Padre Carsi

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION DE LEPRA, DERMATOSIS Y ENFERMEDADES VENEREAS

MISION DE LOS DISPENSARIOS DERMATOLOGICOS

POR LOS DOCTORES

D. FELIX CONTRERAS DUEÑAS y D. LUIS ALVAREZ LOVELL

Médico de la Lucha Oficial Antivenérea, Jefe de la Sección y Director de la Colonia-Sanatorio de Fontilles.

Médico de la Lucha Antivenérea y Director del Hospital de San Juan de Dios

GRAFICAS GONZALEZ

MIGUEL SERVET, 15.—TELÉF. 27 07 10

MADRID

1 9 5 9

L)
N

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION DE LEPRA, DERMATOSIS Y ENFERMEDADES VENEREAS

MISION DE LOS DISPENSARIOS DERMATOLOGICOS

POR LOS DOCTORES

D. FELIX CONTRERAS DUEÑAS y D. LUIS ALVAREZ LOVELL

Médico de la Lucha Oficial Antivenérea, Jefe de la Sección y Director de la Colonia-Sanatorio de Fontilles.

Médico de la Lucha Antivenérea y Director del Hospital de San Juan de Dios

R.331

GRAFICAS GONZALEZ

MIGUEL SERVET, 15.—TELÉF. 27 07 10

MADRID

1 9 5 9

Depósito legal. M. 11.176. — 1959

Hasta hace muy poco tiempo, la misión de los 93 Dispensarios Dermatológicos nacionales fué casi exclusivamente de Lucha contra las enfermedades venéreas. Posteriormente se añadió a su tarea la Lucha contra la lepra. No quiere esto decir que no se haya realizado en estos Centros una labor asistencial dermatológica. Es de todos conocida la preparación y capacidad de los Médicos que integran el Cuerpo y su interés por todos los problemas que la Especialidad plantea en su más amplio sentido. Pero prescindiendo de esta labor exclusivamente personal y llevada a cabo por pura vocación, es lo cierto que tal actuación no ha tenido nunca una repercusión oficial suficiente, ni ha sido valorada en debida forma en el círculo de la Sanidad nacional.

Esta posición fué en su tiempo relativamente normal, dado que el campo de acción de la Lucha antivenérea ocupaba un primer plano sustancial, y de evidentes repercusiones sanitarias sobre el pueblo español. En este sentido, la labor de los Dispensarios Antivenéreos, como se llamaron desde su fundación, fué eficacísima, y sus resultados son palpables en la actualidad.

Sin embargo, los progresos actuales de la terapéutica simplificaron en tal medida esta labor, que prácticamente nuestros Dispensarios vieron disminuir su rendimiento de trabajo en un 50 por 100. A esta situación derivada de los avances de la Medicina, vino a sumarse la abolición de

la prostitución, que ha añadido un nuevo déficit en las clásicas actuaciones dispensariales. También la implantación del S. O. E. ha restado considerable número de enfermos a los Dispensarios.

Incorporada la Lucha contra la lepra a la misión dispensarial, con gran acierto por nuestras autoridades sanitarias, y entrevista la importancia de la Lucha contra una larga serie de dermatosis de interés social evidente, se hizo patente la necesidad de sustituir el nombre que fundacionalmente se había dado a los dispensarios por el de «Dispensarios Dermatológicos y de Higiene Social». Esta incorporación de la Lucha contra la lepra a la misión dispensarial, ha sido un reactivo a la labor de los Centros situados en zonas fuertemente endemiadas, pero no ha tenido repercusiones en la mayoría de los Dispensarios localizados fuera de estos sectores.

Es natural, pues, que mermadas la significación sanitaria y la capacidad de acción de muchos Dispensarios, cuya labor, siempre estimable, no tenía la debida estructuración, que atravesaran los Médicos del Cuerpo por una situación pasajera de crisis moral y desorientación acerca de su misión en la Sanidad nacional.

La reacción frente a esta crisis no se ha hecho esperar. Las conclusiones habidas en el presente año (V Reunión de Sanitarios, Reunión de los Médicos del Cuerpo, en mayo de 1959) demuestran hasta qué punto las misiones más trascendentales del Dispensario están todavía por hacer.

La Sección de Lepra, Dermatosis y Enfermedades Venéreas de la Dirección General de Sanidad, recogien-

do los anhelos de todos los Médicos de los Dispensarios, y también por su propia iniciativa, ha llevado a cabo un plan de nueva estructuración dispensarial, señalando a estos Centros misiones sanitarias de gran importancia y contenido, siguiendo las pautas del nuevo Reglamento recientemente aprobado.

Se recoge en esta nueva estructuración la radical transformación de la Especialidad y la repercusión de este hecho en las funciones a realizar por los Médicos de los Dispensarios.

Las posibilidades de actuación de los Dispensarios rebasan todas las previsiones, que probablemente habrán de ser superadas cuando logremos la necesaria coordinación con los demás servicios estatales y es ahora precisamente cuando mayor rendimiento pueden dar a la nación. Su papel es de primera importancia en la Medicina Preventiva, y su antiguo contenido está ampliamente superado.

Queremos en esta Memoria dar a conocer a los Médicos titulares de los Dispensarios cuál es esta nueva orientación de nuestras funciones, su valor sanitario y su influencia trascendente en el bienestar futuro de nuestro pueblo.

Misión sanitaria de los Dispensarios Dermatológicos

Nuestra línea de actuación va a comprender fundamentalmente siete apartados principales:

a) Lucha contra la sífilis y enfermedades venéreas.

b) Lucha contra la lepra.
c) Lucha contra el cáncer cutáneo.
d) Lucha contra las tiñas.
e) Lucha contra las dermatosis profesionales.
f) Lucha contra las quemaduras.
g) Profilaxis de las dermatosis parasitarias (sarna, pediculosis, etc.).

El enunciado de estas misiones, con ser elocuente, exige un comentario para cada uno de ellos:

Lucha contra la sífilis y enfermedades venéreas

La sífilis, pese a todos los avances terapéuticos conseguidos, sigue constituyendo en nuestro país un grave problema sanitario. La orientación actual de la Lucha comprende seis apartados que han de ser pilares fundamentales en nuestra campaña. Estos puntos son los siguientes:

Profilaxis individual y social.
Diagnóstico precoz.
Declaración obligada de primo-infecciones.
Investigación de fuentes de contagio.
Encuesta serológica en grandes masas de población (*screening*).
Tratamiento.

Estos distintos apartados que el Dispensario lleva a cabo, no constituyen grupos de medidas totalmente desconectadas entre sí, sino que, por el contrario, forman un todo íntimamente relacionado, cuya meta final es la prevención de la sífilis en el individuo y en la sociedad en que éste se desenvuelve.

Profilaxis individual y social y diagnóstico precoz.— Ambas funciones han sido llevadas a cabo tradicionalmen-

te por los Dispensarios. Misión clásica de estos Centros ha sido siempre el aconsejar, propagar y difundir medidas de profilaxis referidas al individuo. No vamos a entrar en el estudio de estas medidas profilácticas de todos conocidas, y en cuya aplicación, dentro de nuestro país, aún falta mucho por hacer, pese al indudable aumento del nivel de vida registrado en nuestro pueblo. Pero no por conocidas debemos aflojar nuestra presión en el sentido de renovar periódicamente actualizándolas estas campañas de higiene y profilaxis individual, hoy arrinconadas o reducidas en el mejor de los casos a cuatro consejos al dorso de un carnet dispensarial. En este aspecto es de suma importancia el espíritu de iniciativa y la vocación sanitaria de cada Médico titular de los Dispensarios. En lo que se refiere a profilaxis social, el avance proporcionado por la moderna medicación antibiótica se refleja en todas las estadísticas. A este respecto daremos algunas normas en los apartados de tratamiento, de investigación de fuentes de contagio e indagación serológica. La lucha contra los «contactos peligrosos», marco en el que hoy debemos incluir la prostitución, será también glosada en estos capítulos.

Cuestión adyacente a esta de la profilaxis, es el diagnóstico precoz. Es indudable que en treinta y cinco años de existencia de los Dispensarios, todos los Médicos de la Lucha han demostrado su aptitud para realizar este diagnóstico precoz. Y todos ellos evidentemente reconocen su trascendencia. Pero no olvidemos una cosa. Hasta ahora, este diagnóstico precoz ha sido hecho en el despacho del consultorio ante los pacientes que solicitaban informe médico.

La estructura actual de la Medicina en España, y el cambio psicológico inducido en los individuos y beneficiarios por estas nuevas disposiciones (S. O. E., abolición de la prostitución, pluralidad de servicios médicos de todo tipo, depreciación del venereólogo, etc.), ha restado al Dispensario un tanto por ciento considerable de enfermería, y en consecuencia, los diagnósticos de sífilis precoz allí realizados son sólo una mínima parte de los reales y efectivos. Y por otra parte, sólo están capacitados para llevar a cabo con rigor este diagnótsico precoz auténticos especialistas cuya presencia en otros Centros sanitarios no siempre es la regla. Todo esto quiere decir que en este aspecto del diagnóstico debemos modificar nuestra línea de conducta en dos sentidos: modificando nuestra política sanitaria (misión de la Dirección General de Sanidad a través de la Sección) y modificando nuestra postura personal como rectores de un Dispensario.

En este aspecto personal, la modificación se refiere a que no sólo debemos actuar dentro del Dispensario, sino fuera de él, y esto lleva de una manera decidida a otro capítulo: el de indagación de las fuentes de contagio. Es decir, que hay que ir a buscar a los enfermos y no esperar a que ellos decidan ir al Dispensario. Esta postura no es, ni mucho menos, nueva. Se realiza ya en la Lucha contra la lepra al indagar la probabilidad de los casos nuevos, precoces, entre los convivientes del hanseniano. Se realiza en todas las campañas que pretenden ser útiles de Medicina Preventiva contra cualquier enfermedad transmisible, y aun contra las que no lo son, como el cáncer, etc.

Corresponderá, pues, a la Sección, la creación a título experimental, de unos Dispensarios-Equipos que, dejando aparte su misión asistencial, se dediquen exclusivamente a la investigación de las fuentes de contagio en virtud de los partes que estarán obligados a presentar no sólo el resto de los Dispensarios, sino también otros Centros y aun los Médicos particulares, de los casos de primo-infección con mención de la fuente contagiante. Análoga función harán estos Dispensarios con los enfermos afectos de serosífilis que, puestos al descubierto por un «screening», eludan el control terapéutico ulterior.

En fecha reciente ha sido aprobada ya la creación de dos de estos Dispensarios-Equipos en Madrid y Barcelona, respectivamente, a título experimental, y es muy posible que en fecha próxima comiencen sus actuaciones, pero aparte de esto y hasta que podamos valorar la actuación de estos Dispensarios-Equipos, no cabe duda de que es posible, sobre todo en poblaciones pequeñas, indagar fuentes de contagio con los medios actuales.

En lo referente a la modificación de nuestra política sanitaria, la Dirección General de Sanidad y la Sección se ocupan actualmente, a través de negociaciones con el S. O. E., de poner en vigor el Reglamento que, al considerar a la Venereología como una rama importante de la Medicina Preventiva, determina que todos los enfermos del S. O. E., afectos de enfermedades venéreas, sean vistos y asistidos por nuestro Cuerpo, y estén en definitiva controlados por la Dirección General de Sanidad. Con ello, además, sería posible llevar a buen fin nuestro actual concierto internacional con la O. M. S.

Declaración obligada de primo-infecciones.—Tampoco supone ninguna novedad la obligatoriedad de declarar las primo-infecciones entre los Médicos de la Lucha. En tal sentido, las fichas nuevas de parte mensual que deben remitirse a la Sección son lo suficientemente explícitas.

Ahora bien, a los casos de primo-infección que se registren durante el mes, consignados automáticamente en la ficha parte mensual, deberá acompañar un parte sumamente breve y, como se verá, totalmente anónimo de la probable fuente de contagio, del contacto sanitariamente peligroso origen de la infección sifilítica. Ello permitirá enlazar debidamente esta función con la siguiente investigación de las fuentes de contagio. Esta fuente de contagio deberá ser investigada por el Dispensario-Equipo donde funcione, y por el Médico del Dispensario de su localidad, en las demás poblaciones. Pero esta investigación directa por el Jefe del Dispensario, no excluye la remisión del parte de fuentes de contagio a la Sección central.

Estos partes de primo-infección y fuentes de contagio es propósito de la Sección distribuirlos a todas las Jefaturas Provinciales de Sanidad y Dispensarios Dermatológicos. Los Jefes Provinciales de Sanidad los distribuirán también entre los especialistas de la provincia, advirtiéndoles de la obligación de esta declaración de primo-infección a la Dirección General de Sanidad. Con ello se pretende una declaración unificada y global de primo-infecciones y fuentes de contagio.

Investigación de fuentes de contagio.—Abolida la

prostitución en España, queda, sin embargo, la cuestión de afrontar decididamente la Lucha contra los «contactos» sanitariamente peligrosos. Abolir la prostitución nada significa por sí sólo desde el punto de vista sanitario. Abolida ésta, queda la Lucha sanitaria contra sus secuelas y contra la morbilidad venérea actual.

Estos «contactos peligrosos» se realizan hoy en España por individuos masculinos y femeninos que no están encasillados en ningún sector legalmente anatematizado. No hay, pues, prostitutas, sino mujeres libres que pueden contagiar y hombres en análogas circunstancias.

La lucha contra estos contactos debe, pues, estar vinculada a instituciones puramente sanitarias, y en este caso concreto, a los Dispensarios Dermatológicos, que por su experiencia, formación y tradición, son insustituíbles para ello.

A la vista de estas conclusiones, se propuso por la Sección la creación en Barcelona, a título inicial, de unos Dispensarios-Equipos, que, desprovistos en absoluto de toda misión asistencial, limitaran sus funciones a investigar las fuentes de contagio, para una vez localizadas éstas, llevar al convencimiento de los «contactos», así peligrosos, la obligación moral y social en que se hallan de tratarse, para lo cual serían dirigidos al resto de los Dispensarios con misión asistencial específica o a otros Centros si así lo prefiere el sujeto enfermo. Estos Dispensarios-Equipos trabajarían en íntima conexión con las Jefaturas Provinciales de Sanidad, con el resto de los Dispensarios, y por supuesto, con la Sección Central. Su única misión sería, pues, localizar la fuente contagiante,

y ello lo podrían hacer por dos caminos, uno de investigación directa sobre el contacto, sea éste hombre o mujer, y otro de investigación indirecta, cuando no sea posible la posesión de datos exactos, que nos lleven a la persona enferma, pero, en cambio, estos datos nos conduzcan al centro frecuentado por aquélla (bar, cabaret, cafetería, etc.).

Para esta investigación indirecta, será necesario contar, aparte de con personal idóneo, con la posesión de ciertas medidas consistentes en sanciones de tipo sanitario, que podrían ser aplicadas por vía gubernativa cuando estos centros de recreo y diversión no colaboren de un modo patente con la Sanidad nacional.

Las relaciones del Médico Director de estos Dispensarios-Equipos con los «contactos», han de ser muy cuidadosamente matizadas. Su papel es primordialmente sanitario, y por ello su labor y la del personal a sus órdenes ha de ser plenamente convincente, sin tratar en modo alguno de imponerse por la fuerza. Debe considerar que no trata con prostitutas, que no tienen vigilancia oficial, sino con sujetos enfermos exactamente lo mismo que en el caso de la lepra, tuberculosis, tiñas, etc.

Si a la vista de este ensayo que se va a realizar en Madrid y Barcelona, como lugares de mayor endemia, los resultados lo aconsejaran, entra dentro de nuestro propósito la extensión ulterior de este tipo de Dispensarios a otras grandes poblaciones.

Encuesta serológica en grandes masas de población «screening».—La necesidad de un sondeo a fondo del volumen de la endemia sifilítica en nuestro país es evi-

dente, y fué perfectamente comprendida por nuestras autoridades sanitarias, quienes percatadas de la magnitud del esfuerzo que representaría tal encuesta serológica recogieron el ofrecimiento de la O. M. S. de ayuda económica y técnica para llevar a buen término este programa.

Medidas derivadas del concierto estatal entre nuestra Sanidad y la O. M. S., fueron, por una parte, la creación de los Laboratorios Escuelas Pilotos de Madrid y Sevilla, que ya funcionan actualmente, y por otra, el proyecto de instalación de un tercer Centro Piloto en Barcelona en breve plazo.

Unificar las serologías, desde el doble punto de vista de antígenos de garantía e identificación de reacciones y criterios interpretativos, es asunto de gran importancia. Paulatinamente esta ayuda técnica y económica de la O. M. S. deberá ser extendida a otros Centros del país, teniendo naturalmente como eje la organización dispensarial. Pero naturalmente antes tendremos que rendir cuentas de nuestra labor y de nuestra capacidad para desarrollar tal programa en los Centros Pilotos primeramente establecidos.

También como consecuencia de este criterio unificador de serologías entra de nuevo a colación la imperiosa necesidad de que el S. O. E. preste su decidida colaboración y empeño a tan magna obra como lo han hecho otras entidades sanitarias estatales y paraestatales (Sanidad del Ejército, Dirección de Prisiones, Beneficencias Provinciales, Facultades de Medicina, industrias privadas, etc.), con gran espíritu sanitario y talento previsor.

Esta encuesta se lleva a cabo actualmente realizando

serologías en grandes masa de población en Madrid y Sevilla, que han puesto al descubierto un índice de sífilis serológicas o «serosífilis» notablemente alto. Con referencia a este aserto aconsejamos la lectura del trabajo de CUESTA, ALVAREZ LOVELL y GAY MARTÍNEZ FRESNEDA, presentado al reciente Congreso de Lisboa próximo a publicarse en *Actas Dermo Sifiliográficas*.

Plantear la Lucha contra la sífilis sobre bases estrictas y datos científicos, supone, pues, tener un conocimiento previo del volumen de la población afectada por esta enfermedad. Estos datos debieran ser tan exactos como fuera posible y a esta misión debemos cooperar con todo nuestro esfuerzo. Esta cuestión nunca se abordó rigurosamente en nuestra Patria, hasta fecha bien reciente y será necesario en el futuro que la continuación de estas encuesta serológicas provinciales sea dirigida desde los Dispensarios.

El resultado del «screening» o indagación serológica nos da, naturalmente, datos sumamente valiosos del frente de contacto treponema-población, pero no nos dice la verdad absoluta del problema de la sífilis en el país.

En primer lugar, porque no abarca las primo-infecciones que nunca llegaron a tener serología positiva debido al tratamiento precoz. Estas «neosífilis» se recogen, sin embargo, en la declaración de primoinfecciones y serán un sumando más en la cuenta final. También escapan a este escrutinio los enfermos antiguos ya tratados y curados, que, por otra parte, carecen de interés sanitario; no tiene actualidad ni vigencia sanitaria.

Y por último, es evidente que de la cuenta final ha-

brá que restar una minoría de serologías positivas inespecíficas que cada vez plantearan menos problemas a la vista de la finura de las actuales reacciones y de la trascendencia del «Test de Nelson».

Del resumen de los «screenings» obtendremos el número de serosífilis actual de España y deduciremos el «potencial de endemicidad». De la declaración de primoinfecciones precoces el número de «neosífilis», y deduciremos el «potencial de epidemicidad, de actividad infecciosa». El volumen global de la sífilis en España se obtendrá sumando el número de neo y serosífilis adicionado de los enfermos en tratamiento y ya con serología negativa vistos en la red dispensarial.

Este desiderátum sanitario es obvio que tropieza y tropezará con grandes dificultades de toda índole. Superarlas debe ser también nuestra misión.

Tratamiento.—Ningún programa de Lucha contra la sífilis tiene valor sin la adecuación de una terapéutica eficaz desde el punto de vista individual y social. La necesidad de unas normas de tratamiento unificadas con un criterio de gran flexibilidad, se hace imperiosa si queremos sacar ulteriormente consecuencias de interés nacional.

Por ello fueron sometidas y aprobadas en el V Congreso de Sanitarios las normas de tratamiento que se remitirán conjuntamente con esta Memoria dedicada a los Médicos de los Dispensarios. Interesa, pues, seguir estas normas en lo posible sin los individualismos que tanto impiden la recogida de datos homogéneos, valorables desde un punto de vista estadístico.

Medidas accesorias de esta campaña son la Lucha con-

tra la Sífilis de Inmigración, procedentes del exterior, y contra la Sífilis congénita. Para ello los Dispensarios situados en Puertos y Fronteras deberán contactar, a través de las Jefaturas Provinciales correspondientes, con los Cuerpos Médicos de Sanidad y Fronteras, y con Maternólogos y Puericultores del Estado.

Para actualizar debidamente esta misión dispensarial de lucha contra la sífilis, se remitirán conjuntamente con estas notas los siguientes modelos impresos:

a) Ficha parte mensual de los Dispensarios.

b) Parte de primo-infecciones y fuentes de contagio.

c) Normas de tratamiento. (Que se exponen a continuación.)

Otras enfermedades venéreas.—El incesante progreso de la Especialidad nos fuerza a dirigir nuestra atención a Entidades morbosas que van adquiriendo una singular significación sanitaria. Entre estas Entidades tiene un interés ya clásico la blenorragia. Pero también deberán tenerlo de ahora en adelante las llamadas «uretritis no gonocócicas» en su más amplio sentido. A este respecto consideramos de gran interés la investigación de tricomoniasis y candidiasis del tracto uro-genital, así como las uretritis por virus.

Nuestra postura en lo que a la Lucha contra el chancro venéreo y la linfogranulomatosis inguinal se refiere, permanece inalterada.

Plan de tratamiento de la sífilis que se aconseja como norma por su eficacia por la Sección de Enfermedades Venéreas de la Dirección General de Sanidad. (Con vigencia para 1959-1960.)

De todas las enfermedades infecciosas crónicas, la sífilis ha sido la más afortunada en cuanto se refiere a la eficacia de los medicamentos descubiertos para tratarla y curarla. Esto tiene una trascendencia considerable, dado que la importancia social de esta enfermedad es tan grande que GUTHE y WILCOX cifran en más de 20 millones los enfermos de sífilis existentes en el mundo entero.

Durante muchos años la asociación arseno-bismútica fué un modelo de terapéutica eficaz, y prácticamente se conseguían, utilizando las técnicas apropiadas, curaciones definitivas en más del 95 por 100 de las infecciones precoces. Sin embargo, la enorme duración de las curas hacía que muchos enfermos abandonaran el tratamiento antes de completarlo, reduciéndose de este modo el número total de curaciones definitivas. Además, esta terapéutica era evidentemente tóxica; aproximadamente el 7 por 100 de los enfermos tenían reacciones de intolerancia de gravedad variable, y todos los sifiliógrafos de alguna experiencia podían relatar algún caso de muerte atribuíble a los compuestos arsenicales sobre todo.

El trascendental descubrimiento por FLEMING de la penicilina y su introducción en la práctica clínica por FLOREY y CHAIN, en 1941, y en sifiliografía por MAHONEY, ARNOLD y HARRIS en 1943, ha motivado una verdadera revolución terapéutica. Actualmente puede afirmarse de un modo rotundo que la penicilina ha desterrado el uso de todas las restantes medicaciones antisifilíticas. Permite, además, abreviar en tal forma el tiempo de duración del tratamiento, que prácticamente ha reducido a cero el número de enfermos abandonistas.

Conviene recalcar estos hechos porque existen todavía actualmente muchos clínicos aferrados a su vieja experiencia y a múltiples prejuicios en contra de la utilización de la penicilina, como único medicamento de Lucha contra la sífilis.

Desde 1943 hasta la fecha, los sifiliógrafos del mundo entero iniciaron su experiencia personal con penicilina cristalizada a base de múltiples esquemas de tratamiento, que fueron recogidos por ALVAREZ LOVELL en su ponencia al VI Congreso de Dermatólogos Hispano-Portugués. La multiplicidad de técnicas propuestas y la gran diferencia de preparados ensayados, crearon una enorme confusión, y todavía en el Congreso de Dermatólogos franceses de Lieja en 1949, muchos autores pudieron sostener que no se podían alcanzar con la penicilinoterapia resultados comparables al 95 por 100 de curaciones definitivas que en sífilis precoz se conseguían con el tratamiento maximal arseno-bismútico.

Posteriormente la aparición de preparados de tipo

PAM y D. E. B. D. y los nuevos métodos de tratamiento, han obligado a los más reacios a cambiar por completo de actitud. La elección de los preparados de penicilina es, pues, fundamental. Con la mayor parte de las técnicas empleadas anteriormente los clínicos dejaban a los enfermos gran número de horas al día sin penicilinemia útil. Con los nuevos preparados de PAM y D. E. B. D. se consigue con un número exiguo de inyecciones una penicilinemia útil de más de dos semanas de duración, y desde entonces los resultados mundiales, periódicamente recogidos por la O. M. S., demuestran de un modo concluyente que los resultados curativos han sido muy buenos.

El criterio con que actualmente se aborda el tratamiento de un caso de sífilis es el de obtener su curación y el de yugular definitivamente su propagación. Para la curación de la sífilis cuentan fundamentalmente tres factores o requisitos:

1.° Precocidad en el diagnóstico y en la iniciación del tratamiento.

2.° Elección acertada de los medicamentos que deben utilizarse.

3.° Intensidad suficiente del ataque medicamentoso.

Fracasa el tratamiento de la sífilis en legiones de enfermos que debieron haber curado en una proporción no inferior al 100 por 100, como consecuencia de infringir uno o más de estos requisitos. Por lo que se refiere al punto primero, el momento ideal para iniciar el ataque de la infección sifilítica sigue siendo el período primario

seronegativo. Para lograr con eficacia esta exigencia, se necesita un diagnóstico precoz del chancro sifilítico que debe siempre realizarse por el examen en fondo oscuro.

En lo referente al segundo punto, nadie puede prescindir hoy de la utilización del PAM o D. E. B. D. en el tratamiento de la sífilis, y únicamente se recurrirá al arsenal terapéutico clásico, para matizar en un debido momento alguna circunstancia personal de determinado sujeto, o ante situaciones de grave intolerancia a la penicilina, que suelen ser excepcionales.

Por lo que se refiere a la intensidad del tratamiento, creemos que debe ser realizado con arreglo a las normas siguientes que recogen el criterio más universalmente admitido hasta la fecha (1959).

Las normas, pues, que está Sección aconseja en la fecha actual, son las siguientes:

1.º SÍFILIS PRECOZ.—Comprendemos en este apartado la sífilis primaria seronegativa, la sífilis primaria seropositiva y la sífilis secundaria cutáneo-mucosa.

a) *Sífilis primaria seronegativa.*—Se recomienda tratamiento único con una inyección de tres millones de unidades Oxford de penicilina procaína con monoesterato de aluminio (PAM), representado en España, actualmente, por el «Flocillín». Esta inyección debe ser administrada por vía intramuscular, bien en su totalidad o bien fraccionando el contenido de cada frasco de tres millones de unidades en dos mitades, e inyectando una mitad en cada nalga. En caso de no poder disponer de

PAM, pueden conseguirse análogos efectos con una inyección intramuscular de dos millones cuatrocientas mil unidades Oxford de D. E. B. D., si bien esta suspensión tan concentrada determina en el punto de la inyección, en algunos individuos, un dolor superior al que produce el PAM. La razón por la que se inyecta menos cantidad de D. E. B. D. que de PAM no es otra sino la de que, comercialmente, los envases vienen titulados con esta diferencia de unidades, que es, prácticamente, desdeñable.

b) *Sífilis primaria seropositiva y sífilis secundaria cutáneo-mucosa.*—En estos casos se recomienda la inyección de tres millones de unidades Oxford de PAM, administrados en la forma anteriormente indicada, seguidos a los siete días de otros tres millones de unidades de PAM, fraccionados en dos mitades, cuyas mitades pueden separarse con dos o tres días de intervalo.

Una variante de esta técnica es la de inyectar primeramente tres millones de unidades de PAM, seguidos a la semana de dos millones cuatrocientas mil unidades de cualquier preparado de D. E. B. D. Un tercer esquema recomendable, sobre todo en casos de determinada intensidad sintomática, es el de inyectar tres millones de unidades de PAM seguidos, a la semana, por un millón doscientas mil unidades de PAM, y a la siguiente semana de nuevo un millón doscientas mil unidades de PAM, para concluir, diez días después, con una inyección de dos millones cuatrocientas mil unidades de D. E. B. D. Se advierte, en estas pautas, que los plazos entre inyección e

inyección son, quizá, excesivamente cortos, dado lo que actualmente sabemos sobre las curvas de penicilinemia útil en sangre, pero téngase en cuenta que ello se hace así por acortar los plazos a que el sujeto debe estar sometido a tratamiento por el médico, con lo cual el abandonismo por parte de los enfermos siempre será menor.

En todos los casos de sífilis precoz convendrá observar la serología de los enfermos a los tres, seis, nueve y doce meses de iniciado el tratamiento, realizando, a ser posible, una serología cuantitativa. En los casos en que la serología no tienda, de una manera indudable, a la negatividad dentro de los seis primeros meses consecutivos al tratamiento, se deberá repetir éste en forma idéntica a la indicada anteriormente. Los enfermos pueden ser dados de alta a los dos años de mantener, tanto la sangre como el líquido cefalorraquídeo, absolutamente negativos.

2.º SÍFILIS TARDÍA.—Incluiremos en este apartado los casos de sífilis latente seropositiva y los de sífilis visceral, vascular y neurosífilis.

a) *Sífilis latente seropositiva.*—En estos casos conviene siempre investigar el líquido cefalorraquídeo y verificar un estudio radiográfico del tórax para despistar cualquier localización nerviosa o cardiovascular. Cuando estos exámenes no sean posibles, se verificará con estos enfermos el mismo tratamiento recomendado para la sífilis secundaria, en especial el tercer esquema propuesto, seguido, naturalmente, de la misma vigilancia y control serológico anteriormente citados.

b) *Sífilis visceral, vascular y neurosífilis.*—En el tra-

tamiento de la sífilis sintomática tardía no se consigue, en la mayoría de los enfermos, la seronegatividad absoluta. El 70 por 100 de una gran serie de enfermos afectados de sífilis sintomática tardía han continuado siendo seropositivos durante muchos años después del tratamiento, cualquiera que éste haya sido. No obstante, las mejorías clínicas han sido notables y evidentes con el tratamiento penicilínico actualmente recomendado.

En todos estos casos, las dosis útiles de PAM son mucho más elevadas, debiendo tratarse con un total de nueve a quince millones de unidades Oxford. La dosificación debe hacerse individualmente, pero la norma más utilizada es la de administrar un millón doscientas mil unidades Oxford de PAM una vez en semana o bisemanalmente hasta totalizar nueve o quince millones de unidades, según las características de cada caso.

En caso de no disponer de PAM, puede administrarse D. E. B. D. dos millones cuatrocientas mil unidades, cada siete días, hasta totalizar catorce millones cuatrocientas mil unidades, según las peculiaridades de cada caso.

Naturalmente, los datos clínicos que nos proporcione la exploración de cada enfermo justifican el matizar estos tratamientos con otros fármacos de cuya índole no es necesario extendernos aquí. Esto puede ser especialmente útil en algunos casos de sífilis visceral, cuando se trate de evitar reacciones de Herxheimer.

3.° Sífilis en la embarazada.—La sífilis en las mujeres embarazadas no requiere una técnica distinta a la que reciben las mujeres normales. Se recomienda un tra-

tamiento en el primer trimestre del embarazo con tres millones de PAM, de modo análogo a como se ha dicho en la sífilis secundaria. Este tratamiento debe repetirse en la segunda mitad del embarazo. En las embarazadas con sífilis antigua se puede iniciar el tratamiento con la pauta anteriormente recomendada y continuarlo con las normas aconsejadas para la sífilis tardía sintomática.

Los preparados de D. E. B. D. pueden también sustituir al PAM con buenos resultados.

4.° SÍFILIS CONGÉNITA.—La sífilis congénita debe ser tratada en la misma forma que la adquirida, con la excepción de que en los niños inferiores a 30 kilos de peso las dosis deben ser menores.

Estos niños pueden ser tratados con dosis totales de setenta y cinco mil a cien mil unidades de penicilina por kilogramo de peso, bajo la forma de PAM o D. E. B. D.

El preparado más apto para su tratamiento por su inocuidad y carencia de dolor al ser inyectado, es el PAM, en dosis de ciento cincuenta a trescientas mil unidades cada tres o cuatro días hasta completar la dosis total.

ADVERTENCIAS

En todo tratamiento penicilínico existe la posibilidad de reacciones a la penicilina, algunas de las cuales pueden ser graves. De ello se desprende que en sujetos con antecedentes anteriores de intolerancia a la penicilina, deberemos siempre practicar un *test* con el preparado a

inyectar antes de iniciar el tratamiento. Actualmente se tiende cada vez más a realizar estos *tests* en todos los sujetos a quienes se va a tratar con dosis masivas de penicilina.

En los enfermos sensibles a la penicilina pueden utilizarse las técnicas antiguas y está en estudio la aplicación de otros antibióticos con acción contra el treponema.

La flexibilidad y buen criterio del dermatólogo, encargado del tratamiento de estos enfermos, suplirá la excesiva rigidez esquemática de estas normas que, sin embargo, creemos sustanciales en el plan moderno del tratamiento de la sífilis.

La penicilina en el tratamiento de la blenorragia

En la primera época del tratamiento penicilínico pudo observarse cómo dosis suficientes para curar una gonococia eran incapaces de yugular una sífilis en evolución, pero lo que sí hacían era influir sobre el normal desarrollo del período de incubación de estas sífilis, transformando su patocromía y dando lugar, muchas veces, a sífilis inaparentes, sífilis sin chancro, etc. A la vista de ello hoy existen dos criterios sobre el tratamiento de la blenorragia que estimamos igualmente acertados y recomendables. El primero de ellos es el de tratar las gonococias con estreptomicina, a la dosis de uno o dos gramos. El otro criterio, mantenido entre otros por Durel,

consiste en tratar sistemáticamente a todos los sujetos que padecen una gonococia, con una dosis única de tres millones de unidades de PAM o de dos millones cuatrocientas mil unidades de D. E. B. D., con la cual al mismo tiempo que se cura la blenorragia se realiza un tratamiento preventivo y curativo de cualquier sífilis que pudiera haber en incubación.

Lucha contra la lepra

En el año 1949, la Dirección General de Sanidad dictó unas normas que merecieron general aprobación, fueron favorablemente sancionadas en el año 1953 por los leprólogos que asistieron al VI Congreso Internacional de Leprología, demostraron prácticamente su utilidad y continuaron considerándose bien orientadas en las Reuniones y Congresos Internacionales, celebrados con posterioridad en Roma, Lisboa y Tokio.

Ha continuado después el progreso en el conocimiento de todas las cuestiones relacionadas con la Leprología, y, como consecuencia, conviene modificar estas normas en atención a las siguientes circunstancias:

1.ª Supresión del internamiento obligatorio. El ingreso en los Sanatorios debe ser voluntario. Los Médicos encargados de estos servicios deben estudiar y seleccionar a los enfermos, y cuando las condiciones clínicas de los mismos hiciesen aconsejar el tratamiento en régimen sanatorial, se procurará convencerles para que acepten por su voluntad aquello que más les conviene, pero sin forzar en ningún caso esta determinación.

2.ª El tratamiento de los enfermos constituye la base fundamental de la profilaxis, pudiéndose aplicar dos modalidades: sanatorial y ambulatoria.

3.ª Aunque han disminuído notablemente la gran cantidad de mutilaciones y deformidades que tanto agra-

vaban y desfiguraban a los que padecían esta enfermedad, es necesario prevenir desde el comienzo esta eventualidad, para lograr así la recuperación y reincorporación a la sociedad de los enfermos curados.

En atención a estas circunstancias, y evolucionando también España en este mismo sentido, el 4 de julio de 1958 se aprobó un nuevo Reglamento, en el que se recogen las orientaciones más modernas y se anulan algunas de las normas generales que desde el año 1949 regían en la profilaxis de la lepra, y que determina la siguiente modificación:

1. No existe ninguna medida discriminatoria para los enfermos de lepra, que en todos los casos serán tratados y considerados igual que los que padecen otras infecciones.

2. Investigación de las fuentes de contagio.

3. Formación de censos de enfermos y convivientes para concederles tutela y protección sanitaria y social.

4. Estudio epidemiológico y asistencia sanitaria de todos los enfermos.

5. Clasificación clínica de los enfermos.

6. Tratamiento de todos los que lo necesiten. Preferentemente ambulatorio, procurando que continúen la vida familiar y social. Limitando el tratamiento sanatorial a aquellos que por sus circunstancias clínicas, sociales, o por necesitar intervenciones quirúrgicas u otras encaminadas a conseguir la rehabilitación y recuperación, se considere más conveniente.

7. Tanto el tratamiento ambulatorio como el sanatorial, serán completamente gratuitos para todos los que

acudan a los Dispensarios y Sanatorios, para los controlados por los Equipos Móviles y por sus colaboradores sanitarios, y se prolongará todo el tiempo que consideren preciso los Médicos Especialistas encargados de estos servicios.

8. Rehabilitación, orientación laboral y recuperación de los enfermos y asistencia social de sus familiares, preferentemente de los niños, siempre que sea posible atendidos por familiares u otras personas que se presten a ejercer esta tutela y vigilados sanitariamente por los Dispensarios y Equipos Móviles. Cuando sea indispensable en las instituciones de tipo preventorial, pero regulado el ingreso, tiempo de estancia y la salida por los Médicos Especialistas dependientes de la Dirección General de Sanidad y sus Jefaturas Provinciales.

9. Preparación del personal técnico y auxiliar.

10. Educación sanitaria de los enfermos, de sus familias y cuantos con ellos conviven. Propaganda lo más ampliamente posible dirigida a los diferentes sectores de la población.

De conformidad con el Reglamento, corresponde el cumplimiento de estas normas a los Jefes Provinciales de Sanidad, a los Médicos de la Lucha Oficial Antivenérea, a los Jefes Locales de Sanidad y a todos los sanitarios en general. La protección y asistencia social se realizará en colaboración con el Patronato Social Antileproso y se extenderá a los familiares de los enfermos, con preferencia a los niños.

Complemento de las normas generales para la profilaxis fueron las normas de ingreso y concesión de per-

misos y altas, redactadas por la Comisión Permanente en el año 1950 con el criterio generalmente más aceptado en aquella época. De acuerdo con el Reglamento actualmente en vigor, ha sido preciso modificar estas normas en la siguiente forma:

INGRESOS.—Para ingresar los enfermos en los Sanatorios, es sólo preciso: la petición del interesado o familiar competente, certificado del Médico del Dispensario correspondiente con el V.° B.° del Jefe Provincial de Sanidad y oficio de la Diputación Provincial, en el caso de que el enfermo sea considerado económicamente débil, o de algún otro Organismo de seguridad social que se comprometa a aportar el suplemento de estancias estipulado. En casos de urgencia, la Dirección General de Sanidad directamente o por su delegación los Jefes Provinciales podrán acordar el ingreso inmediato, llenando posteriormente las normas administrativas de régimen interno que sean precisas.

Como complemento a estas instrucciones, para proceder de acuerdo con los Reglamentos de los Sanatorios, deberá avisarse a la Dirección del Sanatorio correspondiente con una antelación no menor de diez días, la fecha de llegada y el número de enfermos que se les envía.

SALIDAS DE LOS SANATORIOS.—El ingreso y la permanencia de los enfermos en los Sanatorios es completamente voluntaria. Salvo en casos excepcionales, análogos a los que también ocurren en otras infecciones, los enfermos podrán salir de los Sanatorios siempre que así

lo deseen, pero para mayor eficacia de los tratamientos, para que éstos no se interrumpan precisamente cuando más esperanza se tienen en su eficacia, convendrá convencerles de que en su propio beneficio y para conseguir todas las ventajas de la tutela sanitario-social, deberán atenerse a las siguientes instrucciones para salir de los Sanatorios:

PERMISOS.—Siempre que exista un motivo de orden familiar o social, las direcciones de los Sanatorios concederán permisos de corta duración, en relación con las necesidades y causas que justifiquen estos permisos.

TRASLADOS.—En aquellos casos en los que los enfermos desean salir de los Sanatorios, cuando aún no se encuentran en condiciones que permitan considerarlos como curados, puede salir trasladando el encargo de continuar la vigilancia sanitaria a otros Sanatorios o a los Dispensarios o Equipos Móviles más próximos a la futura residencia del enfermo que lo solicita. No se restringe de esta forma la libertad de los enfermos y se continúa la tutela que consideramos necesaria para no interrumpir los tratamientos iniciados, para que no tengan lugar las deplorables consecuencias, difícilmente recuperables, de las suspensiones prematuras de la medicación.

ALTAS.—Cuando los enfermos alcancen el blanqueamiento de sus manifestaciones clínicas, y al propio tiempo la negativización de la baciloscopia, serán objeto de una especial vigilancia clínica y de laboratorio, para que

cuando se mantenga esta situación de uno a dos años, según cual fuese la forma clínica, podrán ser dados de alta. Estas altas han dejado de calificarse, como anteriormente se hacía, en provisionales y definitivas, siendo actualmente altas como las concedidas en las demás infecciones y con garantías también análogas. La concesión de estas altas no excluye la continuación de la tutela sanitaria y social que debe mantenerse por lo menos durante cinco años y todo el tiempo que el enfermo lo desee.

Instrucciones para el funcionamiento de los Equipos Móviles

Puesta en marcha de los Equipos.—Cuando se creen nuevos Equipos Móviles, los Jefes de los mismos tienen que enviar a la Sección Central una Memoria, en la que expongan sus proyectos de organización, ateniéndose a estas instrucciones, pero adaptándolas a las características particulares de la provincia o región que en lo sucesivo se les encomiende.

Junto con esta Memoria, presentarán un plano de su provincia, en el que figuren las carreteras y medios de comunicación que piensen utilizar. Figurarán en este plano los enfermos conocidos, señalando también aquellas regiones en las que se supone existe mayor enfermería. Se señalarán también los Centros Secundarios cuando los hubiera, y se tendrán muy en cuenta los Jefes Locales de Sanidad y todo el personal sanitario que pudiera cola-

borar en esta Lucha sanitaria. De acuerdo con todos estos factores, se proyectarán los futuros recorridos, destacando el número de kilómetros y la forma de realizarlos, así como cuantos detalles se crean necesarios para el mayor rendimiento.

CONFECCIONES DE LOS CENSOS.—Partiendo de los casos previamente conocidos, se iniciará la investigación de las posibles fuentes de contagio. Desde las primeras visitas debe solicitarse la colaboración de todos los Jefes Locales de Sanidad y de todo el personal sanitario que pudiera rendir alguna utilidad. A todo este personal se le darán instrucciones de la labor a realizar, haciéndoles ver que la labor del Equipo no se limita a la lepra, sino que debe extenderse también a todas las dermatosis, especialmente a aquellas contagiosas.

Se les indicará también que en las visitas sucesivas se les avisará previamente dándoles datos para que preparen su labor y se les informará de la existencia de los Premios anuales que concede la Dirección General de Sanidad a aquellos sanitarios que colaboren activa y eficazmente a esta función.

Con todos los casos conocidos y con los que se vayan descubriendo se confeccionarán los censos de enfermos, los de familiares y convivientes, conservando una ficha en poder del Equipo Móvil y enviando otra a la Sección Central.

Para mayor rendimiento de esta labor, se recurrirá a cuantos procedimientos se consideren útiles, pero siempre es necesario realizar:

1.° Reconocimiento de los enfermos ya conocidos.

2.° Investigación de los familiares de cada enfermo, así como de todos los que conviven en sus domicilios.

3.° Investigación de aquéllos que hubiesen convivido íntimamente con los enfermos en Centros Escolares o locales de trabajo.

4.° Exploración de todos los que residen en zonas endémicas y padecen dermatosis u otras enfermedades crónicas de difícil diagnóstico, especialmente cuando éstas afectan a los nervios periféricos.

5.° En los Dispensarios Dermatológicos y otras Consultas de Dermatología, emplazadas en las zonas endemiadas, es conveniente realizar la baciloscopia de moco y de todas aquellas lesiones dermatológicas que tengan alguna analogía con las producidas por la lepra.

Al realizar esta investigación de fuentes de contagio es conveniente practicar una labor de atracción, procurando convencer a todos de las considerables ventajas de los diagnósticos precoces, del progreso alcanzado con las nuevas medicaciones, de la posible curación, que es tanto más fácil cuanto antes se inicien los tratamientos bien dirigidos, etc.

Clasificación clínica.—Es conveniente clasificar a los enfermos lo más pronto posible, recurriendo para ello a todos los procedimientos conocidos, pero para simplificar esta tarea conviene aclarar que en la mayoría de los casos son suficientes la exploración clínica y bacteriológica. Cuando se comprueba la existencia de lepromas u otras manifestaciones de tipo lepromatoso, basta encon-

trar bacilos o globis para conseguir la clasificación. En los casos clínicamente tuberculoides, con baciloscopia negativa, también es suficiente. Los primeros son lepromatosis, y los segundos tuberculoides, y no es necesario, ni siquiera conveniente, recurrir a la exploración de las reacciones inmunológicas ni a la histopatología.

Las dificultades que en todas partes existen para el abastecimiento de lepromina, obligan a restringir su empleo, que debe quedar limitado a aquellos casos con dificultades para sentar el diagnóstico de la forma clínica. No obstante, esta Sección procurará continuar suministrando Lepromina, aunque desde un punto de vista sanitario, su valor es relativo.

Las dudas diagnósticas, mejor que con la exploración inmunológica, pueden ser aclaradas con el estudio histopatológico, que actualmente está al alcance de todos los Dispensarios y Jefes de Equipos Móviles.

Siempre que sea preciso, pueden hacer una biopsia y enviarla al Dr. JULIO RODRÍGUEZ PUCHOL, Laboratorio de Histopatología del Hospital de San Juan de Dios (Madrid), ateniéndose rigurosamente a las siguientes instrucciones:

TÉCNICA DE LA BIOPSIA.—1.° Seleccionar la lesión adecuada para la biopsia (cuando hay varias). En general es preferible una lesión bien desarrollada a una demasiado precoz o demasiado antigua. Una excepción a esta regla son las lesiones vesiculares y ampollosas que deben ser muy precoces.

2.° No es necesario *en absoluto* incluir piel normal en el tejido biopsiado.

3.° Es *indispensable* que la biopsia sea *profunda*, incluyendo el panículo adiposo subcutáneo.

4.° Siempre que sea posible deben evitarse las lesiones ulceradas, pues la infección secundaria produce reacciones inflamatorias que enmascaran el proceso principal.

5.° En ocasiones será necesario practicar varias biopsias cuando haya lesiones de caracteres distintos o en distintos estudios de evolución.

6.° Las muestras deben ser fijadas inmediatamente en formol al 20 por 100 a partir de la formalina del comercio considerada como 100 por 100.

7.° Si la biopsia de piel tiende a alabearse, debe ser introducida en el fijador pegada por su cara cruenta a un fragmento de cartulina (tarjeta de visita), que evitará se incurve la biopsia.

8.° Si no se dispone de formol de buena calidad, puede emplearse alcohol de 96 por 100.

9.° El volumen de fijador debe ser veinte veces superior al de la biopsia.

Datos que deben acompañar a cada biopsia

1.° Equipo Móvil de... ... ...
2.° Nombre y apellidos del enfermo.
3.° Edad y estado.

4.° Pueblo y domicilio.
5.° Región anatómica de la biopsia.
6.° Tiempo de evolución de la lesión biopsiada.
7.° Tiempo de evolución de la enfermedad en conjunto.
8.° Caracteres macroscópicos.
9.° Esquema de la evolución clínica.
10. Diagnóstico clínico probable.
11. Fecha y firma.

Normas consecutivas a la clasificación

Una vez diagnosticado y clasificado un enfermo, debe ser comunicado a la Sección, en el caso de que anteriormente no se hubiese hecho, y es preciso entonces decidir lo más conveniente en cada caso.

Los enfermos lepromatosos, los indeterminados con baciloscopia positiva podrán tratarse ventajosamente en los grandes Sanatorios de Trillo, Fontilles y Las Palmas, pero en el estado actual de este problema no es aconsejable recurrir al internamiento obligatorio. Sólo por persuasión y convencimiento de los propios enfermos se les enviará a los Sanatorios.

En el caso en que los enfermos se nieguen, se les prescribirá tratamiento ambulatorio.

Los enfermos tuberculoides y los indeterminados sin o con escasos bacilos, deben seguir con tratamiento ambulatorio, y sólo excepcionalmente, atendiendo a circuns-

tancias sociales y por expreso deseo de los enfermos, serán enviados a los Sanatorios.

Una vez decidido el ingreso en un Sanatorio, se procurará enviarlos al más próximo a la localidad de procedencia, pero en el caso de que algún enfermo exponga una determinada preferencia se podrá acceder a lo solicitado.

La Dirección General de Sanidad y las Jefaturas Provinciales ordenarán el ingreso en Sanatorios, pero previamente lo anunciarán a la Dirección del Sanatorio elegido y solicitarán el oficio de las Diputaciones Provinciales que se considera preciso para ingresar a los enfermos.

TRATAMIENTO AMBULATORIO.—Actualmente está reconocido que la forma más eficaz de realizar la profilaxis consiste en el tratamiento de todos los enfermos.

Tan eficaz como la investigación de las fuentes de contagio y como el descubrimiento de los nuevos casos, es el tratamiento regular de todos los que lo necesiten.

Los tratamientos se iniciarán lo más precozmente posible. Se mantendrán hasta lograr el blanqueamiento clínico y bacteriológico, y después de logrado éste, durante varios años.

En todos los casos en que los enfermos puedan acudir a los Dispensarios, se realizarán éstos en los mismos. Cuando los enfermos residan alejados de los Dispensarios y Centros Secundarios, se encomendará este tratamiento a los Jefes Locales de Sanidad o al personal auxiliar que se considere capacitado, requiriendo en este caso un parte mensual de la labor realizada por todos los colaboradores.

Se procurará emplear siempre inicialmente el D. D. S., que es la medicación más empleada en el mundo, por estar reconocida su eficacia y por ser la más económica. Cuando el D. D. S. no fuese bien tolerado, se sustituirá por Timosulfón, que es también medicación económica, magníficamente tolerada por la mayoría de los enfermos. Cuando tampoco el Timosulfón fuese la más apropiada, se podrá recurrir al uso de las demás medicaciones, pero procurando siempre no emplear las más costosas.

PARTES TRIMESTRALES.—Se enviarán rigurosamente al finalizar todos los trimestres y cumplimentados en su totalidad.

En el apartado referente a «clasificación de los enfermos asistidos», figurarán la totalidad de los enfermos vigilados y sometidos a tratamiento, ya sea directamente o por medio de los colaboradores. Se cumplimentarán también el balance de los enfermos, anotando en la existencia del trimestre anterior la misma cifra con que fué cerrada el parte precedente. Se registrará a continuación todas las circunstancias por las que entraron y salieron enfermos, destacando los nuevos diagnósticos realizados en el trimestre.

Al final de esta misma cara del parte, y en el apartado correspondiente a «enfermos que persisten sin tratar», se registrarán aquellos que no están sometidos a tratamiento, por estimar que no es necesario. En la casilla de enfermos que persisten sin ningún control ni tratamiento, aquellos otros en los que existe alguna imposi-

bilidad para visitarlos, o que sean desconocidos; pero en relación con este último apartado, conviene aclarar todo lo posible su actual paradero e informar a esta Sección de las gestiones realizadas para lograrlo.

Al reverso de este mismo parte es imprescindible realizar el balance detallado de toda la medicación, teniendo en cuenta que los repartos de medicación los realiza la Sección, de acuerdo con los datos que se reciben en estos partes.

Cuando se realicen tratamientos mixtos, o se observen accidentes de medicación, es necesario también consignarlos para de esta forma conocer mejor la eficacia y la toxicidad de los distintos medicamentos.

Acompañando a los partes de fin de año, conviene que todos los Jefes de Equipo envíen un informe en el que anoten el número de viajes realizados, los kilómetros recorridos, el número de biopsias realizadas, las dificultades que encuentran en su misión, etc., y expongan todas las sugerencias que consideren convenientes.

Todas las dudas que sean necesario aclarar, pueden exponerse a esta Sección.

Orientación terapéutica de la lepra

Entre los considerables progresos alcanzados en estos últimos años por la terapéutica en general, destaca entre los más importantes los dedicados a la lepra que han demostrado su eficacia, y como consecuencia se ha trans-

formado radicalmente el concepto que se tenía de esta enfermedad, aunque aún perdure injustificadamente en gran parte de la población e incluso entre algunos Médicos que aún no conocen que la lepra puede curarse con tanta mayor facilidad cuanto más pronto se diagnostique y se prescriba un tratamiento oportuno y eficiente. Aun en los casos diagnosticados tardíamente pueden curarse algunos, y siempre se consigue la detención del proceso infectivo, que los enfermos dejen de ser contagiosos y que no aparezcan las cicatrices, deformaciones y mutilaciones que muy principalmente contribuían al concepto terrorífico que se tenía de esta enfermedad y que actualmente no tiene razón para persistir.

Desde que en 1941, FAGET, POGGE, JHOANSEN y otros empezaron a ensayar las Sulfonas en el tratamiento de la lepra, se han descubierto otros medicamentos que han demostrado su eficacia.

Probablemente, este progreso incesante ha de continuar y no tardará muchos años sin que dispongamos de otros nuevos productos. Conoceremos también mejor la dosificación y las particularidades de los actualmente conocidos y tendremos que modificar las normas de aplicación actualmente empleadas.

Atendiendo a estas razones, es muy difícil marcar unas normas para el tratamiento que puedan perdurar, pero en el puesto que actualmente ocupamos en España recibimos con frecuencia solicitudes y preguntas para la orientación de aquellos que desconocen la forma de aplicación de estos productos, y por ello creemos justificado

el dar una pauta, que con la mayor concisión vamos a exponer a continuación:

SULFONAS.—Actualmente está reconocido que las medicaciones de este grupo son las más eficaces en el tratamiento de la lepra. Conviene distinguir entre ellas la Sulfona Madre y sus derivados, mono o bisustituídos de la diamino-difenil-sulfona (o abreviadamente D. D. S.), que es la Sulfona Madre.

Sulfona Madre (D. D. S., diamino-difenil-sulfona).—Es la más generalmente empleada que reúne considerables ventajas por su buena absorción, lenta excreción, considerable actividad, facilidad de administración y, sobre todo, por su económico coste.

Existen diferentes preparados comerciales: unos para aplicación por vía bucal, y otros en inyectables. Los preparados para administración oral, como se trata de un producto químico bruto, son análogos los de las diferentes marcas y suelen presentarse todos en comprimidos de 100 miligramos. Debe iniciarse el tratamiento con la dosis diaria de 50 a 100 miligramos, aumentando paulatinamente cada semana la dosis diaria de 50 miligramos, hasta alcanzar la dosis diaria de 200 a 300 miligramos, que no conviene sobrepasar. Está bastante generalizado el descanso de un día por semana, que probablemente no tenga otra justificación que el haberse iniciado así con la primera Sulfona empleada (el Promín), y probablemente esto se debía al descanso de los que tenían que poner las inyecciones, pero nosotros creemos que no es preciso este descanso.

En regiones de grandes endemias, preferentemente en pueblos poco adelantados, en los que los Equipos Móviles no sólo reparten la medicación, sino que se considera conveniente que los enfermos injieran la medicación en presencia de los encargados de distribuirla, es corriente adoptar el procedimiento de administrar dos dosis semanales en lugar de una dosis diaria, y entonces la dosis suele ser de 600 miligramos, dos veces por semana, previo tanteo de la tolerancia en cada caso.

En estos casos, en lugar de administrar la Sulfona Madre por vía bucal, suele ser mejor administrarla en inyectables, por vía intramuscular, en suspensión oleosa retardada, que se inyecta una vez por semana, 1,20 gramos o cada quince días, en inyección de 1,50 grs. Actualmente, preparan otros productos con la pretensión de lograr un índice de sulfadinemia suficiente, con sólo una inyección al mes, que podría ser de 2 grs.. Pero aún no tenemos experiencia sobre estos nuevos productos.

Sulfonas monosustituídas.—Existen preparados como el 1.087 M. M. y el 1.500 F., que pueden emplearse por vía oral y parenteral. Estos productos son costosos, antieconómicos, y hasta ahora han sido muy poco utilizados, porque al parecer actúan sin desdoblarse en diamino-difenil-sulfona.

Sulfonas bisustituídas.—Se obtienen a partir de la Sulfona Madre, por sustitución de dos Grupos H, por diversos radicales.

Promín (Parke Davis).—Se presenta en dos variedades de ampollas: de 5 c. c. (2 grs. de producto base).

y de 12,5 c. c. (5 grs.. de producto base) para uso exclusivamente endovenoso.

Dosis: Se inicia el tratamiento con 2,5 c. c. en inyección diaria. Aproximadamente, a los siete días, cuando es buena la tolerancia, se aumenta a 5 c. c. En la mayoría de los casos no es necesario llegar a la dosis de 12,5 c. c. Está bastante generalizada la costumbre de descansar un día por semana, que no consideramos indispensable. Es medicación muy activa, y está especialmente indicada en aquellos casos en los que convenga actuar con rapidez. Tiene el inconveniente de su elevado coste, su rápida eliminación y la necesidad de personal auxiliar subalterno.

Diasone (Abbot).—Se presenta en grageas de 0,15 y 0,30 grs. Su empleo es exclusivo por vía oral. Dosis: Iniciar el tratamiento con 0,15. A los quince días se puede aumentar la dosis, que puede alcanzar como máximo a 2 grs. diarios. Es medicamento bastante activo. Se han conseguido muy buenos resultados, pero también es más costoso que otros productos eficaces.

Diamidín (Parke Davis).—Se presenta en grageas de 0,33 grs., que permite su mejor dosificación. Tiene la misma composición que la Diasone, y debe empezarse con una gragea diaria y en relación con la tolerancia, se podrá aumentar el número de grageas, alcanzando como máximo e igual que en el anterior, las dosis de dos gramos. Es también medicación eficaz con el solo inconveniente del precio.

Sulfona J. 51 o Timosulfón.—Estos dos productos

tienen análoga composición, y se presentan en grageas de 50 miligramos.

Debe empezarse por 50 miligramos, aumentando a la semana una gragea diaria, hasta alcanzar la dosis de 250 a 300 miligramos diarios. Es medicación eficaz, que suele tolerarse muy bien, incluso en enfermos con taras viscerales. Es también medicación económica, aun cuando algo más costosa que la Sulfona Madre.

Sulphetrone (Welcome).—Se utiliza por vía oral en comprimidos de 0,5 grs. a la dosis de 3 a 6 grs. diarios, que debe ser iniciada por un comprimido, aumentando progresivamente hasta conocer la tolerancia.

Existen también inyectables para vía parenteral. Tanto por vía bucal como por inyectable, se tolera muy bien por su poca toxicidad, e incluso en enfermos débiles o con padecimientos viscerales, pero su absorción es escasa, su eliminación rápida y con poca actividad, por lo que su empleo queda limitado a algunos ancianos, tarados o intolerantes a otras medicaciones.

Hydnosulfone.—Este preparado, que se fabrica en la India, es mixto de Sulfona Madre y Aceite de Chauoolmogra. Se presenta en comprimidos de 50 miligramos. Debe iniciarse el tratamiento por un comprimido diario, aumentando progresivamente en relación con la tolerancia hasta una dosis terapéutica de 150 a 200 miligramos.

La actividad terapéutica de las Sulfonas es reconocida por todos. Los resultados suelen ser más inmediatos al emplear el Promín, pero con cualquiera de las demás la mejoría suele ser evidente a partir del cuarto al sexto mes de tratamiento. No es necesario recurrir a grandes

dosis, porque algunas veces se presentan intolerancias que dificultan después la persistencia en el tratamiento. Con dosis medias, pero mantenidas con constancia, los resultados son evidentes a partir del primer año del tratamiento, en los casos más difíciles antes del segundo año, y cuando un tratamiento se ha mantenido tres años, la mejoría se consigue en casi el 100 por 100 de los enfermos.

Bacteriológicamente suele comprobarse también la mejoría al desaparecer los bacilos primero en el moco y más tarde en las lesiones cutáneas, que se consigue en casi todos los casos, tanto más pronto cuanto más precoz sean el diagnóstico y el tratamiento.

Aun en los casos más difíciles suele conseguirse pronto la detención del proceso y se evitan así la aparición de cicatrices, deformidades y mutilaciones que constituían la principal dificultad para la recuperación y rehabilitación de los enfermos.

Las manifestaciones tóxicas o de intolerancia no son de gran importancia. Debe concederse la preferencia a las manifestaciones tóxicas en sangre, que suele ser una ligera anemia de tipo hemolítico y ferropénico que responde con facilidad a los preparados de oxalato de hierro, que algunas veces se presentan asociados ya con las Sulfonas y que se pueden también añadir suministrando al mismo tiempo por medio de comprimidos de esta sustancia.

La intolerancia digestiva no suele ser importante y permite muchas veces continuar el tratamiento. Debe prestarse preferente atención a las taras hepáticas, que cuando se manifiestan simplemente en forma de pigmen-

tos biliares en la orina pueden tratar de corregirse con la terapéutica hepatotropa, pero cuando estos pigmentos son intensos o cuando se manifiesta una ligera ictericia, debe suspenderse el tratamiento y administrarse la terapéutica hepatotropa hasta tanto que se considere corregida esta intolerancia para volver a insistir en la terapéutica sulfónica.

HIDRACIDAS.—Existen numerosos preparados, como Neoteben, Rimifón, Dardex, etc., casi todos ellos en comprimidos de 50 miligramos. Debe iniciarse el tratamiento con la dosis de 50 miligramos por día, que paulatinamente se va aumentando hasta alcanzar la dosis de 600 miligramos diarios.

Existen también preparados para administrar por vía parenteral, como el Neoteben, en ampollas de 5 c. c., al 2 por 100 que pueden emplearse también en algunos casos, aunque generalmente, la medicación preferida suele ser por vía oral.

Las hidracidas están indicadas como tratamiento inicial, preferentemente en los casos con grandes infiltraciones y edemas. En estos casos, la mejoría inicial suele ser manifiesta, pero es sabido que aproximadamente de los seis meses al año suele disminuir esta acción beneficiosa y no debe mantenerse esta medicación. En algunos casos será conveniente asociar el tratamiento de hidracidas con las sulfonas.

Existen también diferentes preparados en los que se asocian la hidracida con las sulfonas, con el Pas y otros productos, con los que se consiguen resultados análogos

a los de las hidracidas y con análogas ventajas e inconvenientes.

TIOSEMICARBAZONAS.—Con diferentes nombres comerciales disponemos de numerosos preparados, casi todos dosificados en grageas de 25 miligramos. Debe iniciarse el tratamiento con 25 a 50 miligramos y aumentar progresivamente hasta alcanzar dosis aproximadas de 300 miligramos diarios. Hay alguna discordancia entre diferentes autores sobre la actividad y toxicidad de esta medicación, y en esta breve nota debemos subrayar esta cuestión, permitiendo que cada uno adquiera su propio criterio.

DIFENILTIOUREA.—Desde hace poco tiempo disponemos de un nuevo producto, fabricado por la Casa Ciba, que aún no ha sido registrado, pero que ha sido ya ensayado, preferentemente en Africa, pero también por nosotros en Fontilles, hasta ahora con el nombre de Ciba-1.906, con el que se han conseguido resultados comparables a los de las sulfonas e incluso superiores para algunos de los que lo han ensayado.

Este preparado se presenta en tabletas de 250 miligramos. Debe iniciarse el tratamiento con 500 a 1.000 miligramos durante los primeros días para ir elevando la dosis hasta alcanzar la dosis óptima, que, según los distintos trabajadores, oscila de 6 a 9 grs. diarios.

Insistimos en que es medicación activa y poco tóxica, comparable a las sulfonas y de la que desconocemos todavía sus condiciones económicas.

Difenil.—Aproximadamente, cuando se inició el ensayo del preparado anterior, comenzó también a ensayarse otro nuevo preparado, que inicialmente se llamaba Difenil, pero cuya composición no conocemos exactamente. En España empezó a prepararlo la Casa Abelló, con el nombre de Leprosán y fué ensayado en los Sanatorios de Trillo y Fontilles.

Esta medicación se manifestó activa en bastantes casos, regularmente tóxica, pero de momento están paralizados estos ensayos, que no sabemos si continuarán.

CICLOSERINA.—Se trata de un antibiótico presentado por la Casa Roche, y creemos que por alguna otra casa comercial, del que refieren algunos excelentes resultados, que muy recientemente hemos empezado a ensayar en Fontilles, pero dél que aún no tenemos ninguna experiencia.

Se presenta en tabletas de 250 miligramos y es necesario emplear en dosis de 640 a 1.250 miligramos.

Según las referencias, se consiguen con este antibiótico, que no es nada tóxico, excelentes resultados, pero difícilmente podrá alcanzar una gran difusión por tratarse de una medicación antieconómica.

TRATAMIENTO DE LAS LEPRORREACCIONES.—La profusión de medicaciones más variadas en el tratamiento de las leprorreacciones ha quedado relegada al disponer actualmente de dos tipos de medicación realmente activa.

Hormonoterapia.—Es actualmente la medicación de elección, que probablemente ha de consolidarse cada vez

más por el progreso incesante de estos productos, cada vez mejores y que probablemente han de perfeccionarse en lo sucesivo.

ACTH.—Debe empezarse por 100 miligramos, dosis que puede mantenerse durante dos a cuatro días para descender después paralelamente a la mejoría clínica hasta la dosis de mantenimiento de 5 miligramos, que debe prolongarse para evitar recidivas.

Cortisona.—Se empieza por 100 miligramos, que se mantiene tres o cuatro días, disminuyendo después a 75, 50, 25, hasta la dosis de mantenimiento de 10 a 5 miligramos, que también debe mantenerse. Los resultados son más rápidos que con el ACTH.

Prednisona.—Iniciar el tratamiento con 20 a 50 miligramos. Se disminuye paulatinamente hasta la dosis de mantenimiento, que debe ser de 5 a 2,5 miligramos, dosis que deben mantenerse durante quince días después de haber logrado la desaparición del cuadro clínico. Cuando estos tratamientos se prolonguen para evitar recidivas, es conveniente intercalar cada semana un par de días de ACTH, para evitar la anaplaxia suprarrenal. Esta medicación es de acción más rápida y superior a las medicaciones anteriores, y está desprovista de efectos secundarios.

Prednisolona.—Debe seguirse la misma pauta que con la Prednisona, y sus resultados son análogos.

Triancinolona.—Existen diferentes preparados comerciales de este producto en comprimidos de 4 miligramos. Se inicia por 12 a 16 miligramos, repartidos durante el día, dosis que deben mantenerse hasta la remisión de los

síntomas. Se desciende luego 4 miligramos cada dos días, hasta alcanzar la dosis de 4 miligramos, que se mantiene hasta suponer la desaparición del riesgo de la recidiva. El resultado de esta medicación es excelente y parece ser menos tóxica que las anteriores.

Dexametasona.—Con diferentes nombres comerciales, «Deronil», «Dexalona», etc., se ha conseguido recientemente un nuevo córticosteroide, el acetato de 9 alfa-flúor 16 alfa-metil prednisolona que parece superar a todos los anteriormente descritos en su acción antiinflamatoria, siendo, además, mejor tolerado y menos tóxico. comprobándose también estas buenas cualidades en los enfermos de lepra.

Hemoterapia.—Con esta terapéutica, incluso con algunas fracciones sanguíneas y sustitutivos, se han logrado también excelentes resultados, pero todas estas formas de tratamiento tienen bastante más dificultades que la hormonoterapia, y por esta razón esta terapéutica ha quedado relegada a un segundo lugar, pero no debe ser olvidada porque en aquellos casos en que la hormonoterapia no proporcione resultados definitivos contamos con un auxiliar más del tratamiento.

Las transfusiones de sangre total en cantidad de 100 a 250 c. c. diarios o alternos y repetidas hasta alcanzar dosis totales de 500 a 1.000 c. c., es casi siempre magníficamente tolerada, y la respuesta terapéutica, rápida y evidente.

Las transfusiones de plasma sanguíneo, de 150 a 300 c. c., en día alternos, suelen dar también un gran resultado. Es preferible emplear plasmas homólogos, pero

pueden utilizarse también plasmas heterólogos, que algunas veces dan lugar a ligeros fenómenos de intolerancia.

Existen también preparados, como el Peristón, el Toxobín y otros, de polivirilpilorridón, sustancia de elevado peso molecular, que tiene acción de relleno del sistema vascular y antitóxica, que pueden emplearse en el caso de no disponer de plasma o también combinados con éste cuando escasea el plasma.

Las dosis son de 100 a 300 c. c. por vía venosa y administrados diariamente durante cuatro o cinco días.

Clasificación de las deformidades por Lepra sugerida por la Organización Mundial de la Salud

Actualmente con el diagnóstico precoz de la enfermedad y contando con varios medicamentos activos, puede evitarse casi siempre que la lepra llegue a ocasionar las terribles mutilaciones que constituían el principal fundamento del exagerado temor y prevención que se tenía contra esta enfermedad; pero aun en algunos casos pudieran presentarse estas mutilaciones, bien por el diagnóstico tardío, o por irregularidades en el tratamiento, nos quedan aún y quedarán durante bastantes años, una gran cantidad de mutilados, a los que es conveniente prestar debida atención para lograr, siempre que sea posible, su recuperación y rehabilitación.

España ha sido uno de los primeros países que se ha preocupado de este problema, y en el Congreso Inter-

nacional celebrado en Tokio en 1958 presentó una primera clasificación de deformidades y mutilaciones que, posteriormente, ha sido modificada por la O. M. S., y con objeto de que en todos estos trabajos exista una unidad de criterio, conviene que todos nos atengamos a esta misma clasificación que es la siguiente:

A) *Manos.*

Grado I.—Anestesia al dolor.

Grado II.—Mano en garra móvil, pulgar útil.

Grado III.—Parálisis intrínsecas afectando a los dedos y al pulgar, o solamente a los dedos, pero con contractura.

Grado IV.—Reabsorción parcial de los dedos pero conservando una longitud residual útil.

Grado V.—Gran reabsorción. Quedando muñones únicamente.

B) *Pies.*

Grado I.—Anestesia.

Grado II.—Ulceración trófica (presente o pasada).

Grado III.—Parálisis (pies equinos o dedos en garra).

Grado IV.—Reabsorción parcial del pie. (Hasta un tercio de la total superficie de la planta del pie.)

Grado V.—Gran reabsorción (más de un tercio del pie perdido).

C) *Cara.*

Grado I.—Cualquier marca o estigma de lepra permanente no contando la fealdad (pérdida de cejas, deformidad de la oreja).

Grado II.—Colapso de la nariz.

Grado III.—Parálisis de los párpados. Lagoftalmos.

Grado IV.—Pérdida de la visión en un ojo o disminución de la visión en ambos ojos (pudiendo contarse los dedos).

Grado V.—Ceguera.

Lucha contra el cáncer de piel y mucosas

Desde hace algún tiempo es preocupación constante de la Sección el adscribir a los Dispensarios, como función de primer orden, la Lucha contra el cáncer cutáneo y de mucosas.

Nadie ignora que solamente en dos especialidades médicas se reúnen los requisitos necesarios para poder llevar una eficaz labor de profilaxis, diagnóstico precoz y tratamiento. Estas dos especialidades son: la ginecología y la dermatología.

Por ello creemos que no puede prescindirse del Dermatólogo, y en este caso concreto de la labor dispensarial en la Lucha contra el cáncer.

Para poder valorar con más eficacia nuestra aportación en este sentido, hemos realizado en el año actual una encuesta entre los 93 Dispensarios que hoy funcionan en España. En dicha encuesta se solicitaban datos referentes a los medios de diagnóstico y tratamiento con que contaban en los Dispensarios, al número total de enfermos vistos y a las posibilidades de hospitalización de los casos avanzados. Sin analizar detenidamente todas las contestaciones recibidas que hasta la fecha actual han sido 82, vamos hacer un resumen global de la labor realizada por los Dispensarios.

El resumen total de casos de cáncer cutáneo, vistos en el año 1958 por los Dispensarios, es de 4.377. Esta

cifra quiere decir que posiblemente el número de cánceres cutáneos asistidos en los servicios dermatológicos de toda España se aproximen muy fundadamente a los 10.000, dado que en las estadísticas dispensariales no figuran Centros de la importancia del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid, Facultades de Medicina, núcleos hospitalarios diversos y dermatólogos en su ejercicio privado. El problema, pues, de la Lucha contra el cáncer tiene un volumen considerable. El diagnóstico precoz del cáncer cutáneo continúa siendo del máximo interés, y es curioso deducir de los datos de la encuesta que la inmensa mayoría de los enfermos acuden a consultar después de los seis primeros meses de iniciada su lesión. Por ello en las nuevas fichas mensuales que se remiten a los Dispensarios figura un dato de singular importancia para nuestras campañas en el futuro. Este dato es el de la fecha de existencia de la lesión en el enfermo. Sería aún posible realizar una labor dispensarial más amplia si todos los Dispensarios estuvieran dotados convenientemente, labor de puesta a punto que resultaría mucho más económica que no la creación de nuevas unidades con nuevo personal dedicados a esta Lucha.

Para adecuar más nuestros métodos de Lucha contra el cáncer, se hace necesario revisar los medios de tratamiento de que cada Dispensario dispone. Paulatinamente se irán mejorando estos medios, siendo propósito de la Sección que ningún Dispensario carezca en el futuro de medios tan elementales para el tratamiento como la nieve carbónica y la electrocoagulación. Por lo que se refiere a los tratamientos radioterápicos, es obvio que no

se puede dotar a todos los Dispensarios de servicio de Rayos X, pero sí aspiramos a crear Centros radioterápicos en algunos Dispensarios, situados estratégicamente en las zonas donde el problema del cáncer revista caracteres de mayor volumen.

La labor de los Dispensarios en la Lucha contra el cáncer tiene ya una experiencia de 35 años y no creemos que pueda ser sustituída por Organismos de nueva creación. Por ello nos hemos dirigido reiteradamente tanto al Instituto Nacional del Cáncer como a la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer, solicitando para los Dermatólogos un puesto en las Juntas Provinciales de Lucha contra el cáncer. Ni que decir tiene que en todo momento hemos contado con el apoyo de nuestro Director General de Sanidad. Uno de los puntos que quizás pudiera resolverse mediante la coordinación con dichas Entidades es el referente al traslado de los enfermos económicamente débiles a los Centros de tratamiento. La unificación de campañas sanitarias de propaganda y la realización de Cursos de diagnóstico y tratamiento podrían también ser realizadas de común acuerdo.

Como al hablar de la sífilis decíamos, es indispensable una organización unitaria de todos estos servicios sin duplicidades que evidentemente resultan antieconómicas, y que perturban el control sanitario de estos enfermos. Es incalculable el perjuicio económico que sufre la Nación con la excesiva dispersión y atomización de servicios, cuya meta es idéntica.

Lucha contra las tiñas

Planteamiento e iniciación de su profilaxis

Hace mucho tiempo que existe en España una endemia de micosis superficiales, conocida por todos los dermatólogos españoles y por los valiosos estudios realizados en algunas regiones por De Gregorio, Cisneros y Vallejo, Navarro Martín, Gay Prieto, Peña Martínez, Pereiro Miguens, Gómez Orbaneja y Vivancos, Iranzo, Conejo Mir y colaboradores; Bernardo López, Dulanto y Jiménez Capilla, González Medina y Martínez, Salaverry y Anduiza, Matilla y Peña Yáñez, Alvarez de Lara, Gómez y Cisneros y otros. Estas publicaciones, en las que podemos recoger estudios sistemáticos de las regiones más intensamente endemiadas, no fueron en ninguna ocasión estímulo suficiente para organizar un plan adecuado de la profilaxis, ni aun siquiera proceder al estudio completo de la epidemiología.

Cuando hace seis meses, colaborando con Gay Prieto, nos hicimos cargo de esta Sección, tuvimos que empezar por redactor un nuevo Reglamento, modificar el programa de oposiciones para ingreso en el Cuerpo y atender una porción de trámites que considerábamos urgentes. Desde el primer momento concedimos primordial importancia a este asunto sanitario, que de acuer-

do con la Junta Permanente quedó aplazado hasta que se celebrase la V Reunión Nacional de Sanitarios Españoles, procurando que a esta Reunión aportasen su experiencia aquellos sanitarios conocedores de este importante problema. Efectivamente, a esta Reunión presentaron comunicaciones sobre la endemia fitoparasitaria los Doctores DULANTO y JIMÉNEZ CAPILLA, IRANZO, GODOY, PEREIRO y CONTRERAS, refiriéndose también al mismo asunto otros varios compañeros en comunicaciones de carácter general. Para conseguir datos más completos se acordó por unanimidad realizar una encuesta dirigida a todos los Médicos clínicos de los Dispensarios, solicitando sus respuestas, relacionadas con todas las cuestiones de la medicina preventiva consideradas de mayor interés y, naturalmente, entre ellas las que se refieren a la endemia de tiñas y posibilidades de enfocar y resolver este problema sanitario.

Hemos recibido 83 contestaciones. No todos han contestado, pero sí la mayoría, y entre los que respondieron, algunos lo hicieron en forma poco precisa, en este aspecto de las micosis superficiales, pero con este material recibido disponemos de datos superiores a los que hasta ahora se habían podido reunir.

En relación con la densidad de la endemia, sabemos ya que sólo en el año 1958 se vieron en España 4.491 pacientes. En el centro de España y en el litoral mediterráneo predominan las tricoficias en general, con preponderancia del *T. violaceum*. Existen también microsporias debidas principalmente al *M. canis*. En Cataluña, extremo norte de este litoral mediterráneo, parece aún más

acentuado esta preponderancia de tricoficias sobre microsporias, y persisten aún algunos casos de *favus*, que afortunadamente escasean en el centro y resto del litoral mediterráneo. En Galicia, en Santander, probablemente en todo el norte de España, lo mismo que en Granada, Cádiz y probablemente toda Andalucía, predominan las microsporias sobre las tricoficias, con predominio de las producidas por el *M. canis*. La tiña fávica parece ser menos frecuente que en tiempos pasados, pero todavía se observan, sobre todo en Galicia, Andalucía y, en menor proporción, en Cataluña.

En nuestras provincias de Marruecos y en las Islas Canarias predominan, como en el Centro y en Levante, las tricoficias sobre las microsporias, y no es frecuente el *favus*.

Esta preponderancia de unas formas sobre las otras es bastante evidente, pero tiene algunas pequeñas excepciones; así, por ejemplo, en Baleares parece ser que ocurre, al contrario que en Levante, y en contraposición con lo que vemos en las demás regiones extrapeninsulares, un predominio de las microsporias sobre las tricoficias: VALENZUELA ha visto 7 microsporias y 4 tricoficias, y APELLANIZ, 13 microsporias y 5 tricoficias. Dentro de nuestras provincias encontramos algunas otras discordancias, de escaso valor por el número reducido de las observaciones. Unicamente podían valorarse los datos de Ciudad Real, que, sin especificar la cuantía, ha visto 40 pacientes, y entre ellos predominan las microsporias; pero tampoco puede concederse gran importancia a este de-

talle, por la razón de que Ciudad Real está lindando con Andalucía.

La distribución de los 4.491 casos recogidos en esta encuesta, en distintas provincias, es la siguiente:

Málaga (Dr. Carrillo, 650; Dr. Crespo, 60, y Dr. Espejo, 45) 755
Coruña (Dr. Chaos, 45; Dr. Molina, 23, y Dr. Pereiro, 527) 595
Cádiz (Dr. Iranzo, 200; Dr. Berengena, 200, y doctor Iglesias, 20) 420
Madrid (Dispensario M. Anido, 289; Dispensario Cuatro Caminos, 46, y Dispensario Vallecas, 11; faltan datos del Dispensario de Azúa) 346
Granada (Dr. Gallego, 241; Dr. Dulanto, 78) 319
Jaén (Dr. Beltrán, 180; Dr. Jaén Frean, 60, y doctor S. Maldonado, 4) 244
Las Palmas (Dispensario, 200) 200
Valencia (Dr. González Medina, 150; Dr. Miró, 11; Dr. Gallego, 10; Dr. Miró Cuadrado, 7; Dr. González Rey, 8, y Dr. Pérez, 3) 189
Oviedo (Dr. Carrillo, 100, y Dr. López, 40) 140
Murcia (Dr. Bonmatí, 106, y Dr. Benavente, 30) ... 136
Pontevedra (Dr. S. de la Hoz, 80 y Dr. Peña, 40) ... 120
Alicante (Dr. Bellevert, 50; Dr. Bellod, 30; Dr. Conde, 23, y Dr. Madaria, 9) 112
Ciudad Real (Dr. Ontañón, 40, y Dr. Megía, 70) ... 110
Córdoba (Dr. Roldán, 105) 105
Ceuta (Dr. Martínez Higueras, 98)... 98
Cáceres (Dr. Cáceres, 88) 88
Badajoz (Dr. Sancho, 30, y Dr. Viñuela, 50) 80
Tarragona (Dr. Solér, 45; Dr. Conejero, 11, y doctor Ferrándiz, 8) 74
Avila (Dr. Sánchez Prieto, 41) 41
Lugo (Dr. De Diego Aragoneses, 40) 40

Sevilla (Dr. Muñuzuri, 30)	30
Castellón (Dr. Cantó Ibáñez, 30)	30
León (Dr. Ochando, 30)	30
Baleares (Dr. Apellániz, 18, y Dr. Valenzuela, 11).	29
Soria (Dr. Del Pilo, 25)	25
Cuenca (Dr. Sarmiento, 24)	24
Albacete (Dr. Carrilero, 23)	23
Barcelona (Varios, 18)	18
Tenerife	13
Huelva	12
Palencia	12
Segovia	11
Pamplona	10
Orense	6
Burgos	5
Toledo	1
TOTAL	4.491

Además de estos datos, que nos sirven para una ligerísima orientación epidemiológica, hemos conseguido también con nuestras preguntas otras contestaciones que consideramos interesantes, a las que nos vamos a referir:

1.° La mayoría de los Dispensarios disponen de medios para hacer el diagnóstico diferencial de las diversas variedades de tiña. Algunos con laboratorio en el mismo Dispensario, otros, más numerosos, utilizando los laboratorios de los Institutos Provinciales de Sanidad de sus respectivas provincias. Son bastantes también los casos en que el Médico clínico del Dispensario es a su vez Dermatólogo del Hospital Provincial o de las Clínicas Dermatológicas Universitarias, y en estos casos, aunque sea fuera del Dispensario, pueden disponer de medios más

perfectos para realizar toda clase de investigaciones y cultivos. Sólo en casos excepcionales nos han contestado que carecen de medios para el diagnóstico diferencial, pero creemos que en estos casos, al contestar se refieren a la carencia de medios en el Dispensario, pero que con el espíritu de cooperación que es imprescindible implantar en España, en casi todos los Dispensarios puede resolverse este diagnóstico diferencial.

2.º Mayores dificultades que el diagnóstico tiene el tratamiento, y por ello a nuestra pregunta: «Medios de tratamiento de que se dispone (Rayos X, Talio, etc.)»; han contestado la mayoría diciendo que no disponen de estos medios. Según los resultados de nuestra encuesta, sólo disponen de Rayos X en el mismo Dispensario, en el de Tortosa, Granada y Valencia; además de en los Dispensarios, anejos a las Facultades de Medicina de Barcelona, Granada, Madrid, Sevilla y Zaragoza. Disponen también de Rayos X, utilizados por los propios Dermatólogos provinciales en servicios y Hospitales provinciales, en Cartagena, Jaén, Huelva, Málaga, Tenerife, Reus, Antequera, Las Palmas, Oviedo y Mallorca.

3.º Aun cuando no todos han contestado a esta pregunta, podemos decir afirmativamente que para organizar un plan de lucha contra las tiñas es imprescindible y fácil de lograr la colaboración con los servicios de Veterinaria y con el Cuerpo de Inspección Médico Escolar, en donde existe, así como con otras Entidades sanitarias.

4.º En todos los servicios hospitalarios, universitarios, provinciales o municipales, a los que anteriormente

nos hemos referido, además de contar con rayos X, cuentan también con personal entrenado para realizar las técnicas de depilación y radioterapia e incluso con posibilidades de hospitalización, que faltan en todos los demás Dispensarios.

Para organizar la profilaxis de todas las infecciones y aun con mayor motivo cuando se trata de endemias de alguna cronicidad, debe procederse en la misma forma: Primero, conocer el problema; después, organizar un plan, y, finalmente, proseguirle tenazmente hasta lograr la erradicación.

Refiriéndonos ahora concretamente al problema que nos plantea la endemia de tiñas, debemos reconocer que hasta ahora sólo contamos con los trabajos, muy meritorios, pero aislados, de algunos dermatólogos y micólogos, pero faltan el plan conjunto y de coordinación que consideramos imprescindible para alcanzar resultados eficientes.

Debemos empezar por intentar conocer el problema, la intensidad de la epidemia y su distribución geográfica. En la Dirección General de Sanidad no contábamos con ningún antecedente y los resultados de la encuesta recientemente realizada nos orientan ligeramente, pero no son suficientes para considerarlos definitivos. Recientemente han sido modificados los partes que tiene que remitir todos los Dispensarios y esperamos recibir con ello una estadística más completa del año 1959, con los que dispondremos de una mayor información a comienzos del 1960. Es posible que a partir de esta fecha podamos hacer un plan de conjunto que resultará de mayor uti-

lidad, pero deseando iniciar cuanto antes alguna labor eficaz, vamos a anticipar un plan provisional fundado en los escasos datos que actualmente disponemos.

1.° INVESTIGACIÓN DE LAS FUENTES DE CONTAGIO.—El contagio de las tiñas puede realizarse de las siguiente forma:

a) *Contagio de persona enferma a persona sana.*—Es la forma más frecuente del contagio e incluso de las epidemias. En los casos de *favus* es bastante frecuente que sean los padres los que contagian a sus hijos e incluso en las otras variedades de tiña suele observarse que son personas mayores, con manifestaciones apenas perceptibles, las que transmiten estos parasitismos, incluso desconociendo que ellos están afectados. Creen algunos en la posibilidad de que la dieta alimenticia pobre en proteínas y vitaminas pueda constituir un factor predisponente que justifique la constitución de focos endémicos entre aquellos que son económicamente débiles.

b) *Contagio de los animales al hombre.*—La mayoría de los dermatofitos pueden parasitar al hombre y a los animales, que son también vehículo transmisor de esta enfermedad.

c) *Contagio a partir del suelo.*—Recientemente ha sido demostrado que el *M. Gypseum* es saprofito común del suelo, lo que permite suponer que lo mismo puede ocurrir con otros M. Esto explicaría la frecuencia cada vez mayor de contagios del llamado «pie de atleta» y de otros parasitismos cutáneos, que tanto al hombre

como a los animales pudieran llegarles por contaminación directa del suelo.

Basándonos en los datos anteriores, para combatir eficazmente estos parasitismos cutáneos, es necesario realizar un estudio epidemiológico, que a partir de ahora iniciamos y que en todas las regiones endémicas deberá realizarse con las colaboraciones precisas en todos los colegios, escuelas y todos aquellos centros en los que se reúnan niños, realizando una revisión sistemática, por lo menos al empezar y terminar los cursos escolares. Estos reconocimientos pueden realizarlos los médicos de las escuelas o colegios, cuando los hubiese, los de Higiene Escolar o también los Médicos de los Dispensarios Dermatológicos, que en los casos realizados por otros Médicos podrán solicitar la comprobación de que la inspección ha sido realizada.

Aquellos colegios o escuelas bien organizados, con numerosos niños, que no deseen llevarlos a los Dispensarios, deberán proveerse de luz de Wood, imprescindible para facilitar una rápida inspección.

La inspección de todos los niños debe ser completada con la de los adultos que convivieron con los niños parasitados, pues está demostrado que frecuentemente en el cuero cabelludo de sus padres, tíos y abuelos, aparentemente sanos, reside el origen de la infección.

En el ambiente urbano conviene inspeccionar las peluquerías, tanto masculinas como femeninas, en las que el instrumental suele desinfectarse deficientemente, y los gimnasios y piscinas, en los que se deben de adoptar procedimientos para evitar la transmisión de micosis que,

comenzando en los pies, suelen diseminarse a otras localizaciones. En los domicilios en donde hubiese focos, sean niños o adultos debe inspeccionarse también a todos los animales domésticos, gatos, perros, etc.

En las zonas rurales se ampliará más la investigación de los animales, porque frecuentemente el ganado vacuno, mular, caballar, etc., es el transmisor de estas micosis. Sobre todo cuando se encuentren fitoparásitos de origen animal se dará cuenta a la Inspección Veterinaria, requiriendo su colaboración.

2.° DIAGNÓSTICO.—No es suficiente el conocimiento genérico, es preciso establecer el diagnóstico correcto y minucioso del agente causante que casi siempre requiere el aislamiento por cultivo, y por ello cuando no se disponga de medios apropiados para realizarlo, será requerida la colaboración del laboratorio apropiado más próximo a la localidad, y cuando hubiera dudas sobre esta cuestión se podrá requerir la oportuna información de esta Sección Central.

3.° TRATAMIENTO.—Una vez diagnosticados y convenientemente clasificados los pacientes afectados, deben ser aislados del resto de la población infantil, hasta conseguir la curación.

El tratamiento puede ser diferente según las variedades del hongo causal: en primer lugar conviene distinguir si son antropofílicos o zoofílicos.

Zoofílicas: El *T. mentaglophytes* y los *M. Canis* y Gypseum.

Antropophílicas: El *T. Violaceum, Tonsurans* y *Schoenleiri, M. Audouili* y *epidermofiton flocosum.*

Los hongos *zoophílicos,* que habitualmente parasitan a los animales, suelen causar lesiones inflamatorias con tendencia a la curación, incluso espontáneamente, y que responden bien a diferentes tratamientos locales, muy particularmente al descrito por GODOY y también a la modificación señalada entre nosotros por IRANZO. Esta variedad de fácil curación es difícil de extinguir sin la colaboración de los veterinarios o de descubrir el foco animal en el medio urbano, por requerir el descubrimiento y la terapéutica adecuada de los focos animales.

Los hongos *antropophílicos* ocasionan lesiones no inflamatorias y muy resistentes, más difíciles de curar, incluso en la piel lampiña, pero cuando afectan al cuero cabelludo requieren una depilación completa, que sólo puede lograrse con las sales de Talio o por Roentgenterapia.

Sales de Talio: Sobre este medicamento está difundida entre el vulgo una leyenda de peligro, que alcanza incluso a algunos profesionales, cuando realmente carece de fundamento. Indudablemente es una terapéutica algo delicada, a la que no se debe recurrir cuando los niños padecen simultaneamente otras infecciones o afecciones renales o hepáticas y que debe usarse preferentemente en los niños. El Dr. IRANZO, que ha continuado empleando este procedimiento, llegando a tratar más de mil casos, con un sólo accidente de relativa gravedad, se atiene a las siguientes normas:

Niños de menos de 15 kilos de peso: método de elección, las sales de Talio.

Niños que pesan de 15 a 22 kilos: pueden tratarse indistintamente con Talio o con Rayos X.

Niños que pesan entre 22 y 30 kilos: método de elección, la radioterapia; pero puede emplearse las sales de Talio.

Niños de más de 30 kilos y adultos: siempre radioterapia.

Las sales de Talio se administran por vía bucal, disueltas en agua a la dosis de *8 miligramos por kilogramo de peso,* en una sola vez, y sin pasar en ningún caso de los 24 centigramos. Es conveniente pesar al niño desnudo, durante tres días, antes de efectuar la disolución del talio; pesar tres veces la cantidad de talio y disolverla en 100 centímetros cúbicos de agua destilada. Conviene también que estas operaciones no las realice una persona sola, sino que, por lo menos, otra controle estas operaciones y no olvidarse nunca de que sólo se administra «una sola y única vez». El niño debe permanecer veinticuatro horas en cama, atentamente vigilado, y evitando nuevas ingestiones de agua durante todo este tiempo.

Esta terapéutica es económica, se consigue con ella una excelente depilación y únicamente requiere una gran exactitud en las operaciones de peso y dosificación y una extrema vigilancia de los dos o tres días siguientes a la administración de las sales de Talio.

Radioterapia.—Es sin duda el mejor procedimiento y con menos peligro para alcanzar la depilación. Pero re-

quiere no sólo disponer de aparato de Rayos X, sino de una competencia absoluta para manejarlo. Cuando se dispone de ambas cosas, este procedimiento supera a todos los demás.

En todas las poblaciones en donde se cuente con aparatos de Rayos X y personal capacitado será conveniente que los Médicos de Dispensarios que no cuentan con estos servicios, den traslado a los enfermos que requieran esta operación a los servicios con instalaciones apropiadas. En aquellos casos en los que no exista en la localidad ninguna instalación de radioterapia, se podrá proponer a los padres el traslado a otra localidad o recurrir a las sales de Talio.

En lo sucesivo, la Dirección General de Sanidad procurará que en aquellas regiones en las que exista una endemia bien estudiada y no se disponga de aparatos de Rayos X dotar a aquellos Dispensarios en los que previamente se cuente con la competencia reconocida de los especialistas que hubieran de realizar esta forma de depilación.

Recientemente y con resultados muy esperanzadores se realizan experiencias con un nuevo antibiótico, el griseofulvin, obtenido del Penicillium griseofulvun, en 1939 por Oxford, Raistrick y Simonar, que también fué conseguido como producto del metabolismo del Penicillium janczeewskki, en 1946, por Brian Curtiss y Hemming, y que está empleándose en muchos países, destacándose su acción fungistática y fungicida. Este nuevo medicamento parece poco activo cuando se emplea tópicamente, pero de una gran actividad en toda clase de tiñas, cuando

se emplea por vía oral, incluso a dosis que son perfectamente toleradas y con las que se pueden curar no sólo manifestaciones de la piel lampiña, sino también y sin necesidad de depilación, las tiñas del cuero cabelludo y las de las uñas, sin que sea preciso ninguna otra medida que la administración de la droga hasta que se logra la desaparición de todas las lesiones.

Esta Sección de la Dirección General de Sanidad realiza gestiones para facilitar este nuevo medicamento a todos los Dispensarios.

En resumen: todos los Médicos de los Dispensarios deben prestar atención a todos los casos posibles de tiña, procurando confirmar no sólo el diagnóstico genérico, sino el de la variedad de cada uno de los casos. Una vez clasificados los casos deben dar cuenta de ellos en los partes y en sus estadísticas y deben proceder a adoptar las medidas epidemiológicas oportunas y el tratamiento, en relación también con la variedad del hongo causante. Cuando comprueben el predominio de tiñas zoophílicas deben ponerlo en conocimiento de los Inspectores de Sanidad Veterinaria. En todos los casos en que existan en la localidad Médicos de los colegios y escuelas o de Higiene Escolar, deben requerir la colaboración de los mismos, y cuando no existiesen y comprobasen el estado endémico de tiñas, deberán encargarse ellos mismos de la inspección en escuelas y colegios.

Lucha contra las dermatosis profesionales

El avanzado grado de industrialización que se advierte en algunas provincias españoles ha motivado que la incidencia de dermatosis profesionales sea en la actualidad de mucho más volumen que hace veinte años. Corresponde, pues, a los Dispensarios, situados en zonas industriales, la verificación de estas enfermedades profesionales cutáneas realizando directamente las pruebas diagnósticas pertinentes o bien efectuando este trabajo a propuesta de los Médicos de Empresa cuando existan en la localidad. La expedición de informes y dictámenes sobre dermatosis profesionales será sin duda frecuente de ahora en adelante, y por ello conviene anticiparse al planteamiento de este problema estableciendo relación con los Médicos de Empresa donde los hubiera.

Es propósito de la Sección el ofrecer los servicios de nuestra red de Dispensarios a la Organización de los Médicos de Empresa, e incluso podría ser un acierto el llegar por su mediación a una coordinación con determinadas Empresas que podrían subvencionar el trabajo extraordinario que estos diagnósticos y dictámenes motivaran.

Con vistas a perfeccionar nuestra preparación en tal sentido, la Sección Central ha dispuesto la organización

de Cursillos de Medicina del Trabajo en su relación con la Dermatología, el primero de los cuales tendrá lugar durante el próximo mes de diciembre. También se estudia la posibilidad de dotar convenientemente a los Dispensarios del material necesario para verificar las pruebas epicutáneas más corrientes.

Lucha contra las quemaduras

El problema de las quemaduras en España tiene una trascendencia considerable y nunca, hasta ahora, se ha considerado en su conjunto. Es indudable que la resolución de las quemaduras es una labor que compete por igual al Dermatólogo y el Cirujano Plástico. Por ser la quemadura lesión esencialmente dermatológica, se propone que sean incorporadas a la misión del Dispensario Dermatológico su diagnóstico, tratamiento y clasificación. No debe, pues, el Dispensario rechazar el tratamiento de las quemaduras de I y II grado, y únicamente, cuando la extensión de la quemadura y gravedad del cuadro lo aconsejen, se debe trasladar al enfermo directamente a otros Centros más aptos para su tratamiento. Es necesario también que se divulgue por los Dermatólogos desde los Dispensarios la imprescindible necesidad de injertar a los quemados una vez pasada la fase de toxemia y *shock*, evitándose así el antieconómico y lamentable espectáculo de enfermos con extensas quemaduras a los que se tiene durante meses en espera de una cicatrización espontánea de sus lesiones. Este tratamiento quirúrgico-plástico de los quemados entra de lleno en el campo de la Cirugía dermatológica, y es aconsejable hacer comprender esta faceta de nuestra especialidad a

todos nuestros compañeros, sobre todo a los jóvenes, para que se formen en este campo de la Cirugía dermatológica, que nunca debió ser segregada del conjunto de la especialidad.

Es propósito futuro de la Sección el propugnar cerca de nuestras autoridades sanitarias la creación de Centros de tratamiento para quemados agudos o crónicos, y de Bancos de Piel en previsión de posibles catástrofes masivas. Esta postura exige una preparación y propaganda en el ambiente provincial del Dispensario de tal modo que nadie se sorprenda cuando se dirija un quemado al Dispensario Dermatológico para su tratamiento.

Dermatosis parasitarias

(Sarna pediculosis, etc.)

Nada nuevo tenemos que añadir referente a la profilaxis de estas dermatosis. Reciente está todavía la gran epidemia de sarna que invadió la totalidad de nuestro país en los años que siguieron a nuestra Guerra civil. La prosecusión de esta labor de prevención y tratamiento ha logrado que en estos últimos años el número de casos de sarna y pediculosis descienda a niveles sumamente bajos. Es necesario, sin embargo, continuar manteniendo nuestra vigilancia en este aspecto e incrementar nuestra acción profiláctica con la utilización de todos los modernos medios puestos a nuestro alcance.

REGLAMENTO

DE LA

LUCHA CONTRA LA LEPRA ENFERMEDADES VENEREAS Y DERMATOSIS

aprobado por D. 4 julio 1958
(B.O.E. 167 de 14 julio)

CAPÍTULO PRIMERO

Organización general y personal

Artículo 1.° Los Servicios Sanitarios de la Lucha contra la Lepra, Enfermedades Venéreas y Dermatosis, dependerán de la Jefatura de la Sección de Lepra, Enfermedades Venéreas y Dermatosis de la Dirección General de Sanidad, estando a cargo en las provincias de las Jefaturas Provinciales de Sanidad.

El Jefe de la Sección estará auxiliado en su cometido por un médico perteneciente al Escalafón de Médicos de la Lucha Oficial Antivenérea, que suplirá a aquél en caso de ausencia o enfermedad. Ejercerán funciones directivas y serán encargados de la asistencia facultativa a los enfermos: los Directores de Leprocomios, los médicos de Lucha Oficial Antivenérea y los Directores de clínicas especializadas que dependan del Estado, provincia o municipio. Podrán también encargarse de la asistencia facultativa de estos enfermos los médicos especialistas de los Centros secundarios de Higiene rural y, eventualmente, los de Asistencia Pública Domiciliaria, cuando fueran encargados de esta función por las Jefaturas Provinciales de Sanidad.

El personal facultativo será auxiliado en su cometido por los

Auxiliares Sanitarios de la Lucha Antivenérea Nacional y, en casos particulares, por los Auxiliares Sanitarios adscritos a los Servicios médicos antes mencionados.

Art. 2.° El Jefe de la Sección de Lepra, Enfermedades Venéreas y Dermatosis, será elegido por concurso de méritos, especialmente convocado, entre funcionarios pertenecientes al Cuerpo Médico de Sanidad Nacional o al de Médicos de la Lucha Oficial Antivenérea. El médico adjunto a la Jefatura de la Sección, se elegirá por concurso de méritos entre los que pertenecen al Escalafón de la Lucha Oficial Antivenérea. El Administrador de los Servicios Centrales de la Lucha será igualmente designado por concurso de méritos entre funcionarios del Cuerpo Técnico Administrativo Sanitario.

En concordancia con el párrafo segundo de la Base 11 de la Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, y con la O. M. reglamentando el Título de Especialista, de 21 de enero de 1958, todo el personal facultativo encargado de estos servicios deberá estar en posesión del título de Dermatólogo. El personal facultativo de la Lucha habrá de pertenecer al Escalafón del Cuerpo de la misma. Para la provisión de plazas específicamente convocadas para servicios leprológicos, se considerará mérito preferente la posesión del diploma de Leprólogo.

Los actuales practicantes de la Lucha Oficial Antivenérea, se constituirán en Escalafón único de Ayudantes Técnicos Sanitarios, siendo preciso que en las sucesivas oposiciones, se hallen en posesión del título para clínica y laboratorio, el cual será requerido en la convocatoria respectiva.

Art. 3.° El personal médico de los Leprocomios, excepto el Director, los médicos de guardia y especialistas se organizará con los médicos de la Lucha Oficial Antivenérea en Escalafón único, formado con las relaciones de plantilla, publicadas en los *Boletines Oficiales del Estado* de 2 de julio de 1946 y 4 de febrero de 1948, pudiendo ser adscritos sus componentes a cualquiera de estos servicios.

Art. 4.° Mientras no sean modificadas las actuales consig-

naciones presupuestarias, se aplicarán a los médicos del referido Escalafón, los créditos consignados en la Ley de Presupuestos para el personal técnico facultativo de la Lucha Antivenérea. La Comisión de servicios especiales, como los Jefes de Equipos Móviles u otros similares, podrán ser objeto de gratificaciones establecidas por las disposiciones vigentes. Las gratificaciones de los Jefes Provinciales de Sanidad por la dirección de este Servicio, seguirán pagándose en la misma forma que viene haciéndose actualmente.

Art. 5.° El ingreso en el Cuerpo será rigurosamente por oposición. Los ascensos de una a otra categoría del Escalafón, se verificarán por orden riguroso de antigüedad, y los destinos se cubrirán por concurso de méritos, previo informe de la Sección de Lepra, Enfermedades Venéreas y Dermatosis de la Dirección General de Sanidad y del Consejo Nacional de Sanidad.

Art. 6.° El personal facultativo que en el desempeño de su cometido sufriera contagio de alguna infección grave, tendrá derecho a pensión extraordinaria o a jubilación, con arreglo al Estatuto de Clases Pasivas y a los beneficios de la Legislación de Accidentes de Trabajo.

Art. 7.° Los Centros Leprológicos Estatales contarán con un Director Técnico del Cuerpo de Sanidad Nacional o del Cuerpo de Médicos de la Lucha Oficial Antivenérea, con indiscutible formación leprológica, en ambos supuestos; un Jefe Clínico del Escalafón de Dermatólogos-Leprólogos; un equipo quirúrgico, especializado en Cirugía Plástica y de Recuperación; un Servicio de Oftalmología; un Servicio de Odontología; un Médico residente; un Médico becario; un Servicio de Farmacia; un Administrador general del Escalafón de Técnicos Administrativos de Sanidad; un Delegado Laboral con título de una Escuela Social.

El Director Técnico, el Jefe Clínico, el Médico residente, el Farmacéutico, el Administrador general y el Delegado, tendrán su residencia oficial en el Sanatorio, donde dispondrán de casa-habitación, de racionamiento y de una indemnización de acuerdo con las disposiciones vigentes.

Los técnicos residentes, trabajarán en equipo, coordinando sus actividades de forma que el Sanatorio logre el triple objetivo de la rehabilitación médica, social y laboral de los enfermos a su cuidado.

Tendrán asimismo el carácter de residentes y con sus beneficios, los auxiliares técnicos respectivos, cuyo número, condición y categoría se determinarán según las circunstancias.

Art. 8.° En todo lo referente a permutas, excedencias y sanciones, se procederá a lo dispuesto en la Legislación vigente.

Art. 9.° La Sección de Lepra, Enfermedades Venéreas y Dermatosis, del Consejo Nacional de Sanidad, tendrá carácter consultivo, y su Comisión Permanente informará cuantos asuntos técnicos le sean sometidos por la Dirección General de Sanidad y las propuestas de Concursos de traslado entre Médicos de la Lucha Oficial Antivenérea, ateniéndose, en su funcionamiento, a lo dispuesto en los artículos 21 al 25 del Reglamento del Consejo Nacional de Sanidad. En la distribución de los fondos procedentes de la Lotería Nacional de la Cruz Roja, tendrá la intervención determinada en el artículo primero del Decreto de la Presidencia del Gobierno de 8 de marzo de 1958.

Capítulo II

Lucha contra la lepra

Art. 10. Quedan sin efecto todas las medidas en el tratamiento de la lepra que tengan carácter discriminatorio, y los enfermos lepromatosos sólo podrán ser hospitalizados forzosamente en casos excepcionales, de acuerdo con las normas vigentes para las restantes enfermedades infecciosas; la hospitalización forzosa en cada caso particular, sólo podrá ser adoptada a propuesta de los Jefes Provinciales de Sanidad. En todos los casos restantes se acudirá a la propaganda y a la persuasión para hospitalizar a los enfermos contagiosos en que las autoridades

competentes consideren que el tratamiento ambulatorio constituye un peligro sanitario.

Art. 11. La propaganda y educación sanitaria se realizarán:

1.º Mediante cursos de Dermatología en las Facultades de Medicina, las que deberán incluir en sus programas un mínimo de enseñanza teórico-práctico de Leprología, durante el período formativo de los estudiantes de Medicina.

2.º Por la Obra de Perfeccionamiento Sanitario, en forma de conferencias para Médicos Rurales y mediante cursillos para médicos de A. P. D. de provincias endemiadas, en la Leprosería Nacional de Trillo.

3.º Organizando la Escuela Nacional de Sanidad, en colaboración con la Escuela Profesional de Venereología de la Facultad de Medicina de Madrid, y con la Colonia Sanatorio de Fontilles, cursos breves para leprólogos, en régimen de internado, para la obtención del diploma de leprólogo.

4.º Buscando la cooperación de médicos rurales, maestros nacionales, sacerdotes, alcaldes y todas las clases cultas de los pueblos más castigados con esta plaga, a cuyo efecto se organizarán las oportunas conferencias conducentes a aquel fin.

Art. 12. *Tratamiento.*—Se organizará el tratamiento precoz y suficiente de todos los enfermos, siguiendo normas y orientaciones dictadas por la superioridad; en los ingresados en los Leprocomios, en los que acudan al tratamiento ambulatorio y localidades alejadas de estos centros, mediante la colaboración de los dermatólogos de Centros secundarios y de Higiene rural o de los médicos de A. P. D. designados por las Jefaturas provinciales de Sanidad.

Art. 13. En todas las provincias con endemia leprosa, se organizará el control y tratamiento de los enfermos que habiten en la misma. Los Jefes Provinciales de Sanidad encargarán a uno de los médicos de la Lucha Oficial Antivenérea de establecer el fichero provincial de tratamiento y control de los enfer-

mos de lepra y sus convivientes, cuyo facultativo tendrá la condición de subjefe de los Servicios de la Lucha Antileprosa; su nombramiento, en caso de ser varios los solicitantes, se otorgará al más antiguo de ellos que posea el diploma de leprólogo.

Art. 14. Procurará ampliarse en la medida que permitan las disponibilidades presupuestarias, los Equipos Móviles hoy existentes. Siendo deseable crear un Equipo Móvil en cada provincia endemiada.

Será misión de estos Equipos el proseguir el censo intensivo de enfermos de lepra en su provincia, mediante el examen periódico de convivientes; el tratamiento y control de los enfermos censados no hospitalizados, llevando escrupulosamente el fichero provincial de todos los enfermos de lepra en tratamiento ambulatorio, debidamente clasificados. Trimestralmente deberán dar cuenta a la Dirección General de Sanidad, a través del Jefe Provincial de Sanidad, de los enfermos nuevos censados, enfermos en tratamiento, abandonos terapéuticos y sus causas, defunciones, cambios de domicilio a otra provincia y casos blanqueados, clínica y bacteriológicamente, que seguirán en observación sin tratamiento.

Como medidas profilácticas, estudiarán, en colaboración con la Lucha Antituberculosa, la posibilidad de vacunar con B. C. G. los contactos infantiles de enfermos lepromatosos menores de diez años. De ser posible esta medida, se procederá al tratamiento profiláctico de los contactos lepromin-negativos de enfermos lepromatosos con dosis infraterapéutica de sulfonas.

Art. 15. *Hospitales y Sanatorios.*—Por lo antieconómico de la persistencia de pequeñas leproserías regionales, se procurará limitarlas a las de Trillo y Fontilles, en la Península, manteniendo las de Abona y Las Palmas, en las Islas Canarias, por motivos geográficos. Continuará subvencionándose con medicación al hospital de San Juan de Dios, de Madrid, para tratamiento de los enfermos allí internados. Todas las leproserías existentes actualmente funcionarán de acuerdo con las normas dictadas por la Dirección General de Sanidad.

El Sanatorio Leprológico Nacional del Estado ampliará sus

actividades médicosanitarias con las correspondientes a programas de rehabilitación social y laboral.

Los sanatorios no estatales coordinarán estos programas con sus Reglamentos y Estatutos propios.

Art. 16. Para ingresar en los Centros Leprológicos será preceptivo: la petición del interesado o familiar competentes, certificado médico del dispensario correspondiente, con el visto bueno del Jefe Provincial de Sanidad; acuerdo de la Diputación Provincial, caso de ser considerado como económicamente débil, o de un organismo de la seguridad social, cubriendo el abono del suplemento de estancias estipulado.

En caso de urgencia, la Dirección General de Sanidad, directamente o por delegación del Jefe Provincial de Sanidad, podrá ordenar el ingreso inmediato de un enfermo, llenando posteriormente las normas administrativas y de orden interno que sean precisas.

Art. 17. *Preventorios.*—El ingreso en los Preventorios será siempre dispuesto por la Autoridad sanitaria, a la que se dará cuenta periódicamente del estado de los niños internados, pudiendo dictaminar el momento en que debe terminarse su tutela sanitaria.

Siendo la lepra una enfermedad poco contagiosa, las embarazadas podrán dar a luz en las maternidades, y sus hijos sanos, pues la lepra nunca es enfermedad congénita, deberán, siempre que sea posible, separarse de sus madres lepromatosas, poniéndoles en tutela familiar, con domicilio distinto o internándolos en los hospicios y otros centros donde se recogen niños sanos.

Art. 18. Mientras no se disponga de un centro de investigación propio, donde se realicen todos los exámenes histopatológicos que se consideren precisos, la Dirección General de Sanidad subvencionará alguno o algunos laboratorios de histopatología para que se encarguen de realizar el estudio histológico y de las biopsias enviadas por los dispensarios dermatológicos y equipos móviles.

Capítulo III

Enfermedades venéreas

Art. 19. La experiencia obtenida ha demostrado la necesidad de seguir prestando la debida atención a la infección sifilítica, reconocida o ignorada, ampliando esta investigación y extendiéndola por todo el ámbito nacional, cumpliendo así el compromiso contraído con la «O M S» y con la «UNICEF». Con la ayuda internacional de estos organismos, en plazo máximo de tres años, se procederá a dotar a todas las Jefaturas Provinciales de Sanidad del material y antígenos necesarios para practicar como método *standard* de serología de rutina la reacción «V. D. R. L.», con antígeno cardiolipín, debidamente controlado por la «O M S» o por la Escuela Nacional de Sanidad.

Art. 20. La Escuela Nacional de Sanidad y la Escuela Central de Serología, procederán conjuntamente a organizar la fabricación de antígenos cardiolipín en cantidad suficiente para proveer, al cabo de los tres años en que terminará la ayuda internacional, a todas las necesidades de la Lucha antivenérea Nacional. Estos dos Organismos procederán al control sistemático de todos los antígenos fabricados en España, cuyos lotes no podrán ser puestos a la venta sin un certificado expedido por la Dirección General de Sanidad, previo informe de estos dos Centros.

Art. 21. Todos los casos de sífilis precoz deberán ser tratados con penicilina retardada, que reúna las condiciones exigidas por la «O M S», de acuerdo con las normas dictadas por la Dirección General de Sanidad.

Art. 22. Los Dispensarios desmatológicos, directamente dependientes de la Dirección General de Sanidad, a través de las Jefaturas Provinciales de Sanidad, estarán regentados por el Cuerpo de Médicos de la Lucha oficial antivenérea. Donde haya

varios médicos, uno ostentará la dirección del dispensario, previamente designado por la Dirección General de Sanidad a propuesta de la Jefatura Provincial. En cada Jefatura se procederá a organizar un servicio epidemiológico para la busca y control de focos de contagio.

Capítulo IV

Dermatosis evitables

Art. 23. Los dispensarios dermatológicos prestarán especial atención al tratamiento y profilaxis de todas las dermatosis evitables. Procurarán adoptar las normas necesarias para evitar la difusión de enfermedades parasitarias, singularmente las tiñas, y tratarán de realizar una eficaz profilaxis del cáncer cutáneo mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento de las lesiones precancerosas de la piel. Cuidarán especialmente del estudio y tratamiento de las enfermedades profesionales de la piel, informando a la superioridad de todos aquellos casos en que considerara necesarias la adopción de medidas generales de profilaxis.

Art. 24. Los Jefes Provinciales de Sanidad podrán ordenar la utilización de instalaciones de radioterapia y otras apropiadas para el tratamiento de alguna de estas dermatosis, propiedad del Ayuntamiento, Diputaciones Provinciales y otros organismos subvencionados por el Estado en compensación de los servicios que a los mismos se prestan.

Capítulo V

Disposiciones Generales

Art. 25. La Dirección General de Sanidad dotará a los centros de ella dependientes de medicación suficiente de todo género, destinada al tratamiento de las dolencias mencionadas.

Asimismo, por la Dirección General de Sanidad se darán las máximas facilidades para que los centros dependientes de otros organismos oficiales, paraestatales y particulares, puedan adquirir, con cargo a sus respectivos presupuestos, las medicaciones precisas para el tratamiento de la lepra y enfermedades venéreas.

Art. 26. El Ministerio de la Gobernación queda autorizado para dictar normas complementarias de este Reglamento.

ESCALAFON DE MEDICOS DE LA LUCHA ANTIVENEREA NACIONAL

(Capítulo 1.° Artículo 1.° Grupo 6.° Concepto 11.)

22 Médicos a 20.040 pesetas

1. D. Luis Hidalgo Recalde..... Logroño.
2. D. Luis G. Guilera Molas..... Barcelona.
3. D. Joaquín Puchades Aviñó..... Barcelona.
4. D. Antonio Carreras Verdaguer..... Barcelona.
5. D. Ricardo Bertoloty Ramírez..... Madrid.
6. D. Julio Bravo Sanfeliú..... Madrid.
7. D. Laureano Echevarría Ledesma..... Madrid.
8. D. José Gay Prieto (Servicios Centrales. Excedencia especial)..... Madrid.
9. D. Francisco Daudén Valls..... Madrid.
10. D. Luis de la Cuesta Almonacid..... Madrid.
11. D. Pelayo Lozano Arcos..... Madrid.
12. D. José Gómez Orbaneja..... Madrid.
13. D. Antonio Utrilla Domínguez (Laboratorio). Madrid.
14. D. José M.ª de la Lastra Soubrier (Laboratorio). Madrid.
15. D. Vicente Lillo Gil..... Barcelona.
16. D. Marcelino Lloréns Ribas..... Manresa.
17. D. Juan Valenzuela Ladaria..... Mallorca.
18. D. Juan Segura Gisber..... Alcoy.
19. D. Francisco Cantó Ibañez..... Castellón.

20. D. Alfonso García Santiago..... Zamora.
21. D. Máximo Muñoz Casas..... Burgos.
22. D. Francisco Garrido Quintana..... Granada.

23 Médicos a 17.760 pesetas

1. D. Antonio Herrera Carmona..... Sevilla.
2. D. Polión Buxó Izaguirre (Laboratorio)..... Barcelona.
3. D. Ramón López Ríos..... Vigo.
4. D. Carlos Guitian Fábregas..... Orense.
5. D. Domingo Solís Cagigal..... Santander.
6. D. Sixto Cambra Alberti..... Barcelona.
7. D. Guillermo López Fernández..... Oviedo.
8. D. Francisco Roca Sánchez..... Granada.
9. D. Carlos Sureda Costas..... Gerona.
10. D. Manuel Zurita Susinos (Laboratorio).... Ceuta.
11. D. Francisco Bellvert Doménech..... Alicante.
12. D. Jesús Senra Calvo..... S. Sebastián.
13. D. Eduardo Gregorio García Serrrano..... Zaragoza.
14. D. Ramón González Medina..... Valencia.
15. D. Manuel Miñón Calvo (Laboratorio)..... Valladolid.
16. D. Antonio Chaos Losada..... El Ferrol.
17. D. Manuel Mazo Mendo..... Barcelona.
18. D. Delfín Roldán Tapia..... Las Palmas.
19. D. Ceferino Aguilera Maruri..... Santander.
20. D. Tomás Caro Patón y Merlo..... Valladolid.
21. D. Salvador Coderech Niella..... Barcelona.
22. D. Angel Iglesias Vicente..... Línea de la Concepción.
23. D. Angel Carrilero Prat..... Albacete.

48 Médicos a 15.360 pesetas

1. D. Ramiro Sanz Maldonado..... Linares.
2. D. Luis Sánchez Velasco..... Salamanca.
3. D. Luis Soler Moltó....✝..... Tortosa.
4. D. José Arredendo Bermejo..... Gijón.
5. D. Jesús Arangűena Arangűena..... La Coruña.
6. D. Fernando Martínez Sarmiento..... Cuenca.
7. D. Antonio Carrillo Ausejo..... Oviedo.
8. D. Julio Alvarez Pueyo..... Madrid.
9. D. Jesús Muñuzuri Galíndez..... Sevilla.
10. D. Manuel González Rey..... Valencia.
11. D. Juan Ontañón Carasa..... Ciudad Real.
12. D. Casimiro Bonmatí Azorín..... Cartagena.
13. D. José Madaria Garriga..... Alicante.
14. D. Nicolás Peña Martínez..... Vigo.
15. D. Juan Martínez Higueras..... Ceuta.
16. D. Silverio Gallego Calatayud..... Valencia.
17. D. Antonio Berengena del Rey..... Jerez de la Frontera.
18. D. Julio Cañadas Salcedo..... Cádiz.
19. D. Antonio Cáceres Uclés..... Cáceres.
20. D. Julio Miró Carbonell..✝..... El Grao.
21. D. Pedro Heredia Ruiz de Castañeda..... Andújar.
22. D. Agustín Esteban Llanas..... Zaragoza.
23. D. Antonio López Villafuertes..... Vallecas.
24. D. Miguel Salinas González..... Madrid.
25. D. Antonio Ugalde Urosa..... Guadalajara.
26. D. Fernando Benavente Fernández..... Murcia.

27. D. Manuel Molina García..... Santiago de Compostela.
28. D. Segismundo Cabrera Machado..... Tenerife.
29. D. Marino Gallego Burín..... Granada.
30. D. Joaquín M.ª Urrutia Salsamendi..... Vitoria.
31. D. Antonio Beltrán Alonso..... Jaén.
32. D. Ramón Megía Cruz..... Valdepeñas.
33. D. Angel M.ª Rezola Aspiazu..... Eibar.
34. D. Bernabé Giménez Roldán..... Córdoba.
35. D. Benito Cárdenas Gutiérrez..... Huelva.
36. D. Guillermo Bellod Salmerón..... Orihuela.
37. D. José Luis Espejo González..... Antequera.
38. D. Alfonso Conde Cantó..... Elche.
39. D. Cándido Rodríguez Pascual..... Palencia.
40. D. Eladio Viñuela Bordallo..... Don Benito.
41. D. José Crespo Galiana..... Málaga.
42. D. Fernando García Rodríguez..... Mieres.
43. D. José M.ª Jaén Frean..... Ubeda.
44. D. José Sánchez Martínez..... Lorca.
45. D. Bernardo Salom de la Hoz..... Pontevedra.
46. D. Felipe Dulanto Escofet..... Granada.
47. D. Vicente Iranzo Prieto..... Algeciras.
48. D. Manuel Ochando González..... León.

48 Médicos a 13.680 pesetas

1. D. Sandalio González Calvo..... Valladolid.
2. D. Luis Egea Bueno..... ~~Ronda~~ Granada
3. D. Antonio García Pérez..... Trillo.

4. D. José Mercadal Peyrí..... Barcelona.
5. D. Miguel Parrondo López..... La Coruña.
6. D. Pablo de Diego Aragoneses..... Lugo.
7. D. Jesús del Pino Báez..... Soria.
8. D. Luis Ferrándiz Arjonilla..... Tarragona.
9. D. Juan José Apellániz Fernández..... Mallorca.
10. D. Bernardo López Martínez..... Sevilla.
11. D. Diego Carrillo Casaux..... Málaga.
12. D. Antonio Zubiri Vidal (Excedencia especial). Huesca.
13. D. Pedro Yáñez González (Lepra). En comisión. Director de Dispensario..... Las Palmas.
14. D. José Cabral Gil..... Toledo.
15. D. Francisco Palenzuela Sáinz..... Alcázar de San Juan.
16. D. Jorge Monfort Barba..... Barcelona.
17. D. Jesús Miguel Cuadrado..... Játiva.
18. D. Ginés Vivancos Gallego..... Tenerife.
19. D. Félix Contreras Dueñas, Servicios Centrales (En comisión. Jefe Servicio)..... Madrid.
20. D. Juan Bermudo Fernández (Laboratorio)... Sevilla.
21. D. José Catasús Catasús (Laboratorio)..... Barcelona.
22. D. Cándido García Martín..... Segovia.
23. D. Práxedes Llisteri Chiner..... Alcira.
24. D. Manuel Bassas Grau..... Barcelona.
25. D. José Francino Pujul..... Lérida.
26. D. José M.ª Capdevila Gaya..... Tarrasa.
27. D. José A. Rodríguez Morales..... Cádiz.
28. D. Antonio Pascual Santanera..... Baracaldo.
29. D. Isaac Sancho Rodríguez..... Badajoz.
30. D. Ramón Conejero Bonson..... Reus.

31. D. Miguel Pérez Valdés..... Gandía.
32. D. Leoncio Méndez García..... Córdoba.
33. D. Luis Azúa Dochao, Cátedra de Dermatología de la Facultad de Zaragoza..... Zaragoza.
34. D. Angel Goday Prats..... Teruel.
35. D. Luis Oyamburu Salegui (Interino)..... Pamplona.
36. D. Luis Alvarez Lovell (Interino) Servicios Centrales..... Madrid.
37. D. Gerardo Jaqueti del Pozo (Interino)..... Madrid.
38. D. Antonio Herrera Padilla (Interino)..... Almería.
39. D. Manuel Sánchez Prieto (Interino)..... Avila.
40.
41.
42.
43.
44.
45.
46.
47.
48.

Excedentes

D. Enrique Fernández Pellicer.
D. Rafael Andrés Blanco.
D. Ramón Alvarez de Lara García.
D. Aquilino Martínez Pazos.
D. José Muñoz Avila.
D. Nicolás Ballesteros Blázquez.

D. Carlos Daudén Sala.
D. Marino Orusco Hernando.
D. Joaquín Soto Melo.
D. Carlos Olivares Baqué.

Expectación

D. Juan de Dios García Ayuso.
D. Perfecto Peña Martínez.
D. Manuel Salmerón Torres.
D. Víctor de Amaniel Domínguez.
D. Manuel Pereiro Cuesta.
D. Francisco Martínez Torres.
D. Ricardo Gutiérrez Mendiola.
D. Eduardo Isla Carande.
D. Ramón Morán López.
D. Enrique Alisedo Romeau.
D. José Luis Posada y Sáenz Santamaría.
D. Antonio García García-Ordóñez.
D. Luis Mena Burgos.

D. Carlos Dauden Sala.
D. Martín Orueco Hernando.
D. Joaquín Soto Melo.
D. Carlos Olivares Baqué.

Expedición

D. Juan de Dios García Ayuso.
D. Perfecto Peña Martínez.
D. Manuel Salmerón Torres.
D. Víctor de Amaniel Domínguez.
D. Manuel Pereiro Cuesta.
D. Francisco Martínez Torres.
D. Ricardo Gutiérrez Mendiola.
D. Eduardo Isla Caranda.
D. Ramón Morán López.
D. Enrique Alisedo Romeu.
D. José Luis Posada y Sáenz Santamaría.
D. Antonio García García-Ordóñez.
D. Luis Mena Burgos.

G
C