

Tratamiento de la tuberculosis renal

(Tratamiento Médico)

Tratamiento general. —a) Higiénico. El enfermo deberá vivir al aire libre en un clima caliente y seco haciendo curas de aire y de sol. La colina y la montaña de altura mediana son preferibles al mar. Este último puede aconsejarse a los enfermos que no presenten fenómenos de cistitis. Deben evitarse los cambios bruscos de temperatura, lo mismo que las fatigas, las sacudidas repetidas, los viajes largos en coche o automóvil que pueden ser origen de congestión renal.

La hidroterapia y las fricciones secas o con alcohol sobre todo el cuerpo activan la nutrición y prestan grandes beneficios.

Cuando existan dolores lumbares o sensación de peso se aplicarán bolsas de agua caliente o ventosas secas.

b) Alimentación. Régimen nutritivo evitando los aumentos irritante para el riñón, como: salsas, mostaza, carnes conservadas, crustáceos, sesos, tomates, espárragos, quesos fermentados, licores, vinos generosos, champagne, café, chocolate, etc.

El régimen lácteo está absolutamente contraindicado.

Medicamentos.—a) Reconstituyentes: arsénico, hierro, fósforo, calcio, aceite de hígado de bacalao, etc,

b) Medicamentos llamados específicos. Las tuberlicunas no se utilizan más.

Los que gozan de mayor prestigio actualmente son los sulfatos de tierras raras, las sales órgano-coloides de tierras raras, el antígeno metílico tuberculoso.

b) Medicamentos urinarios o antiséptico?, urinarios p. ó. Hay uno solo que es realmente útil: es el azul de metileno.

Se elimina por el filtro urinario ejerciendo una acción desinfectante y sedativa.

Se lo prescribe así:

Azul de metileno... 0.03 gramos
Excipiente 1 gramo

Tres píldoras al día durante 15 días, suspender 10 y recomenzar.

Los enfermos que padecen cistitis se sienten muy aliviados con este medicamento.

Una sustancia que debe eliminarse completamente de la terapéutica de la tuberculosis renal es la urotropina.

Terapéutica vesical. —Muchos medicamentos han sido aconsejados.

En primer término debe decirse que los preparados a base de sales de plata no deben utilizarse.

Como medicamentos útiles, ténenos.

El aceite yodoformado al 5V en instilaciones vesicales de 10 c.c.

El aceite yodoformo guayaco*

lado (aceíte 10, guayacol 5), en inyecciones vesicales de 10 cc.

El aceite fenicado al 1-2% (10 c. c.)

Los grandes lavajes vesicales de ácido fénico al 5% en los casos graves y rebelde?, previa inyección de morfina,

Pero los medicamentos que el médico debe usar de preferencia son:

El aceite gomenolado al 10-20% que es un gran calmante y de acción casi constante; se instilan 10 a 20 c. c. por vez. repitiendo las instilaciones cada 2 días

El azul de metileno al 1% :
Azul de metileno purísimo 1 gr.
Suero artificial..... 100 gr.

La solución será filtrada y usada tibia en inyecciones de 10 15 c. c. cada 2 días.

En los casos de gran intolerancia vesical, se agregará a esa solución 2 gramos de novocaína.

Antes de instilarla lavar ja vejiga con una solución ligeramente antiséptica; ácido bórico, oxicianuro de Hg al 0.10%.

Las formas de tuberculosis renal en los que el tratamiento médico está justificado son: las formas iniciales (diagnóstico incierto pero probable), la T. R. bilateral, la T. R. unilateral con insuficiencia del riñón adelfo; T. R. unilateral inoperable por lesiones concomitantes de otros órganos; T. R. de! único riñón que queda.

Tratamiento quirúrgico. Las indicaciones quirúrgicas son:

1) T. R. unilateral con suficiencia del otro riñón, buenas condiciones generales: nefrectomía.

2) T. R. unilateral con suficiencia del otro riñón y tuberculosis pulmonar no grave: nefrectomía.

3) Pionefrosis T. unilateral con insuficiencia del riñón adelfo: nefrostomía.

4) T. R. unilateral con perinefritis por infección banal sobreagregada e insuficiencia del otro riñón: en un primer tiempo nefrostomía y luego nefrectomía

sub-capsular si el otro riñón mejora.

5) T. R. bilateral con un riñón destruido y el otro con T. inicial: nefrectomía.

6) T. R. bilateral o unilateral en la que está contraindicada la intervención sobre el riñón y cis-

titis intolerante: cistostomía definitiva.

7) En las formas de cistitis grave y rebelde en nefrectomizados y con riñón restante sano: ureterostomía con exclusión de la vejiga.

(M. Negro, ".Minerva Médica." 7 de abril de 1931.

Vacunación Antidiftérica

Ánatoxina de Ramón

Por el Dr. M. J- ECHEVERRÍA.

Escribimos este pequeño artículo más que todo a título de ilustración, ya que la difteria puede decirse que no existe entre nosotros en su forma epidémica sino por el contrario en su aspecto esporádico. En efecto, esta enfermedad puede aparecer sea bajo forma epidémica, sea bajo forma endemo-epidémica, como en algunos países europeos y americanos, sea en fin bajo forma esporádica. Forma esporádica, significa: casos aislados que no se observan sino muy rara vez.

Cuando una epidemia hace su aparición, no solo hay que tratar intensivamente a los enfermos, sino que también hay que proceder a la prevención contra la difteria de todas aquellas personas que de manera directa o indirecta tengan que estar en contacto con el paciente.

Para lograr este último fin nos valdremos de *algo* que procure una rápida inmunización. Este

"algo" no es otro más que el suero antidiftérico que todos conocemos por lo que concierne a su empleo, indicaciones y contra indicaciones.

Pero, cuando tengamos que actuar en un medio continuamente infectado—medio endemo- epidémico — recurriremos, aún cuando esto parezca paradójico, al método lento de inmunización, es decir., a la *vacunación antidiftérica*.

Para realizarla se utiliza la *Ánatoxina de Ramón*, repartía por el Instituto Pasteur de París, y ofrecida al cuerpo médico en cajas conteniendo, o bien tres ampollas de uno y medio centímetro cúbicos cada una, para vacunación individual, o bien una sola ampolla de diez centímetros cúbicos para vacunación colectiva.

La Ánatoxina no es más que el resultado de la siguiente operación: una toxina diftérica adicionada de formol es conservada

en la estufa a 37 grds. durante un mes. En estas condiciones pierde su poder tóxico conservando, sin embargo, su poder de floculación en presencia de la Antitoxina, como cuando era activa. Es decir, que vuelta inofensiva, pero en posesión de sus propiedades de antígeno, se ha transformado en una sustancia nueva que no es sino la Anatoxina, cuya introducción en el organismo humano tiene por efecto conferir, al receptor, una inmunidad duradera, prolongada, contra la infección diftérica.

Y esta es la gran ventaja de la vacuna contra el suero. Este produce una inmunización rápida, es verdad, pero en cambio pasajera. Por el contrario, la vacuna, provoca una inmunización lenta, pero que se mantiene durante varios años.

Tiene otra ventaja el empleo de la Anatoxina: que no expone a los accidentes séricos ni a los fenómenos de anafilaxia. al-

gunas veces mortales, como puede ocurrir con el suero.

Una dosis previa de suero antidiftérico no contraindica de ninguna manera la vacunación por la anatoxina. Sin embargo, si llega el caso de servirse -de suero y de vacuna en la misma época, es aconsejable principiar por la vacuna y solo una o dos horas después practicar la inyección de suero. Esto último nos permite dejar constancia de que tampoco el empleo previo de la Anatoxina contraindica una dosis ulterior de suero.

La inmunidad conferida por el suero nunca se prolonga más allá de tres a cuatro semanas. La Anatoxina en cambio provoca una inmunidad de .seis a ocho años de duración. Nos parece que la diferencia bien vale la pena de ser retenida.

El niño en general es poco receptivo a la infección diftérica antes de dos años -de edad. (En este período de la vida también

es menos fácilmente inmunizable.) A partir de este momento su receptividad aumenta hasta la época de la pubertad en que comienza a decrecer para atenuarse y casi desaparecer en la edad adulta. Esto nos indica claramente que el momento de elección para instituir el empleo de la Anatoxina es cuando el niño alcanza los dos años, según unos, los diez y ocho meses según otros. Es decir., que si un niño ha sido vacunado a los dos años, por ejemplo, este niño se hallará inmune contra la difteria hasta la edad de diez años, aproximadamente; si la vacunación se ha efectuado a los cuatro, será inmune hasta los ocho, etc., etc., de donde se deduce que el médico raramente tendrá necesidad de" vacunar dos veces a un mismo individuo contra la misma enfermedad, lo cual, con- vengamos, es ventajoso para ambos.

Y si una segunda vacunación se hiciese indispensable, el médico no tendrá ningún accidente que lamentar, i Que diferente se presenta el problema considerado desde el punto de vista sé- rico!

Veamos ahora como proceder al empleo de la Anatoxina de Ramón.

Ya digimos que tres inyeccio- nes son necesarias. En el niño ya grande y en el adulto, dichas inyecciones serán practicadas en el tejido celular sub-cutáneo de uno cualquiera de los sitios ha- bituales (región glútea, reg. del-

tordea) En el niño muy pequeño es desaconsejable la región glútea por razones de limpieza y de vecindad que no es preciso recordar; la región deltoidea también es impropia pues en caso de reacción local el pequeño tendría tendencia a rascarse favoreciendo así una posible in- fección. Entonces ¿qué sitio elegir? Sin discusión la fosa sub-espinosa, 1º porque no se halla expuesta a peligros serios de contaminación como acontece con la región glútea y 2º porque es inaccesible a las manos y uñas de nuestro pequeño cliente.

Una vez llenados los indispen- sables requisitos de asepsia, des- infección de la piel, etc., se pro- cede de la siguiente manera:

- 1a. Inyección: medio centíme- tro cúbico (O.cc. 5);
- 2a. Inyección: un centímetro cúbico (1 ce.) tres sema- nas más tarde;
- 3a. Inyección: uno y medio centímetros cúbicos ($1\frac{1}{2}$ ce), dos semanas después.

La experiencia ha demostrado que el 98% de los sujetos que han recibido estas tres dosis de vacuna, tal como acabamos de indicarlo, pueden ser considera- dos como poseedores de una só- lida inmunidad y, que un 2% so- lamente escapa al proceso de in- munización, lo cual ya representa un resultado harto satisfactorio.

Accidentes? Reacciones? Sí, pero insignificantes y de corta

duración. Ellos se traducen por fenómenos de orden local (rubicundez en el sitio de la inyección, ligera edema) ó de orden general (temperatura a 38; ligera astenia etc.,) pero que nunca duran más allá de 24 a 48 horas,— Dichas reacciones son tanto más raras cuanto más joven es la persona vacunada. En el niño menor de seis años puede decirse que no se observan sino de manera excepcional.

En fin, para terminar estas escasas anotaciones, insistamos una vez más sobre que la Anatoxina de Ramón inmuniza lentamente y que la inmunidad rápida, inmediata solo es posible obtenerla mediante el empleo del

siero. En consecuencia: en un ambiente continuamente infestado, no esperemos la aparición de un episodio epidémico para preconizar el uso de la Anatoxina. Retengamos que la epidemia una vez presente, solo podremos yugularla a base de suero, pero que en cambio el empleo sistemático de la Ana toxina nos evitará acaso para siempre, todos los disgustos y todas las penalidades que, como cortejo macabro, acompañan, desde su aparición, a este terrible flagelo de la humanidad que a menudo elige como víctimas a seres inocentes que apenas han despuntado al encanto de la vida.

M. J. Echeverría h.

Conferencia de Médicos del Instituto de Gastroenterología

El tratamiento de la peritonitis tuberculosa por los rayos ultravioletas

Conferencia del Dr. J. C. Bidart Malbrán

Las peritonitis bacilares largo tiempo tratadas por la laparatomía con éxitos bastante buenos sobre los casos de forma ascítica, pero francamente malos en las formas fibrocásicas y úlcero-cásicas, ha entrado desde hace algunos años y sobre todo después de la exposición notable de colaboraciones presentadas al Congreso Internacional de Actinología de París, en la vía de la terapéutica actínica debido a los trabajos notables de Rollier, Bernhard, Brody, Ory, Amiard y Dausset, etc.

La influencia del clima con la helioterapia hechos con técnica? precisas, solos o asociados a los rayos ultravioletas (Brody), han dado resultados verdaderamente notables.

El descenso de la mortalidad de las formas ascíticas y fibrocásicas hasta 3 en 105 enfermos, según Brody o a 15% según Bernhard, porcentaje que acompaña a poca diferencia la opinión de Rollier en Suiza con helioterapia y clima de altura, llaman realmente la atención.

Al mismo tiempo nuestra desilusión de los medios quirúrgicos, en los que no hemos visto las mejorías esperadas después de laparatomías y pobre todo los enfermos muertos por fístula ileal después de operaciones con lesiones apendico-ileo-cecales, diagnosticadas como apendicitis y resultando de origen tuberculoso, nos llevaron al tratamiento de rayos ultravioleta?, única forma posible de aptinoterapia en nuestro clima.

Y decimos única forma posible, pues en nuestro clima, bajo y húmedo, la helioterapia en enfermos debilitados nos da a veces reacciones de todo punto de vista contraproducentes.

Pero, al mismo tiempo, habiendo podido constatar en todos estos enfermos la disminución de la tasa sanguínea de calcio y fosfatos así como de hemoglobina (tesis de escande, 1930). resolvimos hacer el tratamiento combinado de inyecciones de calcio endovenoso en dosis de 1 gr. simultáneamente con las aplicaciones de rayos ultravioletas.

Nos apoyamos en los experimentos alemanes, que demuestran que la célula pulmonar tuberculosa descalcificada es capaz de recalcificarse hasta 15 veces

más que la normal si se le provee del calcio necesario y su metabolismo se pone en condiciones de fijar la sal.

Por lo tanto, dándole al basiloso peritoneal calcio por vía endovenosa (cloruro de calcio) y exitando el metabolismo retardado de sus proteínas, demostrado ya en los tuberculosos, por medio de los rayos ultravioletas debíamos tener un porcentaje mayor de probabilidades para conseguir una mejoría o aún una curación.

En los dos casos cuyas historias relatamos, la calcemia había descendido hasta 0,07 ctgr. por mil en el suero sanguíneo.

No hemos considerado posible una recalcificación por vía gástrica porque el tuberculoso peritoneal no absorbe las sales de calcio por múltiples motivos.

1° Por ser hipertiroides.

2° Porque los trastornos intestinales hacen muy difícil la asimilación de sales calcicas aun solubles y más aun en la dosis que requiere el tratamiento.

3° Porque calculando la dosis utilizable como el 1% de la sal ingerida para que la absorción sea útil, tenemos que dar una dosis tal que aumentaría los trastornos ya existentes.

Creemos, además, que la combinación de la hipercalcemia artificial con la excitación de la actinoterapia local y la biperhemia consecutiva al descenso de la presión arterial que produce ésta, deben ser de verdadero valor como tratamiento de las lesiones bacilares.

La casualidad nos puso frente a dos casos de verdadero interés para probar la acción del tratamiento ya ensayado con éxito frente a casos benignos.

Primer caso.-J. M, S. Consultorio externo. Argentino, 22 años, soltero.

Hace un año comienzan sus trastornos, con constipación, pérdida de peso, pesadez gástrica postprandial, pequeñas temperaturas y pérdida de fuerzas.

Poco a poco y progresivamente, estos síntomas se acentúan, hasta parecer verdaderos ataques de oclusión que sólo ceden a drásti-

cos que dejan luego extenuado a enfermo.

Ha perdido ya 12 kilos de peso; aparecen vómitos y ataques de diarreas.

Estado actual!: Sujeto enflaquecido, vientre dilatado, timpánico en el centro, mate en los flancos. Al tacto se encuentran masas ganglionares palpables en ambas fosas, y tumores fibrocaseosos típicos en todo el abdomen, encontrando dos de mayor tamaño; uno en la región umbilical y otro en la fosa iliaca derecha.

Pulmones y corazón normales.

Cutirreacción, positiva.

Calce-mía, 0.06 ctgr.

Anemia de 3 millones de glóbulos rojos.

Epididimitis de tipo tuberculoso típico con tendencia a la fistulización y una sinovitis fría también bacilosa de las vainas del antebrazo.

Se inició inmediatamente las inyecciones de cloruro de calcio

en solución al 10% por la vía endovenosa, en la dosis de 10 cc.

Al mismo tiempo se comienza el tratamiento de rayos ultravioletas en el abdomen únicamente a 50 cms. del foco, en dosis débilmente eritemizante y progresiva, tres sesiones por semana hasta 25.

A las primeras aplicaciones, el efecto sobre el estado local abdominal y sobre el estado general, se hace sentir con real mejoría.

Sin embargo, los focos sinoviales y epididimarios se reagudizan y rápidamente hacen su fístula.

Se sigue el tratamiento, mejorando notablemente el enfermo.

Desaparecen los vómitos, aumenta el apetito. Sube de peso 7 kilos en 3 meses.

Desaparecen por reabsorción los tumores perifonéales. Desaparecen los trastornos intestinales.

Se le manda a Mar del Plata para seguir con helioterapia.

Visto 18 meses después, mantiene el estado general y el peso, aunque sus digestiones no son completamente normales.

Al examen de su abdomen, se palpa en la fosa ilíaca derecha ganglios grandes y muy duros.

Se comienza nuevamente el tratamiento.

No se ha vuelto a hacer examen de la calcemia, pero consideramos que existe una notable mejoría.

Segundo caso. - C. N., 19 años, argentina, estudiante.

Antecedentes sin importancia.

Hace 4 días, dolor generalizado

a su vientre, vómitos, temperatura, constipación absoluta. A las 48 horas mejoría, pulso 70, temperatura 37°. A los dos días se reagudiza el proceso. 88.8°, pulso 96, dolores intensos en el punto de Mac Burney.

Como no mejora con el tratamiento, ingresa al servicio, donde se opera de urgencia.

Estado actual: Local. Fosa ilíaca derecha. Defensa muscular, empastamiento profundo. Palpación dolorosa, con dolor mayor a la descompresión. Hay desviación del ombligo. Temperatura 37.6 axilar.

A3 examen de sus pulmones se encuentran síntomas de infiltración de ambos vértices. No hay nada más en todo su examen. Pulso, 122.

Los síntomas peritoneales agudos y la evolución de su enfermedad en cinco días nos hacen sostener el diagnóstico de apendicitis aguda pasando por encima de la advertencia que representa sus fenómenos pulmonares.

Operación: Anestesia local.

Incisión de Mac Burney, divulsión muscular, se abre peritoneo encontrando líquido claro, no purulento.

Apéndice posterior infiltrado corto rodeado de membranas de tipo crónico y presentando adherencias laxas de aspecto inflamatorio agudo. Extirpado se encuentra un tubérculo ulcerado que al parecer ha dado los síntomas agudos.

E! ciego y el íleon en su parte

terminal están infiltrados y llenos de tubérculos pequeños blancos, que acreditan su naturaleza bacilar.

El peritoneo parietal permite ver multitud de tubérculos que se extienden hasta donde la herida permite la palpación.

Se cierra la herida según técnica común.

Durante el postoperatorio se inicia un tratamiento de cloruro de calcio endovenoso 10 c.c. de solución al 10%.

Al mismo tiempo se comienza un tratamiento abdominal de rayos ultravioletas con dosis no eritemizante inicial y lentamente progresiva.

Sale de alta a los 30 días con su herida en buenas condiciones y en pleno tratamiento antibacilar.

Vuelta a ver a los 8 meses, en estado general floreciente ha sido tratada por el mismo sistema 2 veces en dicho período. Cada ciclo ha durado 3 meses con 25 aplicaciones.

En la actualidad se trata con sales de oro por su lesión pulmonar.

Otros casos tratados con éxito han sido enfermos muy jóvenes y con lesiones de menor importancia.

Para el tratamiento de nuestros casos, hemos tratado en la mayoría de seguir las indicaciones de Ory, es decir, las dosis débilmente eritemizantes en todos aquellos casos en que la reacción de congestión pasajera de los focos pueda beneficiar sin provocar accidentes agudos de oclusión.

En los casos en que la reacción aguda hiciera temer algún accidente, se ha seguido una técnica más cautelosa y la progresión ha sido más lenta a pesar que debemos creer que los efectos generales y bacteriolíticos fueran menores.

Casi todos los autores están sin embargo de acuerdo en llegar al débil eritema cada dos o tres sesiones.

La pigmentación la hemos considerado de buen pronóstico y hemos tratado de conseguirla al final de cada ciclo.

Una vez conseguida la pigmentación, debe suspenderse el tratamiento, tanto porque supone una **desensibilización** a los rayos, cuanto porque la absorción de los pigmentos cutáneos, según los autores citados, contribuye al tratamiento de las lesiones.

No podríamos opinar sobre la duración del tratamiento por cuanto no creemos que ninguno de nuestros enfermos esté curado, a pesar de 18 meses de tratamiento y creemos que aún debe seguirse en ciclos de S meses, hasta que

su estado ofrezca verdaderas garantías de completa curación.

Hemos asociado al tratamiento seguido en un caso los rayos X, pero sobre sus resultados no podríamos aún abrir juicio sin peligro de hacerlo prematuramente.

Pero en cambio debemos prevenir contra las dosis demasiado largas e intensas, pues desensibilizan rápidamente el organismo y mantienen por largo tiempo la hiposensibilidad a los rayos, con lo que el tratamiento se atrasa o se anula definitivamente.

El calcio combinado a los rayos ultravioletas nos parece de verdadera utilidad y lo recomendamos con calor.

Hormoglando tónico masculino

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos, puede ser restablecida por la administración de los mismos órganos tomados de animales. Un tal órgano es también el testículo que produce además de la esperma, también hormonas (es decir materia que entra en la circulación de la sangre) y asegura por estas no solamente la función sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente sobre las otras glándulas endocrinas (glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza general, el tono normal del nervioso y el curso normal del trabajo muscular.

Pero en la producción de la neurastenia sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de 'otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel

en la función sexual. (Experimentos en perros' de Biedl.) Por la misma causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea., cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo, va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, como se sabe desde las investigaciones de Stiller, es la función sexual debilitada y la impotencia.

Al capítulo más nuevo de la ciencia médica pertenecen los datos que demuestran la influencia de la hipófisis (especialmente del lóbulo anterior) sobre las funciones sexuales. Zondek y Aschheim demostraron que el ovario o testículo de ratas infantiles, desprovistas de su hipófisis, no se desarrolla y que estos animales no llegan nunca a la madurez sexual, el aparato genital de animales adultos hipofisectomizados se achica y las ratas envejecen pronto. Lo mismo se puede observar en el hombre, si la función de la hipófisis está disminuida sea a base anatómica, sea por nerviosidad: la función de los testículos cesa y se puede presentar también atrofia.

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia,

las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un preparado que contenga las materias que ayudan la función de los testículos.

EL HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" contiene las hormonas activas de los órganos mencionados y se puede emplear con **resultado** excelente cuando la causa de la impotencia y de la consiguiente depresión mental es el trastorno de la función endocrina de los testículos, o el curso anormal de las irritaciones nerviosas (por onanía, coitus **interruptus** o **desperdicio** del interés sexual, etc.) o la debilidad constitucional del organismo, astenia, caquexia general, excitabilidad y disminución del metabolismo. El efecto del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" se presenta ya en poco tiempo: las funciones sexuales se vuelven normales, la potencia se restablece, la eyaculación precoz (que es uno de los síntomas más frecuentes de la neurastenia sexual) desaparece; por el componente de timo y cerebro aumenta el torio muscular del corazón y del sistema sanguíneo, la fuerza corporal aumenta mucho, el cansancio, la somnolencia cesa y con la normalidad del metabolismo vuelve el apetito y se regulariza la digestión.

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" en los casos de obesidad de **origen** endógeno y de enagenación mental maniaca-depresiva. Así empleó **Schiff**, médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en casos que a pesar de la recepción dis-

minuida de calorías no presentaron **adelgazamiento**, es decir en los cuales la función alterada del aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 6 a 10 semanas y consistió en la administración de inyecciones y de tabletas. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 % y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de material neteroproteínicas (**Protaven "Richter"**). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De los resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en la psiquiatría da cuenta **Bakody**, profesor de la Universidad de Budapest, que a base de sus experimentos con inyecciones en cientos de enfermos de enagenación mental, observó la aclaración de la cara sin expresión, la normalización de la disposición del ánimo, la cesación de las alucinaciones y la vuelta de la movilidad y del buen humor.

La administración se hace durante largo tiempo, porque la correlación química defectuosa del organismo, que ya subsiste largo tiempo y el estado del equilibrio normal se puede restablecer solamente después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas se administran según posibilidad diariamente una (acaso cada dos días una) por vía intramuscular. La dosis de las tabletas es-1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar las inyecciones y tabletas combinadas.

HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" se pone a la venta en frascos con 25 tabletas y en cajas con 3 a 6 ampollas.

Procedimiento de Narcosis por el Éter rectal

Eduardo Fermeaud publica en la Prensa Médica de París del sábado 21 de noviembre de 1931 con el título que precede un trabajo hecho en el servicio del Profesor Robineau en el Hospital Neeker.

En dicho servicio, salvo rara excepción, toda la neuro-cirujía, la cirujía del cuello y del tórax son practicadas por este procedi-

miento, a exclusión de la cirujía abdominal.

La preparación del enfermo tiene una importancia considerable. El intestino debe estar completamente vacío para la absorción del éter. Para ello la víspera de la operación se da un purgante, en la mañana y en la tarde hacerle un gran lavado intestinal a doble corriente, en fin el día de la intervención otro gran lavado.

Después, una hora antes de la operación, al mismo tiempo que una inyección de morfina, se introduce a dosis fraccionadas, lentamente, el lavado, que es una emulsión de éter en aceite de oliva: la dosis media para un adulto de 60 a 70 Kilos es de 130 grs., cifra que puede aumentar o disminuir según las condiciones hasta 200 gr. No es necesario aplicar toda la dosis, mejor es tantear lo justo. La narcosis producida debe ser superficial de modo que el enfermo tenga un poco de conciencia. Al terminar y antes de extraer la sonda conviene hacer un nuevo lavado para evacuar el éter que pudo haber quedado. El despertar es fácil rápido.

La anestesia obtenida es excelente, siempre bien soportada y no ha provocado hasta ahora en más de 500 casos el menor accidente.

Si encuentra en la estadística de Rabineau 8.99% de mortalidad, de ninguna manera puede achacársele a la anestesia sino a razones de otro orden.

Puede durar varias horas sin inconveniente sin provocar rectitis.

En la estadística se mencionan narcosis perfectas, buenas, incompletas y malas. Las últimas requieren un aumento de la dosis o la aplicación por otra vía de pequeñas cantidades de éter o cloroformo.

Cuáles son las ventajas del método

1°—La posibilidad de operar enfermos que presentan una afección pulmonar crónica o subaguda pues el éter llega a los pulmones conducido por la sangre a la temperatura del cuerpo y no frío como cuando se inhala.

2° —Posibilidad de operar enfermos caquéticos o muy chocados, pues el que produce es nulo o mínimo. La dosis de 130 gr. es suficiente para dos o tres horas de trabajo. Durante la operación algunos enfermos pueden perfectamente platicar y no guardan ningún mal recuerdo de ella.

3° Es una anestesia aceptada por los enfermos con el mayor beneplácito puesto que se ahorran los suplicios de la asfixia y náuseas consiguientes de la inhalación.

- En fin una última ventaja es la de suprimir el anestesista y la mascarilla tan molesta en intervenciones de la cabeza y el cuello.

Qué inconvenientes presenta? Solo uno. El de larga preparación del enfermo pero eso nada importa cuando se trata de intervención de dos o tres horas en que la vida del enfermo corre serios peligros. Seguramente no tiene ningún valor en las intervenciones cortas. Las contraindicaciones se resumen en un estado inflamatorio del intestino o del recto.

La anestesia rectal parece por consiguiente prestar grandes servicios actualmente en cirugía nerviosa y sobre todo torácica.