

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la Asociación Médica Hondureña



Director

Dr. Marcial Cáceres Dijil



Marzo

y

Abril

de

1 9 4 6

MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA

SOCIOS HONORARIOS

Dr. Vicente Mejía Colindres	San José, Costa Rica
Dr. José María Ochoa Velásque	Comayagua
Dr. Oswaldo S. Lowsley	New York

SOCIOS ACTIVOS EN TEGUCSGALPA

Dr. Ramón Valladares	Dr. Marcial Cáceres Vijil,
Dr. Antonio Vidal	Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Héctor Valenzuela	Dr. Henry D. Guilbert
Dr. Manuel Icaríos C.	Dr. José R. Durón
Dr. Manuel Castillo Barahona	Dr. José María Sandoval h.
Dr. José Manuel Dávila	Dr. Martín A. Bulnes
Dr. Abelardo Pineda U.	Dr. J. Gómez Márquez
Dr. Isidoro Mejía.	Dr. Carlos M. Gálvez
Dr. Humberto Díaz	Dr. Gustavo Adolfo Zuniga
Dr. Roberto Gómez Roveló	Dr. Ramón Pereira
Dr. Juan A. Mejía	Dr. Armando
Bardales	
Dr. Juan Montoya	Dr. Roberto Lázarus

SOCIOS FUERA DE TECUCICALPA

Dr. Guillermo Pineda	Trinidad, Santa Bárbara
Dr. L. R. Fletcher	Quiriguá, Guatemala
Dr. Emilio Gómez Roveló	México»
Dr. Salomón Paredes R.	Trinidad, Santa Bárbara
Dr. Luis Munguía	Costa Rica
Dr. Eugenio Matute	San Pedro Sula
Dr. José Mendoza	La Ceiba
Dr. Plutarco E. Castellanos	Comayagua
Dr. Trinidad Boquín	México
Dr. Juan Lara	Puerto Cortés
Dr. Mario Díaz	EE. UU. de A.
Dr. Raúl Enrique Zúñiga	Guatemala, Tiquizate
Dr. Angel I>. Vargas	Santa Barba*ta
Dr. Gabriel Izaguirre	San José, Costa Rica
Dr. Ramiro H. Lozano	La Lima
Dr. Blas Cantizano M.	San Salvador
Dr. Iíammi Aleerro Castro li.	La Paz

SOCIOS FALLECIDOS

Dr. Rubén Andino Aguilar	Tegucigalpa
Dr. Alfredo Sagastume	Tegucigalpa
Dr. Francisco A. Matute	La Ceiba
Dr. Lorenzo Cervantes	La Paz
Dr. Marco Antonio Rodríguez	Santa Rasa de Copan
Dr. Domingo Rosa	Ocotepeque
Dr. Virgilio Rodezno	Ocotepeque
Dr. Juan Jesús Casco	Tela
Dr. Cornelio Moneada	San Pedro Sula
Dr. Francisco Sánchez U.	Tegucigalpa
Dr. Miguel Paz Barahona	San Pedro Sula
Dr. Manuel L. Aguilar	Choluteca
Dr. Marco Delio Morales	Tegucigalpa
Dr. Pastor Gomez h.	Tegucigalpa
Dr. Salvador Paredes	Tegucigalpa

SUMARIO

	Página,
Dr. Marcial Cáceres Vijil .—Necesitamos un patronato anti-tuberculoso..... _____	103.
Dr. Roberto Lazaras.—Un caso de intertensión paroxismal tratado con insulina	103
Dr. Armando Bardales.—Ensayos para el diagnóstico precoz del embarazo por la inyección intracutánea de hormona gonadotropa	
Dr. Marcial Cáceres Vijil.—Resumen histórico de la organización del dispensario antituberculoso en Tegucigalpa	104
Dr. Jesús Gómez Pagola.—Alimentación. Cólera infantil o toxicosis	121
Revista de revistas	138"

Revista Médica Hondureña

OrganodelaAsociaciónMédicaHondureña

DR. MARCIAL CACERES
VIJIL MARCIAL CACERES
VIJIL

Redactores:

DR. CARLOS M. GALVEZ

DE. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

DR. ANTONIO VIDAL

Secretario:

DE. T. RAMÓN PEREIRA

Administrador:

DK. MARTIN A. BULNES.

Año XVI | Tegucigalpa, D. C., Hond., C. A., Marzo y Abril de 1946 | No. 128

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Necesitamos un Patronato Antituberculoso

Desde que se inició la lucha contra la Tuberculosis en nuestro país, con la organización del primer Dispensario Antituberculoso en este Distrito Central, pensamos que era ineludible, la organización de una entidad que respondiera eficientemente a las múltiples necesidades de carácter económico-social que van unidas estrechamente a la terrible peste blanca.

Nosotros que estamos al frente del Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad, contemplamos diariamente las desastrosas condiciones económicas de nuestros pacientes; individuos que presentan lesiones tuberculosas mínimas o moderadamente avanzadas pulmonares que son tributarias de un tratamiento colapsoterápico ambulatorio, ya que por el momento, no podemos ofrecerles un tratamiento sanatorial, nos manifiestan que es imposible para ellos vivir guardando reposo, ya que son el eje de sostén de la familia, muchos de ellos no tienen un pariente o una persona amiga que pueda subsanar en parte sus necesidades de vida.

Desgraciadamente la tuberculosis, además de ser una enfermedad grave, su tratamiento es de larga duración; el paciente necesita para lograr su curación, del un reposo material y espiritual* y esto es imposible obtenerlo sin recursos.

Indudablemente no es el Estado el obligado a cubrir las necesidades perentorias de los enfermos tuberculosos; el Estado organiza las dependencias donde estos pacientes reciben su tratamiento en una forma gratuita, tales como: Dispensarios, Sanatorios, Preventorios, etc. Actualmente el problema económico estriba en sostener al individuo tuberculoso que no debe trabajar, porque como dijimos anteriormente, necesita de reposo corporal: después, con la habilitación del Hospital para Tu-

berculosos que se está construyendo en esta Capital, el problema será todavía más escabroso, pues, una vez que estos individuos se hayan internado, la familia quedará del todo desamparada. El paciente tuberculoso no podrá jamás tener un reposo espiritual, no <estará libre de preocupaciones, ya que sabe que su familia carece de todo lo indispensable para vivir, y si haciendo hincapié en esta tortura de su mente se niega a su hospitalización, tendremos frente a nosotros otro desastre: la diseminación de la enfermedad a sus familiares y a la comunidad en general.

La familia ha sido considerada como una entidad social, es decir, núcleo vital en la organización de nuestra sociedad, por eso, todas las Instituciones de Protección Social se encaminan a evitar su disolución, a mantener inalterables los lazos espirituales de sus componentes, y a resolver con eficiencia todos los problemas que tiendan a debilitar su unión, sean estos de carácter económico, sanitario, etc. La Tuberculosis es un factor de gran envergadura para la disolución familiar; el paciente tuberculoso se siente desamparado y triste, su misma familia le teme y muchas veces, y esto lo hemos podido constatar, llegan, al perderle el afecto

En plática que dicté en el seno del Club Rotario de Tegucigalpa, expuse ampliamente muchos de estos conceptos y excité a sus miembros para que organizaran un Patronato Antituberculoso; desde luego, esta idea no es nuestra, muchos países tienen organizaciones similares, y para no ir muy lejos, en San José, República de Costa Rica existe desde hace mucho tiempo un Patronato Antituberculoso que es un legítimo orgullo de aquella tierra centroamericana. El Proyecto de la Organización del Patronato fue aprobado por el Rotarismo Capitalino, pero desgraciadamente todavía no se han dado los pasos vitales para que sea debidamente establecido.

Los que fuimos nombrados para la elaboración de dicho proyecto, expusimos: de una manera amplia, los medios de que se valdría el Patronato para lograr sus fines y entre otros los siguientes: contribuciones del Supremo Poder Ejecutivo, del Congreso Nacional, de la Lotería Nacional de Beneficencia, y otras organizaciones altruistas del país, con la creación, de subvenciones o rentas especiales, estampillas, impuesto: de licores, cigarrillos, etc., con la organización de eventos deportivos, con el impuesto del viajero, etc., creando para la recolección de fondos una Tesorería Especial.

La creación de un Patronato Antituberculoso en nuestro medio es, en mi concepto, una necesidad perentoria, ya que no podremos hacer una lucha antituberculosa efectiva, concretándonos únicamente a la parte científica del problema, mientras carezcamos la organizaciones, de Instituciones de carácter social, altruistas, desinteresadas, que velen incansablemente por la economía del paciente tuberculoso.

Un Caso de Hipertensión Fa oxismal Tratado con Insulina

Por el Dr. Roberto Lázarus

De nuestros archivos médicos tomo la historia clínica del siguiente caso:

El 31 de marzo de 1942, Mr. I. S. americano, de 36 años de edad ingresa al Hospital de Golfito en Costa Rica, en estado comatoso, respiración muy laboriosa, después de haber sufrido un colapso en el muelle de ese lugar. En ese tiempo el paciente había, abusado de las bebidas alcohólicas y sus síntomas fueron atribuidos en su mayor parte a una intoxicación alcohólica. El 7 de diciembre del mismo año se presenta de nuevo un ataque parecido al anterior. El examen clínico mostró lo siguiente: pulso 130, presión arterial 160/100. Se queja el paciente de fuerte dolor de cabeza y dificultad para mover los brazos, especialmente el izquierdo. Permaneció en el hospital hasta el 13 del mismo mes, fecha en que se le dio de alta aconsejándole trasladarse a San José para someterse a un examen electro-cardiográfico. El electrocardiograma no mostró nada patológico. El 12 de Enero de 1943, se presenta de nuevo el paciente en el hospital sufriendo de mareos, dolor de cabeza y dificultad en el movimiento de ambos brazos. Al mismo tiempo se quejaba de ansiedad y miedo. Clínicamente hay una marcada taquicardiay la presión arterial mostraba 170/100. Desde esa fecha ataques cardiovasculares similares se han venido sucediendo con frecuencia. En los intervalos de bienestar el pulso es completamente normal, lo mismo que la presión arterial.

Examen Clínico: (Durante el ataque agudo) se trata de un hombre bien desarrollado, de 36 años de edad y de complexión fuerte, se ve muy pálido, nervioso y ansioso, está sentado en la cama, con respiración forzada y laboriosa y mentalmente algo confuso. Las pupilas están moderadamente dilatadas, pero reaccionan bien a la luz y convergencia. El examen del tórax es esencialmente negativo. Hay marcada taquicardia 120/130. La presión arterial 170/110, el abdomen no muestra nada especial. Los reflejos rotulianos moderadamente aumentados. No hay reflejos patológicos. Después de un período de unos 20 minutos en el cual se ha administrado un sedativo, la ansiedad desaparece, el carácter del pulso mejora y desciende a 100 y se registra un descenso en la presión arterial que baja 150/100.

Exámenes de Laboratorio: Sangre por malaria: Negativo. Recuento de glóbulos blancos: 7.200. neces por parasitos intestinales: Negativo. Reacción de Kahn en dos distintas ocasiones: Negativa. Punción lumbar: Presión normal, el líquido es claro,

albúmina, globulina y glucosa normal. Recuento de células: Normal Reacción de Kahn en el **líquido** también negativa.

Diagnóstico: No se llega a establecer diagnóstico fijo pero se considera un tumor cerebral o epilepsia.

Hasta aquí la historia tomada de nuestros archivos médicos.

El paciente fue enviado a Nueva York en Marzo de 1943, para ser tratado por especialistas, donde clasifican, el caso como una hipertensión paroxismal, síntoma que justifica la sospecha de un tumor en una de las glándulas suprarrenales. Se cree que se trata de un tumor del plexus simpático derecho, de preferencia en la glándula suprenal derecha. Se lleva a cabo una exploración y no se encuentra evidencia de tumor alguno. Se practica luego la denervación de la cadena simpática derecha, con la esperanza de que este procedimiento prevenga nuevos paroxismos de hipertensión. La convalecencia post operatoria fue completamente normal. A fines de Marzo nuestro paciente regresa a Golfito C. R. Su estado fue al principio bastante satisfactorio. Sin embargo, una vez iniciadas sus labores en el campo se presentan de nuevos ataques de mareos con ansiedad y nerviosidad general, especialmente después de exponerse a la irradiación solar. Desde octubre de 1943 hasta Diciembre del mismo año, ataques de hipertensión con toda su sintomatología aparecen de nuevo con más frecuencia que antes, y el estado general del paciente deteriora gradualmente, decaimiento general, anorexia e insomnio. El paciente es visto en mi clínica por lo meaos dos veces por- semana con Tos mismos ataques de hipertensión que hemos descrito antes.

Durante una de sus visitas a mi oficinas, y sospechando mucha actividad del sistema adrenal, y **recordando** que la Insulina en el metabolismo fisiológico es antagonista de la adrenalina., decidí experimentar el efecto que pudiera producir la Insulina en nuestro enfermo. Los resultados fueron extraordinarios y alentadores. Comencé con dosis pequeñas de Insulina, 10 unidades. La primera inyección durante un ataque agudo. El efecto fue sorprendente, no **había** retirado la aguja del brazo del enfermo, cuando éste manifestó que sentía bienestar general como nunca lo había sentido durante todo el curso de su enfermedad. Esto me indujo a continuar experimentando con dosis de 10 unidades de Insulina diarias. Durante 6 semanas de tratamiento continuo ni una sola vez se presentó otro ataque de hipertensión. El paciente se sintió "tan bien que decidió tomar una vacación a los Estados Unidos, pero me pidió que le diera suficiente insulina para su viaje. Se le dio un frasco de Insulina protamica en lugar de Insulina corriente, advirtiéndole que usara 10 unidades día de por medio en lugar de las 10 undades diarias. Como es sabido, la absorción de la **Insulina** prota-mínica es mucho más lenta que en la Insulina corriente, teniendo como resultado que el efecto dura más. El paciente continuó su tratamiento durante su viaje a los Estados Unidos. Ha regresado de

nuevo a Golfito y desde que se inició este tratamiento no se ha presentado ninguna vez otro ataque de hipertensión.

Para completar el estudio de este caso, se interrumpió el tratamiento por la Insulina por espacio de dos semanas. Durante este período libre de Insulina los exámenes de la presión arterial son los siguientes:

Examen inicial	140/95	pulso	80
Después del ejercicio	180/110	"	120
Dos minutos después	150/98	"	110
Cinco minutos después	130/90	"	85

En este período sin Insulina los exámenes de la sangre son los siguientes:

Cloruros	460 mgs. por c.c.
Glucosa	105 mgs. por cc.
Urea	13,5 mgs. por c.c.

Durante el tiempo sin Insulina el paciente no experimentó ninguno de los ataques típicos de hipertensión, aunque sí se presentaron síntomas de ligera irritabilidad y nerviosidad, que desaparecieron inmediatamente una vez iniciado el tratamiento con Insulina. Para terminar este estudio se vuelve a examinar la presión durante el período de tratamiento con los resultados siguientes:

Examen inicial	130/90
Después del ejercicio	158/100
Dos minutos después	130/90
Cinco minutos después	125/85

Insulina en nuestro caso en dosis de 10 unidades no solamente ha probado ser efectivo para contrarrestar el ataque agudo de hipertensión paroxismal, sino que en uso diario día dé por medio previene el desarrollo de ataques típicos.

COMENTARIO

Según investigaciones recientes publicadas por el Científico Americano, Profesor Raab, de la Universidad de Vermont, en Nueva Inglaterra, la médula de la glándula suprarrenal y tejidos similares del sistema Neuro-simpático, producen no solamente adrenalina, si no que otras substancias neuro-hormonales, familiares de la adrenalina, como son el Adrenalón y el leuoadrenacromo. Estas substancias cromogénicas junto con la adrenalina han sido separadas y determinadas tanto en la sangre como también en los tejidos, y en estudios anatómo-patológicos en el mismo miocardio. En los últimos 6 años el Dr. Raab efectuó en miles de casos cardio-circulatorios la determinación de adrenalina y sus derivados en la sangre y los tejidos, probando conclusivamente que existe una relación íntima* entre la secreción intensificada del sistema neuro-adrenal y cambios estructurales patológicos en el miocardio, vasos sanguíneos,

cerebro, riñón, y otros, manifestándose estos cambios en una degeneración esclerótica. La Adrenalina ejerce un efecto anóxico potentísimo, especialmente sobre el miocardio, robándole a éste toda su reserva de oxígeno, oxígeno que es indispensablemente necesario para toda actividad físico-mecánica. Las peculiaridades meta-bólicas en el débil y deficiente miocardio en todas las insuficiencias cardíacas sea idénticas a las observadas experimentalmente con la administración de adrenalina: anoxia y disminución de creatina y creatinina y ácido adenil pirofosfórico. No nos olvidemos que la adrenalina no solamente es un producto comercial producido por la industria farmacéutica, sino que representa, un veneno potente y . amenazante producido por nuestro propio organismo. Cuántas veces hemos cometido el pecado de administrar adrenalina como estimulante cardíaco y circulatorio a un paciente con un miocardio cansado y extenuado por la falta de oxígeno? Es lógico y razonable producir en ese miocardio más anoxia de la ya existente? Conociendo lo que la adrenalina es, y sus efectos nocivos, es menester ser prudente con su uso. Adrenalina inyectada o adrenalina producida por el organismo es rápidamente asimilada y acumulada en el miocardio en forma de cromógeno.

La acumulación de esta substancia en el miocardio es fisiológica, pero aumenta con el ejercicio físico intenso, también en el caso de exponerse mucho al sol, al frío, etc.

La cantidad normal 'del cromógeno asimilable en el miocardio es menos de 1000 unidades de color por gramo. En varios casos de cambio estructural orgánica en la autopsia, clasificados clínicamente como cardíacos lo único que se encontró fue una acumulación de cromógeno más alto de los niveles normales. En 100 casos de muerte repentina y sin ninguna lesión orgánica, en soldados reclutas del ejército Americano, también se comprobó como la causa de la muerte a la acumulación patológica de cromógeno en el miocardio. El fenómeno más corriente y evidente en nuestra clínica diaria del efecto de la adrenalina y su influencia sobre el aparato cardiocirculatorio es la angina de pecho, producida por esfuerzo, por emoción, frío, calor, etc. Y todos los otros estímulos que sabemos intensifican la secreción adrenal.

Si consideramos ahora al sistema neuro-simpático adrenal como al enemigo No. 1, y responsable de un buen número de trastornos cardiovasculares, hemos dado un paso más en el estudio y en el progreso terapéutico en todo lo que llamamos aparato circulatorio.

Al reportar este caso, tengo dos puntos importantes en mente: Primero no hay duda de que la causa de hipertensión paroxismal, lo mismo que otros trastornos cardio-circulatorios, es una hiperfunción del sistema neuro-hormonal simpático. Segundo: es sabido que la Insulina en el metabolismo fisiológico del azúcar es antagonista de la adrenalina. Pero es muy importante conocer el efecto de la Insulina en ciertos casos cardio-circulatorios en los cuales se sospecha mucha actividad adrenal.

Ensayos para el Diagnóstico Precoz del Embarazo por la Inyección Intracutánea de Hormona Gonadotropa

Por el Dr. Armando Bardales

Me indujo hacer este trabajo, porque tuve un caso en el cual los síntomas del embarazo no estaban precisos, lo mismo que el examen clínico no me daba mucha luz para sentar el diagnóstico de embarazo; además, por ser frecuentes en la práctica diaria Obstétrica y Ginecológica los casos en los cuales el embarazo debe ser diagnosticado de una manera precoz y segura, ya que de ello depende la conducta a según.

Hice mis observaciones en el Consultorio pre-natal de la Cruz Roja Hondureña. Y la hormona gonadotropa empleada en estas experiencias, fue la GLANDUANTINA RICHTER.

El plan que me he trazado para desarrollar este trabajo es el siguiente: a) Intercorrelaciones endocrinas, b) Las gonadotropinas. c) Orina del embarazo, d) La reacción intracutánea de hormona gonadotropa. e) Técnica de la inyección intracutánea de hormona gonadotropa. f) Mis ensayos en el Consultorio Pre-natal de la Cruz Roja Hondureña, g) Conclusiones.

INTERCORRELACIONES ENDOCRINAS

En el embarazo normal hay un equilibrio fisiológico entre las glándulas de secreción interna del organismo. Aunque todo el sistema glandular está relacionado de una manera u otra con la reproducción, el gobierno más directo es el ejercido por la hipófisis anterior¹, los ovarios y la placenta.

La Hipófisis está formada por tres lóbulos: anterior, medio y posterior.

La hipófisis anterior es la que regula las actividades *de* todas las glándulas endocrinas. Se ha dicho que es la "glándula maestra", que dirige la sinfonía hormonal. En el organismo normal hay una relación recíproca entre las glándulas endocrinas. Las diferentes glándulas de secreción interna responden al estímulo de la hipófisis anterior, en la que influyen a su vez. Asimismo, aunque en menor grado, todas las glándulas endocrinas se influyen recíprocamente.

La hipófisis posterior está relacionada con el parto.

LAS GONADOTROPINAS

Como miembros de la sinfonía hormonal, las glándulas sexuales dependen en cuanto a su desarrollo y funcionamiento, *de* un director: la glándula pituitaria. Entre las hormonas secretadas por la hipófisis anterior, se encuentran las hormonas gonadotrópicas o gonadotropinas, que estimulan el desarrollo de los ovarios y de los testículos. Esto, a su vez, dan las hormonas gonadales que estimulan el desarrollo de los órganos reproductores y determinan las características sexuales secundarias de la persona. Es evidente, pues, que el desarrollo y función sexuales descansan en el

delicado equilibrio entre las hormonas gonadotrópicas y las hormonas sexuales-

Los investigadores han puesto de manifiesto que había dos hormonas gonadotrópicas distintas:

a) La hormona estimulante folicular, que activa el desarrollo del folículo ovárico (productor de la hormona estrogénica) en la mujer, y el de los túbulos del testículo y la producción de los espermatozoos en el hombre.

b) La hormona luteinizante, que estimula el desarrollo del cuerpo lúteo (productor de la hormona luteínica en la mujer) y el desarrollo del tejido intersticial de los testículos (productor de la hormona masculina) en el hombre.

ORINA DEL EMBARAZO

Aschheim y Zondek descubrieron en el año de 1928, sustancias gonadotrópicas en la orina de la mujer embarazada. Dichas sustancias le dieron el nombre de PROLAN y ensayadas en animales- Estos experimentos dieron lugar a la clasificación de dichos PEGLANES, en dos fracciones: PROLAN A, que tiene una acción similar a la de la hormona estimulante del folículo, y PROLAN B, cuya acción es similar a la de la hormona luteinizante. Al principio se pensó que los PROLANES eran idénticos a las gonadotropinas hipofisarias, pero más tarde se averiguó que eran producidas en la porción coriónica de la placenta, y, por lo tal, fueron llamados GONADOTROPINAS CORIONICAS.

En la orina de la mujer normal, no embarazada, hay hormonas gonadotrópicas en cantidades muy pequeñas; en la orina de la mujer menopáusica son algo mayores. Durante el embarazo, hay un aumento marcado en la producción de hormonas gonadotrópicas que se eliminan principalmente por la orina. La presencia de esta mayor cantidad de hormona gonadotrópica en la orina, es, por lo tanto, característica del embarazo.

La prueba de Aschheim-Zondek, está basada en que en el organismo materno, desde los primeros días del embarazo circula abundante cantidad de hormona gonadotropa, hormona que se elimina por la orina. La orina de las embarazadas produce en la ratona c en el conejo, las mismas modificaciones del ovario y tracto genital, que la inyección de hormona gonadotropa (hiperemia, maduración folicular, puntas hemorrágicas, luteinización, etc.). Así lo manifiesta el Dr. Halasz en su trabajo.

La prueba del embarazo Aschheim-Zondek (comúnmente **abreviada** como "prueba A-Z") que se lleva a cabo en ratones hembras, toma 96 horas para su ejecución y es acertada en el 98% de los casos. Pueden obtenerse resultados más rápidos todavía, usando la coneja (prueba de Friedman) o el sapo hembra sud-africano, *Xenopus leavis* (prueba de Xenopus).

En-los últimos años se han hecho tentativas en el sentido de **que** la presencia *de* hormona gonadotropa sea revelada por un procedimiento simple y rápido, obteniendo así un signo casi seguro de embarazo. En este sentido han trabajado Visscher y Bow¹-

mann, Friedrich, Kapeller y Adler, habiendo obtenido halagadores resultados en sus reacciones.

Bien, esto es en -realidad el estado actual de) las investigaciones. La mayor parte de las reacciones del embarazo están basadas sobre el hecho de que en el organismo materno existen, desde los primeros días del embarazo, gran cantidad de hormonas gonadotropas circulantes.

LA REACCIÓN INTRACUTANEA DE HORMONA GONADOTROPA

Dice el Dr. Eugenio Halasz: Que el principio de la inyección intracutánea de la hormona gonadotropa, consiste, en que *m* al organismo que no secreta nada o muy corta cantidad de hormona gonadotropa, se le introduce hormona gonadotropa intracutánea se produce una reacción defensiva. Esta reacción es específica y no sólo una manifestación del organismo contra cualquier albúmina extraña, este punto lo ha controlado, dice el Dr. Halasz, por! medio de la siguiente experimentación: en aquellos caso» en que la introducción de hormona gonadotropa producía una reacción negativa para el embarazo, indicaba que el organismo respondía con una reacción defensiva; con la misma técnica, ha inyectado proteínas extrañas (leche, aolán) y en 23 casos ha logrado determinar que la reacción producida por la sustancia gonadotropa es específica y no se produce contra otras albúminas extrañas. Bien, si la inyección intracutánea de hormona gonadotropa es específica, constituye un argumento muy poderoso del diagnóstico de la existencia de un embarazo.

El Dr. Halasz ha hecho varias experiencias, inyectando aL mujeres embarazadas hormona gonadotropa, y ha obtenido de sus experiencias los siguientes resultados: De 214 mujeres embarazadas, obtuvo 186 reacciones POSITIVAS y 28 NEGATIVAS por embarazo-

Sus experiencias están distribuí das* así:

Embarazos	Días.	Reacciones Positivas por Embarazo.	Reacciones Negativas por Embarazo.
8	5 a 10	7	1

En todos los 8 casos se demostró después la existencia real de un embarazo, por la aparición de los signos de certeza.

Embarazos.	Semana;	Reacciones positivas por embarazo.	Reacciones negativas por embarazo, dudosas por embarazo,
24	2 a 3	20	3

En esta reacción dudosa, repitió la reacción dos días después y salió francamente POSITIVA por embarazo. Embarazos

Meses.	Reacciones Positivas por embarazo.	Reacciones Negativas por embarazo.
34	2	28
46	6	42
102	9	89

También hizo reacciones después del parto y en 20 casos examinados, 12 dieron aún reacciones positivas; este número fue disminuyendo gradualmente, y ya al 6^o mes los 20 casos se mostraron negativos.

TÉCNICA DE LA INYECCIÓN INTRACUTÁNEA DE HORMONA GONADOTROPA

- 1" — Usar jeringa de 1 c.c. graduada en décimas de centímetro.
- 2" — Cargar la jeringa de la solución de hormona gonadotropina.
- Z" — Limpiar con éter la cara de flexión del antebrazo.
- 4" — Levantar un poco la piel y colocar la jeringa paralelamente a la superficie cutánea; y se introduce la aguja de 1 a 2 milímetros de profundidad y se inyecta 0,2 c.c. de hormona gonadotropina; la inyección se hace lentamente, ya que si se hace intempestivamente, el líquido puede difundirse rápidamente por el tejido dérmico, y modificar la reacción.
- 5° — Anotar la hora de la inyección de cada mujer, y leer la reacción a los 15 minutos y a la media hora.

Los resultados de esta inyección son los siguientes:

- 1° — Si la reacción es NEGATIVA PARA EL EMBARAZO, se observa de los 15 a los 30 minutos que alrededor del lugar de la inyección se forma un círculo enrojecido de 1 a 1 y medio centímetros de radio; en el centro se forma una pápula blanca, que se encuentra en el lugar del piquete; la zona roja desaparece de las 3 a las 24 horas. 2° — Si la reacción es POSITIVA PARA EL EMBARAZO, no se produce en el lugar de la inyección ninguna zona eritematosa; en algunos casos es posible que se produzca solamente una pequeña pápula blanca en el sitio del piquete.

MIS ENSAYOS EN EL CONSULTORIO PRE-NATAL DE LA CRUZ ROJA HONDUREÑA

Las observaciones que he hecho en este Consultorio, las dividiré en dos grupos: En el primer grupo están las mujeres embarazadas, y en el segundo, las que no están. Esto lo hice así, para conocer mejor la REACCIÓN POSITIVA Y NEGATIVA.

Describiré primero 25 observaciones en las cuales todas las pacientes están embarazadas y la inyección intracutánea de hormona gonadotropina salió POSITIVA POR EMBARAZO, a excepción de dos que a pesar de estar embarazadas la reacción salió NEGATIVA.

MIS ENSAYOS EN EL CONSULTORIO PRE-NATAL DE LA CRUZ ROJA HONDURESA

MUJERES EMBARAZADAS						Inyección intracutánea de Hormona Gonadotropa				
Nombre y apellido	Años	Estado	Oficio	Originaria de:	Avecindada en:	Edad del embarazo	Fecha de la inyección	Hora de la inyección	Reacción pos. por embarazo	Reacción neg. por embarazo
E. de B.	30	casada	costurera	Com., D. C.	Com., D. C.	3 meses	22/12/45	2 p. m.	Sí	—
B. S.	25	soltera	domésticos	Tex. (El Paraiso)	Teg. D. C.	4 "	12/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
M. A. S.	20	"	"	Teg., D. C.	Teg. D. C.	6 "	12/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
A. de P.	18	casada	"	Caridad, (Valle)	Teg. D. C.	6 "	12/19/46	10:40 a. m.	Sí	—
E. de E.	23	"	"	Reitoca (F. M.)	Teg. D. C.	6 "	12/19/46	10:45 a. m.	Sí	—
C. de R.	36	"	"	Teg., D. C.	Teg. D. C.	8 "	12/19/46	10:55 a. m.	Sí	—
A. S.	24	soltera	"	Ojojona, (F. M.)	Teg. D. C.	3 "	12/19/46	10:58 a. m.	Sí	—
J. de R.	24	casada	"	Teg., D. C.	Teg. D. C.	6 "	14/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
M. H.	20	soltera	"	Ojojona (F. M.)	Teg. D. C.	7 "	14/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
F. A.	18	"	"	Sta. Ana (F. M.)	Teg. D. C.	7½ "	14/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
E. S.	22	"	"	Sabanagrande (F. M.)	Teg. D. C.	4 "	14/19/46	10:40 a. m.	Sí	—
E. F.	25	"	"	Choluteca	Teg. D. C.	8 "	14/19/46	10:45 a. m.	Sí	—
L. M.	22	"	"	Güinope (Paraiso)	Teg. D. C.	4 "	14/19/46	11 a. m.	Sí	—
E. M. de R.	17	casada	"	Com., D. C.	Com., D. C.	7 "	14/19/46	11 a. m.	Sí	—
A. S.	24	soltera	"	Soroguara (F. M.)	Teg. D. C.	3 "	15/19/46	11:15 a. m.	Sí	—
G. B.	22	"	"	Caridad (Valle)	Teg. D. C.	3 "	16/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
N. M.	21	"	"	Cedros (F. M.)	Teg. D. C.	2 "	16/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
R. V.	22	"	"	Teg., D. C.	Teg. D. C.	5 "	16/19/46	11 a. m.	Sí	—
J. A.	36	"	"	S. Juancito (F. M.)	Teg. D. C.	4 "	18/19/46	11:30 a. m.	Sí	—
G. B.	30	"	"	Armenia (F. M.)	Com., D. C.	7 "	18/19/46	11:30 a. m.	Sí	—
L. V.	18	"	"	Potrerrillos (Paraiso)	Teg., D. C.	7 "	19/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
S. M. M.	23	soltera	domésticos	Teg., D. C.	Teg., D. C.	8 "	19/19/46	10:30 a. m.	Sí	—
M. de C. P.	25	"	"	Teg., D. C.	Teg., D. C.	7 "	19/19/46	10:30 a. m.	—	Sí
A. M. B.	28	"	"	Teg., D. C.	Teg., D. C.	6 "	19/19/46	3:15 p. m.	—	Sí
J. de M.	28	casada	"	Marcala (La Paz)	Teg., D. C.	5 "	21/19/46	10:30 a. m.	Sí	—

Cuadro N° 2

MUJERES NO EMBARAZADAS						Inyección Intracutánea de Hormona Gonadotropa					
Nombre y Apellido	Años	Estado	Oficio	Original de:	Asociada en:	Fecha de la inyec.	Hora de la inyec.	Apareció el eritema a las:	Radio del eritema	Desaparició el eritema a las:	Reacción negativa por embarazo
L. J.	42	soltera	domésticos	Corpus (Choloteca)	Teg., D.C.	12/19/46	10.30 a.m.	15 Mtos.	1½ Cm.	10 hs.	Si
A. M. S.	21	"	Profesora	Teg., D. C.	Teg., D.C.	14/19/46	10.15 a.m.	15 "	1½ "	24 "	Si
C. R.	20	"	"	S. Antº (Choloteca)	Teg., D.C.	22/19/46	10.30 a.m.	15 "	1½ "	24 "	Si
R. D.	25	"	domésticos	Stº R. Lima (El Salv.)	Teg., D.C.	22/19/46	11 a.m.	20 "	1½ "	4 "	Si
M. A. R.	25	"	"	Teg., D. C.	Teg., D.C.	24/19/46	10.15 a.m.	15 "	1½ "	10 "	Si
P. B.	32	"	"	Yaiyupe (Paraiso)	Com., D.C.	24/19/46	10.35 a.m.	15 "	1 "	4 "	Si
M. V. M.	26	"	"	Teg., D. C.	Teg., D.C.	25/19/46	10 a.m.	15 "	1 "	24 "	Si
M. D.	25	"	"	Buenaventura (F. M.)	Com., D.C.	25/19/46	10 a.m.	15 "	1 "	18 "	Si
R. R.	28	"	"	Com., D. C.	Com., D.C.	25/19/46	10.45 a.m.	15 "	1 "	3 "	Si
D. S.	40	"	"	Com., D. C.	Com., D.C.	25/19/46	10.45 a.m.	15 "	1 "	42 "	Si
L. M. de M.	30	casada	"	Güinope (Paraiso)	Teg., D.C.	25/19/46	11.10 a.m.	15 "	1 "	3 "	Si
R. M.	27	soltera	"	Teg., D. C.	Teg., D.C.	25/19/46	11.20 a.m.	15 "	1 "	10 "	Si
P. B.	28	"	"	Teg., D. C.	Teg., D.C.	25/19/46	2.40 p.m.	15 "	1 "	4 "	Si
N. de C. L.	22	"	"	Mata Plátano (F. M.)	Teg., D.C.	25/19/46	2.45 p.m.	15 "	1 "	4 "	Si
M. L.	34	"	"	Teg., D. C.	Teg., D.C.	25/19/46	3 p.m.	15 "	1 "	3 "	Si
A. T.	22	"	"	Cantarranas (F. M.)	Lo d Ponce	28/19/46	10.15 a.m.	15 "	4 "	24 "	Si
M. C. A.	38	"	"	Teg., D. C.	Teg., D.C.	25/19/46	3.15 p.m.	15 "	1 "	24 "	Si
U. D.	26	"	"	Hatillo (F. M.)	Teg., D.C.	25/19/46	3.55 p.m.	20 "	1 "	3 "	Si
R. D.	37	"	"	S. Juancito (F. M.)	Teg., D.C.	26/19/46	10.30 a.m.	15 "	1 "	24 "	Si
M. del T. V.	22	"	"	Trinidad (F. M.)	Teg., D.C.	28/19/46	9.30 a.m.	15 "	1 "	5 "	Si
A. Z.	26	"	"	Guajoco (F. M.)	Teg., D.C.	28/19/46	9.35 a.m.	15 "	1½ "	5 "	Si
E. R. C.	32	"	"	Teg., D. C.	Teg., D.C.	28/19/46	9.55 a.m.	15 "	1 "	3 "	Si
M. C. D.	25	"	"	Com., D. C.	Com., D.C.	28/19/46	10.5 a.m.	15 "	1 "	4 "	Si
M. S.	39	"	"	Choloteca	Teg., D.C.	28/19/46	10.10 a.m.	15 "	1 "	24 "	Si
A. L.	22	"	"	Marcala (La Paz)	Com., D.C.	28/19/46	10.15 a.m.	15 "	1 "	5 "	Si

De las observaciones del cuadro No. 2 describiré la primera, por considerarlo curioso:

L. S., de 42 años de edad, soltera, de oficios domésticos, originaria de San Antonio de Flores (Departamento de Choluteca) y avecindadas en Tegucigalpa, D. C.

Diagnóstico: Cree la señora estar embarazada porque tiene amenorrea desde hace dos meses. Exploro el útero y lo encuentro normal; no hay síntomas simpáticos. Por no estar satisfecho de mi examen clínico (del cual descarté el embarazo), le hice la prueba el día 12 de enero de 1946 a las 10:30 a. m. Y le apareció a los 15 minutos un eritema de uno y medio centímetros de radio y que desapareció a las 10 horas-

El resultado de la prueba fue negativo para embarazos. Dos días después de esta prueba llega nuevamente esta señora a consulta y me cuenta que ya le vino su menstruación; esta menstruación le duró 3 días. Después de esta fecha le hice nuevo examen clínico y descarté el embarazo. Es- una señora que ya va a entrar a la Menopausia.

CONCLUSIONES

De mis ensayos realizados en el Consultorio Pre-natal de la Cruz Roja Hondureña, puede sacarse las siguientes conclusiones:

- 1.—Como en la práctica diaria se presentan casos de embarazos, en los cuales la Clínica no arroja ninguna luz, dando lugar a varias dificultades de diagnóstico, bien se puede ensayar esta Prueba, la cual nos ayudará al diagnóstico de embarazo.
- 2.—Esta Prueba de Hormona Gonadotropa en defecto de la de Aschheim-Zondek o de Friedmann que son complicadas, puede utilizarse por ser sencilla y rápida.

Comayagüela, D. C, 2 de febrero de 1946.

Dr. Armando Bardales

BIBLIOGRAFÍA

El diagnóstico del embarazo mediante la Inyección Intracutánea de Hormona Gonadotropa Por el Dr. Eugenio Halasz {Año de 1938).

Principios y práctica de Obstetricia. De Lee-Greenhill (Año de 1945).

Elementos de Endocrinología Sexual Scherin-Corporation (Departamento de Investigación Médica); año de 1945.

Resumen Histórico de la Organización del
Dispensario Anti-tuberculoso en Tegucigalpa

REVISIÓN DE 1 FICHAS DE DICHO DEPARTAMENTO

Por el Dr. Marcial Cáceres Vijil

El 14 de octubre de 1945 se cumplieron 3 años de haber sido organizado el Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad. El proyecto de dicha organización, fue aprobado de común acuerdo por el Dr. Pedro H. Ordóñez Díaz, Director General de Sanidad y el Dr. I. Frank Tullis, jr., Director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Me tocó a mí la suerte de haber sido designado Jefe de dicho Departamento. **Empezamos** pobremente, sin equipo de Rayos X, sin aparatos de colapsoterapia, etc., únicamente con una gran dosis de entusiasmo, porque sabíamos que se iniciaba en nuestra Patria la lucha contra una de las enfermedades que día a día abate inmisericorde a nuestro pueblo. Recuerdo que por aquella época anduve por los más apartados lugares de la ciudad capital, visitando pacientes tuberculosos en pésimas condiciones físicas y económicas, quienes tenían perdidas sus fuerzas y sus esperanzas de salvación; no podíamos ofrecerles en aquel tiempo una Radiografía pulmonar gratuita que nos indicara el carácter de sus lesiones, ni ofrecerles un método apropiado de tratamiento; únicamente nos reducíamos a instruirle sobre medidas higiénicas dietéticas y enviar un grupo de alumnas enfermeras para que aconsejaran a las familias sobre las precauciones que deberían tomar para evitar el contagio. Todos los pacientes que logramos localizar fueron fichados en el Dispensario, con el primordial objeto de visitarlos periódicamente y no perder de vista sus contactos. En el mes de diciembre de 1942, fui enviado a San José de Costa Rica, donde permanecí cuatro meses estudiando en todos sus aspectos la magnífica lucha antituberculosa. A mi regreso, el Departamento a mi cargo adquirió un aparato para la aplicación de Neumotorax artificial. Fueron seleccionados algunos pacientes a quienes les inicié el tratamiento con buen éxito, siendo controlados a Fluoroscopia en el Departamento de Rayos X del Hospital San Felipe; desde luego este trabajo era muy difícil de realizar, pues los pacientes eran neumotorizados en las clínicas de la Dirección General de Sanidad y trasladados después en automóvil al Hospital para su debido control fluoroscópico.

Cuatro meses después el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública solicitó una beca para mí en los Estados Unidos, para hacer un curso de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, habiendo permanecido un año en el Biggs Memorial Hospital en el Estado de New York. A mi regreso el Dispensario mejoró su equipo. Fue dotado de un aparato de Rayos X, el que fue instalado, en el Departamento de Tuberculosis, habien-

do sido entrenada una señorita para que actuara como Técnico. Desde aquella época el Departamento de Tuberculosis trabaja intensamente, desarrollando un plan eficiente: investiga la Tuberculosis en todos los individuos que llegan a la Clínica, ya sea espontáneamente, enviados por médicos particulares o por los otros Departamentos de la Dirección General de Sanidad, en todas aquellas personas que necesitan certificado de salud y en los contactos de pacientes tuberculosos; la investigación se hace a la Fluoroscopia, tomándosele inmediatamente placa Radiográfica a los pacientes que presentan sombras sospechosas; investiga la infección tuberculosa practicando la Prueba de la Tuberculina (método Mantoux) a las Escuelas Públicas del Distrito Central, examinando fluoroscópicamente á todos los niños cuya Prueba Tuberculínica es positiva; practica el Neumotorax artificial ambulatorio a los pacientes que tienen lesiones mínimas o moderadamente avanzadas, que manifiesten su deseo de curación, cooperando estrechamente con el Médico y que tengan algunos recursos para guardar un reposo relativo y tener una regular alimentación; como se comprende, este método de tratamiento no es el ideal para curar dicha enfermedad, pero sí se obtienen con él grandes beneficios desde el punto de vista profiláctico, pues en el 70 por ciento de los casos el esputo se negativiza. En algunos pacientes en quienes es imposible encontrarles espacio pleural libre, practicamos frenicectomía asociada al Neumoperitoneo, método que nos ha dado muy buenos resultados. Como investigación diagnóstica practicamos el examen del contenido gástrico para investigar Bacilo de Koch; numerosos son los casos que con lesiones radiográficas típicas de Tuberculosis, el examen de esputo ha sido repetidas veces negativo, encontrándonos con un contenido gástrico fuertemente positivo.

La labor resumida que el Departamento de Tuberculosis ha llevado a cabo desde su organización, hasta el 31 de diciembre recién pasado, es la siguiente:

N" de visitas a la Clínica	14.653
N° de visitas de Enfermeras a domicilio	3.528
N° de casos nuevos inscritos en la Clínica	344
N" de Defunciones	90
Sumario de los casos bajo control	256
N° de contactos estudiados	528
N° de casos bajo tratamiento de Neumotorax	68
N° de casos bajo tratamiento de Neumiperitoneo	11
N° de aplicaciones de Neumotorax	5.371
N" de aplicaciones de Neumoperitoneo	640
N° de exámenes fluoroscópicos	12.507
N" de Radiografías	1.323
N° de exámenes a la Tuberculina	1.270
N° de inyecciones puestas en la Clínica	1.600

REVISIÓN DE SIETE FICHAS BEL DEPARTAMENTO DE TUBERCULOSIS

F.C., de 30 años, soltera, de oficios domésticos, vecina de Talanga, fue enviada al Departamento de Tuberculosis por el compañero Dr. José R. Durón, por aquejar los siguientes síntomas alarmantes: el 7 de octubre de 1944 fue atacada de fuerte gripe, que le duró diez días, acompañada de tos, dolor subclavicular derecho, fiebre e intensa hemotisis. El mismo día de su reconocimiento presentó en el Departamento una **hemotisis** que le produjo vértigos y lipotimia.

Antecedentes **hereditarios**: sin importancia.

Antecedentes personales; paludismo y gripe.

Fuente de contagio: ignorado.

Reconocimiento el día 11 de octubre de 1944.

Interpretación de Rayos X. Lado izquierdo hay sombras difusas entre el 1° y 3° espacio intercostal anterior; resto del parénquima y pulmón derecho negativo.

Espujo el día 20 de octubre de 1944 positivo por B de K.

Impresión diagnóstica: proceso tuberculoso del lóbulo superior izquierdo.

Se inicia urgentemente tratamiento por Neumotorax artificial izquierdo; primera insuflación 600 cc.

Interpretación de Rayos X 30 de octubre de 1944: colapso satisfactorio.

10 exámenes de esputo consecutivos, negativos.

Resultado **tratamiento**. El lado izquierdo tiene colapso efectivo. Le han sido aplicadas a la enferma 50 Neumotorax.

Las lesiones derechas no presentan actividad, debido probablemente a la acción del colapso contralateral. No hay síntomas, las crisis hemotoicas desaparecieron después de la primera insuflación. Hay un aumento de peso de 14 libras. La paciente continúa bajo tratamiento.

D. L., de 37 años, de oficios domésticos, residente en El Hattillo, consulta por tos seca desde hace 5 meses, espectoración escasa, muco-purulenta, sudores nocturnos, pérdida de peso.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: gripes frecuentes.

Tuberculosis en la familia: ignorado.

Reconocimiento 15 de noviembre de 1943.

Interpretación de Rayos X, lado derecho: hay sombras difusas entre el vértice y quinto espacio intercostal anterior. Lado izquierdo lesiones viejas cicatrizadas.

Esputo 5 de noviembre de 1943: positivo B. de K.

Impresión, proceso tuberculoso del lóbulo superior derecho.

Se inicia el tratamiento con. Neumotorax artificial derecho el 19 de noviembre de 1943.

Interpretación de Rayos X el 23 de agosto de 1944: colapso selectivo derecho.-

Resultado tratamiento 50 Neumotorax, **colapso selectivo** derecho, lado izquierdo negativo. 12 exámenes de esputo negativos. Examen del contenido gástrico: negativo. No hay síntomas. Aumento de 7 libras de peso. Magnífico estado general. La paciente **continúa** bajo tratamiento con Neumotorax artificial cada 15 días.

A, 15. G., de 31 años, casada, de oficios domésticos y*, vecina de Tegucigalpa, consulta por padecer desde hace 8 meses de gripes frecuentes, dificultad para respirar, pérdida de peso, tos y sudores nocturnos.

Antecedentes hereditarios: sin importancia. Antecedentes

personales: **tosferina** a los 9 años. Sarampión a los 7.

Tuberculosis en familia: ignorada. Reconocimiento el 15 de noviembre de 1944. Esputo positivo B. de K. el 15 de noviembre e 1944. Interpretación de Rayos X el 22 de octubre de 1944, Lado derecho, hay sombras difusas extendidas desde el vértice al **según**-* do espacio intercostal anterior. Nódulos calcificados de hilio. Lado izquierdo ligera infiltración del vértice.

Impresión diagnóstica: proceso tuberculoso mínimo del lóbulo superior derecho.

Se inicia tratamiento con el Neumotorax artificial derecho el día 13 de noviembre de 1944.

Interpretación de Rayos X los días 7 de noviembre de 1944, 23 de noviembre de 1944 y el 3 de agosto de 1945: colapso efectivo.

Resultado tratamiento: 48 Neumotorax, colapso satisfactorio del lóbulo superior derecho, permaneciendo el izquierdo sin cambios. 10 exámenes de esputo negativos por B. de K.

Examen del contenido gástrico, practicado el 7 de agosto de 1945: negativo por B. de K.

La enferma está en espléndidas condiciones físicas: su peso antes 103 libras, ahora 121 libras.

La paciente continúa bajo tratamiento de Neumotorax artificial derecho.

J. A. T., de 37 años, casado, albañil, natural de Valle de Angeles y vecino de Tegucigalpa, consulta en diciembre de 1942 por toa, fiebre, esputos hemotoicos por la mañana, pérdida de peso y de fuerzas.

Antecedentes hereditarios: sin importancia. Antecedentes personales: sarampión, gripes frecuentes y paludismo.

Tuberculosis en la familia: no hay.

Reconocimiento el 3 de abril de 1943.

Examen de esputo, positivo por B. de K. el 22 de diciembre de 1942.

Interpretación de Rayos X el día 31 de mayo de 1943. Lado derecho infiltración extendida desde el vértice al quinto espacio intercostal anterior. Lado izquierdo sombras suaves entre el vértice y el tercer espacio intercostal interior.

Impresión diagnóstica, proceso tuberculoso bilateral, moderadamente avanzado.

Se inicia tratamiento con el Neumotorax artificial en el lado derecho el día 21 de julio de 1943.

Interpretación de Rayos X el 20 de febrero de 1945. Se observa caverna de 2x1 eras, a nivel de la segunda costilla anterior. El 23 de febrero de 1945, se inicia Neumotorax izquierdo, por persistir el esputo positivo. Ambos colapsos efectivos. Resultado tratamiento: 73 Neumotorax derecho; 33 izquierdo. Caverna colapsada, 15 exámenes de esputo, negativo. Buen estado general, no hay síntomas funcionales; aumento de 10 libras de peso. El paciente continúa bajo tratamiento de Neumotorax artificial bilateral.

M. C. G., de 23 años de edad, soltera, costurera, natural de San Pedro Sula y vecina de Comayagüela, consulta al Departamento de Tuberculosis por tos, dolores en la espalda, esputos hemotoicos y muco-purulentos, fiebre por la tarde, pérdida de peso y fuerzas y sudores nocturnos.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: sin importancia.

Tuberculosis en la familia: ignorada.

Reconocimiento: fue reconocida en el Departamento de Tuberculosis el 22 de noviembre de 1943.

Interpretación de Rayos X. Lado derecho: Negativo. Lado izquierdo: se observa sombra dura y densa entre el vértice y 4o. espacio intercostal anterior.

Impresión: proceso tuberculoso del lóbulo superior izquierdo.

Espujo: el 23 de noviembre de 1943, positivo B. de K.

Interpretación de Rayos X, el 25 de Agosto de 1944: colapso satisfactorio.

Resultado tratamiento: 56 Neumotorax. Colapso satisfactorio del pulmón izquierdo. Parenquima derecho continúa negativo. Buen estado general, no hay síntomas funcionales. 10 exámenes de espujo consecutivos han resultado negativos. Examen del contenido gástrico por B. de K. practicado el día 24 de julio de 1945, fue negativo.

La enferma continúa bajo tratamiento de Neumotorax artificial izquierdo.

C. de M., de 23 años de edad, casada, de oficios domésticos, consulta en el Departamento de Tuberculosis, el día 20 de julio de 1944, por padecer de tos desde hace algún tiempo, acompañada de espectoraciones muco-purulenta; ocasionalmente, algunos hemotóicos, cafalalgia, sudores nocturnos, debilidad general, pérdida de peso, anorexia, dolor interescapular, e insomnio.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: sin importancia.

Contactos: esposo, dos hijos y sirvienta.

Tuberculosis en la familia: ignorada.

Reconocimiento verificado el 2 de julio de 1944- en el Departamento de Tuberculosis. Espujo el 5 de julio de 1944, positivo por B, de K.

Interpretación de Rayos X el 22 de julio de 1944, infiltración de ambos vértices hasta el 1" y 2" espacio intercostal anterior. Hay pequeñas zonas de rarefacción en la región subclavicular derecha. Tipo proliferativo.

Impresión Tuberculosis Pulmonar bilateral, moderadamente avanzada.

Se inicia Neumotorax artificial derecho el día 19 de agosto de 1944.

En vista de que el espujo persistía positivo, se inicia Neumotorax izquierdo el 1" de¹ septiembre de 1944.

Interpretación de Rayos X el 14 de diciembre de 1944, colapso bilateral satisfactorio.

Resultado tratamiento: 52 Neumotorax izquierdo, 78 en el lado derecho. Buen colapso bilateral; aumento de peso. No hay síntomas funcionales, buen estado general. 14 exámenes de espujo, negativos por B. de K. Examen del contenido gástrico practicado el 10 de agosto de 1945, negativo B. de K.

La paciente continúa bajo tratamiento de Neumotorax bilateral.

J. U. Z., 40 años de edad, soltera, oficios domésticos, vecina de Tegucigalpa, llega al Departamento de Tuberculosis, quejándose de gripes frecuentes, tos, esputos hemotoicos, fiebre moderada, pérdida manifiesta de peso y dolor en la espalda.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Atecedentes personales: sarampión y gripes frecuentes.

Contactos: su padre.

Tuberculosis en la familia: no se han reconocido.

Fue reconocida el día 25 de junio de 1943.

Espuito, el 25 de julio de 1943, positivo B. de K.

Interpretación de Rayos X el día 26 de junio de 1943.

Lado derecho: se observan sombras difusas entre el primero y sexto espacio intercostal anterior. Caverna en formación a j nivel del segundo espacio intercostal anterior.

Impresión diagnóstica: proceso tuberculoso crónico del pulmón derecho.

Se inicia el tratamiento con el Neumotorax artificial el día 34 de noviembre de 1943. en el lado derecho.

Las Radiografías tomadas después indican un colapso satisfactorio.

Resultado tratamiento: 88 Neumotorax. Buen colapso derecho. Lado izquierdo **sin** cambios de importancia. Peso antes 90 libras, ahora 113. No hay síntomas funcionales. Espléndido estado general. 18 exámenes esputo por B. de K., han sido negativos. Examen del contenido gástrico por B. de K., negativo. La paciente continúa bajo **tratamiento** de colapsoterapia.

COMENTARIO

El objeto de hacer la revisión de siete fichas del Departamento de Tuberculosis, es para comprobar los beneficios del tratamiento **colapsoterápico** y observar el resultado importante que se obtiene desde el punto de vista profiláctico. Más de un. 70% de los casos de tuberculosis mínima o moderadamente avanzada que están bajo el tratamiento por el (neumotorax artificial o por la frenicectomía asociada al neumoperitoneo, negativizan su esputo después de ocho o **diez, meses después** de haberles iniciado el método; como se comprende, con ésto se logra evitar la diseminación tuberculosa a los contactos de estos pacientes y a la comunidad general.

En el Departamento de Tuberculosis nos abstenemos de practicar la colapsoterapia a los individuos que presenta lesiones bilaterales muy avanzadas o que tengan cavernas de más de 5 cm. de diámetro, pues, además de no- obtener beneficios curativos, **tampoco** los llegamos a tener profilácticos, ya que difícilmente se obtiene la **negativización** del esputo, y muchos de ellos presentan, además de sus lesiones pulmonares, laringitis, o enteritis tuberculas.

ALIMENTACION**Cólera infantil o Toxicosis**

(Su Dietética)

DR. JESÚS GÓMEZ PAGÓLA,
Profesor de Clínica de Pediatría de la
Facultad de Medicina de México.

(Artículo tomado de la Revista Pediatría de las Américas, Enero 1946.)

CONCEPCIÓN DE BOMINGEB

1er. día.—Dieta hídrica (150 ce. por kilo de peso y por día ■

2o. día.—Dieta hídrica.

3er. día.—Diez comidas al día, de las cuales cinco son de sopa de zanahorias, y las otras cinco, alimentos de atole en agua a la dosis de media a una onza, cada alimento.

Para preparar la sopa de zanahorias se pelan 500 grs. de zanahorias y lo que queda (375 grs.) se desmenuzan en agua hirviendo (de una a dos horas), hasta que toda la masa tenga la consistencia del puré. Se pasa después por un tamiz fino, en el que no debe quedar ningún residuo. Para cada parte de la masa de zanahorias se agregan dos de caldo de carne sin sal y se mezcla adecuadamente. Para cada 100 grs. de sopa se pone medio gr. de sal. El caldo de carne se prepara con 500 grs. de carne o huesos y un litro tres cuartos de agua. Se hace a diario y se conserva frío.

4o. día—Se aumentará a una onza o una onza y media de atole en agua y de sopa de zanahorias, diez veces al día alternando cada uno de estos alimentos. Aparte se adicionará agua.

5o.—Se ministrará durante este día 200 c.c. de solución normal de leche seca descremada que se prepara poniendo cuatro cucharadas rasas de leche seca descremada (Dancaw por ejemplo) disuelta en 200 es de agua. Se principia con una cucharadita y se aumenta cada uno o dos biberones una cucharadita.

¶
Cuando se ponga al servicio público el Hospital para tuberculosos, el Dispensario continuará siendo el centro principal de la laucha: se encargará, como lo **hace actualmente, de** localizar los individuos que padecen la **enfermedad**, seleccionará los casos que sean tributarios del tratamiento sanatorial y a los que sea necesario hospitalizarles en las salas de tuberculosos del Hospital San **Felipe**. Se continuará el tratamiento **colapsoterápico** ambulatorio a los pacientes que egresen, del Sanatorio. Se hará la investigación de la infección tuberculosa por la prueba de la Tuberculina a los niños de las Escuelas de este **Distrito** Central y seguirá controlando periódicamente a todos los contactos de los pacientes fichados como tuberculosos.

60. día.—Se sigue aumentando de la misma manera la solución de leche seca descremada según la tolerancia del niño hasta dar la cantidad de leche seca descremada correspondiente a su edad (20 grs. por kilo de peso y por día sin pasar de 150 grs. diarios, la que se endulzará al 3 o 5% con miel de maíz). Cuando se ha llegado a esa cantidad se sustituirá progresivamente la leche seca descremada por leche seca semidescremada, . principiando por un biberón y siguiendo progresivamente.

Si la edad del niño lo permite después se sustituirá esta leche por otra entera como el Pelargón a dosis conveniente o por leche evaporada. Los demás alimentos vendrán después.

CONCEPCIÓN DE MARFAN

1er. día.—Dieta hídrica (150 c.c. por kilo de peso y por) día).

2o. día.—Dieta hídrica.

3er. día.—Caldo de legumbres.

4o. día.—Se ministrarán 50 c.c. de solución normal de babeurre diluido a partes iguales con agua segunda de cal repartidos en diez comidas (una cucharadita de solución normal de babeurre diluido en igual cantidad de agua segunda de cal).

La solución normal de babeurre se prepara poniendo una parte de polvo Eledón descremado en diez partes de agua, o lo que es lo mismo, una medida que pesa 10 grs. diluida en 100 c.c. de agua, o una cucharada rasa que pesa 7 grs. en polvo en 70 c. c. de agua.

5o. día.—Se ministrará dos cucharaditas de solución de babeurre diluidas en dos cucharaditas de agua segunda de cal diez veces al día.

60. día.—Se dará media onza de solución de babeurre Ele-

don mezclado con igual cantidad de agua de cal 10 alimentos al día.

7o. día.—Ocho alimentos al día compuestos de una onza de solución de babeurre mezclados a igual cantidad de agua segunda de cal endulzada con media cucharadita de miel de maíz.

8o. día.—Ocho alimentos al día compuestos de una y media onzas de solución de babeurre diluido en igual cantidad de agua segunda de cal endulzada con una cucharadita de miel de maíz-

9o. día.—Siete alimentos al día compuestos de dos onzas de solución de babeurre diluido en una onza de agua segunda de cal endulzada con una cucharadita de miel de maíz-

10o. día.—Siete alimentos al día compuestos de tres onzas de solución de babeurre diluido en una onza de agua segunda de cal endulzada con una y media cucharadita de miel de maíz.

11o. día.—Siete alimentos al día compuestos de tres onzas y media de solución de babeurre mezclado a una onza de agua segunda de cal endulzado con dos cucharaditas de miel de maíz.

12o. día.—Siete alimentos al día compuestos de cuatro onzas de solución de babeurre mezcladas con media onza de agua segunda de cal endulzadas con dos cucharaditas de miel de maíz.

13o. día.—Siete alimentos al día compuestos de cuatro onzas y media de solución de babeurre mezcladas a media onza de agua segunda de cal endulzada con dos cucharaditas de miel de maíz.

14o. día.—Siete alimentos al día compuestos de cinco onzas de solución de babeurre endulzado con dos cucharaditas de miel de maíz.

15o. día.—Siete alimentos al día compuestos de seis onzas de solución normal de babeurre endulzado con dos cucharaditas de miel de maíz.

16o. día.—Los siguientes días se sustituirá por el babeurre semidescremado Eledón y se agregarán otros alimentos según la edad del niño.

Los jugos de frutas se agregarán sistemáticamente ya desde el sexto o séptimo mes.

TRATAMIENTO MEDIANTE LA LECHE SECA DESCREMADA

1er. día.—Dieta hídrica (150 ce. por kilo de peso y por día).

2o. día.—Dieta hídrica.

3er. día.—Caldo de legumbres.

4o. día.—Se ministrará una cucharadita de solución normal de leche seca descremada diluida en igual cantidad de agua diez veces al día.

La solución normal de leche seca descremada se prepara

poniendo una cucharada sopera rasa de leche descremada Dancow en 50 ce. de agua.

5o. día.—Se darán, dos cucharaditas de solución normal de leche seca descremada diluida en igual cantidad de aguas diez veces al día.

6o. día.—Se ministrará media onza de solución normal de leche seca descremada diluida en igual cantidad de agua.

7o. día.—Se dará una onza de solución normal de leche seca descremada mezclada en otra onza de agua endulzada con media cucharadita de miel de maíz ocho veces al día.

8o. día.—Se ministrará una onza y media de solución normal de leche seca descremada diluida en media onza de agua endulzada con una cucharadita de miel de maíz.

9o. día.—Se dará una cucharada sopera rasa de leche seca descremada diluida en dos onzas de agua endulzada con una cucharadita de miel de maíz.

10o. día.—Se dará una y media cucharada rasa de leche seca descremada diluida en tres onzas de agua endulzada con una cucharadita de miel de maíz siete veces al día.

11o. día.—Se irá aumentando la leche seca descremada hasta proporcionar 20 grs. del polvo por kilo de peso y por día sin pasar de 150 grs. diarios. La cantidad de azúcar agregada no de la edad del niño se irá sustituyendo cada uno de los biberones de una manera progresiva por una leche seca semidescremada de **tipo** del Nestógeno.

Si la edad del niño lo permite se sustituirá después por una leche seca entera o leche evaporada.

La cantidad de líquido diluyente no pasará de 150 ce, por kilo de peso en las 24 horas sin pasar de 900 ce.

En el intervalo de los biberones siempre se completaron las necesidades líquidas adicionando agua.

TRATAMIENTO MEDIANTE LA LECHE DE MUJER

1er. día.—Dieta hídrica. f

2o. día.—Se ministrará 3 a 4 cucharaditas de leche de mujer recién ordeñada cada cuatro horas cuatro veces al día.

3er. día.—Se darán cinco a seis' cucharaditas de leche de mujer cada tres horas. En los intervalos se dará caldo de legumbres o agua hervida para completar los requerimientos hídricos-

4o. día.—Se dará una onza y media de leche cada tres horas seis veces al día.

5o. día.—Se aumentará a dos onzas de leche de mujer cada tres horas.

6o. día.—Se darán dos onzas y media cada tres horas.

7o. día.—Se aumentará a tres onzas de leche cada tres horas.

80. día.—Se dará el pecho directamente cada tres horas con duración de tres minutos.

90. día.—Se aumentará la duración del pecho a cinco minutos.

X

100. día.—Se dará la duración normal de la tetada.

TRATAMIENTO DEL COLERA INFANTIL MEDIANTE LA LECHE DE BURRA

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Caldo de legumbres.

3er. día.—Dos o tres cucharaditas de leche de burra cada cuatro horas.

4o. día.—Tres a cuatro cucharaditas de leche de burra cada cuatro horas. Se agregará en los intervalos caldo de legumbres.

5o. día.—Se dará cinco cucharaditas de leche de burra cada tres horas.

6o. día.—Se ministrará una onza de leche de burra cada tres horas.

7o. día.—Se aumentará a onza y media la cantidad de leche de burra.

8o. día.—Se dará dos onzas de leche de burra cada tres horas.

9o. día.—Se darán dos onzas y media de leche de burra cada tres horas.

10o. día.—Se darán tres onzas de leche de burra cada tres horas.

11o., día.—Se darán cuatro onzas de leche de burra cada tres horas.

12o. día.—Se darán cinco onzas de leche de burra cada tres horas.

13o. día.—Se darán seis onzas de leche de burra cada tres horas.

Después se sustituirá biberón por biberón por un tipo de leche semidescremada en polvo.

REALIMENTACIÓN POR MEDIO DE ATOLES

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Dieta hídrica.

3er. día.—Media onza de atole de harina tostada en lámina diez veces al día, endulzado ligeramente con miel de maíz.

4o. y 5o. días.—Una onza de atole de harina cada tres horas siete veces al día.

6o. y 7o. días.—Dos onzas de atole de harina cada tres horas siete veces al día.

8o. y 9o. días.—Tres onzas de atole de harina con media cucharadita de leche seca semidescremada del tipo del Nestógeno.

10o. día.—Tres onzas de atole con una cucharadita de leche seca semidescremada endulzada ligeramente.

11o. día.—Cuatro onzas de atole con dos cucharaditas de leche seca semidescremada siete veces al día.

12o. día.—Cuatro onzas de atole con una cucharadita de leche seca semidescremada siete veces al día.

13o. y 14o. días.—Cinco onzas de atole con dos cucharadas rasas de leche seca semidescremada seis veces al día.

15o. y 16o. días.—Cinco onzas de atole con tres cucharadas rasas de leche seca semidescremada.

17o. y 18o. días.—Cinco onzas de atole con cuatro cucharadas rasas de leche seca semidescremada seis veces al día.

19o. y 20o. días.—Seis onzas de atole con cinco cucharadas de leche seca semidescremada cinco veces al día.

Los jugos de frutas se adicionarán desde la primera semana. Según la edad del niño se agregarán nuevos alimentos.

EEALIMENTACION POR MEDIO DE ATOLES Y LECHE SECA DESCREMADA

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Dieta hídrica.

3er. día.—Media onza de atole de harina previamente tostada en lámina diez veces al día.

4o. día.—Una onza de atole ligero diez veces al día.

5o. día.—Dos onzas de atole ligero y media cucharadita de leche seca descremada Dancow ocho veces al día.

6o. día.—Tres onzas de atole ligero y una cucharadita de leche seca descremada siete veces al día.

7o. día.—Tres onzas de atole ligero y dos cucharaditas de leche seca descremada siete veces al día.

8o. día.—Cuatro onzas de atole siete veces al día y una cucharada rasa de leche seca descremada.

9o. día.—Cuatro onzas de atole y una y media cucharadas rasas de leche seca descremada siete veces al día.

10o. día.—Cinco onzas de atole y dos cucharadas rasas de leche seca descremada seis alimentos al día.

11o. día.—Cinco onzas de atole y dos y media cucharadas rasas de leche seca descremada seis alimentos al día.

12o. día.—Cinco onzas de atole y tres cucharadas rasas de leche seca semidescremada.

13o. día.—Cinco onzas de atole y cuatro cucharadas rasas de leche seca semidescremada seis veces al día.

Los jugos de frutas se adicionarán desde los primeros días.

Los otros alimentos corresponderán según la edad del niño.

CONCEPCIÓN DE LUST

1er. día.—Dieta hídrica (partes iguales de agua mineral y de suero de Ringer).

A las treinta y seis horas se dará sopa de zanahorias o polvo de manzana diluido, o atole de arroz con un tercio de suero de Ringer, una onza cada dos horas, diez veces al día.

3er. día.—Dos onzas de esta misma mezcla cada dos horas, diez veces al día.

4o. día.—Diez comidas de 5 c.c. de solución normal de leche seca descremada (se pone una cucharada sopera rasa de leche seca descremada Dancown 50 c.c. de agua).

5o. día.—Diez comidas de 10 c.c. de solución normal de leche seca descremada.

6o. día.—Diez comidas de 15 c.c. de solución normal de leche seca descremada.

7o. día.—Cuatro cucharaditas de solución normal de leche seca descremada diez veces al día.

9o. día.—Dos cucharadas y media de solución normal de leche seca descremada, ocho alimentos al día.

10o. día.—Tres cucharadas de solución normal de leche seca descremada ocho veces al día.

11o. día.—Cuatro cucharadas de solución de leche seca descremada siete veces al día.

12o. días.—Dos onzas y media de solución normal de leche seca descremada seis veces al día.

13o. día.—Se darán tres onzas en cada alimento.

14o. día.—Se aumentarán a tres onzas y media en cada biberón.

15o. día.—Cuatro onzas de solución normal de leche seca descremada cada alimento.

16o. día.—Cinco onzas de solución normal de leche descremada seis veces al día.

17o. día.—Los jugos de frutas se agregarán desde el principio.

La leche seca descremada se sustituirá por leche seca semidescremada.

CONCEPCIÓN DE MEYER

1er. día.—Dieta hídrica (té endulzado con sacarina).

2o. día.—Dos cucharaditas de solución normal de babeurre azucarado al 3% diez veces al día. {La solución normal de babeurre se prepara poniendo una medida rasa del polvo Eledón descremado en que pesa 10 grs. en 100 c.c. de agua adicionado de dos cucharaditas rasas de dextromalto o maltosa-dextrina).

3er. día.—Dos a tres cucharaditas de solución normal de babeurre diez veces al día.

4o. día.—Tres a cuatro cucharaditas de solución normal de I babeurre diez veces al día.

5o. día.—Cuatro a cinco cucharaditas de solución de babeurre diez veces al día.

60. día.—Onza y media de solución normal de babeurre ocho veces al día.

So. día.—Dos onzas de solución de babeurre ocho veces al día.

90. día.—Dos y inedia onzas de solución babeurre ocho veces al día.

100. día.—Tres onzas de solución de babeurre siete veces al día.

110. día.—Cuatro onzas de solución de babeurre siete veces al día.

Se seguirá aumentando la cantidad de babeurre según la edad del niño hasta cuatro a seis onzas por biberón.

: TRATAMIENTO MEDIANTE LA LECHE SECA DESCREMADA
1er. día.—Dieta hídrica (té endulzado con sacarina). 2o. día.—Dos cucharaditas de solución normal de leche seca E descremada azucarada al 3% diez veces al día. (La solución normal f de leche seca descremada se prepara disolviendo un parte de le- che seca en siete de agua, o lo que es lo mismo una cucharada de I sopera rasa de leche seca descremada Dancow que pesa 7 grs. diluida en 50 ce de agua), endulzada con una cucharadita rasa de maltosa dextrina.

3er. día.—Dos a tres cucharaditas de solución normal de le- che seca descremada diez veces al día.

4c. día.—Se aumentará a tres o cuatro cucharaditas por ali- mento.

5o. día.—Cuatro a cinco cucharaditas diez veces al día.

60. día.—Una onza de solución normal de leche seca descre mada ocho a diez veces al día.

7o. día.—Onza y media de solución de leche seca descrema- da ocho veces al día.

So. día.—Dos onzas de solución de leche descremada ocho veces al día.

90. día.—Se aumentará a dos onzas y media la cantidad. * 100.

día.—Se ministrarán tres onzas siete veces al día. 110. día.—Se darán cuatro onzas de solución normal de leche seca descremada siete veces al día.

Se seguirá aumentando según la edad del niño sin pasar de cuatro a seis onzas por biberón.

Después se sustituirá biberón por biberón con leche semides- cremada.

Los jugos de frutas se agregarán ya durante la primera se- " mana de realimentación.

CONCEPCIÓN DE HESS

Dieta hídrica durante doce horas. (150 c.c. por kilo de peso y por día).

1er. día de realimentación.—1 cucharadita de leche de mujer I recién ordeñada diez veces al día.

- 2o. día.—Dos cucharaditas de leche de mujer diez veces al día.
- 3er. día.—Tres cucharaditas de leche de mujer diez veces al día.
- 4o. día.—Cuatro cucharaditas de leche de mujer diez veces al día.
- 5o. día.—Una onza de leche de mujer ocho veces al día.
- 6o. día.—Onza y media de leche de mujer ocho veces al día.
- 7o. día.—Dos onzas de leche de mujer ocho veces al día.
- 8o. día.—Dos onzas y media de leche de mujer siete veces al día.
- 9o. día.—Tres onzas de leche de mujer siete veces al día.
- Se llega hasta la cantidad de 100 ce. de leche de mujer por kilo de peso, que es la ración de sostenimiento y a continuación se da el pecho directamente.

REALIMENTACION POR LA LECHE SECA DESCREMADA

- 1er. día.—Dieta hídrica.
- 2o. día.—Un tercio de cucharadita de leche seca descremada Dancow disuelta en media onza de agua diez veces al día.
- 3er. día.—Media cucharadita de leche seca descremada disuelta en una onza de agua diez veces al día.
- 4o. día.—Una cucharadita de leche seca descremada disuelta en onza y media de agua diez veces al día.
- 5o. día.—Una y media cucharadita de leche seca descremada disuelta en onza y media de agua.
- 6o. día.—Dos cucharaditas de leche seca descremada disuelta en dos onzas de agua endulzada con media cucharadita de miel de maíz, ocho veces al día.
- 7o. día.—Tres cucharaditas de leche seca descremada disuelta en tres onzas de agua endulzada con una cucharadita de miel de maíz siete veces al día.
- 8o. y 9o. días.—Una y media cucharadas rasas de leche seca descremada disuelta en cuatro onzas de agua endulzada en cuatro onzas de agua endulzada con una y media cucharaditas de miel de maíz siete veces al día.
- 10o. y 11o. días.—Dos cucharaditas rasas de leche seca descremada disuelta en cuatro onzas de agua endulzada con una y media cucharadita de miel de maíz, siete veces al día.
- Los días siguientes se aumentará la cantidad de leche seca descremada hasta dar 20 grs. del polvo por kilo de peso y por día sin pasar de 150 grs. diarios.
- A continuación se sustituirá progresivamente cada biberón por leche semidescremada.

CONCEPCIÓN DE MEKKIOT

- 1er. día.—Dieta hídrica. Se preferirá la solución buffer de ácido láctico que se prepara poniendo en un litro de agua 15 ce. de ácido láctico y 20 ce. de hidróxido de sodio. Se dará a la dosis de

una tres onzas cada dos o tres horas. Se endulzará al 5% con miel de maíz.

2o. día.—Se continuará la dieta hídrica hasta desaparecer los síntomas tóxicos, que acontece al cabo de 24 o 48 horas, pero puede prolongarse más tiempo.

Ser. día.—Media onza de leche seca proteinada disuelta en solución buffer de ácido láctico endulzada ligeramente, cada cuatro horas. La solución normal de leche albuminosa se prepara poniendo tres cucharadas y media compactas de leche seca proteinada disueltas en 300 cc. de solución buffer de ácido láctico endulzando la con una cucharada de miel de maíz.

4o. día.—Se aumentará a cada onza de esta mezcla alimenticia, cada cuatro horas.

5o. día.—Se dará onza y media cada cuatro horas.

6o. día.—Dos onzas de solución normal de leche albuminosa disuelta en solución buffer con el mismo intervalo.

7o. día.—Dos y media onzas cada cuatro horas.

8o. día.—Tres onzas cada cuatro horas.

9o. día.—Tres onzas y media cada cuatro horas.

10o. día.—Cuatro onzas cada cuatro horas.

Después se podrá sustituir la leche proteinada por leche evaporada disuelta en solución buffer según la fórmula siguiente:

Leche evaporada	4	onzas
Solución buffer de ácido láctico	á	onzas
Agua	2	onzas
Jarabe Karo	*4	onza

La solución buffer empleada en la leche evaporada es dos veces más fuerte que la ordinaria. Contiene 15 c.c. de la solución al 10% de hidróxido de sodio y 500 c.c. de agua.

Se sustituirá progresivamente y se irá aumentando la cantidad de leche evaporada hasta hacer progresar al niño. La dosis normal de leche evaporada que es de 40 a 50 c.c. por kilo de peso y por día sin pasar de 300 a 370 c.c. se dará previa tolerancia del niño respetando las cantidades de la fórmula prescrita anteriormente con la solución buffer.

DIARREAS TOXICAS MUCOHEMORRAGICAS

(Atole de soya y leche seca)

1er. día.—Dieta hídrica (Agua endulzada al 10% con jarabe Karo).

2o. día.—Tres a cinco onzas de atole en agua endulzado con miel de maíz al 5% cada tres horas.

3er. día.—Tres a cinco onzas de atole según la edad del niño cada tres horas.

4o. día.—Se agregará a cada biberón de atole una cucharadita de soyarina.

5o. al 10o. días.—Se agregará a cada toma de atole dos a tres cucharaditas de soyarina.

11o. día.—Se principiará a agregar esta mezcla alimenticia—una cucharadita de leche seca descremada o semidescremada en cada biberón.

12o. día.—Se aumentará a dos cucharaditas la leche seca.

13o. día.—Se agregará al atole de soya una cucharada rasa de leche seca.

14o. día.—Se ministrarán dos cucharadas rasas de leche seca en cada toma de atole.

15o. día.—Se dará tres cucharadas de leche seca en el atole.

16o. día.—Si es leche seca descremada se llegará hasta cuatro cucharadas y si se emplea leche seca semidescremada del tipo del Nestógeno o Dryco, es puede llegar hasta cinco y seis cucharadas rasas.

Los juegos de frutas se tomarán desde los primeros días.

Los demás alimentos se agregarán de acuerdo con la edad que tenga el niño.

CONCEPCIÓN DE BABONNEIX

1er. día.—Dieta hídrica durante 24 a 36 horas.

2o. y 3er. día.—Agua de arroz con el 2% de caseinato de calcio endulzada al 105? con maltosa-dextrina, 150 c.c. por kilo de peso y por día, repartidos en seis biberones.

Para preparar por ejemplo 100 grs. de esta mezcla se ponen 100 c.c. de agua de arroz, en seguida se disuelve en ella, una cucharada de postre rasa de Casec y se agrega una y media cucharada soperá de maltosa-dextrina.

4o. día.—Se agregará a la mezcla alimenticia cuatro cucharaditas de leche de mujer quitando igual cantidad de agua de arroz.

5o. día.—Se aumentará a tres cucharadas de leche de mujer.

6o. "día.—Se mezclarán dos onzas de leche de mujer al alimento curativo quitándole igual cantidad.

7o. día.—Se aumentará a tres onzas la cantidad de leche de mujer.

8o. día.—Aparte se agregará a cada biberón una cucharadita rasa de leche seca semidescremada del tipo del Nestógeno o Dryco.

9o. día.—Se irá aumentando rápidamente la cantidad de leche de mujer y leche seca semidescremada según la edad del niño (150 c.c. de leche de mujer por kilo de peso y por día) sin pasar de 800 c.c. y la cantidad de leche seca semidescremada será de 23 grs. por kilo de peso y por día sin pasar de 150 c.c. diarios cuando se da exclusivamente, por separado cada uno de estos alimentos—

Los demás alimentos se agregarán según la edad del niño hasta dar el régimen normal, procurando adicionar ya desde los primeros días los jugos de frutas.

CONCEPCIÓN DE BLECHMANN

1er. día.—Dieta hídrica (150 ce. por kilo de peso y por día).

2o. día.—Agua de arroz.

Ser. día.—Diez comidas de media cucharadita de polvo de babeurre descremado Eledón, o de leche seca descremada Dancow disuelto en onza y inedia de agua de arroz.

4 o, día.—Una cucharadita de polvo disuelta en dos onzas de agua de arroz nueve veces al día.

5o. oía.—Dos cucharaditas de polvo disuelta en dos onzas y media, de agua de arroz ocho veces al día.

6o. día.—Una cucharada de sopera rasada del polvo disuelto en tres onzas de agua de arroz siete veces al día.

7o. día.—**Una** y media cucharada rasas del polvo disuelto en tres y media onzas siete veces al día.

8o. día.—Dos cucharadas rasas del polvo disuelto en cuatro onza de agua de arroz seis veces al día endulzado con una cucharadita de miel Karo.

La cantidad del babeurreo de la leche seca descremada se aumentará hasta la cantidad de 20 grs. por kilo de peso y por día sin pasar de 130 grs. diarios y el líquido diluyente no pasará de 150 ce. por kilo de peso y por día.

Una vez que se ha llegado a estas cantidades del niño normal se sustituirá progresivamente por leche seca semidescremada.

NIÑOS MAYORES DE 5 MESES

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Caldo de legumbres o agua de arroz-Ser, día.—Cuatro biberones de caldo de legumbres o agua de arroz de cinco onzas y dos biberones de atole en agua endulzado **ligeramente**.

4o. día.—Tres biberones de caldo de legumbres o de agua de arroz de cinco onzas y tres biberones de atole adicionado de una cucharadita de leche seca descremada Dancow o de babeurre en polvo Eledón.

5o, día.—Se dará un biberón de caldo de legumbres y cinco biberones de atole en dos cucharaditas de leche seca o babeurre en polvo.

6o. día.—Se aumentará a una cucharadita de sopera la cantidad de leche seca o babeurre en polvo.

7o día.—Se disolverán en el atole una y media cucharada de leche seca descremada o babeurre en polvo.

8o., día.—Se disolverán dos cucharadas rasas de leche en polvo en el atole. El atole se endulzará con una cucharadita de miel Karo,;

Los días siguientes se aumentarán las cantidades sin pasar de 130 grs. diarios.

Después se sustituirá por un atole preparado con leche seca semidescremada.

CONCEPCIÓN DE TERRIEN

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Dieta hídrica; se dará también caldo de legumbres y para prepararlo se hace poniendo en un litro de agua 65 grs. de zanahorias e igual cantidad de patatas, 25 grs. de nabos y otro tanto de chícharos secos. Se les hace hervir durante cuatro horas en una marmita cubierta y se agrega después a la decocción 5 grs. de sal para un litro de caldo.

Con este caldo ligero se preparan atoles agregándole media a una cucharadita de harina de arroz para 100 c.c. de caldo. Se dará a la misma dosis que la leche (de 3 a 6 onzas por biberón según la edad del niño). En general se emplea para niños **mayores** de seis meses aun cuando en niños de tres meses también da resultados.

3er. y 6o. día.—Se seguirá ministrando el caldo de legumbres bien sea así o alternando con atoles en agua (8 biberones de tres a seis onzas según la edad).

7o. día.—Se agregará a cada biberón una cucharadita de leche de burra o de leche esterilizada que se puede sustituir por leche evaporada.

8o. día.—Se aumentará a dos o tres cucharaditas de leche de burra o la mitad de estas cantidades de leche evaporada o esterilizada.

9o. día.—Según la tolerancia del niño se irá aumentando la cantidad de de leche de una cucharadita a una cucharada de sopera por biberón hasta dar las dosis adecuadas al niño según su edad. (De leche de burra 150 c.c. por kilo de peso y por día sin pasar de 900 c.c. y de leche evaporada 40 c.c. por kilo de peso y por día sin pasar de 300 c.c.)

TRATAMIENTO MEDIANTE EL ATOLE DE MALTA BABEU- RRE O DE LECHE CUAJADA Y CALDO DE LEGUMBRES

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. y 3er. día.—Caldo de legumbres con harina.

4o. y 6o. día.—Se ministrará cada tres horas, tres a cinco onzas de una mezcla alimeticia compuesta de una parte de atole malteado, otra parte de b?.beurre y la parte restante de caldo de legumbres.

Para preparar un litro de este alimento se preparan 330 c.c. de atole malteado (se tuesta previamente la harina de arroz en lámina hasta adquirir color café y después se hierve durante dos horas; una cucharada sopera de harina en un litro de agua es su-

ficiente, la que se reduce mediante el calor de la ebullición a la tercera parte. Para preparar 330 ce de babeurre se disuelven en 330 ce. de agua hervida, cinco cucharadas rasas del polvo Eledón agitando la mezcla. El caldo de legumbres ya se dijo antes como se prepara. Basta entonces mezcla estos tres alimentos para tener el régimen llamado de los tres tercios.

7o- y 9o. día.—Se suprimirá el caldo de legumbres y entonces se dará un tercio de babeurre y dos tercios de atole de malta.

10o. y siguientes días.—Poco a poco se introducirá leche disminuyendo progresivamente el atole de malta.

En lugar del babeurre se puede emplear la leche cuajada poniendo igual cantidad. Para prepararla basta poner a hervir un litro de leche con 4 gramos de lactado de calcio, a fin de separar el coágulo de la leche de su suero.

CONCEPCIÓN DE MATHIEU

Realimentación con agua de arroz, caseinato de calcio y leche de mujer

1er. día.—Dieta hídrica 8 a 12 horas.

En seguida se ministrará agua de arroz con el 2% de caseinato de calcio y el 10% con maltosa-dextrina a la dosis de 150 ce por kilo de peso y por día sin pasar de 900 ce.

Para preparar por ejemplo 100 ce de esta mezcla se disuelven en 100 de agua de arroz una cucharada de postre raza de Casec que pesa aproximadamente 2 grs., y se endulza con una y media cucharadas, rasas de maltosa-dextrina que pesa 10 grs.

Se reparte en siete comidas durante el día.

2o. y 3er. día.—Se seguirá con este alimento.

3er. y 4o. día.—Se agregará a cada biberón tres a cuatro cucharaditas de leche de mujer centrifugada de preferencia, se disminuye igual proporción del agua de arroz al caseinato.

5o. día.—Se aumentará a una onza de leche de mujer en cada biberón quitando igual proporción de agua de arroz con caseinato.

6o. día.—Se dará onza y media de leche de mujer en el biberón.

7o. y siguientes días.—Se aumentará la leche de mujer hasta llegar a la cantidad de seis onzas por biberón.

Después se sustituirá progresivamente la leche de mujer por leche seca semidescremada.

Realimentación agua de arroz con caseinato y leche seca semidescremada

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Agua de arroz con caseinato de calcio y malto-dextrina a la dosis de 150 ce. por kilo de peso y por día sin pasar de 900 ce.

3er. día.—Se seguirá con el mismo alimento.

4o. día.—Se agregará a cada biberón una cucharadita de leche seca semidescremada. Se dará por ejemplo tres a cinco onzas de agua de **arroz** al caseinato de calcio *según* la edad del niño con media a una cucharadita de Nestógeno Dryco por biberón.

5o. día.—Se dará una a dos cucharaditas de leche seca semidescremada por biberón.

6o- día.—Se aumentará a una cucharada de sopera rasa por biberón.

7o. y 8o. día.—Se mezclará una cucharada sopera y media! de leche seca por biberón.

9o. y siguientes días.—Se darán dos cucharadas soperas rasas por biberón. Se seguirá aumentando progresivamente la cantidad de leche seca semidescremada hasta su dosis normal (23 grs. por kilo de peso y por día sin pasar de 150 grs. diarios).

Los jugos de frutas se agregarán desde los primeros días—Según la edad del niño se agregarán otros alimentos.

CONCEPCIÓN DE CATHALA

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Dieta hídrica.

Ser. día.—Cuatro a seis biberones de 10 ce. de solución, normal de babeurre mediado con agua. Para preparar la solución normal de babeurre la solución normal de babeurre se pone una cucharadita rasa que "pesa 2 grs. en 20 ce.

4o. día.—Seis biberones de '16 ce. de solución normal de babeurre mezclado a 15 ce. de agua.

5o. día.—Se is biberones de una onza de solución de babeurre mezclado a otra onza de agua.

6o. día.—Seis biberones de onza y media de solución de babeurre mezclada a una onza de agua.

7o. día.—Seis biberones de dos onzas de solución de babeurre mezclada a una onza de agua.

8o. día.—Seis biberones de dos y media onzas de solución de bauberre mezclado a media onza de agua.

9o. día.—Seis biberones de tres onzas de solución de bauberre con media onza de agua.

10o. y siguientes días.—Se aumentará el babeurre hasta cuatro y seis onzas según la edad del niño.

Después se irá sustituyendo por leche seca semidescremada poco a poco-

CONCEPCIÓN DE KUGEOIASS

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Cinco ce de leche de mujer recién ordeñada cada cuatro horas.,

- 3er. día.—Diez ex. de leche de mujer recién ordeñada cada cuatro horas.
- 4o. día.—Quince ce. de leche de mujer cada cuatro horas.
- 5o. día.—Veinte ce. de leche de mujer cada cuatro horas.
- 6o. día.—Una onza de leche de mujer cada tres o cuatro horas.
- 7o. día.—Onza y media de leche de mujer.
- 8o. día.—Se aumentará a dos onzas la cantidad de leche de mujer.
- 9o. día.—Se darán tres onzas de leche de mujer por biberón.
- 10o. día.—Se pone al niño directamente al pecho durante tres minutos.
- 11o. día.—Se aumenta la duración del pecho a cuatro minutos.
- 12o. día.—La duración será de cinco minutos.
- Si la mejoría se obtiene rápidamente ya desde el cuarto o quinto día se aplicará el pecho directamente.

Realimentación por la leche proteinada o la leche seca descremada o el **babeurre**

- 1er. día.—Dieta hídrica.
- 2o. día.—Dieta hídrica.
- 3er. día.—Cinco ce. de solución normal de leche proteinada, de leche seca descremada o de babeurre, cada cuatro horas.
- Para preparar la solución normal de leche proteinada se disuelve en dos onzas y media de agua una cucharada soperá rasa de leche seca proteinada de Mead.
- Para preparar la solución normal de leche seca descremada se disuelve en dos onzas y media de agua una cucharada soperá rasa del polvo de leche seca descremada Dancow.
- Para preparar la solución normal de babeurre se disuelve en dos onzas y media una cucharada soperá rasa del polvo Ele-dón descremado.
- 4o. día.—Diez ce. de cualquiera de estas soluciones cada cuatro horas.
- 5o. día.—Quince ce. de alguna de estas mezclas alimenticias.
- 6o. día.—Veinte c.c. de solución normal cada cuatro horas.
- 7o. día.—Una onza de la solución normal de leche albuminosa, o leche seca descremada o babeurre endulzada con un cuarto de cucharadita de miel de maíz por alimento.
- 8o. día.—Onza y media de cualquiera de estas soluciones por alimento.
- 9o. día.—Dos onzas por alimento endulzada con media cucharadita de jarabe Karo.
- 10o. día.—Se aumentará a dos onzas y media la cantidad de alimento.

11o. día.—Se darán tres onzas del alimento endulzado con una cucharadita de miel de maíz.

Se seguirán aumentando las cantidades según la tolerancia del niño hasta llegar a 20 grs. por kilo de peso y por día sin pasar de 130 grs. diarios.

Los requerimientos líquidos que son 150 cc. por kilo de peso y por día se completarán siempre dándole al niño agua endulzada al 5% con jarabe Karo.

Los demás alimentos se agregarán según la edad del niño, prefiriendo la manzana rayada, la carne o hígado picado, los atoles, las gelatinas, etc., si la edad del niño lo permite.

CONCEPCIÓN DE ESCONTRIA

Colitis Mucohemorrágicas

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. día.—Cien gramos de guayaba cernida mezclada con una cucharadita de miel de maíz distribuidos en todo el día en cinco tomas.

3er. día.—Se dará el mismo alimento aumentando la cantidad hasta 200 grs. si es posible.

4o., 5o. y 6o. días.—Se administrarán 100 grs. de guayaba, dos biberones de átele en agua de cinco onzas y otras dos comidas de caldo de legumbres.

7o. al 11o. días.—Se agrega además rebanadas de pan tostado y arroz cocido.

Si el niño no quiere tomar la guayaba pura se mezclará al atole.

COLITIS CRÓNICA

1er. día.—Dieta hídrica.

2o. y 3er. días.—Cien a doscientos gramos de puré de guayaba cernida repartida en cinco tomas.

4o. al 13o. días.—Además de la guayaba se administrarán cinco biberones de atole en agua y puré de verduras.

14o. día.—Se **principia** agregando al atole una leche seca semidescremada en cantidades pequeñas según la tolerancia.

Aparte se da también jugo de carne Si el niño es mayorcito se sustituye por carne asada a la parrilla o pescado cocido.

Para preparar la guayaba se lava el fruto, se machaca con codo y corteza y en un trasto de peltre o porcelana, con una cuchara o molinillo de madera, y se tamiza después para separar las semillas.

Si se suministra junto con el atole bastará mezclarlo a él.

REVISTAS DE REVISTAS

(Continúa)

De todo lo que se ha dicho y escrito por los proponentes del método Kenny se infiere que la Srita. Kenny ha descubierto, en esencia, una nueva enfermedad o entidad morbosa. A, través de los años recién pasados, los médicos no podían hacer la distinción entre un músculo paralizado y uno normal, y han estado tratando músculos normales como si fueran paralizados. En pocas palabras, no han sido capaces de reconocer o interpretar los signos físicos de esta enfermedad, y todas las observaciones de nuestros maestros de la neurología, de la clínica, de la ortopedia quirúrgica, son falsos y erróneos. De consiguiente, ahora debernos arrodillarnos a los pies de la Srita. Kenny, humillados y avergonzados para aprender de ella esta nueva enfermedad que se llama parálisis infantil. Los resultados finales obtenidos por uno u otro método de tratamiento, constituyen el criterio final de su valor. ¿Cómo hemos de comparar los resultados obtenidos por el método Kenny en contraste con los obtenidos por los métodos ortodoxos que hemos mencionado en párrafos anteriores? El hacer una comparación segura es, en verdad, sumamente difícil.

Las aseveraciones de que del 70 al 80 por ciento de los casos tratados por el método Kenny recuperan sin parálisis residuales y ninguno de ellos tiene deformidades al cabo de dos años; pero esto no es prueba de la eficacia del-método Kenny en oposición al ortodoxo. Una comunicación que recibí del Department of Health of the Commonwealth of Pennsylvania, establece que en Pennsylvania en el año de 1941 hubo 741 casos de poliomyelitis aguda. De estos murieron 56 y de los restantes 54% recuperaron sin parálisis. De estos 54 % ninguno recibió, en tanto que yo sé, el tratamiento Kenny, y solamente unos pocos tuvieron un tratamiento ortodoxo prolongado. En otras palabras, hay un alto porcentaje que recupera espontáneamente y esa recuperación no se puede atribuir a «ningún método particular de tratamiento. Si de acuerdo con el concepto Kenny todos ellos tenían espasmo, y si tan espasmo al no tratarlo provoca la parálisis de los músculos normales o no afectados, así como también parálisis eventuales de los mismos músculos afectados, cómo es que recobraron sin parálisis cuando el espasmo no se trató por el método Kenny?

Si los propulsores del método Kenny establecen que no se presentan deformidades en sus casos al final de dos años, yo puedo decir tan positivamente como ellos, de mi propia experiencia, que los casos tratados continua y cuidadosamente durante dos años por el método ortodoxo, no tienen deformidades. Y, ¿De qué valor relativo son mis declaraciones?

¿Qué bases hay, entonces, para una argumentación racional acerca de los méritos del método terapéutico Kenny? Que los buenos cuidados de enfermería, que la prevención de las defortni-

dades, que la reeducación muscular cuidadosa son de valor, constituyen la base tanto del tratamiento ortodoxo como del llamado método Kenny de tratamiento. Deberíamos esperar de ellos buenos resultados, pero ningún método de tratamiento prevendrá o curará una parálisis debida a una destrucción de las partes esenciales del sistema nervioso central, los reclamos extravagantes, y en mi opinión, absurdos y falsos de los conceptos y método de tratamiento Kenny no tienen hasta ahora ninguna base en el razonamiento ni en los hechos probados. El movimiento Kenny ha tenido tal publicidad y ha tomado tal momentum que habrá de seguir su curso. El final de ese curso, cualquiera que sea, dependerá no de las declaraciones que ahora hagan la Srita Kenny y los que la siguen, sino sobre la observación y el razonamiento científicos.

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS. Año I, Nos. 7 y 8. Noviembre y diciembre de 1943.

Observaciones sobre el uso del Extracto Renal en el Tratamiento de la Hipertensión Esencial. Por los Drs. Francis D. Murphy, John C. Grill y L. J. Kurten (Milwaukee, Wis.) Traducción del resumen.

p

Comentarios

La experiencia de más de 22 meses con el uso de extractos renales en animales hipertensos y en personas, nos conduce a la conclusión que esta forma terapéutica no está desprovista de méritos. Aunque hay informes de observadores cuidadosos que concluyen que el extracto renal no es efectivo, creemos que los informes son muy escasos y la experiencia muy limitada todavía para extraer conclusiones sintéticas. No estamos convencidos de que se haya encontrado un extracto efectivo. Sin embargo, nuestras observaciones no autorizan el abandono sin reservas de la investigaciones de los extractos de riñón.

En general se usaren dosis altas, de 10-20 ce. de extracto renal, inyectadas diariamente, considerando que esta era la dosificación óptima. Pero en muchos casos se administraron dosis diarias mucho más pequeñas—de 2-5 ce—y ellas fueron seguidas de una mejoría sintomática definida, así como de una baja de la tensión sanguínea. Esta forma de respuesta nos ha conducido a pensar que tal vez el extracto puede promover la formación de un material antipresor aun a pequeñas dosis.

Hubo una falta de correspondencia entre la caída de la tensión sanguínea y la mejoría sintomática. En algunos casos las cefalalgias, mareos, molestias visuales y zumbidos en los oídos desaparecieron cuando la baja de la tensión no era grande.

Se ha dicho que las reacciones pirogénicas son la causa de la reducción de la tensión sanguínea, pero aunque tales reacciones hayan sido observadas y anotadas por nosotros, la depresión prolongada de la tensión sanguínea y la mejoría en los síntomas

fueron independientes, en nuestros casos, de esas reacciones. Un informe reciente de Schales, Stead y Warren señala que la caída de la tensión arterial en sus casos fue producida por un efecto no específico del extracto renal, más bien que por una interferencia directa con el sistema renina-hipertensina. En el curso de este estudio se preparó un extracto de músculo cardíaco de buey y se inyectó a algunos de los pacientes observados por nosotros; no, se observaron cambios en la tensión arterial ni mejoría de los síntomas.

Debemos poner énfasis en el hecho de que el trabajo está todavía en estadio experimental y que las dificultades técnicas son grandes. La preparación del extracto es cara y no es cosa fácil obtener el gran número de riñones necesarios, en buen estado. Y luego, es necesario tener un adecuado cuerpo de asistentes y técnicos, si se quieren obtener resultados satisfactorios. Se debe* obtener una substancia fraccionada que hay que inyectar sin reacciones locales o sistémicas y que produzca resultados más uniformes, antes de que podamos hacer proclamas de grandes alcances a propósito del tratamiento con extractos de riñón. Aunque el tratamiento con extracto de riñón no haya sido enteramente satisfactorio, no abjuremos prematuramente de este tipo de terapia; tal posición podría desviar del descubrimiento de UQ remedio específico de uso indefinido.

Resumen

L. Se preparó y usó un extracto de riñón de cerdo en el tratamiento de pacientes con hipertensión esencial benigna y maligna. Todos los extractos se probaron en ratas hechas hipertensas por el método de envolvimiento de Page, antes de darlo a los pacientes. 2. Se ha explicado brevemente el método de preparación del extracto. 3. Se han discutido las reacciones desfavorables de dos tipos. Afortunadamente, a medida que se progresa en la purificación del extracto, se observan menos reacciones genera-

les. 4. Se han tratado 16 pacientes con hipertensión esencial. Seis <3e ellos están clínicamente mejorados después de 22 meses de observación. Dos de estos tienen hipertensión maligna. La mejoría se manifiesta por un retorno de la visión a Standard casi normales y desaparición de los mareos y las cefaleas. La presión sanguínea se ha mantenido a niveles bajos. 5. No se demostró mejoría en la función renal; se usaron la mayoría de las pruebas **funcionales** aceptadas de la función renal. 6. No se pudo descubrir la mejoría en miocardio mediante los medios disponibles. 7. El período de tiempo que la presión sanguínea continuó baja después de suspendido el tratamiento fue sumamente variable y no sabemos cómo explicar esta observación en ahora.

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS, Año I, N°. 10 de Febrero de 1944

Intoxicación por Tiocianato de Potasio —"Por los Drs. Prof. Luis F. Cieza Rodríguez y Fidel Shaposnick (Fac. Ciencias Médicas de La Plata). Traducción del Resumen.

Se hace en este artículo la descripción de un caso de hipertensión arterial **secundaria** debida a una glomerulofritis subcrónica, y tratada por tiocianato de potasio. La muerte ocurrió a los cuarenta días después de haber tomado 3.31 gramos de la droga, y fue acompañada de una grave sintomatología debida a la intoxicación que pareció añadirse a la nefropatía del paciente. El proceso se explica: la administración del medicamento era inaconsejable debido al gran déficit renal que resultó en efectos acumulativos tóxicos.

Después de revisar la bibliografía más sobresaliente sobre la materia y la experiencia personal de autor, se sacan las siguientes conclusiones: 1. El tiocianato de potasio es una droga de alto potencial de toxicidad. 2. No existe estricta correlación entre terapéuticas y resultados útiles. 3. No hay proporción absoluta entre niveles sanguíneos considerados óptimos y resultados terapéuticos. 4. Existen casos de idiosincrasia al tiocianato de potasio, en los que, dosis consideradas útiles y niveles tenidos por óptimos, han provocado intoxicaciones mortales. 5. El nivel óptimo de la droga a la sangre se halla muy próximo del nivel tóxico. 6. Siendo la hipertensión arterial una afección de curso eminentemente crónico, requiere un uso prolongado de la droga, con controles cuantimétricos periódicos, pues su suspensión acarrea un rápido retorno a las cifras tensionales previas al tratamiento. No ha sido demostrado en modo alguno que tal empleo reiterado no acarree serios riesgos al paciente, y, por el contrario, experimentalmente se han comprobado lesiones medulares y hepáticas, de tipo degenerativo. 7. Existe la impresión que el descenso **tensional** sanguíneo registrado es una consecuencia de los efectos tóxicos. 8. En Norteamérica, país donde el método tiene gran **difusión**, el Consejo de Farmacia y Química ha proscrito la droga en 1929, reiterando una advertencia anterior similar. 9. La existencia de casos mor-

tales, aunque en mínima proporción, son suficientes para desaconsejar la generalización de esta terapéutica, y para extremar la observación de los casos en que se indique, los cuales han de ser debidamente seleccionados.

R. A. C.

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANO DE CIENCIAS MEDICAS. Año I, Nos. 11 y 12. Marzo, Abril de 1944.

El Tratamiento de la Hemorragia masiva *por* Ulcera Péptica. Por los DR. Joseph Barnett Kirsner y Walter Lincoln Palmer (Universidad de Chicago), traducción del resumen en inglés.

En este artículo se define la hemorragia y se estudia su incidencia, al mismo tiempo que la localización de la lesión, el sexo y la edad, la duración de los síntomas ulcerosos que anteceden a la hemorragia, y la mortalidad.

En la década comprendida entre 1929 y 1939, hubo 230 casos (10.6% de hemorragias masivas en una serie de 2.150 pacientes que se trataron en el Billing's Hospital por úlceras duodenales, gástricas o pépticas. El total de mortalidad para toda la serie es de 3.7%, *lo que* incluye cinco muertes por hemorragia en blanco (2.17%) y tres más por complicaciones (1.3%), en tanto que en 150 casos de menores de 50 años la incidencia de muertes fue de 1.80%.

Por consiguiente, la mortalidad fue aproximadamente tan alta en la primera hemorragia como en las subsiguientes.

Los autores presentan un estudio y análisis de varios tratamientos que se han propuesto y discuten al final el papel que desempeña, la cirugía.

Morfina.—Alivia el insomnio y es por consiguiente una de las drogas más útiles en el tratamiento de las hemorragias masivas. Los efectos de la morfina se aumentan por la adición de atropina, ya que esta droga inhibe la secreción gástrica.

Dieta.—Es la base del tratamiento. Se prescribe el método de Meukiagracht y el paciente debe tomar a intervalos frecuentes, té, pan blanco y mantequilla, cebada, costillas cocidas, puré de papas, verduras, algunos pasteles, etc. El antiguo método de ayunos ha cambiado.

Alcalis.—Hay varios métodos, desde el de Sippy (MgO 4 grs. y CaCO₂, 2 grs.) hasta el goteo continuo con hidróxido de aluminio. (Brown y MacHardy).

Estos últimos aconsejan dar desde el principio carbonato de calcio en leche o crema; se usa a veces después de un período de 24 horas de ayuno. El goteo a lo Winkelstein ha dado ciertas ventajas por mantener una proporción uniforme en la vertiente a la corriente sanguínea,

Líquidos parenterales.—Inyecciones subcutáneas aliñas, glucosados, de suero Ringer o de glucosa en suero fisiológico por servir también para el tratamiento de la alcalosis, se han aconsejado.

Transfusiones de Sangre.—Algunos autores notan un aumento de la proporción de muertes, con su uso. Es difícil apreciar el valor de las transfusiones sanguíneas, porque se usa siempre en los casos más graves. El procedimiento es útil en los casos en que se requieren en múltiples ocasiones.

Varios.—Veneno de serpiente, suero hemioplástico, e irrigación estomacal, son procedimientos peligrosos e ilógicos.

Vitamina C.—No hay evidencia convincente de que la falta de ácido ascórbico juegue un papel en el desarrollo de la hemorragia en la úlcera, o de que la administración de vitamina C sea de algún valor en la terapéutica.

Acido Oxálico.—Queda al futuro decidir si este método es o tío de valor.

Cirugía.—Es un problema de difícil solución, el resolver el verdadero valor de la cirugía en circunstancias tales como la que se estudia.

(Finster aconseja la cirugía en todas las hemorragias masivas; Cooke en las que continúan sangrando, y Wilkie sugiere, tratamiento médico primero, después ele 10 días de tratamiento para la segunda hemorragia y finalmente cirugía.

Por último se estudian los problemas quirúrgicos y las condiciones de profilaxis, ya que se ha observado la recurrencia de la hemorragia en 12 pacientes operados.

R.A.C.

THE AMERICAN REVIEW OF TUBERCULOSIS NOVIEMBRE IDE 1945

Parálisis del diafragma y neumoperitoneo. Observaciones terapéuticas en pacientes blancos

Doctores Horace E. Croww y Fred C. Whelchel

Resumen y traducción del inglés por el Dr. Marcial Cáceres Vigil

En este trabajo se pone de manifiesto la importancia que tiene la combinación de la interrupción temporal del nervio frénico y el neumoperitoneo, en el tratamiento blancos, con tipo de reinfección de Tuberculosis pulmonar.

Los casos de abscesos pulmonares, bronquictasias, neumonías, enfermedades provocadas por los hongos, silicosis, enfisema, sarcoidiosis y neoplasmas, fueron excluidos.

Todos los casos de esta serie con esputo, negativo, fueron positivos a un miligramo de Tuberculina de Koch, y cinco de ellos tuvieron contacto íntimo con conocidos casos abiertos de tuberculosis pulmonar. En todos los casos en que el examen directo del esputo fue negativo por Bacilo tuberculoso, se practicaron tres concentraciones del mismo, y en los casos en que estos fueron negativos, se hizo el cultivo y la inoculación experimental. En cada caso en que el esputo no fue obtenido satisfactoriamente, se hizo el cultivo por la inoculación experimental de la concentración del contenido gástrico.

Los factores que se tomaron en cuenta para evaluar esta forma de tratamiento fueron: la clasificación de la enfermedad, observación de tiempo, el número de las cavidades cerradas, la conversión de los esputos, la regresión o la completa desaparición de las lesiones exudativas y la incidencia de las complicaciones;

456 pacientes o sea el 83.5% tenían caverna pulmonar demostrable, cuando el tratamiento fue iniciado. De los 456 pacientes con caverna, 331 es decir el **72.5%**, tenían caverna en un pulmón; 125, o sea el 27% , tenían una o más cavidades en cada pulmón. En 59 casos el diámetro de la cavidad era de 2 1/2 a 4 cms. o menos: en 141 el diámetro de la caverna era de 2V. a 4 cms.; 256 pacientes tenían cavidades que fluctuaban" de 4 a 12 cms. de diámetro; en 436 casos con excavación en quienes, la parálisis del nervio frénico y el neumoperitoneo no han continuado o han sido terminadas. 276 o sea el 63.3% tienen un cierre aparente de todas las cavidades; en 160 o sea 36.6%, las radiografías demuestran que todas las cavidades no están cerradas. Se observó que el cierre de las cavidades de la base ocurrió solamente en el 5% más frecuentemente que en las del vértice, y solamente 1% más frecuente en la parte media. El neumoperitoneo **fue** suspendido, por no ser "satisfactorio, en 19 casos; 6 de estos 19 tenían extensas lesiones productivas, 4 tenían considerable dolor abdominal, aparentemente debido a adherencias subdiafragmáticas y en 9 fue suspendido el tratamiento para iniciar neumotórax.

Para iniciar el neumoperitoneo, los autores recomiendan la siguiente técnica: esterilizar la piel por los métodos usuales; usar las mismas agujas para el neumotórax artificial, y practicar la anestesia de la pared abdominal. Generalmente eligen el lugar situado a dos o tres pulgadas debajo del reborde costal izquierdo, justamente en el borde lateral del músculo recto del abdomen; se introduce la aguja dentro de la cavidad peritoneal, y consideran conveniente adaptar una jeringa a la aguja y aspirar, para estar seguros de que la aguja no se encuentra dentro de un vaso sanguíneo, después se conecta aquella con el aparato de neumotórax, y se introducen con ligera presión 2 o 3 c. c- de aire. Las fluctuaciones del manómetro no son obtenidas igualmente en el neumoperitoneo como en el neumotórax, pero tampoco son ellas necesarias: el principal objetivo en que el aire penetre fácilmente en la cavidad peritoneal, y esto es conocido por la ausencia de una alta lectura manométrica.

Según el concepto de los autores la iniciación del neomoperitoneo y las siguientes insuflaciones de aire, son menos peligrosas que en el neumotórax.

Los accidentes serios pueden ocurrir al introducir aire en la cavidad peritoneal, como resultado de falta de experiencia pero tales accidentes son siempre de menos consideración y por la misma razón cuando se practica el neumotórax artificial.

Continuará