriores, tiene el deber de hacer terapéutica, ya que en la terapia ha habido dos progresos.

De una parte, la invención del neumo artificial, ha sido el origen de una serie de intervenciones, que bajo el nombre de colapsoterapia comprenden un conjunto de tratamientos que curan cierto número de enfermos.

De otra parte, está la crisoterapia o empleo de ciertas sales de oro. La colapsoterapia y crisoterapia constituyen tratamientos activos que influyen en la marcha de las instituciones antituberculosas.

Por tanto, se presenta el problema de la aplicación de estos métodos en el Dispensario de una manera ambulatoria: En razón de la insuficiencia de la disponibilidad de camas para los tuberculosos o en razón de no ser necesario el ingreso en un sanatorio u hospital, se debe aceptar el tratamiento ambulatorio que comprenda parte de la colapsoterapia, iniciación, del neumo, reinsuflaciones, eventualmente freni, a condición de que el enfermo acepte reposar en su domicilio el tiempo que el médico crea necesario; ya que esto, cuando es eficaz, esteriliza rápidamente o seca las expectoraciones, teniendo el derecho de figurar entre las acciones profilácticas del Dispensario.

Ciertamente, que médicos y enfermos tienen ventaja en servirse del Dispensario. Hoy, la terapéutica de la tuberculosis es a veces tan compleja, que puede necesitar simultáneamente o sucesivamente, poner en obra diferentes medios que precisen alternativamente el hospital, el dispensario y el médico práctico, coordinando todos sus esfuerzos con vistas al tratamiento y a la profilaxia.

El Dispensario bien equipado es utilizado por el cuerpo médico, y mañana, otro día, por los Seguros sociales, y por esta cooperación, los seguros sociales pueden tomar todo su alcance sanitario; y el Dispensario llenar con mayor amplitud su papel de órgano de medicina preventiva.

Por ello, se tiende también a no encargarse de tratamiento en el Dispensario más que de acuerdo con el médico del enfermo, es decir, si el médico no se encarga del enfermo o si éste no tiene médico.

De todos modos, las ventajas del tratamiento ambulatorio son:

Ventaja *moral* que evita la dislocación del hogar familiar, sobre todo si se realiza una educación higiénica bien conducida y controlada.

Ventaja *social*, porque los enfermos pueden seguir trabajando.

Ventaja *económica*, porque la hospitalización es más costosa.

En resumen: el Dispensario debe conservar todas sus obligaciones y prerrogativas, en lo que concierne a la profilaxis, añadiéndose la terapéutica de la tuberculosis, porque esta terapia activa posee un valor profiláctico.

El Dispensario no debe ser sólo un centro de enlace, sino un centro de selección para ser admitido en las diversas instituciones; teniendo a su alrededor un conjunto coherente y homogéneo de medios de cura y prevención.

Por todo esto, el Dispensario es una especie de placa giratoria de toda la organización antituberculosa, sistema coordinado que enlaza todos los órganos. Los tuberculosos y los contactos, pudiendo sufrir en el curso de su existencia suertes diversas, alimentan una especie de flujo y de reflujo que aboca siempre el Dispensario. El enlace de estos órganos, fundamento necesario de esta coordinación, se asegura por un servicio social; por esto, no hay Dispensario sin un servicio social perfectamente conducido, que junte el resultado de su trabajo al del trabajo clínico.

El médico del Dispensario se encuentra en la imposibilidad de atender él solo la profilaxia de la tuberculosis; para ir al domicilio de los enfermos averiguados o que vienen espontáneamente para darse cuenta de las condiciones materiales y morales en que viven los tuberculosos y los suyos, para buscar los niños o los adultos en peligro de contagio, y dirigirlos al Dispensario con el fin de un examen metódico y completo, para organizar el aseo, la higiene, el aislamiento del enfermo, la desinfección de la expectoración en el domicilio del tuberculoso, para encargarse de la colocación del enfermo, socorros, etc.

Para todas estas tareas tan importantes, para toda esta prolongación indispensable de la acción médica en acción social, y en acción educativa, el Dispensario utiliza la enfermera visitadora. Esta trabaja en unión estrecha con el médico del Dispensario y bajo su dirección, pero tiene su función propia solidaria y diferente de la suya y que exige cualidades especiales de tacto, de iniciativa y de devoción.

Toda la acción del Dispensario está registrada en fichas médicas y sociales, cuyo conjunto compone el sobre familiar o de las personas que viven en un mismo hogar; es la base de la acción del Dispensario;

LABORATORIO "TIÓ" - Torrente de las Flores, n.º 73, BARCELONA

KAOLINTASE **CURACIÓN GÁSTRICA**
— Pida muestras —

son los medios de representar numéricamente los resultados de sus informaciones y de sus esfuerzos, para juzgar si está o no en la buena vía, es decir, para apreciar a) los factores sociales; b) epidemiológicos; c) las fluctuaciones de la endemia, para conocer la extensión y naturaleza del problema en un área dada.

LUCHA ANTITUBERCULOSA POR INVESTIGACION EN LA PERIFERIA

Sistema de Frankfort.—Los médicos prácticos o especialistas certifican lo necesario, según un formulario impreso anteriormente, y sólo en casos dudosos se hacen las exploraciones. Sobre base de estos informes, el Dispensario establece las medidas necesarias: curas de sanatorio, Hospital, saneamiento de la casa, instrucción higiénica, etcétera.

Sistema de Mannheim-Halli (Harms, Blümel).—Es el sistema más popularizado en Alemania. El médico del Dispensario hace la exploración del enfermo y de los que le rodean, pero sólo una vez o alguna más en los allegados de los tuberculosos abiertos; en los sospechosos se hacen investigaciones posteriores.

No se practican investigaciones en serie, ni tampoco en plazos esquemáticos, por ejemplo de medio año, ni tampoco se utilizan medidas obligatorias o coercitivas.

La visitadora tiene la función de la visita a domicilio, de la vigilancia de la salud de la instrucción de la familia y de la atracción de los que parecen sospechosos.

Sistema de Stettin (Brauning, Kaiser Petersen de Jena, Redeker de Osnabrück).—Se caracteriza por investigaciones sistemáticas de la periferia y de los expuestos a peligro o sospechosos. A plazo fijo, durante muchos años, hasta cumplir los 30 años.

Se añade a esto, investigaciones en serie de grupos de población que se consideran como insanos, con el fin de averiguar la tuberculosis incipiente que no es apreciada por sus portadores (Tuberculosis inapercepta).

Brauning, en el *Ergebnisse*, tomo primero, plantea en la Lucha Antituberculosa, el descubrimiento de los tuberculosos en tiempo oportuno.

Y en interés de la Lucha antituberculosa el Dispensario debe actuar primero sobre la tuberculosis pulmonar; la tuberculosis ósea, articular, ganglionar, cutánea, urogenital, meníngea, sólo tiene importancia para la lucha, porque en la periferia de estos enfermos se pueden encontrar manantiales desconocidos de contagio; los enfermos con fistula de ano deben ser revisados, puesto que en muchos de ellos se desarrolla después una tuberculosis pulmonar.

CONCEPTO DEL TIEMPO

El Dispensario debe tratar de conocer todos los tuberculosos pulmonares antes de la muerte y, además, lo más pronto posible, es decir, que un enfermo que era conocido por el Dispensario dos años antes de la muerte, debe serlo porque la enfermedad tuberculosa comenzó precisamente hace dos años. (Concepto del tiempo de F. Baer).

El Dispensario debe de tratar de conocer los casos de pronóstico favorable, es decir, los casos de tuberculosis cerrada; por tanto, el fallecido de tuberculosis pulmonar debe haber sido conocido por el Dispensario como enfermo con tuberculosis pulmonar cerrada, si se quiere que la ficha se considere como hallazgo precoz. Brauning está convencido de la existencia de una tuberculosis cerrada, y supone que todo tuberculoso comienza como tuberculosis cerrada, y que antes que los bacilos lleguen a la expectoración debe haber destrucción de tubérculos, aun cavernas microscópicas. Este tiempo de permanencia de tuberculosis cerrada es variable y no parecen pocos los casos que jamás son abiertos.

Brauning, en el Dispensario Stettin, de 264 enfermos nuevos con tuberculosis pulmonar abierta, conoció como tuberculosis cerrada 43, o sea un 18 por 100.

Este fracaso en el hallazgo precoz de la tuberculosis lo cree debido:

A que la tuberculosis pulmonar en sus principios, en la mayor parte de los casos, no causa ninguna molestia. Cuando se producen molestias se trata de tuberculosis graves, no raras veces abiertas.

Cuando la tuberculosis causa molestias precozmente, son éstas *mínimas y fugaces*, tanto que los enfermos no van al médico, y son tan poco precisas que el médico no piensa en tuberculosis.

Al principio de la tuberculosis pulmonar los *signos físicos son negativos*, sin embargo la radiología es más segura y demuestra ya lesiones.

Una tuberculosis pulmonar abierta con cavernas, parece que puede desarrollarse en ocasiones en pocas semanas.

Es decir, que existe una forma de tuberculosis que es muy importante para el diagnóstico, y para la lucha antituberculosa, tuberculosis no percibida todavía por el enfermo y que es preciso denominarla con un nombre especial.

La denominación de latente u oculta no es apropiada, porque estas tuberculosis no son completamente ocultas, y son muy conocidas al médico que por cualquier motivo explora *sanos*. Lo decisivo es el estado subjetivo del enfermo: *todavía no ha percibido la enfermedad* aunque quizá haya sentido algo de ella, los síntomas subjetivos faltan, o son tan escasos, que el enfermo no va al médico. Por esto no es la tuberculosis insensible.

Esto es lo que Brauning llama tuberculosis *inapercepta*, siendo sorprendente las formas de tuberculosis tan extensas y variadas que se encuentran en la tuberculosis inapercepta, estos estados no se cubren absolutamente con el nombre de tuberculosis incipientes.

Puesto que lo decisivo es el estado subjetivo del enfermo, el mismo cuadro clínico será *inapercepto* en un enfermo, pero en el otro será percibido.

El grado de molestias y síntomas que el *enfermo percibe* y de lo cual *obtiene consecuencias conscientes*, depende de la inteligencia, de la de la sensibilidad, de la energía, y de otras propiedades del enfermo.

La limitación de la tuberculosis *todavía no percibida* no es clara, en tanto que se deben contar en éstas los enfermos que alguna vez han percibido una gripe, la cual fué motivada por la tuberculosis, quizá fué tratada, pero no fué reconocida, y las molestias desaparecieron tan pronto, que no se les dió importancia.

Tampoco pertenecen aquí las molestias que se presentan al enfermo como tuberculosis, las cuales, aunque quizá sean activas, no las siente ya el enfermo, porque las molestias han desaparecido con el tratamiento.

Hasta ahora en general se usa el método del envío del enfermo por su médico, pero esto fracasa:

Porque la mayor parte de los enfermos no van al médico al comienzo de la enfermedad: porque el médico no piensa en la tuberculosis; porque un mínimo de médicos tienen rayos X; porque la mayoría de los médicos piensan solamente en la tuberculosis apical.

A pesar de esto, no se debe renunciar al envío de los enfermos al Dispensario por esos médicos.

Por eso ya los Dispensarios investigan la enfermedad en aquellos que se consideran como sanos, y practican en todo caso la exploración a los rayos X; Rodeker fué el primero que como consecuencia de los nuevos conocimientos ideó el catastro tuberculínico de toda la población.

Sobre la ejecución de esto se ha discutido mucho, pero teóricamente Brauning lo considera exacto y por eso se debe tender a ver si es cumplible o incumplible y debe explorarse cómo debe reemplazarse por un catastro parcial.

El Comité Central Alemán, para la lucha contra la tuberculosis, en sus líneas sobre el plan de organización y actuación de los Dispensarios, escribe: "el ideal apenas prácticamente posible, sería la vigilancia de la salud a modo de catastro de toda la población o a lo menos de determinados círculos, capas o grupos de la misma". No cabe duda que los comités centrales defensivos, los cuales son aconsejados por médicos y juristas muy competentes, opinan por las *exploraciones extensas de grandes grupos de sanos*.

Otra cuestión es si es ejecutable la exploración radiológica a modo de catastro.

El cumplimiento de este trabajo es difícil, porque a causa de la evolución aguda de la tuberculosis, estas exploraciones deben emprenderse a lo menos *dos veces* por año, si se quiere encontrar seguramente en su comienzo todos los enfermos de tuberculosis pulmonar.

Redeker, Coerper, opinan que un médico diariamente sólo puede ejecutar veinte radioscopias; en el año, 4.000-5.000. El médico de un Dispensario antituberculoso puede hacer 40 radioscopias por día; en el año, 8.000 a 10.000; no sólo la falta de tiempo, sino también el peligro para la salud del mismo médico, debe limitar el número de exploraciones de 4-5.000.

No obstante, opina Brauning que para esta afirmación falta toda prueba y no cree en su exactitud con una instalación radiológica modernamente instalada; 40 radioscopias por día se pueden hacer en dos veces al día; una hora por la mañana y otra hora por la tarde. Supongamos que el número máximo de radioscopias para un médico sea de 10.000 al año y el número óptimo 4.000. Un Dispensario que comprenda 40.000 habitantes, un médico, a 4.000 radioscopias por año, que es la cifra óptima, investigaría el distrito en diez años.

Esto sería sin objeto, pues la tuberculosis se desarrolla en un plazo

de pocos meses hasta dos años, y sería una casualidad si en una exploración se cogiese cada décimo año una tuberculosis de comienzo.

Las opiniones se dividen:

Redeker, Coerper, ven la solución del problema del hallazgo precoz de los tuberculosos en catastros radiológicos y tuberculinos de toda la población, Brauning cree que basta con exploraciones a modo de catastro de serie en grupos elegidos.

Otros opinan que el resultado de las radioscopias en masas no recompensan el esfuerzo empleado.

¿Dónde está la verdad? Existen las formas de tuberculosis que se hallan en las exploraciones de los sanos?

Brauning publica los cuatro grupos de casos:

1.^o Procesos tuberculosos *terminados* o en plan de curación, los cuales nunca enfermaron de tuberculosis. Hay aquí procesos que no se sabe si se *avivarán* y por esto a lo menos parecen *necesitados de vigilancia*.

2.^o Procesos de tuberculosis crónica evolutiva activas o que en un tiempo próximo se hacen activas: infiltraciones primarias y secundarias de los niños; infiltrado precoz; procesos alérgicos terciarios que pueden progresar.

3.^o Tuberculosis *abiertas* que evolucionan *sin síntomas*. Corresponden también aquí las que intencionadamente ocultan su enfermedad como los maestros. Aquí el trabajo es recompensado.

4.^o Infección precoz que se reblandecen rápidamente y se cavernizan; Brauning ha observado estos casos de infección precoz en personas a las cuales cuatro meses antes, les fué hecha una radioscopía, dando un hallazgo normal.

De todos modos, Brauning opina que la tuberculosis, aun después de la formación del infiltrado precoz, progresará lentamente.

La situación del hallazgo de la tuberculosis es la siguiente:

El Dispensario debe conocer todos los tuberculosos antes de su muerte. En esto hay Dispensario que llegan al 100 por 100. Todos los tuberculosos deben ser conocidos antes de ser tuberculosos abiertos. De esto ya se está más lejos. Una dificultad es que hay un tanto por ciento de enfermos que se presentan como tuberculosos abiertos, los cuales no pertenecen a ninguno de los grupos en los cuales se propone la radioscopía en serie.

El hecho importante es que los tuberculosos abiertos se averiguan tardíamente; Brauning trató de averiguar las tuberculosis pulmonares

BOROLUMYL

FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MA-LONIUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECCIO-NES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS' BERN-K.Y.Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento

Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonias
de los vasos por las

GRAJEAS DE

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENETYTO Apartº 648 MADRID

YARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI-
TRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC



VITA-CALCIUM "CELSUS"

GRAJEAS DE GUSTO AGRADABLE

Productos naturales contenido VITAMINAS A. B. C. y D, asociadas al CALCIO y al FÓSFORO en combinación orgánico-coloidal, hace que, por su regulación perfecta del CALCIO, sea insustituible en casos de

**TUBERCULOSIS - ANEMIAS - RAQUITISMO
ESCORBUTO - HEMOFILIA - CONVALESCENCIAS
CARIOS DENTARIAS, ETC...**

y dos años de ensayos satisfactorios, realizados en el Sanatorio Marítimo, Hospital Clínico, Asilo de San Juan de Dios y Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, garantizan su éxito.

**PRODUCTO NACIONAL
de máxima eficacia y el más económico**

Muestras y literatura a disposición de los señores Médicos

Instituto Latino de Terapéutica, S. A.

(Especialidades "Celsus")

Trafalgar, 13 BARCELONA Apartado 865

abiertas en su estadio de cerradas y en 1930 realizó en Stettin 20.000 radioscopias, que corresponden a 750 por cada 10.000 habitantes o a una radioscopía por cada 13,3 habitantes; llegó a conocer 275 enfermos nuevos tuberculosos abiertos, y de éstos un 25 por 100 como cerrados antes de ser abiertos, y cree Brauning que para trabajar con seguridad deben hacerse 2.000 radioscopías por cada 10.000 habitantes o sea tres veces más.

Brauning cree que se deben buscar los enfermos sólo por la exploración radioscópica de los sanos; el primer resultado de ello ha sido la perfección del conocimiento de las formas de comienzo y evolución de la tuberculosis.

Desde que por los médicos de Dispensarios se ha hecho radiología de masas de sanos, se ha reconocido que al estado clínico de la tuberculosis ha precedido un campo no investigado de tuberculosis inapercepta. Al estado clínico del tuberculoso precede un período de tuberculosis inapercepta.

Pero puesto que a pesar de un trabajo celoso, es todavía poco el tanto por ciento de tuberculosos no abiertos que se averiguan por exámenes en serie; y puesto que los nuevos enfermos en tuberculosis abierta se distribuyen sobre *grupos proporcionales* y sobre *grupos de edades demasiado amplias*, el Dispensario no podrá resolver jamás en toda su extensión el problema del hallazgo precoz de la tuberculosis, si no se multiplican considerablemente sus fuerzas de trabajo, siendo, por tanto, necesario que todos los médicos no sólo en los sospechosos de tuberculosis, sino en una extensión mayor, hagan investigaciones radiológicas de los pulmones, de modo que la exploración radiológica sea al médico algo natural, como la percusión y la auscultación. Sólo de esta manera se podrá llenar la laguna de que el 75 por 100 de todos los tuberculosos abiertos son conocidos demasiado tarde como tales tuberculosos.

Vamos a expresar algunos conceptos sobre los cuales debe partir el Dispensario. Surge la necesidad de precisar lo que debe entenderse por enfermo de tuberculosis.

Cuanto más se mejora la técnica y se aprende a interpretar radiografía, tanto más frecuentemente se ven restos finos y finísimos de tuberculosos anteriores en forma de *campos de cicatrices* o restos de *dissimilaciones hemáticas*.

Estos casos se consideran como sanos cuando la dureza, insigni-

ficancia, o reposo observado durante bastante tiempo habla por inactividad.

La infección nueva, que comienza, es cuando se desarrolla en ellos una recidiva; es decir, la morbilidad se equipara a enfermedad clínica; tan pronto como en un pulmón normal se presenta por radiología la primera modificación tuberculosa.

Cálculo de la mortalidad en tuberculosis: Se hace buscando la media de la mortalidad por quinquenios.

Definición de tuberculosis incipiente de Brauning.

Agravación comprobada del hallazgo radiológico tan pronto como se presenta por radiología la primera modificación tuberculosa.

Esto se hace así porque hay que tener en cuenta el llamado *Bestand* o remanente formado por los tuberculosos enfermos (verdadera cifra de morbilidad) durante todo el tiempo que dura su padecimiento (varios años por término medio). Esta masa, este reservorio, sirve de amortiguador de las bruscas variaciones nosogénicas, en el largo período de la enfermedad, cuando el enfermo muere con las condiciones que había cuando cayó enfermo.

Medios para obtener una cifra de morbilidad aproximada en tuberculosis.

Coeficiente de Edimburgo y de Frahminger: número de muertos de tuberculosis en el año multiplicado por 10 (esta cifra da el remanente de Roessele); multiplicado por 12 se obtiene el número de tuberculosis quirúrgicas (coeficiente de Basilea).

Remanente: Masa que se mantiene con pequeñas variaciones por ser próximamente igual la cantidad de enfermos nuevos que ingresan en ella y la cantidad que de ella salen, bien por curación, bien por muerte.

Cálculo de número de tuberculosos abiertos: Se multiplica el número de muertos de tuberculosis por 3 ó el de muertos por tuberculosis pulmonar por 3,5.

El Dispensario debe llevar también una comparación con el número de defunciones que figura en las estadísticas por bronquitis crónica. Debe llevar también la relación de los tuberculosos fallecidos en los domicilios y de los que fallecen en nosocomios.

CLINICA DE LA TUBERCULOSIS INAPERCEPTA INFANTIL

La tuberculosis inapercepta en los niños hasta los diez años, es diferente de la tuberculosis que se encuentra en la exploración de los sanos, en edades más tardías de la vida.

Se encuentran infiltraciones primarias, infiltraciones secundarias, con o sin participación de la pleura interlobar, tuberculosis ganglio bronquial; diseminaciones hemáticas, tuberculosis apical progresiva y tisis cavernosa.

La tuberculosis de la infancia es tanto más maligna cuanto más pronto se origina.

Brauning, Neumann, etc., dan mucha importancia a la exposición.

Bruno Lange rechaza en los niños la acción perjudicial de la superinfección; cree que en cuanto se ha producido el tubérculo, mientras dura la infancia, aunque haya sido mínima, el niño está inmune de nuevos contagios con las cantidades de bacilos corrientes.

Praeuning da importancia a la superinfección y cree que un niño Pirquet positivo necesita protegerse de nuevos contagios, ya que lo decisivo para la suerte ulterior es lo extenso y compacto de la enfermedad en el primer hallazgo, lo cual está en una clara relación con el grado de exposición.

Del estudio de las infiltraciones primarias y secundarias descubiertas se deduce: que las infiltraciones no suelen producir síntomas; sin embargo, se observan enfriamientos y síntomas generales (catarro bronquial, tos, fiebre, gripe, cansancio, inapetencia, etc.), los cuales no son considerados por los padres o apreciados falsamente por los médicos.

Por tanto, si bien la tuberculosis infantil no raras veces da lugar a síntomas, no son valorados por los padres ni por sus médicos, aún en niños que viven en medio tuberculoso, porque los niños conservan el estado general.

En la tuberculosis incipiente del adulto, aparecen molestias mucho tiempo; en la enfermedad progresiva faltan completamente en muchos casos, de modo que tampoco se consideran como enfermos.

Esto es lo que demuestra la necesidad de las investigaciones del ambiente que rodea al niño.

La tuberculosis infantil en comparación con la del joven y la del adulto evoluciona rápidamente, por lo cual el pronóstico y las medidas profilácticas son muy facilitadas, es decir, que de cincuenta y dos casos de infiltraciones curadas o mejoradas, cuarenta lo fueron dentro de dos años y las otras doce dentro de otros dos años.

Naturalmente, no está alejado todo peligro, porque sabemos que en estas tuberculosis curadas en la infancia se presentan *recaídas*, y en verdad, así *brotos posteriores* en *antiguos campos de induración*; como *nuevas diseminaciones hemáticas* desde los ganglios linfáticos sobre todo en la pubertad. No obstante, el problema del pronóstico y de tratamiento es más sencillo que en el adulto.

El tratamiento es, en comparación a la tuberculosis del adulto, más ventajoso, es más benigno, pero no excluye en todos los casos la cura sanatorial.

Lo esencial del tratamiento de las infiltraciones primarias y secundarias, aunque existan modificaciones pleuríticas y diseminaciones hematógenas, es: cuidados corporales, alimentación, reposo adaptado al estado de enfermedad, protección de nuevos contagios. Las medidas operatorias y otros métodos son más rara vez necesarias que en el adulto. Por esto no es a menudo necesario en las infiltraciones de los niños una cura sanatorial *cuando se puede hacer una buena vigilancia de la familia en el Dispensario* y es esencial cuando la edad del niño pasa del año y medio.

Braeuning considera como peligroso y superfluo la terapia irritativa (tuberculina, luz artificial), en toda tuberculosis activa.

Todos los médicos de Dispensario ven niños gravemente expuestos, que vienen enfermos nuevos al Dispensario, los cuales no han sido visitados por el médico, y que muestran ya focos calcificados y campos de induración, es decir, curaciones espontáneas de tuberculosis infantiles, relativamente extensas, aun en circunstancias exteriores malas.

Ahora, que los niños tratados precoz y fundamentalmente curan *con menos defectos y con menores depósitos* de bacilos que los no tratados; para los bien tratados, el peligro de las recidivas tardías es menor. Cuando en las investigaciones sistemáticas, descubrimos tuberculosis infantiles, en especial infiltraciones primarias y secundarias, indicamos, para ejecutar en el domicilio, estas medidas higiénicas y terapéuticas, y el tratamiento sanatorial más caro lo prescribimos cuando el tratamiento en el domicilio *no es ejecutable, o cuando existe especial*

peligro, cuando los procesos son extensos y compactos y cuando el niño es más joven, es decir, tiene menos de doce q dieciocho meses.

Puede ser objetado, que todas esas medidas pueden ser dadas en el medio tuberculoso, en los niños que están bajo la protección del Dispensario, sin que precisen nuestras investigaciones sistemáticas.

Braeuning cree que éstos no son todos los casos: en estos *ninos con tuberculosis activa*, hallados por radiología, existen mayores necesidades en cuidados que en los sanos y se decidirá la cura sanatorial cuando exámenes radiológicos repetidos indiquen un curso menos bueno que el que se debía esperar. Añádase a esto, que todos los niños hallados en investigaciones sistemáticas no viven en medio tuberculoso; y por tanto, no serían partícipes del tratamiento y cuidados especiales si no los hubiéramos descubierto.

Viene ahora la cuestión de si por estas investigaciones en serie sólo averiguamos las formas benignas de la tuberculosis infantil y por ello nuestro pronóstico sea tan bueno, escapándose nos las formas malignas, quizá porque ellas evolucionan agudamente.

Para responder a esto, hemos determinado: cuántos niños procedentes de familias vigiladas por nosotros mueren en tuberculosis, cuántos de estos niños hallamos nosotros anteriormente en investigaciones y por qué causa se nos han escapado los que no hemos podido hallar antes de la muerte.

Braeuning tiene la impresión, que las investigaciones radiológicas de los niños expuestos a la tuberculosis, nos descubre un número de infiltraciones secundarias y primarias, no demasiado extensas, con o sin diseminación hematógena, formas que son benignas, pero que seguramente nuestra investigación previene un curso desfavorable.

La exploración radiológica de niños expuestos a la tuberculosis nos presenta, además de las infiltraciones, tuberculosis miliares, tisis cavernosas, etc., enfermedades graves que se encuentran en condiciones antihigiénicas; a estos enfermos no podemos ayudar, pero la radiología ha permitido el descubrirlos y el evitar que perjudiquen. Hay un tanto por ciento de casos, en que fracasa completamente la exploración radiológica de los niños expuestos a la tuberculosis, ya que la radioscopía da una imagen normal y pocos meses después el niño muere de meningitis tuberculosa.

Exceptuado esto último, la radioscopía de los niños expuestos a la tuberculosis, es de importancia para los niños y para la lucha anti-tuberculosa.

TUBERCULOSIS INAPERCEPTA EN PERSONAS CUYA EDAD ES MAS DE DIEZ AÑOS

Veamos las formas de tuberculosis que se encuentran en estas exploraciones:

Brotes posteriores en diseminaciones hemáticas recientes: infiltrado precoz, infiltraciones alrededor de diseminaciones antiguas induradas; infiltraciones en antiguos campos primario o tipo de infiltración tardío; infiltraciones alrededor de focos apicales; tuberculosis productivas o productivo cirróticas que pasan por brotes exudativos.

Para la actividad de estos procesos Braeuning recomienda intervalos de 3-4 meses entre las radiografías denominando estos casos, *casos de vigilancia*. No necesitan vigilancia el borramiento de los senos costo-diagramáticos, el complejo primario calcificado y los pequeños casquitos apicales.

Personas de 40-50 años con tuberculosis inactivas pueden presentar brotes posteriores en forma de tuberculosis productiva apico caudal o exudativa por brotes.

Se deben vigilar las radioskopias que dan un hallazgo espeso o extenso y en los jóvenes se deben hacer radios repetidas en papel.

Se ha dicho que es una exageración usar sólo la radiología; la radiología sirve para separar la tuberculosis del asma, bronquitis, enfisema; en el caso sospechoso se hace una exploración completa; el médico del Dispensario tiene que explorar a miles de enfermos y no puede hacerlo de otra manera.

La radiología diagnostica a menudo una tuberculosis allí donde no existe. Braeuning diagnostica tuberculosis cerrada con Wassermann negativo y excluidos quistes, tumores, etc. En casos dudosos se continúa la vigilancia hasta en el sanatorio, ya que responde de la absoluta separación de los tuberculosos abiertos y cerrados.

EVOLUCION

De las tuberculosis incipientes que se averiguan por investigaciones en serie, Braeuning cree que un 5 por 100 pasan a tuberculosis extensas a partir de pequeños focos o hasta de hallazgos negativos; en algunos casos cree Braeuning que han sido pasados por alto cavidades que luego han diseminado.



Lipocil (INJECTABLE)

FORMULA

Cinemalo de Bencilo
Colesterina
Alcanfor
Gomenol
Eucaliptol
Guayacol
Estricrina

Aceite de Oliva. 2.5 cc

Indicaciones: Bronquitis, Pneumonías, Catarros crónicos, Gripe y sus complicaciones, etc., etc.

Cacodil Intensivo

Inyectable de cacodilato de sosa anhidro en dosis progresivas crecientes

INDICACIONES:

Tuberculosis, Linfatismo, Enfisema pulmonar, Bronquitis crónicas, Neurastenia, Anemia, Convalecencia, Eczemas crónicos, Psoriasis, Prúigo y Paludismo.

Ampollas de 0,10-0,20-0,25-0,30-0,40-0,50 y 0,60

Compuesto iódico a base de ioduro de cafeína, 0,25 gr por cucharada de café, 2 a 4 al dia.

NI INTOLERANCIA NI IODISMO

Indicaciones: Asma. Opresiones. Enfermedades de los vasos y del corazón, Arterioesclerosis. Bronquitis crónicas. Angina de pecho. Intoxicaciones. Uremia.

yodocaf

Apartado núm. 35

Solicite muestras al
Laboratorio Saval

MALAGA

SIL = AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

Muestras y literatura: A. GAMIR || Sustituye al bismuto
Padre Jofré, 9 :- Valencia ▽ en terapéutica gástrica

Existe el SIL - AL belladonado

Aguas Minero-Medicinales Termales Belascoain (Navarra)

Clorurado-sódicas, bicarbonatadas, nitrogenadas, variedad litínicas.

Eminentemente radio-activas.

Especialísimas en la litiasis renal y hepática, gota y reuma gotoso.

Curación segura de los cólicos del riñón y el hígado, cálculos (mal de piedra) y arenillas.

Las aguas de Belascoain, por su calidad de alcalinas débiles, su fácil digestión y por la acción de la litina que contienen, se consideran como insustituibles **aguas de mesa** para el régimen de los **artríticos**, revelando su análisis ser superiores a las más renombradas de su clase y confirmándolo sus resultados. Disuelven los uratos y el ácido úrico del organismo, aumentando desde el primer día el residuo seco de la orina, evitando se deposite en los tejidos y produzca la gota, los cálculos, diabetes, albuminuria y demás enfermedades originadas por el artritismo.

Si la enfermedad se ha producido ya, unas cuantas tomas abundantes para que los cálculos y arenillas sean expulsados, siendo de notar, sobre todo cuando se usa al pie del manantial, que la expulsión suele ser exenta de dolor, hecho comprobado infinitas veces y no explicado aún satisfactoriamente.

Gran Balneario de BELASCOAIN (Navarra)

Montado con todos los adelantos modernos

Temporada: del 15 de junio al 30 de septiembre Busto diario de Pamplona

Precios moderados

Se remite a solicitud la «Memoria-Guía del bañista en Belascoain».

Venta por menor en Farmacias, Droguerías y Ultramarinos de toda España. Para pedidos e informes dirigirse a la Sociedad Anónima **Burlada y Belascoain**, Pamplona (Navarra). — Cod. usado, A. B. C., Quinta edición.

La Sociedad posee también el acreditado manantial de **BURLADA**, la mejor agua de mesa; aumenta el apetito, hace más rápidas las digestiones, cura el estómago y tonifica el organismo.

Hay tuberculosos incipientes de manchitas blandas con un curso absolutamente crónico.

En otros casos, los procesos curan, cicatrizan por un sitio mientras que se extiende por otro; mientras que un foco cura, puede formarse otro en otro sitio, de modo que una tuberculosis extensa no se sabe por dónde ha comenzado.

Puede tratarse de focos en reposo, después de meses o años, que por cualquier motivo se reavivan, y sombras radiológicas relativamente benignas, de repente se extienden y se hacen malignas; en este momento los enfermos notan molestias, y si se encuentran bacilos, se cree que ha empezado agudamente. No sabemos si hay tuberculosis que se desarrollan en pocos días, y tampoco sabemos su frecuencia; Braeuning, en más de mil radiografías de sujetos sanos, no ha visto un caso que mostrase una radio normal, y poco tiempo después una tuberculosis abierta extensa.

En radioscopias normales poco tiempo antes de tisis graves, Braeuning cree que han sido pasados por alto focos blandos pequeños que se hubiesen podido comprobar por radiografía.

No puede excluir el cuadro típico de caverna infraclavicular derecha con infiltración homogénea y manchitas espesas que se desarrolla agudamente desde un infiltrado precoz y que a causa de su rápido progreso no se descubre jamás antes del reblandecimiento.

Pero en las investigaciones en serie, los infiltrados que se encuentran sin reblandecerse, son crónicos y la mayoría de veces no conducen a la imagen exudativa con caverna infraclavicular, sino que cuando progresan muestran otras formas; es una laguna que hay que llenar por nuevas rebuscas.

En el tuberculoso, la alergia tuberculosa y la predisposición a los brotes se acompaña durante toda la vida.

El diagnóstico de cualidad de la tuberculosis incipiente es variable: proceso de foco homogéneo, de manchitas blandas o de proceso cordónoso y de manchitas duras.

La mayoría de los casos comienzan con manchitas blandas, que pueden indurarse en el tiempo de un año.

A partir del estado normal se puede calcular que en menos de un año (8-10 meses), puede formarse una tuberculosis abierta, pero parece la excepción existiendo plazos mayores; 5-8 meses de una radio normal se han visto cavernas. El tiempo más breve entre la radiografía normal y la muerte, según Braeuning, es de dos años y medio.

El pronóstico de la tuberculosis por encima de los diez años, es el siguiente:

- Curados, 10 por 100.
- Curados y mejorados, 36 por 100.
- Activos, agravados o muertos, 64 por 100.
- Infiltrados, 41/2—6—8 meses.
- Cavernas, 5—8 meses.
- Tuberculosis abiertas, 8—10 meses.
- Muerte, 30 meses.

Si consideramos nuestros conocimientos actuales sobre el comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto, en especial de la forma más importante, que es la tuberculosis pulmonar abierta, hoy todavía son en lo esencial, exactas las tres conclusiones que hizo Braeuning en 1924.

1.^a *La tuberculosis apical activa (necesitada de tratamiento sana-torial) es una enfermedad rara.*—Esta tuberculosis, que daba antes un tanto por ciento increíble de pacientes de Sanatorio, es considerada hoy como mucho más rara, como proceso activo limitado a los vértices. Las llamadas tuberculosis apicales no necesitadas de tratamiento, constituyán antes 1/3 y más de los pacientes de sanatorio, y es un gran mérito de las ideas actuales el evitar estas curas innecesarias.

2.^a Un tanto por ciento considerable de esta tuberculosis pulmonar abierta, comienza de un *modo agudo* y con la presentación de las primeras molestias aparecen los bacilos en la expectoración. En estos enfermos no se observa casi jamás un estadio de tuberculosis apical y poco más o menos la mitad de ellos mueren en el primero, lo más tarde en el segundo año después del primer hallazgo de bacilos. No sabemos cuántas veces ha precedido a este estado agudo una tuberculosis inapercepta que evoluciona lentamente y, sin embargo, para el problema del hallazgo precoz de la tuberculosis esto sería de la mayor importancia.

3.^a La mayoría de las *tuberculosis cerradas activas* no están limitadas en un primer hallazgo al vértice y muchas de ellas dejan los vértices completamente libres. Esta forma de tuberculosis cerrada, se presenta, pero puesto que de ella no raras veces se desarrolla la tuberculosis abierta, necesita un tratamiento y una vigilancia cuidadosa.

El resultado de nuestra actividad es que acertemos lo más precozmente a prevenir los contagios, que si esperamos a que el enfermo venga a nosotros.

Geissler rechaza el hecho de que puedan ser descubiertos por ra-

dioscopia casos de tuberculosis antes de que se presenten molestias subjetivas.

Considera indicadas las radioskopias aun con síntomas negativos, cuando hay *simulación* o se trata de la determinación de la tuberculosis en *bien del interés público*; personas que cuidan niños, maestros, enfermeras, policías, etc.

Geissler rechaza el sistema de Braeuning, porque en la tuberculosis descubierta, y todavía no percibida por el enfermo, a pesar del tratamiento precoz, mueren el 32 por 100.

Geissler escribe: "El concepto de incipiente se supone de igual significación que la necesidad de tratamiento".

Esta definición es inservible mientras no se esté de acuerdo en lo que es "necesidad de tratamiento".

¿Es cura de sanatorio?

¿Suspensión del trabajo?

¿Tratamiento medicamentoso, físico-dietético durante el trabajo?

Para Braeuning, "la necesidad de tratamiento" existe tan pronto como en un pulmón normal se presenta por radiología la primera modificación tuberculosa, o tan pronto como una lesión tuberculosa en reposo, se comprueba agravación, pudiendo ser normales la percusión, auscultación, análisis de sangre, temperaturas.

El tratamiento no necesita consistir en estos casos siempre medidas de fondo, sino que basta evitar los esfuerzos y la vida antihigiénica, e investigar al enfermo médicaente en períodos cortos, incluso con radiografía.

Braeuning define por esto la tuberculosis incipiente como "agravación comprobable del hallazgo radiológico".

El comienzo de la lesión tuberculosa o de la recidiva, podremos determinar, sólo en los enfermos que se han radiografiado como sanos, de modo que de ellos existen radiografía con hallazgo normales o focos en reposo (foco primario o campos de induración curados) y después en otra radiografía se presentan lesiones en los sitios hasta ahora sanos o curados.

Las conclusiones sobre el comienzo de la tuberculosis sólo pueden derivarse de exámenes en serie.

La poca extensión de un proceso no es igual que incipiente. Ello no dice nada sobre la edad del mismo, pues a menudo no se puede reconocer, es el comienzo de una lesión que se extiende o el fin de una lesión extendida anteriormente.

Geissler objeta a la definición de Braeuning, que es falsa, que a menudo preceden molestias subjetivas a las primeras modificaciones radiológicas.

No obstante, Braeuning mantiene la definición de que la enfermedad comienza con la "aggravación del hallazgo radiológico", pues no cree que en el 90 por 100 de los tuberculosos se presentan las molestias al mismo tiempo o antes de los hallazgos subjetivos.

Tampoco se puede responder si el comienzo de la enfermedad objetivamente comprobable se ha determinado en un plazo relativamente breve; la mayoría de los enfermos afirman que no tenían ninguna molestia, no indican ninguna modificación de su estado, y lo esencial es que estas molestias son tan escasas y se diferencian tan poco de las oscilaciones diarias de un estado habitual por causas inocentes que el enfermo no le da importancia y las olvida enseguida.

Por ello, se ha llamado esta fase de la enfermedad tuberculosa, no como tuberculosis insensible, sino como tuberculosis inapercepta, es decir, que no llega a la conciencia como enfermedad, que no produce ninguna sensación morbosa en sentido estricto, y por ello los enfermos no van al médico.

Geissler quiere que las visitadoras en las visitas a las viviendas, a los expuestos, indiquen que estas molestias mínimas preceden a una tuberculosis y que por esto si se presentan tales molestias deben acudir al médico; cree que por la investigaciones en serie, de Braeuning, se ha cultivado un sentimiento de inferioridad y se ha trastornado la tranquilidad de las familias jóvenes.

Braeuning cree lo contrario; que el peligro de cultivar tisiofobías es mucho mayor si se visitan de nuevo a los expuestos para inculcarles que todo cansancio, inapetencia, tosecilla, etc., pueden ser el comienzo de la tisis; mientras que la población está acostumbrada a las exploraciones de los sanos por las Gotas de Leche, médicos escolares, exploraciones legales de personal de Ferrocarriles, policía, etc.

Geissler quiere que la tuberculosis inapercepta puede ser hecha con seguridad suficiente por educación popular sanitaria; pero en contra de esto habla el hecho que desde hace cincuenta años se han ejercido explicaciones populares en este sentido por los Dispensarios, visitadoras, conferencias públicas, instrucción escolar y, sin embargo, todavía, si no se les llama, vienen al médico o al Dispensario pocos enfermos nuevos tuberculosos de familias tuberculosas.

Braeuning cree que se deben encontrar medidas especiales para el

hallazgo precoz y el tratamiento de esta fase de la tuberculosis, en la cual no se percibe la enfermedad o no la experimenta como enfermedad que necesite tratamiento.

Geissler opina que es imposible la radioscopya de la periferia de los tuberculosos abiertos e indica que existen dificultades en la función. Braeuning aleja estas dificultades, poniendo consultas por la tarde para los que no puedan venir de día.

Geissler indica también los perjuicios psíquicos en los cuales cree Braeuning que son menores que cuando se les invita a los expuestos siempre de nuevo, que todo mínimo trastorno de la salud puede ser motivada por una tuberculosis.

Geissler considera también imposible ejecutar el número de radioscopyas exigido por Braeuning, y dice: "nunca se podrá inducir en todo el año la visita al Dispensario de la quinta parte de la población.

Esto no es necesario, pues se trata solamente de los expuestos a la tuberculosis.

El número de radioscopyas necesarias en la periferia de los tuberculosos abiertos, por cada 10.000 habitantes lo calcula Braeuning como sigue:

Allegados de los tuberculosos abiertos	...	...	...	...	...	...	160
Compañeros de vivienda de los tuberculosos abiertos	...	...	...	...	...	...	11
Amigos, parientes de los tuberculosos abiertos	...	...	...	...	...	...	27
Compañeros de trabajo de los tuberculosos abiertos	...	...	...	...	...	...	15
Enfermeros de los tuberculosos abiertos	...	...	...	...	...	...	8
Maestros y maestras de los tuberculosos abiertos	...	...	...	...	...	...	7
<hr/>							
Total	...	...	...	...	...	...	232

Y si a cada hombre se le investiga dos veces por año, tenemos poco más o menos 500 radioscopyas por cada 10.000 habitantes, o sea una por 20.

Geissler dice que "ha fracasado entre nosotros el ensayo por resistencia de la población".

Braeuning demuestra que las investigaciones en la periferia las ha ejecutado con completo resultado el 69 por 100, con resultado parcial en 8 por 100 más; esto es un defecto de método, pero no un fracaso, pues el tanto por ciento no lo da ningún método. Es interesante que las familias llevan a la exploración muy concienzudamente a sus niños, pero que con la edad creciente, especialmente más allá de los cuarenta

y cinco años, piensan que es rara la posibilidad de enfermar en tuberculosis, mientras que sabemos que la mortalidad en tuberculosis *no* disminuye con la edad; sobre todo debe ser hecha una instrucción intensiva.

Puesto que sólo vienen a la exploración del 70 por 100 de los expuestos, esto disminuye el número de las radioscopias.

El método de Geissler fracasa:

Porque el número de radioscopias de los allegados de los tuberculosos tan pronto como padeczan molestias de cansancio, inapetencia, tos, etc., deberá ser igual a las hechas por investigación conforme a un plan.

Para el médico que radioscopia el trabajo, sería el mismo, pero para las visitadoras sería mayor.

El resultado sería menos porque los *enfermos* completamente libres de molestias no serían encontrados.

El método de Geissler tiene ventajas cuando los allegados no vienen a la exploración o en el campo, aldea, dado caso que haya una gran distancia, que dificulte las visitas frecuentes en el Dispensario (aquí hacemos nosotros llamar a los que rodean a los enfermos por las enfermeras visitadoras).

El método de Geissler fracasa también cuando la visitadora no encuentra en casa a los allegados, puesto que tienen molestias.

Geissler pone ahora la cuestión de si debe ejercer una obligación para la exploración de los expuestos.

(CONTINUARÁ)

Jerez Quina LA ENFERMERA

es el aperitivo más selecto y de mayor garantía.

LUKOSAL

Sales frutales efervescentes.

Producto español.

Especialidades de

Laboratorios LUKOL, S. A. - Jerez de la Frontera

PARA EL ESTÓMAGO E INTESTINOS

Elixir Clorhidro-pépsico Amargós

DIGESIL (Nombre registrado) -- Tónico digestivo.

De ácido clorhídrico, pépsina, colombo y nuez vómica.

Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

MEDICACIÓN INYECTABLE E INDOLORA DE EFECTOS RÁPIDOS Y SEGUROS

Suero Amargós

TÓNICO RECONSTITUYENTE

Excitante vital, regenerador del organismo y antineurasténico

COMPOSICIÓN.—Cada ampolla contiene: Glicerofosfato de sosa, 10 centígramos.—Cacodilato de sosa, 5 centígramos.—Cacodilato de estricnina, 1 mg.—Suero fisiológico, 1 c. c.

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

Elixir Polibromurado Amargós

BROMURANTINA (Nombre registrado)

Que calma, regulariza y fortifica los nervios.

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncico y amónico, asociados con sustancias tónico-amargas.

Alimento Vegetal Completo

Plátano-Cereosa

EXTRAIDO AL VACIO

LACTOSEPTOI

— BARBERÁ —
CULTIVO LIQUIDO
DE LOS FERMENTOS
BULGARO
Y
LACTICO
— • —

Cuando V. desee recibir muestras, llame al Teléf. 11514

o mande al Laboratorio BARBERÁ,

Gran Vía Germanias, 32 y será debidamente atendido.

Disenteria amebiana.
Abcesos Hepáticos.
Afecciones Pulmonares congestivas.
Hemoptisis Tuberculosas.
Hemorragias en general.



HEMOMETINA CUSÍ

NO DEBE FALTAR NUNCA EN EL ESTUCHE
DE URGENCIA DE TODO FACULTATIVO

Consúltense Catálogo de las Especialidades CUSÍ

LABORATORIOS DEL NORTE DE ESPAÑA ~ MASNOU (Barcelona)

Bismuto PONS - Antiluético indoloro.
Valerianato amónico PONS - Desodorizado.
Argol - Antiblenorrágico.
Yodofosfol PONS - Escrofulosis-Raquítismo.
Fisiogenol - Elixir, gotas, inyectable, ferruginoso, progresivo y bronquio-pulmonar.

Laboratorio PONS * Lérida

Doctor ALMARZA Piel - Sífilis
Alfonso I, núm. 20



SECCIÓN PRÁCTICA

PRURITO VULVAR

Definición, clasificación, etiopatogenia, fisiopatología y tratamiento

POR EL DOCTOR

ALEJANDRO ALPEROVICH

(CONCLUSIÓN)

SINTOMAS

El síntoma principal, como hemos dicho, es el prurito de los órganos genitales, de distinta intensidad: desde atenuado e intermitente hasta remitente y continuo. Generalmente es nocturno, se inicia cuando la enferma ya está acostada con el insomnio consiguiente; puede ser intenso de día obligando a las enfermas evitar la gente por el rascado continuo, que trae equimosis, grietas, fortúnculos y otras complicaciones en la región genital, produciéndose a menudo un ardor intenso al orinar. El pudor detiene a muchas enfermas a no consultar hasta que a veces sus sufrimientos llegan al colmo con la obsesión de ideas de suicidio.

Como *etiología* de la leucoplasia igual que la craurosis, Graves acepta los *procesos inflamatorios* de la vulva provocados por irritaciones crónicas con la *secreción patológica* genital o química de la orina patológica. Los autores están de acuerdo sobre el rol de la disfunción ovárica en la leucoplasia igual como en craurosis y muchos otros pruritos. Darier admite la relación de la leucoplasia con la sífilis para los casos acompañados de esclerosis superficial o profunda de las lesiones, y con Fourier la considera lesión *parasifilitica* y, por consiguiente, rara vez influenciada por el tratamiento específico; recomienda higiene localmente y rechaza el yodo. Diremos más adelante sobre la etiología de la leucoplasia y su relación con el cáncer y craurosis.

CRAUROSIS

El prurito es frecuente también como único síntoma clínico subjetivo de craurosis, cuyo significado etimológico en griego es *estenosis o retracción*; Breisky, en 1887, le dió ese nombre para significar una

una afección vulvar característica de *etiopatogenia discutida*, que aparece en la edad climatérica en enfermas que han sufrido ya mucho tiempo antes de prurito en los órganos genitales. Estos cambian su aspecto: los labios mayores en su base son retráidos, los labios menores lo mismo, el clítoris se atrofia hasta el tamaño de un cordoncito o se borra, desaparece el prepucio. El vestíbulo presenta una hendidura longitudinal en cuyo vértice se apercibe apenas el orificio uretral; el orificio vulvar es desplazado hacia el ano y apenas deja pasar un dedo; sus bordes se vuelven rígidos. La mucosa lisa y brillante con el epitelio a veces descamado es seca, *descolorada* o *rosada opalina* o cérea-roja con placas blancas amarillentas como blanquecinas lechosas o mate opalinas. La piel vecina es de color hoja muerta y apergaminada, signo de proceso avanzado. Generalmente hay línea de demarcación. Los labios mayores en la mayoría *pelados*, con manifestaciones secundarias a consecuencia del prurito intenso y del aseo excesivo por la desesperación en las enfermas higiénicas. *Histológicamente* hay *hipertrofia* de las células superficiales con la capa basal conservada, la red de Malpighi atrofiada, el estrato granuloso-aplásico; las papillas desaparecidas o apenas notadas; así que el epitelio en conjunto presenta apenas una hilera. En el estrato subepitelial y corión se nota: infiltración con plasmazellen y linfocitos, las fibras elásticas atrofiadas, falta de pigmento y están atrofiadas las glándulas sebáceas y sudoríparas con los folículos pilosos. Ese proceso de atrofia progresiva esclerosa y retráctil de los tegumentos cutáneo mucosos se observa sobre todo en las placas donde la lesión es esencialmente regresiva. La etiología de la craurosis es discutida: Veit, con Graves, aceptan que la vulvitis inflamatoria con manifestaciones de prurito puede transformarse en el proceso retráctil de craurosis o en leucoplasia; el autor apoya sus ideas en las experiencias de Jung que tampoco acepta craurosis esencia. Seligman ve en la craurosis un proceso independiente de síndrome prurítico y la atribuye a la acción de las noxas que se propongan por vía linfática o circulatoria a la esfera genital; ese autor anota también el carácter regresivo de ese proceso hipoplásico y acepta con Graves como momento etiopatológico principal la disfunción ovárica probada por los beneficios de la opoterapia. La misma teoría es aceptada por los franceses. En cuanto a la relación de craurosis con la leucoplasia entre sí y el cáncer las opiniones difieren. Veit, Gördes, Abadie y Szasz los consideran un solo proceso de distintos grados, en cambio Jtyle, Bender, Labhardt y Darier los separan. Este último autor recomienda además no confundir

la lesión considerada con las manchas blancas de liquenización por pruritos prolongados. Labhardt separa los dos procesos por considerar la leucoplasia una lesión epidérmica y la craurosis dermoepidérmica. Hallan encuéntrase infiltración del corión, acantosis, para e hiperqueratosis en las papilas modificadas de la leucoplasia. Todos admiten la posibilidad de combinación de ambos procesos que pueden sucederse uno al otro. Labhardt rechaza la etiología sifilitica y la clasificación de Jayle en siete formas para la craurosis; acepta solamente dos formas: 1) simple o proceso retráctil, y 2) combinado con leucoplasia con lesiones progresivas de epitelio y regresivas en el corión. Darier admite para algunos casos la etiología específica. Graves, como ya dijimos, cree el prurito de la leucoplasia y craurosis como consecuencia de procesos inflamatorios en la vulva, provocadas por la irritación continua con la secreción genital u orinas patológicas. El prurito y la quemazón es el primer síntoma y la primera manifestación de la craurosis secundaria y no idiopática como creen otros autores (Labhardt). Si la causa de la irritación persiste el proceso patológico aparece, según Graves, sufre primero la epidermis, apareciendo la hiperqueratosis leucoplásica, blanquecina y luego cáncer o craurosis cuyo aspecto apolino blanco es la expresión de la leucoplasia avanzada e intensa. Labhardt rechaza por ridícula la concepción de Craurosis como un proceso consecutivo al síndrome prurítico. Szasz considera la leucoplasia y la craurosis un solo proceso de distintos grados, y en todo caso muy relacionados entre sí comparables, según el autor, a los procesos análogos en la cavidad bucal donde él observó transformaciones de uno en el otro.

En casos bancales la craurosis se localiza en una parte de la vulva observándose leucoplasia en las partes restantes. La atrofia senil, según Bell, predispone a la craurosis. Labhardt también subraya la aparición de la craurosis en el período climatérico o después de una castración con la supresión brusca de la función ovárica. Ese autor considera como prueba experimental la desaparición de las fibras elásticas en la craurosis análoga a la del proceso fisiológico en el período climatérico. Ya hemos visto la misma disendocrinía en la leucoplasia, pero los dos procesos son de distinto aspecto histológico, y pueden combinarse como lo admiten la mayoría de los autores. Siendo la leucoplasia y craurosis procesos benignos de por sí, se transforman a veces en peligrosos cánceres cutáneo-mucosos. La relación íntima de la leucoplasia y cáncer ya está demostrada; Dubreuilhe ya en 1895 la considera precáncer: "L'Epi-theliome n'est pas un accident ou une complication des leukokeratoses,

c'est un de leurs modes évolutives, c'est leur aboutissant non pas constant, mais naturel, et une plaque de leukokeratose doit être considérée como un cancer en puissance". Esa sabia opinión de Dubreuilhe queda en pie hasta la fecha. Darier también considera la forma hiperqueratósica de leucoplasia a tipo de placas nacaradas duras e inextensibles de varios milímetros de espesor, agrietadas a veces o verrugosas que se desprenden espontáneamente, como preludio de cáncer. Considera el autor que la gravedad de la leucoplasia consiste en la complicación con un verdadero epiteloma que puede sobrevenir en todas las formas sobre todo en las más acentuadas, y a cualquier edad de la leucoplasia —en 15 ó 20 % según Darier y en 30 ó 50 % según otras opiniones autorizadas. El médico, dice Darier, puede salvar al enfermo de una muerte horrible si sabe descubrir a tiempo una complicación incipiente si es suficientemente enérgico y persuasivo. El cáncer de los labios, mejillas y órganos genitales se presenta, según Darier, en las mismas y siguientes condiciones: 1.^a, una forma verrugosa que es la más frecuente y se presenta o en forma de una elevación papilomatosa circundada por un ribete queratótico de base indurada que debe ser rápidamente operada; 2.^a, en forma de elevación discoidea o pastilla dura de superficie erosionada; pertenece a la cirugía, con grandes probabilidades de éxito; 3.^a, más rara a grietas profundas con induración leñosa alrededor, no beneficio de la cirugía. La úlcera leucoplásica nunca da cáncer según Darier; en cambio otros—Graves—han encontrado en vecindad de las ex ulceraciones y zonas de descamación hiperplasias que a la biopsia resultaron frecuentemente con perlas de epitelomatosis asociadas con leucoplasia y craurosis, combinación que es frecuente. Refiriéndose en su artículo sobre leucoplasia de las vías urogenitales y la etiología del cáncer, Geza V. Illyes, de la Universidad de Budapest, llama la atención a la relación existente entre la influencia del embarazo sobre las glándulas de secreción interna de la madre: aumento de la tiroides, hiperpigmentación por disfunción de las glándulas suprarrenales y acromegalía que a veces inicia en el embarazo—de un lado, y la embriogenesia y desarrollo de la glándula de secreción interna en el feto—del otro lado. Según Conheim, dice el autor, al formarse el embrión quedan restos de células no diferenciadas en el organismo—que según Libarsch radican y se observan en tracto digestivo, y según F. Meyer en el tracto genital. En ciertos momentos determinados bajo influencias físico-químicas y mecánicas irritativas como manifestaciones pruriginosas, esos elementos

celulares manifiestan su tendencia a crecer típica o atípicamente, saliendo de su estado latente. El autor da mayor importancia a los trastornos endocrinos de la edad crítica en la cual generalmente se inicián las lesiones sospechosas de la piel y estudia actualmente con experimentos la relación existente entre esos estados.

Generalmente se acepta que la leucoplasia se transforma en cáncer y la craurosis no; Graves cree que la craurosis puede transformarse en cáncer, pero no está seguro si en los casos observados por él no fué la leucoplasia concomitante la que degeneró en cáncer. Zcaso cree que la leucoplasia se transforma en cáncer o craurosis que no degenera en cáncer por la escasez de células generadoras en craurosis. En oposición la atrofia senil de la edad avanzada predispone al cáncer según Bell. El diagnóstico de craurosis se hace por los caracteres morfológicos y el aspecto típico de la lesión arriba descritos; se diferencian de esclerodermia por ser ese un proceso escleroso inflamatorio esencialmente dérmico y en parte epidérmico. En elefantiasis existe hipertrofia en masa en todas las capas tegumentarias, las cicatrices traumáticas y otras son fácilmente reconocibles, además les falta el síntoma prurito; en liquenización de vulva con atresia a consecuencia de pruritos prolongados en vez de atrofia hay hipertrofia de la vulva que estrecha el orificio. El pronóstico de las craurosis—*quo ad restitutionem*—reservada, se admiten mejorías provisionales de su sintomatología, pero el proceso sigue y la posibilidad de que se combine con leucoplasia y cáncer obliga a tratamiento cuidadoso.

Tratamiento del prurito.—La terapia del prurito puede ser resumida a lo que dijimos al principio de este trabajo; se cura bien con el tratamiento etiológico una vez despistada la causa, sobre todo cuando es un caso banal que cura a veces con cualquier paliativo que llena el postulado *primum nos nescere* o se tratan con escaso resultado transformándose en pruritos crónicos que llevan a los enfermos muchas veces al final de esa larga vía crucis: leucoplasia, craurosis y cáncer. Los autores Halban, Walthardt y otros proponen, según los casos, una terapéutica etiológica y sintomática; en afecciones locales de etiología conocida el tratamiento es relativamente sencillo. Más difícil es interpretar la acción de la opoterapia ovárica en leucoplasia por desconocerse la acción farmacodinámica del medicamento en ese caso. Babesch, Buia y Halban usan con éxito la Luteína. Walthardt aconseja psicoterapia sugestiva para las formas psicogénicas, exigiendo muchas veces ese método tacto y diplomacia del profesional para poder cortar el círculo vicioso que pre-

senta el prurito. Todos los autores están de acuerdo que exceptuando los casos banales o de etiología conocida el tratamiento del prurito en muchos casos es una prueba verdadera de paciencia para el enfermo y el médico. El tratamiento al principio debe consistir en la anestesia posible de las partes afectadas. Se aconsejan pomadas y polvos a base de cocaína, novocaína, epicaína, mesotano, ortoformo, cicloformo, anestesina y otros; ácido fénico al 3-10 por ciento, mentol, dermatol, plomo, entrarobina, tintura de yodo, que muchas veces benefician por las propiedades astringentes y ligeramente cáusticas que poseen. Nosotros utilizamos con buen éxito en los primeros días del tratamiento una pomada a base de mentol al 1 por 100 y fenol idem, que descongestiona localmente anestesiando y calmado el quemazón, corta el círculo vicioso prurítico y permite pasar al tratamiento etiológico. Pavlovsky aconseja lavajes con bicarbonato de soda que hemos utilizado con buen éxito para los pruritos a causa de ieucorreas ácidas e irritantes y también empíricamente en casos de prurito llamado esencial por neutralizar probablemente la acidosis tisular local estudiada por los alemanes. Por la misma razón seguramente se han visto resultados sorprendentes entre nosotros y por Narducci en Italia, obtenidos con la insulina en caso de pruritos rebeldes. Creemos que esos últimos deben ser considerados como formas de diabétes latente que describió Escudero. No tenemos experiencia personal en el uso local de la insulina, ya sea en forma de aplicaciones con gasa empapada o inyecciones locales; como aconsejan algunos que los han usado con buen resultado. Los preparados a base de dermatol, las pomadas con plomo producen liquenificación de las capas superficiales de la piel, según Halban y Seitz y—aunque disminuyen la irritación y el elemento inflamatorio secundario de la piel, como sostiene Nicolsky—mantiene el estado pruriginoso. Menos eficaces son los analgésicos y sedantes, pero a excepción de los casos muy graves, que exigen narcóticos corrientes. Otro esquema terapéutico propuesto y usado con buen resultado consiste en la limpieza de los órganos genitales externos con sublimado dos o tres veces por semana, pinzelando en intervalos localmente con ácido fénico o cloroformo, jalonados diarios con espuma fenicada o "Afrodil", aplicando en seguida algunas pomadas anestésicas arriba citadas; por ejemplo: mentol, 0'30 a 0'75; clorhidrato de cocaína de 0'50 a 2 gramos; salol y aceite de oliva, a 2 grs.; lanolina, hasta 40 grs. Se cubre la pomada aplicada con talco o una mezcla de óxido de zinc, 2 grs.; alcanfor, 0'50; y almíbar 50 grs. El tigenol suele ser eficaz y aunque irrita al principio, lue-

Recalcificante y Hemostático

por excelencia

CALCICLOR

Composición:

Cloruro de calcio puro cristalizado 40 gramos.

Agua edulcorada y aromatizada, hasta. 100 c. c.

70 gotas de **Calciclor** representan 1 gramo de Cloruro de calcio.
Cada cucharadita de las de café tiene 2 grs. de Cloruro de calcio.

El Cloruro de calcio es el mejor Recalcificante conocido, siendo además el único que, de una manera apreciable, aumenta la cantidad de cal contenida en la sangre. Sabido es, por otra parte, que para ser absorbidas la mayoría de las sales de calcio, deben ser transformadas, por nuestro aparato digestivo, en Cloruro.

(Del *Journal de Thérapeutique Française*).

PRODUCTO NACIONAL

Para muestras dirigirse al **LABORATORIO DEL DR. ARISTEGUI - BILBAO**

GAMOSTYL

CONCESIONARIO PARA ESPAÑA:

**Sociedad Química Farmacéutica de los
Establishimientos Rocafort Doria, S. A.
TUSSET, 20 - BARCELONA**

A base de:

Plata

Oro

Rodio

y Quinina coloidal.

Inyecciones intramusculares,
indoloras y sin reacción.



Literatura y muestras gratis a los señores Médicos

**TIFOIDEAS GRIPES
SEPTICEMIAS**

LABORATORIO BIOQUIMICO VITORIA

Aurasa Vitoria Forma: Elíxir. Solución en simbiosis de las levaduras de vino y cerveza. Contra las afecciones estafilocócicas.

Aurasa estanoidal Forma: Comprimidos. Levadura de cerveza y vino asociadas al estaño químico y óxido estannoso. Contra las afecciones agudas debidas al estafilococo

Fosfo-Hemoglobina Vitoria Formas: Jarabe e Inyectables de 1 y 2 c. c. Hierro coloidal, Fósforo y Arsénico orgánicos. - Medicación dinamo-hematogena. - Anti anémico.

LABORATORIO EROS

de MADRID, o sus preparados

Tetracal { Simple. Ferruginoso. Adrenalinado. Arseniado. Fluosado.

ELICAL :- EGASTRIL

superan y mejoran los extranjeros

Bario X

■ Preparación emulsionable y agradable de tomar, de sulfato de bario químicamente puro

para radiosкопия y radiografía del aparato digestivo.

PRECIO: 4 PESETAS CAJA, preparado en el

Laboratorio farmacéutico de R. Clemente Alloza

MAYOR, núm. 9 - ZARAGOZA

NUTREINA

EL MEJOR ALIMENTO PARA NIÑOS

PRODUCTO NETAMENTE ESPAÑOL

go anestesia y calma el prurito. Los resultados de ese tratamiento son buenos en los casos bancales, pero provisarios generalmente en los casos rebeldes. Halban usa pocos anestésicos y recomienda calurosamente pincelaciones con nitrato de plata al 1-3-5 por 100. El autor las cree soberanas para muchos pruritos pertinaces y rebeldes a los otros tratamientos; el autor pincela toda la región afectada sin afeitarla previamente como aconsejan otros; el nitrato produce a menudo quemazón y sensación de calor al principio, pero que pasan pronto, instalándose la calma duradera y tan deseada; la protección de las partes genitales afectadas con pomadas o polvos es deseable pero no indispensable. El tratamiento con nitrato de plata es diario o intermitente, con intervalos y casi siempre de resultado bueno y duradero según el autor. "Nunca tuvo que recurrir a narcóticos o métodos físicos energicos como rayos X y ultravioletas o tratamiento quirúrgico". No todos comparten el mismo entusiasmo a pesar de ser el nitrato de plata un excelente paliativo, porque se han visto casos de fracasos rotundos por otros autores.

Olshausen recomienda mesotanol en solución al $\frac{1}{4}$ por 100. Labhardt lo rechaza y sostiene que el nitrato de plata es eficacísimo. Se recomiendan baños de asiento templados o gradualmente enfriados y fríos de entrada durante el día o preferentemente de noche; no abrigarse demasiado al acostarse. Lipscomb recomienda embadurnaciones con coldcream. Se aconseja como buen paliativo ictiol, tigenol y naftalán. Graves también recomienda lociones refrescantes con fenol, alcohol, hamamelis, mentol e ictiol, y narcóticos: cocaína, codeína en dosis restringidas y en forma de supositorios. Luitlen recomienda cremor tartárico endovenoso. Se usan baños templados con anhidrido carbónico, autohemoterapia como buenos paliativos y proteinoterapia. Schirer, en la 24^a edición de su Terapia, 1928 p. p., 194-5, recomienda para los pruritos baños de azufre o templados con extracto de pinotea, lociones con ácido fénico, éter, solución alcohólica con ácido salicílico al 1 %, mentol al $\frac{1}{2}$ %. Unna recomienda solución monoclorbenzol al 1-5 %. Kromayer usa KOH al 15 %. Leopold Argt Cl. Derm. Univ. de Wiena, Walter Jhoseph y Rosendorf, de Berlín, lo mismo como Pablo de Sala en "El Siglo Médico" de 7-11-1931, aconsejan para el prurito intenso liquenificado alquitrán localmente; entre nosotros Pavlovsky, Ivanisovich, Metraux y Carlos Berra lo usan con éxito. J. Bender, de Frankfurt, cita siete casos de prurito vulvar ya eczematizados, tratados todos con buen éxito con inyecciones de Aolan. Carlos Stern, de la Cl.

Derniat, de la Acad. Med. de Düsseldorf en Deusch Med. Wochenschrift, cita a N. Jacobs, quien todavía en 1894 recomendó el sublimado en los pruritos intensos, luego insistió Marain en 1895 en ese método, combinándolo más tarde Coper con frotaciones jabonosas azufradas previas; Boek sustituye ese jabón por fenicado. Stern llama la atención al estudio y tratamiento parasitológico en los pruritos; cita el autor al viejo maestro Rosenthal, quien recomendó por primera vez, sabiamente, distintas clases de aplicaciones de calor húmedo, sumersiones cortas con enérgico cepillado jabonoso durante cinco minutos en la región vulvar con soluciones mercuriales al uno por mil y cree eficaz ese método aun en los pruritos por craurosis. Se opone ese autor al abuso del calor húmedo por no ser apropiado en los casos con humedad local pronunciada y recomienda una sola enérgica aplicación del cepillaje jabonoso con agua caliente y loción mercurial-alcohólica aun en los prediabéticos y diabéticos ocultos y atribuye el éxito al factor antiséptico y al calor. Stern se entusiasma tanto con ese método que dice textualmente al fin de su trabajo: "Quedan, gracias a ese método, pocos casos para el bisturí"; y a los rayos X les deja el papel de psicoterapia. Aceptamos ese método como muy buen paliativo, sin compartir el entusiasmo del autor por haber fracasado en varios casos de prurito rebelde. Leopold Arzt, en su artículo sobre Hidroterapia en pruritos, cita el antiguo baño cama introducido por Hebra en 1861 para los penfigos, pruritos, variola y quemaduras. Entre nosotros se usa el cepillaje jabonoso para quemaduras. El tratamiento hidroterápico es muy usual hoy en día para los pruritos, salvo casos donde está contraindicado por sufrimiento del aparato circulatorio u otros, en esos casos recomienda Leopold Artz radioterapia. El costoso baño cama de Hebra lo sustituye ventajosamente por un baño común con espuma jabonosa abundante. Heins Frank, en su artículo sobre terapia y etiología del prurito, dice que el prurito vulvar es frecuentemente síntoma acompañante de varices, hemorroides, fisura anal, bartolinitis y otras afecciones genitales y rechaza la nerviosidad como etiología para los casos cuando tal se desconoce. En esos casos el autor acepta el elemento infeccioso—por tratarse de sitios apropiados—como causante, rechazando el concepto *esencial*. Ese autor atribuye a Schottomüller la prioridad del método de jabonado mercurial para el elemento infeccioso; usa el Mitigal para los casos rebeldes de prurito. En resumen, aconseja ese autor las lociones jabonosas de sublimado para iniciar un tratamiento en todos los casos de prurito por una causa infecciosa no específica. Walter Joseph y

Rosendorf, de la clínica de Max Joseph, de Berlín, citan los trabajos de Lebedieff sobre la acción de las sales de Br. endovenoso como calmantes indicables del elemento nervioso en los pruritos y recomienda una combinación de bromuro, estricnina y uranio para los casos desesperados de prurito vulvar combinándolo con el tratamiento local a base de alquitran! citan casos donde al fracasar la radioterapia se obtuvo éxito con Br. estricnina y uranio. Paul Chevalier y León Bloch, en la Soc. Med. de hospitales 12-XII-1930, recomiendan calurosamente inyecciones de extractos tisulares para los pruritos, aconsejados entre nosotros hace varios años antes por Frank L. Soler.

En cuanto al tratamiento etiológico se refiere constatamos en los múltiples trabajos la aconsejada opoterapia ovárica para corregir la disfunción de esa glándula considerada como principal elemento etiológico, y hemos visto a Halban hasta basar su clasificación en ese trastorno glandular, prurito ovarígeno, etc., y aconsejar la opoterapia adecuada; Sedicat J., Niolsky, Stajano, Graves, Pavlovsky y otros investigan inflamaciones crónicas de los órganos genitales extremos con leucorreas, indican la necesidad en primer término del estudio químico de la orina para ver si no hay glocusuria y otros elementos patológicos. El período climatérico y la atrofia senil de las partes genitales son elementos predisponentes para los pruritos rebeldes. Halban y Seitz recomiendan despistar siempre en los pruritos catalogados como criptogenéticos en primer término la existencia de oxiuros; en segundo término afeitar siempre las enfermas del prurito evitando así el roce con la ropa de los pelos de dirección anormal, irritaciones que mantienen el prurito. Según Halban muy poco resultado da la opoterapia en el prurito senil y del período post-climatérico.

Tratamiento fisioterápico y quirúrgico.—Graves considera las distintas radiaciones inútiles y hasta nocivas en muchos casos por la esclerosis y retracciones fibrosas consecutivos que producen: admite mejorías provisorias en los pruritos que luego empeoran. El autor cree necesario favorecer el adecuado drenaje de las secreciones uterinas corrigiendo las atrepsias vaginales y estenosis del cuello quirúrgicamente o por dilatación. Ya hemos dicho que para los casos donde el prurito expresa leucoplasia ese autor utiliza con buen resultado lanolina que mejora y hasta cura la afección según Graves; en caso de craurosis aconseja intervención calmándose el prurito enseguida y se preserva así del cáncer, que puede sobrevenir en combinación con leucoplasia aun en principio de esta última afección, con lo que están de acuerdo la mayo-

ría de los autores, entre ellos Nicholson, Ahumada y Caviglia. En su último trabajo sobre cáncer del útero, refiriéndose a la leucoplasia, esos autores citan la reacción de Schiller con iodo para despistar un diagnóstico precoz de leucoplasia, aun en los casos no diagnosticables todavía clínicamente. Ahumada, en sus múltiples e importantes trabajos sobre leucoplasia, creurosis y cáncer de vagina y vulva, refiriéndose a la profilaxis y al tratamiento de esta última afección, subraya la necesidad de que ellos deben ser precozmente diagnosticados y tratados enérgicamente. En una serie de casos bien documentados, el autor ha efectuado la vulvectomía amplia, con extirpación de uretra y paredes vaginales en los casos más avanzados y ya en el límite de la operabilidad. Recomienda la extirpación de los ganglios inguinales superficiales y profundos, según Basset, en un tiempo aparte, para poder llevarla bien a cabo. Estamos de acuerdo con Pavlosky y los autores citados en la necesidad de efectuar biopsias precoces y repetidas en los casos rebeldes de prurito sobre todo por leucoplasia para despistar así un diagnóstico a tiempo de esa lesión considerada por todo el mundo cancerígena. Graves aconseja vulvectomía con la aparición de los primeros síntomas de craurosis, dejando la vagina para el paso de la secreción cérvico-uterina; el autor no observó recidivas. Labhardt es contrario del tratamiento operatorio porque ha visto recidivas del prurito y de la leucoplasia en la cicatriz operatoria, y rechaza la Roentgenoterapia. Mauclaire reseca hasta los músculos perineales; Tavel reseca nn. pudendi; Gibbons y Stajano atribuyen el prurito a centros espinales, teoría apoyada también por Schubert por los efectos benéficos de las inyecciones epidurales que él observó. Gardlmd recomienda tratamiento local de la neurosis, mejora el prurito recurriendo al principio hasta a camisas de fuerza para suprimir el resecado. Mathes, citado por Halban, acepta la etiopatogenia angioneurónica y consiguió buenos resultados con la cauterización completa, a veces, de las partes enfermas. En casos de leucoplasia y prurito intenso, el autor, junto con Halban, recomiendan para preservar del cáncer: vulvectomía amplia resecando clítoris y labios mayores con anestesia local y sutura de los planos. Refiriéndose a la fisioterapia del prurito vulvar Halban explica el buen efecto de los rayos ultravioletas por la disminución de la sensibilidad de las terminaciones nerviosas idéntica al efecto de la fulguración; aconseja repetir las aplicaciones combinándolas con Roentgenoterapia profiláctica, sobre todo en casos tórpidos y localizados (T. II, pág. 652) el mismo autor en el mismo capítulo considera los

rayos X capaces de beneficiar en casos de eczema, leucoplasia y craurosis genitales, pero cree dudosos sus efectos en pruritos llamados esenciales. En pruritos por causas locales aconseja aplicaciones de rayos a dosis preeritematosas. En pruritos por diabetes y del período climatérico, el tratamiento fisioterápico debe ser combinado con el etiológico. En otro capítulo del mismo tomo II, pág. 430, refiriéndose el autor a la radioterapia de los pruritos esenciales, se manifiesta más optimista refiriendo casos de mejoría evidente hasta curaciones, y en pocos casos refractarios, fracasos. Cree escasas las recidivas que curan con la repetición de la Roentgenoterapia, recomienda rayos más duros que en eczema: de 18-20 cent. de distancia filtrados por tubos de 1-2 mm. de aluminio y 1/3 de Un. para la piel. En algunos casos, dice el autor, el prurito calma con la primera aplicación que debe repetirse profilácticamente dos y más veces con intervalos. En craurosis las alteraciones de la piel son más profundas, necesitándose rayos más duros todavía, a distancia de 25-30 cms. con filtro de 3 mm. aluminio 3/4 ó 4/5 Nn. de piel. Se repite la aplicación después de 3-4 semanas de intervalo. Agrega el autor que hay casos refractarios a los rayos X. El mismo autor, hablando del tratamiento de los pruritos esenciales, en el tomo II, pág. 220 de Halban-Seitz, refiriéndose al éxito que obtiene con su esquema terapéutico a base de lociones con bichloruro de mercurio 2-3 veces por semana y pincelaciones con nitrato de plata al 2-3-5 por 100 se contradice: "desde que usa ese método quimioterápico no ha tenido que recurrir más a la fisioterapia ni al tratamiento quirúrgico". J. Borak, del Zentr. Roentg. Institut, del profesor Holzknecht y del Inst. Roent. del Com. Isr. de Viena, en su artículo sobre la posibilidad de un nuevo tratamiento del prurito senil recomienda como método heroico la irradiación de las glándulas hipofisiaria y tiroidea para los pruritos generalizados. Sahlér, que tenía a su disposición el material de Werner en su tratado "Sobre Roentgenoterapia de la hipofisis en ginecología" de 1927 no cita ese método para el tratamiento de prurito localizado. Borak también admite su ineficacia en casos de prurito localizado. Iribarne recomienda el fango radífero que se ha empleado en su servicio en muchos casos de prurito rebelde con buen éxito.

(De Acción Médica, de Buenos Aires).

BIBLIOGRAFÍA

PSIQUIATRIA MEDICO-LEGAL. — Henry Claude.— Traducción por el Catedrático de Medicina legal de la Universidad Central Dr. D. Inicial Barahona.—Editorial Espasa-Calpe. Madrid, 1933.

Conforme nos dice el autor, en el prólogo de esta interesante publicación, se ha propuesto poner al alcance de los estudiantes de Medicina y de los médicos no especializados, algunos conocimientos relativos a la práctica de los peritajes médico-legales, del dominio psiquiátrico.

Consta la obra de cuatro capítulos:

El primero lleva por título "Ejercicio de los derechos civiles", estudiando sucesivamente la Interdicción, Oposición al matrimonio, Nulidad del matrimonio, Divorcio y Testamentos. Todo ello con referencia a la legislación francesa. Particularmente acertadas resultan las sugerencias sobre la capacidad de testar de los afásicos; demostrativas de la superioridad de la escuela francesa en los puntos de contacto de la Neurología con la Psiquiatría.

El segundo capítulo versa sobre "La responsabilidad penal". Tras sentar la afirmación de que al médico no compete la declaración de responsabilidad atenuada, justifica tal aserto en que las nociones resultantes de la pericia deben ser exclusivamente médicas. Da luego oportunas reglas para la redacción de un informe médico-legal, en materia de Psiquiatría.

A continuación aborda el moderno problema de la Psicología Jurídica "El valor del testimonio ante la Justicia", muy atinadamente en lo que respecta al "Valor del testimonio de los alienados". Y tras comentar la legislación francesa sobre "Reclusión de los alienados", entra de lleno en la cuestión "Degeneración y criminalidad" con un pensar netamente francés, sobresaliendo un acertado estudio de la "Simulación".

El capítulo tercero lleva por título "Diversas formas de crímenes o delitos". En él se estudian "Los robos en los grandes almacenes", "Las fugas" y los "Crímenes pasionales". Este capítulo por sí sola bastaría para justificar las palabras del Prólogo: "las nociones de Psiquiatría de carácter práctico pueden interesar a las personas que bajo un título cualquiera intervienen en la administración de justicia".

El cuarto y último capítulo estudia el "Carácter de las reacciones médico-legales en los diversos estados mentales". Tratándose de Psi-

quiatría francesa, casi resulta ocioso advertir la extensión que dedica al análisis de las reacciones médico-legales en lo que respecta a Obsesiones e Impulsiones. Si resulta interesante el apartado que lleva por título "Parálisis general y accidentes de derecho común o accidentes del trabajo" no es menor el referente a "Reacciones médico-legales en la encefalitis epidémica" que de forma concisa nos presenta resumida una cuestión tan ampliamente debatida. Finalmente, glosa con la debida amplitud la cuestión "Reacciones médico-legales de las toxicomanías", cuya palpitante actualidad culmina en el apartado relativo a "Barbiturismo" logrado tan certeramente, que en tres páginas condensa la innumera y dispersa bibliografía que existe sobre el particular.

En suma, constituye este libro un verdadero acierto, de patente utilidad para el estudiante y para el estudiioso. Corresponde al ilustre maestro de la Medicina legal española, Dr. D. Inicial Barahona, el mérito de haberle dado a conocer, con su cuidadosísima traducción del mismo.

VALENTIN PEREZ ARGILES.

* * *

ONCE LECCIONES SOBRE EL REUMATISMO, por el Dr. Gregorio Marañón, Profesor de la Universidad de Madrid.—Editorial Espasa-Calpe. Madrid.

Ocurre con frecuencia que ante un libro nuevo experimentamos con su lectura una decepción, la que sufrimos al convencernos que no encierra ninguna idea original por haberse limitado el autor a recopilar las publicaciones anteriores referentes a la materia sujeto de estudio; con los libros de Marañón nunca ocurre este fraude, porque siempre surgen sus ideas nuevas frente a conceptos viejos, y su estilo es tan sugestivo, que se experimenta agrado con la lectura de sus publicaciones.

El tema del reumatismo ha sido estudiado por Marañón de modo admirable en esta obra. Adopta una clasificación muy completa y ordenada en la que incluye todas las variedades de reumatismo. En la patogenia admite tres factores: determinante, predisponente y fijador. Es notable el capítulo de semiología radiográfica de las artropatías. De la gota rechaza el concepto antiguo de ser debida exclusivamente a la alimentación incorrecta y comprueba la mayor frecuencia en las clases acomodadas. Del reumatismo cardio-articular dice: "no existe conocimiento

miento del germen causal; afecta a individuos de tipo asténico". Acepta la contagiosidad. El corea sería una localización encefalopática del reumatismo. Admite como posible la intervención de un factor alérgico en la génesis del reumatismo. Da importancia al hallazgo del nódulo de Aschoff para juzgar como reumática una lesión. Estudia los reumatismos por infección general, los reumatismos focales y los sintomáticos. Estudia con detalle los reumatismos crónicos deformantes, los vertebrales y los musculares. La última lección la dedica al tratamiento de los reumatismos. Existe un apéndice vocabulario de la terminología reumática.

Constituye una obra completísima, interesante para todo médico que sienta deseo de conocer el verdadero estado del problema del reumatismo, asunto del mayor interés en nuestra región donde tan frecuentemente es la afección y por ello la recomendamos con verdadero entusiasmo.

Espasa-Calpe, como de costumbre, se ha lucido en la edición de esta obra que estimamos de éxito seguro.

JOSE LORENTE.

FORMIOKOLA MIRET

TÓNICO NEURO-MUSCULAR

INDICACIONES: Anemia, neurastenia, debilidad cerebral y medular, convalecencias, inapetencia y todos los trastornos provocados por el agotamiento nervioso (surmenaje) y la debilidad orgánica.

— PODEROSO REGULADOR DEL METABOLISMO —

Laboratorio MIRET - Plaza de la Sal, 13 y 15 (Teléfono 146) Lérida

Dos obras nuevas de la editorial
Espasa-Calpe

**«Once lecciones sobre
el Reumatismo»**

Por el

Dr. G. Marañón

Profesor de la Universidad de Madrid

y

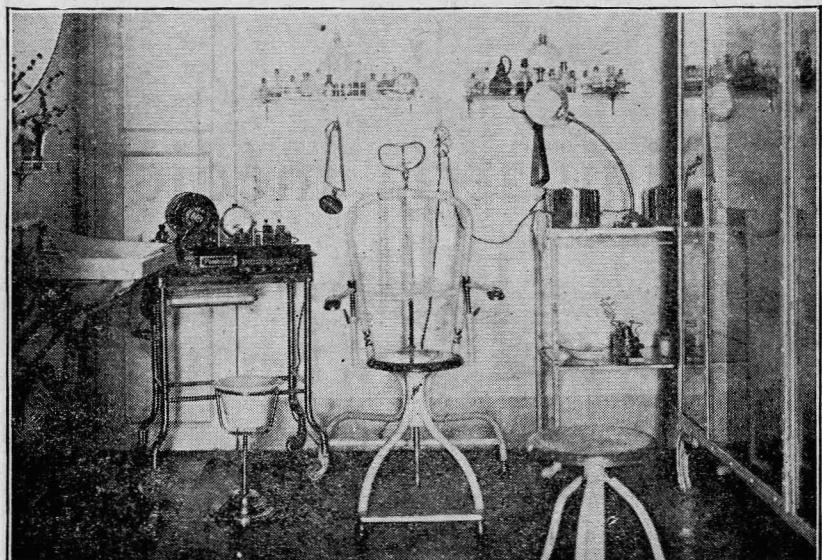
**«Psiquiatría médico-
legal»**

Por

Henry Claude

Traducción por el Catedrático de Medicina Legal
de la Universidad Central, D. INICIAL BARAHONA

Consultorio para enfermedades de Garganta - Nariz - Oído
del **DR. JOSÉ LORENTE LAVENTANA**
Numerario de la Beneficencia Municipal



HORAS DE CONSULTA: de 11 a 1 y de 5 a 7
COSO, núm. 58, 1.^o **ZARAGOZA**

Cerealine

Alimento concentrado. Sustituye con ventaja a la leche y caldo.
De gran valor nutritivo.

Para enfermos, ancianos y niños.

Neumocol

Cura la tos por rebelde
que sea.
Enérgico reconstituyente.

Ferrometano

Inyectable ferruginoso, in-
doloro y no produce indi-
ración.

Metanoquina

Inyectable de quinina. No produce
induración. Indicado en el Paludis-
mo, Gripe, Coqueluche y las fiebres
ocasionadas por Neumococos, etc.

Variuretano

Cura las varices
sin operación.

Gastro-evacuan

Hiperclorhidria.
Úlceras gastro-duodenales.

MORRHUETINE • JUNGKEN •

EL TÓNICO DE LA INFANCIA

Substituye con ventaja al aceite de hígado de bacalao.

SE USA TODO EL AÑO

SABOR AGRADABLE · PERFECTAMENTE TOLERADO · LICOR NO ALCOHÓLICO NI AZUCARADO

DOSIS POR CUCHARADA SOPERA - YODO 0.015 GR. - MIFOPOSÍTOS COMPUESTOS 0.15 GR.
FOSFATO SODICO 0.15 GR. GLICERINA PURA.



EPIČAZ EN ADENOPATIAS. LINFATISMO. ESCRÓFULA. RA-
QUITISMO. BRONQUÍTIS CRÓNICA. DIABETES. HEREDO-
SÍFILIS. AMENOY DISMENORREA. CONVALESCENCIAS ETC.

DEPURATIVO RECONSTITUYENTE



MUESTRAS GRATIS AL CUERPO MÉDICO

LABORATORIO MIRABENT - BARCELONA.

Señor Doctor:

Abronasmático

es la más perfecta medicación para combatir

Asma, Bronquitis crónica y Enfisema pulmonar.

Su fórmula garantiza el éxito terapéutico:

INYECTABLES BLANCOS

Adrenalina básica extractiva... 8 milig.
Principios activos del lóbulo posterior de hipófisis..... 75 diezmilg.
Agua bidestilada, c. s. para 1 c. c.

INYECTABLES TOPACIO

Guayacol..... 5 centig.
Alcánfor..... 5 id.
Iodo 1 id.
Aceite, c. s. para 1 c. c.

Caja de 4 Inyect. blancos y 8 top. o cajas con ampollas blancas y topacos solamente.

Sus buenos resultados son la defensa del alto crédito que tiene.

PROPAGANDA EXCLUSIVAMENTE MÉDICA

Babermil

Babeurre en polvo.
Leche Milfo transformada en leche ácida con 5 gramos por 1.000 de acidez.

Liebmalt

Sopa de Liebig malteada con leche Milfo y desecada en tres formas:
LIEBMALT normal.
— laxante.
— astringente.
Util en los procesos gastro-intestinales.

JUAN SERRALLACH

Vía Layetana, 15

Barcelona