

## ORIENTACIONES CLÍNICAS ANTE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Dr. J. CORNUDELLA

**L**a posición del médico ante un enfermo sospechoso de tuberculosis pulmonar es, a menudo, muy árdua. La ubicuidad de la misma y las múltiples facetas que puede presentar en su comienzo y evolución, crea positivas dificultades. Por otra parte la necesidad de un diagnóstico preciso y el tratamiento pertinente, desde un buen principio, son las mejores garantías de curación. Vamos pues a pasar revista del cortejo de premisas que pueden conducir al éxito.

Para mayor claridad de exposición, desarrollaremos el tema en dos capítulos: el primero, dedicado al diagnóstico y el segundo a la terapéutica.

### Diagnóstico

Unas veces se nos presentan enfermos con signos aparentemente tuberculosos que nada tienen que ver con esa enfermedad. Otros, al revés, con síndromes extrapulmonares que son síntomas tóxicos producidos a distancia por el bacilo de Koch que asienta en el pulmón.

En otras ocasiones no existe ni lo uno ni lo otro; es la tuberculosis pulmonar inaparente que se descubre mediante el examen sistemático de los supuestos sanos, puestos que jamás han tenido el más ligero síntoma que les indujera a la consulta.

De ahí que resulta conveniente insistir ante los médicos y ante el público en general, que la tuberculosis puede ser una enfermedad de comienzo asintomático o que éstos pueden ser paradójicos.

Los que hemos iniciado nuestra formación médica en la época en que la exploración clínica era la base del diagnóstico, sabemos que la más fina exploración no resulta infalible. Ameuille habló de la *defiance de l'auscultation*; Hofbauer decía que la tuberculosis no se oye sino que se ve. Por eso jamás debe darse un diagnóstico negativo de tuberculosis sin el testimonio de los rayos Roentgen.

A pesar de que el conocimiento de esas normas elementalísimas parecen de sentido común, siguen llegando a los Servicios especializados enfermos que no son tuberculosos. El precioso elemento que es la radiología no se utiliza con la prodigalidad que sería menester.

Naturalmente que existen también formas bacilémicas que se manifiestan por signos clínicos anteriores a que la pantalla puede traducirlas en imágenes, pero es, con mucho, más frecuente el primer caso.

El diagnóstico precoz que en casi todas las dolencias es una necesidad, resulta capital en la tuberculosis pulmonar. No es lo mismo tratar una tuberculosis inicial, que empezar su tratamiento cuando la enfermedad ha tomado varias posiciones o maltrecho el sistema defensivo orgánico. En el primer caso, la curación es más frecuente, en el segundo cuando se consigue, es ordinariamente a precario.

Es interesante averiguar de si se trata de una primo-infección o de una reinfección. En este último caso conviene saber si es una forma inicial o un nuevo brote evolutivo.

Resulta cuerdo considerar que el curso ulterior de cada una de ellas no guardará siempre relación con el grado lesional descubierto. No debemos fiarnos de

la aparente benignidad de ciertas lesiones mínimas, ni tampoco augurar un porvenir catastrófico a las vestidas con ropaje aparatoso. Hay que sutlizar mucho, pues no todo es lesión anatómica, sino que debe tenerse en cuenta un complejo de valores orgánicos y ambientales; tales como contagio, edad, sexo, raza, diátesis familiar, características epidemiológicas del medio y actualmente cobra una importancia extraordinaria la situación social.

Hay que valorizar también el aspecto del enfermo, color de su piel, la sintomatología tóxica; sudores, inapetencia, disnea; el temperamento, costumbres, disciplina y de un modo especial aquel factor múltiples y confuso que llamamos el terreno orgánico.

En ese capítulo de las orientaciones no debe faltar tampoco la consideración del curso que ha seguido el enfermo desde su diagnóstico, el tiempo que ha mediado entre el comienzo de la enfermedad y su tratamiento y de si se trata de una forma cerrada o abierta.

\* \* \*

El comienzo de la tuberculosis pulmonar, puede ser *solapado*, *agudo* o con un *síndrome extra-pulmonar*, especialmente *digestivo*.

Todos estamos de acuerdo en aceptar que la tetrada: tos, hemoptisis, fiebre y desnutrición equivale a tuberculosis pulmonar. Efectivamente así es casi siempre, pero esa plenitud sindrómica se da poco. Lo corriente es que exista sólo uno o algunos de aquellos síntomas.

Para fijar mejor las ideas vamos a considerar las distintas enfermedades no tuberculosas que tienen como signo preponderante uno de aquellos cuatro, o que se parezcan a la tuberculosis en su conjunto; sintetizándolos en tres grupos: hemoptoicos, febriles, y enfermedades confusionistas.

**SÍNDROMES HEMOPTOICOS.**—Las vías respiratorias altas en ciertas rinfaringitis, adenoiditis, amigdalitis, laringitis hemorrágicas, pólipos, etc., expulsando sangre al hacer la «toilette» matinal que exigen esos procesos, motivan errores que resultan más difíciles de discernir cuando van acompañados de síntomas generales. Su diferenciación es fácil.

Las *bronquiectasias* dan lugar a la mayoría de hemoptisis no tuberculosas; por la diapedesis inflamatoria, por las ulceraciones de la mucosa proliferada y por la rotura de los elementos aneurismáticos parietales que contienen. El diagnóstico es laborioso pero muy factible si se piensa en ello y se tiene en cuenta la conservación persistente del estado general que suelen presentar los bronquiectásicos. La broncografía de contraste con Lipiodol confirma la presunción.

Con tanta facilidad sangran las *supuraciones pulmonares* debido a los procesos rápidamente destructivos del parénquima y por lo tanto de los vasos sanguíneos. Pero como las abundantes secreciones purulentas se mezclan con la sangre adquiere todo junto un aspecto achocolatado que facilita la destrucción, además de la fetidez que ordinariamente las delatan.

El *quiste hidatídico* del pulmón tiene en las hemoptisis uno de los síntomas más frecuentes y que se presenta en cualquier período de su evolución. La indiferencia orgánica general del paciente induce a pensar en la equinocosis pulmonar que confirmará el Cassoni y la eosinofilia.

Entre los *tumores* del pulmón, el carcinoma sangra con relativa frecuencia y muchas veces como síntoma precoz. Ante un hemoptoico de 50 años o más, con escasa anamnesis pulmonar debemos sospechar una neoplasia.

Aunque poco frecuente entre nosotros, las *micosis pulmonares* se consideran entre las entidades hemorrágicas. El hallazgo de filamentos micelianos en el esputo orienta la cosa.

La *sífilis* de localización pulmonar puede dar un cuadro hemorrágico similar a la tuberculosis. El Wassermann aclara dudas.

Las hemoptisis de abolengo *circulatorio* son importantísimas. Generalmente son los enfermos mitrales los que se enmascaran de un cuadro tuberculoso, especialmente en los períodos de pequeña descompensación. Se trata de jóvenes enfermizos, con deficiente desarrollo orgánico, antecedentes familiares y personales suspectos de bacilosis, tosedores habituales, que de tanto en tanto espectoran sangre.

Atención especial merecen las hemoptisis debidas a la *hipertensión*, por ar-

terioesclerosis. Son hemorragias de esputo o de pequeñas bocanadas sufridas por personas que pasan de los 50 años, con hábito asténico, pálidos, abatidos, discretamente disneicos; síndrome pre-tuberculoso, que se presta a confusión. El esfigmomanómetro desbroza el camino.

Debe darse también beligerancia diagnóstica a las hemoptisis *hemogénicas*. Comprenden las diátesis hemorrágicas, con síndromes por alteraciones vasculares o de la crisis sanguínea; hemofilia, púrpuras, trombopenias. En éstos la sangre emitida no se coagula y las diversas pruebas clínicas, del lazo, de Duke, tiempo de sangría, de coagulación, etc., hacen el diagnóstico.

En individuos estigmatizados vegetativos de fondo neuroendocrino; en la pubertad o en la menopausia, presentan hemoptisis sin alteración pulmonar alguna ni discrosis de la sangre. Son las hemoptisis *neurovasculares*, cuya génesis estriba en alteraciones del endotelio capilar regido por el sistema neuro vegetativo.

Una variante de la anterior es la llamada *hemosalamezis*. Mujeres principalmente, presentan inadvertidamente o con fines de simulación esputos hemáticos o saliva rosada. Es una sangre de un rojo especial, muy acuosa, poco coagulable, que junto a los signos histéricos que se pueden colegir de sus manifestaciones orientan hacia su verdadera enfermedad.

Es también muy arduo el problema de las *hemorragias digestivas*. En ciertas cirrosis hepáticas, la mucosa esofágica suele tener varicosidades que pueden sangrar; el cáncer esofágico da muchas veces partículas hemáticas que son expelidas tosiendo. Es clásico enumerar las dificultades que existen para el diagnóstico diferencial entre las hemoptisis y las hematemesis. El enigma es fácil de dilucidar cuando se trata de sujetos con antecedentes digestivos; la sangre es expulsada mediante vómito y a ésta le ha precedido un cierto desvanecimiento. La sangre es de color oscuro, mezclada con jugo gástrico, de reacción ácida y sabor agrio. En cambio la hemoptisis aparece algunas veces sin antecedentes o son ellos pulmonares; la sangre sale tosiendo, mezclada con esputos; es roja, espumosa, alcalina y de sabor dulzaino. Estas verdaderas hemoptisis también pueden ocasionar una lipotimia, pero ésta es posterior a la expulsión de la sangre. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de que sea un tuberculoso dispéptico que aspira sangre en la hematemesis que la expele con la tos, o al contrario que deglute la sangre que sale del pulmón y la expulsa vomitando.

**SÍNDROMES FEBRILES.** — Sin duda el capítulo de los síndromes en que la fiebre es el síntoma dominante ha sido y sigue siendo uno de los problemas más intrincados de la clínica médica.

De ellos podemos hacer esquemáticamente tres grupos. El primero lo constituyen aquellos enfermos que sólo presentan fiebres crepusculares vespertinas. Se trata de ese gran capítulo de las *febrículas* descubiertas por casualidad o después de alguna enfermedad intercurrente, que tantos sinsabores ocasionan por sus dificultades diagnósticas, pues carecen muchas veces de otro signo clínico anormal.

Naturalmente que la mayoría son tuberculosos y por ahí hay que profundizar en el despistaje; pero no debemos olvidar que el naso-farinx, los genitales, etc., pueden producirlas también.

Un segundo grupo está formado por los pacientes que, además de la fiebre, presentan síntomas pulmonares que se deben diferenciar de la *gripe*, *bronquitis*, *neumonías atípicas*, etc. La observación atenta del enfermo, sus antecedentes, el tipo constitucional y el curso que no corresponde a dichas enfermedades, nos llevará al verdadero camino.

Hay que desconfiar siempre de una gripe de evolución alargada o que deja reliquias; tales como astenia sostenida, desnutrición, febrículas, etc.; de una bronquitis con signos estetoacústicos localizados, o de las bronquitis de repetición que afectan más o menos el estado general del paciente, pues acostumbran a ser brotes intermitentes de una tuberculosis benigna; de una neumonía de curso atípico, o que falte disnea, que exista palidez en lugar del aspecto rubicundo, con sudores abundantes o insensibilidad para la misma, cierta lucidez del semblante, etc.; son datos más ligados a la bacilosis que a los cocos banales.

En todos esos casos se recurrirá pronto a la Radiografía, porque el análisis del esputo puede ser negativo para el bacilo de Koch en esa fase.

Por fin, un tercer capítulo amplio y complejo con *manifestaciones digestivas*, del que sobresalen el grupo *tífico* y la *melitensis*.

Es bien conocida de antiguo la llamada tifobacilosis de Landorzy y su difi-

cultad diagnóstica, que centra, podríamos decir, las afecciones tíficas con la enfermedad general tuberculosa.

La bacilemia tuberculosa, especialmente en los comienzos de la enfermedad, tiene muchas veces un aspecto tifoide. La semejanza de ambos cuadros clínicos procede de que los dos síndromes son debidos a una bacteriemia con modificaciones alérgicas en el organismo, las cuales son independientes de los tipos bacterianos.

Desde hace bastante tiempo conocemos la frecuencia de la bacilemia y su posibilidad de que evolucione sin ir seguida de localización alguna. Naturalmente que la bacilemia debe provenir de un foco, pero éste suele estar oculto. Los reservorios ganglionares, lugares más frecuentes de estancación bacilar, pueden ser tan mínimos que su despistaje es imposible.

Un tifóidico tiene a menudo manifestaciones clínicas bronquiales, pero la buena tolerancia del enfermo para la fiebre, la falta de esplenomegalia y del exantema, son datos clínicos en favor de la tuberculosis.

El hemocultivo es ordinariamente quien aclara las dudas. Sólo debe tenerse en cuenta la posibilidad, aunque rara, de que una septicemia intercurrente en un tuberculoso aparentemente sano, ocasione una descarga bacilémica fugaz.

Otro síndrome habitual de confusión es el de la *Fiebre de Malta*. A menudo vemos enfermos tuberculosos, incluso cavitarios, diagnosticados de brucelosis. Se trata de pacientes que han presentado astenia, sudores, fiebre remitente, algo de tos y ciertos trastornos digestivos. Sometidos estos enfermos a un tratamiento empírico con reposo, tónicos, antitérmicos y algunas veces trasladados al campo, mejoran tanto que hacen presumir una curación. Pero recaen naturalmente, y entonces nace la duda. Para esclarecerla se practica una seroaglutinación, que resulta positiva para el melitococo al 25-50 por 100, proporción que aglutinan la mayoría de tuberculosos. El médico, ante una prueba tan convincente, cree pisar terreno firme y asegura que el enfermo sólo tiene una melitococia; criterio que se mantiene en cada nuevo brote evolutivo, hasta... que el paciente consulta a otro médico, quien historia y explora bien al enfermo, encontrando la tuberculosis pulmonar.

Pueden dar lugar a equívocos diagnósticos con la enfermedad tuberculosa en este grupo la *colibacilosis*, *colecistitis*, *apendicitis*, *inflamaciones crónicas genitales*, *sinusitis*, *paludismo*, etc. Un atento examen del enfermo basta para despistarlos.

ENFERMEDADES CONFUSIONISTAS. — Por fin existen unos síndromes que parecen típicos de enfermedades alejadas de la tuberculosis, tales como ciertas *dispepsias*, el *linfogranuloma*, la *neumoconiosis*, etc. y que no obstante son debidas al bacilo de Koch.

Cada día se presentan a la consulta del tisiólogo enfermos francamente tuberculosos pulmonares que traen en su dossier terapéutico un tratamiento exclusivamente digestivo, a pesar de que se ha dicho y repetido que la tuberculosis se enmascara inicialmente muchas veces con un semblante gastro-intestinal, siendo uno de los más frecuentes el que Marfan ya bautizó con el nombre de *dispepsia pre-tuberculosa*.

Claro que el despistaje de la tuberculosis pulmonar, en ese período donde la correlación funcional de los órganos hace parecer digestivo un pulmonar, presenta realmente dificultades, pero no son insuperables ni mucho menos.

Si se racionan bien los datos obtenidos se verá cómo la sintomatología no encuadra bien una entidad clínica abdominal. Además, el tratamiento da ordinariamente resultados efímeros.

Debe recelarse a menudo del joven que en pleno verano tiene una dispepsia persistente, que adelgaza, está abatido, que los baños de mar no le entonan. Así como del adulto calificado de *ulceroso*, con un síndrome hiperácido de horario impreciso, que el régimen o los alcalinos no responden con aquella fidelidad característica. Ante un supuesto ulceroso, bien tratado, que no mejora, francamente debe sospecharse la tuberculosis pulmonar.

El *linfo-granuloma*, con sus febrículas, sudores y adelgazamiento, también requiere atención. Sin embargo, la difusión sistemática hacia completos distritos ganglionares, la tumefacción del hígado y del bazo, bastarán para el diagnóstico diferencial que muchas veces podremos confirmar con una biopsia.

La confusión con las *neumoconiosis*, es debido a que tienen una manifestaciones clínicas e inconográficas absolutamente iguales.

Si se piensa en ello el diagnóstico resulta fácil, indagando el oficio del paciente. Aunque algunas veces la diferenciación de una tuberculosis fibrosa con una *neumoconiosis* es realmente impropia. En general, la tuberculosis da síntomas que podríamos llamar calientes; fiebre, sudores, etc. La *coniosis* al revés, es la disnea con hipotermia una de las manifestaciones dominantes. Naturalmente el hallazgo del bacilo de Koch falla el pleito en el acto.

Esta distinción ha adquirido gran importancia en nuestro tiempo a causa de la legislación sobre accidentes del trabajo.

En resumen, una historia clínica concienzuda, valorizando bien la anamnesis familiar y personal, una exploración correcta, el análisis metódico de las imágenes radiológicas, la tuberculino-reacción y las pruebas del laboratorio dan ordinariamente el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

### Terapéutica

Una vez hecho el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, conviene saber si aqueja al enfermo alguna otra afección: sífilis, diabetes, paludismo, insuficiencias glandulares, etc., en cuyo respectivo caso instituiremos el tratamiento pertinente al estado morbozo.

La asociación sífilis y tuberculosis es muy frecuente. Cuando ello ocurre conviene tratar primero la lues, pues un tratamiento antisifilítico solo trae muchas veces, además, la mejoría de una tuberculosis. Si la forma clínica de la bacilosis exige la colapsoterapia, por ejemplo, se simultanearán los dos procedimientos terapéuticos.

No hace falta anotar que la misma determinación se tomará para las restantes asociaciones.

Otra cuestión previa consiste en suprimir, taras, vicios o intoxicaciones profesionales; tales como disendocrinias, estados alérgicos, tabaco, alcohol, plomo, sílice, etc. y de un modo especial se corregirán los trastornos del aparato digestivo, puesto que la nutrición es un puntal de primera calidad para el fímico.

Un dato importantísimo a tener en cuenta en normas terapéuticas es el aspecto psicológico de la enfermedad. La moral del tuberculoso es un factor de curación y por consiguiente el médico debe procurar conservarlo. Conviene mantener candente la impresión de que cura, aunque insistiendo que es una enfermedad larga; que lleva consigo la imbricación de episodios morbosos, recaídas aparentes o reales, etc., pero que no afectarán el buen resultado final.

Ese criterio convencional, optimista y las prescripciones sintomáticas que requieren las molestias y complicaciones de toda enfermedad crónica, convierten al enfermo en un colaborador inapreciable durante el difícil y prolongado camino que recorre la tuberculosis pulmonar.

Es inquestionable que la tuberculosis pulmonar puede curar espontáneamente. Las imágenes cicatriciales que descubre la pantalla en los exámenes sistemáticos en personas que no tienen la menor idea de que hayan sufrido la enfermedad; los casos que sin haber seguido nuestras prescripciones se nos presentan inactivos a la consulta después de un tiempo; ciertos obreros y campesinos que trabajan casi normalmente y envejecen a pesar de su tuberculosis, etc., son pruebas palmarias de ello.

Pero esos casos son excepcionales y sobre las mismas no deben fundarse las reglas fundamentales de la terapéutica.

El curso polimorfo de la bacilosis, con sus frecuentes variaciones evolutivas, la abortividad de muchos brotes, sus intervalos de latencia, etc. han sido las bases de apoyo del sinnúmero de medicaciones que, como fuegos fatuos, se han venido propagando para curar la enfermedad tuberculosa.

A tres grupos esquemáticos podemos reducir nuestras posibilidades de actuación.

Uno *pasivo*, la cura higiénico-dietética. Con ella reducimos los dispendios metabólicos y facilitamos la reparación molecular de las células y de los plasmas.

Otro grupo comprende los *elementos farmacológicos*, propiamente dichos: cal, vitaminas, lipoides, tónicos, reductores, opoterápicos, tuberculinas, quimioterápicos, etc. Todos sin excepción tienen por finalidad levantar las defensas orgánicas.

Como anexo a este grupo debemos añadir los antibióticos, particularmente la Estreptomicina, que es el único, que hasta el momento, parece tener una acción efectiva sobre el bacilo de Koch.

Un tercer grupo está integrado por la colapsoterapia: tórax intra y extra-pleural, frenicectomía, toracoplastia, destinados a bloquear la progresión local del mal y facilitar el cierre de las cavernas.

Actuamente adquiere más importancia cada día la intervención bronquial en la tuberculosis del pulmón y que al parecer exigirá un tratamiento más o menos tóxico.

Consideradas esas premisas veamos la manera de plantear la terapéutica.

Con finalidad didáctica haremos agrupaciones esquemáticas de los diferentes tipos de lesiones que podemos encontrar. Estas pueden ser: infiltrados, formas infiltrativas o nodulares; ulceradas o no; latentes o evolutivas, con bacilo o sin él.

En términos generales tendremos en cuenta las normas fundamentales siguientes:

El reposo será el denominado común de todos los tratamientos.

La mayoría de formas abacilares son tributarias de un tratamiento medicamentoso a base de reposo, a ser posible en clima de altura.

El plazamiento a una altitud es también indispensable a todos los tratamientos cuando persisten los síntomas tóxicos; fiebre, anorexia, taquicardia, sudores y tos.

Siendo el *neumotórax* el mejor procedimiento de que disponemos actualmente para tratar la *tuberculosis pulmonar*, debemos emplearlo siempre que exista indicación. Esta es formal en la mayoría de formas ulceradas o localizadas progresivas. Si resulta imposible, o que el tipo, situación o tamaño de las cavernas lo contraindican se planeará la colapsoterapia quirúrgica.

En los casos de lesiones o evolutividad imprecisas hay que hacer un tratamiento médico a base de reposo, y vigilar semanalmente a la pantalla al enfermo. De mejorar, se persiste con el mismo plan, pero si pasados uno o tres meses el paciente empeora o la radiografía señala una agravación de las imágenes provocaremos el colapso. En el peor de los casos es preferible hacer un *neumotórax* inútil que perder un tiempo precioso que puede ser irreparable.

Cuando las lesiones son bilaterales se analizará meticulosamente su diverso grado para decidirse por un tratamiento médico de espera o por la colapsoterapia uni o bilateral.

La medicación complementaria que comprende las sustancias farmacológicas: cal, vitaminas, lipoides, etc., constituyen unos elementos curativos secundarios de gran utilidad. Debén acompañar casi siempre a la cura higiénico-dietética, llenar los intervalos entre tratamiento más importantes o reparar algún sistema defensivo orgánico maltrecho por la enfermedad. Además, el enfermo tuberculoso vive con la obsesión de que sufre una enfermedad grave, que necesita tratamiento asiduo, y por consiguiente, exceptuando los casos de pacientes estoicos o ciegamente adictos, es necesario echar mano a menudo de las medicaciones complementarias, aunque no cumplan una necesidad vital.

Los quimioterápicos, en los contados casos en que todavía se usan, están indicados en ciertas formas severas que no son tributarias de la colapsoterapia.

En fin, para resumir diremos que la *tuberculosis pulmonar* no ha encontrado aún su tratamiento específico. Todos los preparados con pretensiones de actuar directamente contra el bacilo, han fracasado; a lo sumo ponen en juego la intervención del organismo. La colapsoterapia sólo tiene una acción local, importantísima desde luego, que no es lícito postergar, pero no actúa sobre la enfermedad general que es toda *tuberculosis*. Por consiguiente es probable que la victoria decisiva contra la *tuberculosis* deba ser mediante elementos medicamentosos que actúen decisivamente sobre el bacilo de Koch y salven el complejo biológico del organismo infectado.

Creo sinceramente que nos hallamos ante esa fase trascendental en terapéutica antituberculosa. Induce a presumirlo los formidables descubrimientos curativos modernos: Sulfamidas, naftoquinonas, para-amido-salicílico (P. A. S.), Sulfetrona, antibióticos, etc.

Es muy probable que en alguna retorta de Laboratorio exista ya la droga decisiva o el elemento que la producirá. La Estreptomicina, por ejemplo, no es el medicamento antituberculoso definitivo, pero posiblemente representa un eslabón

del que lo será. Su acción letal sobre el bacilo de Koch *in vitro* y sobre la tuberculosis experimental lo hace verosímil.

En clínica respiratoria hemos constatado una regresión de lesiones frescas, aunque no todavía su eliminación. Además, con ninguna medicación hemos visto beneficios tan espectaculares y rápidos sobre la sintomatología tóxica de un tuberculoso pulmonar: fiebres, sudores, inapetencia, etc., y sobre la laringitis tuberculosa, como con la Estreptomicina.

De ahí nuestra esperanza de que quizá pronto sea una realidad el poder curar la infección tuberculosa.

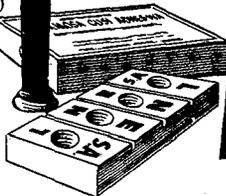


## Tratamientos ambulatorios

La gelatina de zinc, es el vendaje ideal para el tratamiento de afecciones quirúrgicas, esguinces, fracturas óseas y operaciones ortopédicas.

La fácil preparación del vendaje para compresión, sujeción o extensión continua, sin irritación de la piel y formación de eczemas, proporciona al facultativo la seguridad de una resolución tan pronta como eficaz del proceso y, al paciente, el alivio inmediato del dolor.

Pastillas de 200 gramos con 4 divisiones  
de 50 gramos cada una



**DERMOSEA CUSÍ  
ADHESIVA**

**GELATINA DE ZINC, FORMULA BÖHLER**