

Revista Médica de Costa Rica

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMOVI

San José, Costa Rica, Abril de 1944

No. 120

AÑO XI

Dos fracasos de diagnóstico de embarazo extrauterino*

POR EL DR. ESTEBAN A. LOPEZ

I. C., de 36 años, casada, consulta el 24 de noviembre p.pdo por un fuerte dolor en el bajo abdomen y flujo sanguinolento.

Sus podecimientos se le iniciaron bruscamente por un dolor en barra en el bajo abdomen, dos días después de una caída en la que se golpeó ligeramente el vientre. Dicho dolor se acompañó de un flujo escaso sanguinolento que al tercer día fue más abundante y de sangre negra. Su regla se le había atrasado 3 días cuando se inició el proceso. La palpación del abdomen es dolorosa en el hipogastrio y fosas ilíacas pero no hay defensa:

Examen Ginecológico: Hay flujo escaso y ligeramente sanguinolento, de color obscuro; al tacto se aprecia un cuello pequeño y blando, cerrado y rozgado transversalmente. El cuerpo y el fondo del útero no se pueden apreciar bien debido al dolor que despierta el examen, sin embargo, pareciera tocarse hacia adelante y aumentado moderadamente de volumen. El fondo de saco de Douglas se siente abombado y da sensación de tenencia, es sumamente doloroso. Los fondos laterales están en parte ocupados por la misma masa del Douglas y son un poco menos dolorosos.

En presencia de este cuadro clínico me incliné a pensar en el extrauterino y vista que fue la enferma por el Dr. Quirce quien corroboró mis sospechas, ordenamos un recuento globular dejando a la enferma en expectación armada hasta el siguiente día en que viendo continuar el cuadro sin ninguna modificación, y con 7200 glóbulos blancos que descartaban un pio-salpix, nos decidimos a intervenir.

Abierta la cavidad encontramos los anexos sanos, no había extraute

*) Trabajo presentado al "Centro Moreno Cañas" en Junio 1943

rino, abundantes várices de las trompas y una matriz grávida y retroflexionada.

Redunda decir que fue el fondo del útero caído en el Douglas el que tomamos por un hematocele, y antes de hacer más comentarios quiero presentar el reverso de la moneda, que fue un caso visto con los Drs. Vega y Morúa el 23 de diciembre último.

C. A. O., de 20 años, enviada por el Dr. Morúa con la etiqueta de fibroma uterino.

Desde hacía 5 meses venía padeciendo esta enferma de metrorragias quincenales acompañadas de dolor, las cuales le duraban de 8 a 10 días. Anteriormente había sido bien reglada pero sus reglas siempre fueron dolorosas.

La enferma dice que el 4 de diciembre p.pdo. tuvo su regla y que el 11 (7 días después) le vino nuevamente hemorragia que se le que se le prolongó hasta el día de la consulta.

Al examen se encuentra un abdomen flácido con dolor localizado en la fosa ilíaca derecha el cual se irradiaba a la pierna del mismo lado declarando la enferma que muchas veces antes le había sentido. *Examen Ginecológico:* Genitales externos sin particularidades fuera de la presencia de sangre roja sin coágulos. Cuello del útero cónico, grande y sumamente duro con nudosidades.

El cuerpo en ante-flexión moderada se toca aumentado de volumen y particularmente firme. El fondo de saco posterior parece libre y su palpación no es dolorosa lo mismo que la exploración de los fondos laterales que también están libres.

Todo esto nos hablaba en favor de un fibroma de útero. Habiendo interrogado y explorado el mismo día de la intervención el Dr. Vega, concluyó con nosotros en que se trataba de una fibromatosis uterina, agregándose posiblemente una apendicitis crónica, a lo cual nos indujo más un recuento que dió 11000 glóbulos blancos.

Intervenimos con el Dr. Vega, y nuestra sorpresa la dió la presencia de un extrauterino roto con gran derrame hemorrágico en la cavidad, además de un útero fibromatoso y grande y de un apéndice lleno de adherencias, traducción de una apendicitis crónica antigua.

Comentarios

He querido al presentar estos dos casos de error, poner una vez más de manifiesto lo difícil del diagnóstico de embarazo ectópico, que por entrar en el dominio de la cirugía de emergencia, requiere un

diagnóstico pronto y preciso, constituyendo uno de los más delicados de la cirugía de urgencia.

Hay síntomas que son tan constantes, que van adquiriendo en determinadas circunstancias mayor valor, pero que por encontrarse presentes con frecuencia en otras entidades nosológicas, los dejamos pasar sin darles la importancia que se merecen, que uno cualquiera de ellos por separado carece de valor, es la suma de todos lo que nos guía, y me atrevo a decir, que en esta materia a veces el síndrome más claro puede iducir a error, como en el caso de I. C. que acabo de relatar.

Voy a considerar una triada sintomática: hemorragia, dolor, y suspensión de reglas basándome en porcentajes sacados por mí en 82 síndromes de extrauterino que estudié hace 2 años en el Consultorio Ginecológico del Hospital Rosales de San Salvador.

1º Metrorragia. Es uno de los más frecuentes, habiendo obtenido en 82 casos el 89%, es decir que en el 11% solamente faltaron las pérdidas rojas. Esta hemorragia puede revestir diferentes caracteres, ser escasa, apenas ligeras manchas, o de mediana intensidad simulando un período catamenial normal o en muchos casos ser profusa con grandes coágulos como en un aborto vulgar. Puede presentarse roja, pero con mucha mayor frecuencia es de color café oscuro, sepia, como dicen las enfermas "requemada", carácter este último que no es patognomónico, como a menudo se cree pues todo extrauterino no tiene necesariamente sangre negra, ni toda sangre negra es extrauterino.

2º El dolor también es constante, pero antes de analizarlo debemos establecer su diferencia en los casos de extrauterino roto, y en el que la trompa aún está intacta y el huevo mal implantado sigue su crecimiento.

En el hematosalpinx he comprobado el 1% que se presentó sin dolor a pesar de que la trompa estaba estallada desde varios días antes de la intervención. Sin embargo el elemento dolor se sigue considerando como el más constante de los síntomas, desde el dolor cataclínico, en puñalada que dobla y angustia a las enfermedades, hasta los dolores soportables que a veces confunden las enfermas con dismenorreas a las cuales están de antemano habituadas como en el caso de C. A., que acabo de relatar, y que fue una de las causas por las cuales no pensamos en el extrauterino. Por eso no exagero en decir que en toda meno o metrorragia dolorosa debe pensarse en el extrauterino y tratar de descartarlo.

En el extrauterino no roto los dolores son aún más variados, siendo a veces agudos pero en punzada de aguja, como lo expresan algunas enfermas; otras una simple sensación de peso o de distensión de un órgano interno, y en un gran porcentaje (casi en el 50%) antes de la ruptura no hay dolor, puesto que al interrogarles niegan todo dolor o molestia antes del episodio agudo, lo que equivale a decir que mientras la trompa resistió el embarazo, el extrauterino pasó desapercibido.

III: El último de la triada es la *suspensión de reglas* lo cual constaté en el 89% de los casos, desde el retraso de un día hasta varios meses. En 27 extrauterinos comprobé los siguientes días de retraso menstrual; de 1 a 5 días hubo 3 — de 6 a 10 días 7; — de 11 a 15 días 1, de 16 a un mes 2; — de uno a dos meses 8; — de 2 a 3 meses 8. No presentaron ningún retraso 3 enfermas. Es decir que los retrasos más frecuentes son de 6 a 10 días y de 1 a 2 meses.

Con estos tres síntomas procedemos al examen ginecológico el que arroja mucha luz, pero desgraciadamente no siempre es concluyente. El abombamiento del Douglas es constante en los hematoceles, especialmente en los que hay hemorragia interna. En el hematocele enquistado, puede ser un fondo de saco lateral el que se encuentra ocupado. Además, el signo más precioso unido a todo esto, es el dolor exquisito e intolerable del Douglas, los que algunos han dado en llamar "el grito del Douglas".

El fondo del útero es de enorme importancia determinarlo en todo examen ginecológico, y con mucha mayor razón en un síndrome de extrauterino, pues se debe descartar siempre la retrodesviación con incarceration de una matriz grávida o de un fibroma. Es ahí donde estriba un elemento de nuestra equivocación, que debido al dolor que despertaba el tacto no pudimos apreciar con claridad la posición del fondo. Hay un recurso más de clínica, cual es la punción del fondo de Douglas sobre el cual yo insistí en el caso de I. C. lo que nos habría puesto en el camino de descartar el extrauterino, pero desgraciadamente no se pudo llevar a cabo por razones que no es del caso traer aquí.

La punción se puso en boga en El Salvador en el año de 1936 y desde entonces se practica sistemáticamente en todos los casos requeridos y nunca se ha tenido que lamentar ninguna complicación.

En mis observaciones 16 punciones hechas en síndromes de embarazo ectópico, 11 fueron correctas, es decir, correspondieron exac-

tamente al proceso patológico. No es de despreciar este recurso que en las más de las veces constituye la clave de un diagnóstico. Mi objeto antes que todo al presentar estos casos, es despertar entre nosotros el deseo de llevar a la práctica esta investigación que se ha dejado de hacer desde algún tiempo y que a mi modo de ver es conveniente continuarla en todos los casos requeridos.

No quiero terminar sin dedicar unas cuantas líneas al valor de los exámenes complementarios que sería objeto de un análisis más detenido. El recuento globular y las reacciones biológicas del embarazo.

El primero puede en determinadas circunstancias ayudar al diagnóstico pues le leucocitosis moderada con polinucleosis es frecuente en el embarazo extrauterino.

En nuestros dos casos de hoy, recordémoslo, el primero tuvo 7200 leucocitos, elemento que nos hable en contra del extrauterino; y el segundo 11000 que nosotros tomamos como apoyo de la apendicitis crónica, siendo en realidad la traducción del extrauterino, ya que el apéndice con adherencias no pareció inflamado.

Más ayuda un recuento en los casos de duda entre un hematocite y un piosalpinx, lo mismo que las reacciones biológicas del embarazo en determinadas circunstancias constituyen un aporte de gran valor. En resumen y para sacar un provecho práctico de estos dos errores, diré que es de importancia I^o, solicitar el acopio de los colegas que más hayan experimentado, para llevar a cabo más a menudo la punción del Douglas y II^o, recordar la importancia del recuento globular y de las reacciones biológicas del embarazo en el esclarecimiento de un diagnóstico de extrauterino.

Actualidades

Bronquiectasia sin incapacidad

L. C. Martín, F. R. Herridge. Lancet, p. 327 - 330. Setiembre 1942.

Hasta hace muy poco tiempo el término de bronquiectasia denotaba generalmente un enfermo con dedos en palillo de tambor, tos persistente con copiosa expectoración pútrida, terminando en muerte por toxemia o absceso cerebral.

Los presentes autores, que son ambos ayudantes de investigación del Departamento de Medicina de la Universidad de Cambridge, han investigado 25 casos de bronquiectasia en soldados de aspecto saludable y poca incapacidad. Todos los casos fueron confirmados por broncografía (la técnica se describe en detalle en el trabajo original). Esta afección menos grave ha sido denominada "bronquiectasia simple" por Roles & Todd (1933) y ha sido descrita por Kerley (1934).

Las edades de los pacientes variaron entre los 19 y los 52 años, y 21 de ellos se hallaban entre las edades de 19 y 29 años.

El síntoma de presentación fué tos intermitente con expectoración en 24 casos. La duración de la tos varió desde unas cuantas semanas a muchos años. El esputo fué generalmente purulento pero nunca copioso o maloliente. En 7 casos había habido ligeras hemoptisis. Sólo 4 casos perdieron peso y ninguno tuvo sudoración nocturna grave.

En 13 casos hubo una historia de pulmonía previa, principalmente en la infancia; 8 casos dieron una historia de pleuresía y 17 habían tenido ataques aislados o repetidos de bronquitis, especialmente en el invierno. Los autores consideran los primeros ataques de neumonía como los factores probables de iniciación en la producción de bronquiectasia, debido a reexpansión incompleta del pulmón o lóbulo afectados, dando lugar a dilatación bronquial.

Ninguno de los casos fué toxémico o malnutrido. Sólo uno ellos tenía acusados dedos en palillo de tambor, y cinco ligeramente en dicha forma. Los signos físicos más corrientes en los pulmones afectados fueron percusión anormal, mala entrada de aire, y estertores persistentes.

En 20 de los 25 casos de diagnóstico bronquiectasia del examen corriente de la placa de Rayos-X, pero en todos los casos se confirmó por broncografía utilizando Neohydriol (May & Baker Ltd.) un aceite yodado que contiene 40% de yodo.

Aunque la Bronquiectasia puede ser diagnosticada frecuentemente por placa corriente de Rayos-X, los autores consideran esencial la broncografía para demostrar el grado de la enfermedad y comprobar la presencia o ausencia de bronquiectasia en los casos dudosos. En el examen corriente de Rayos X, la bronquiectasia sacular es casi invariablemente evidente. En el tipo cilíndrico de bronquiectasia, los aspectos sugestivos son el colapso total o parcial de un lóbulo, enfisema basal periférico y exageración o aglomeración de marcas bronquiales. Sin embargo, estas últimas alteraciones son de naturaleza secundaria, y no son por tanto patognomónicas de bronquiectasia.

Los autores subrayan que la estrecha cooperación del médico y el radiólogo es esencial en la selección de casos para la broncografía.

En 7 de 17 casos de bronquiectasia sometidos a investigación radiológica de los senos, se observaron indicios de infección de los senos nasales, y esta asociación ha sido comúnmente mencionada por otros autores.

En la presente serie de 25 casos la bronquiectasia fué bilateral en muchos y sacular en 9, y sin embargo los pacientes habían padecido poca invalidez en la vida civil y probablemente no hubieran jamás ingresado en el hospital en tiempos de paz. Las condiciones de mayor exigencia en la vida militar pueden haber determinado los síntomas. Los autores consideran que la bronquiectasia en la mayor parte de los casos provenía de enfermedades torácicas de la infancia, y sin embargo los hombres se encontraban bien al cabo de 20 años para ser aceptados en el servicio militar. Esto no concuerda con el pronóstico pesimista ortodoxo para los pacientes con bronquiectasia, basado en la impresión producida por casos avanzados que se encuentran de ordinario en los hospitales. Sólo el tiempo demostrará si estos casos, en la actualidad no inválidos, progresarán hacia la fase fétida avanzada, pero los autores creen que el diagnóstico precoz demostrará que la duración de vida probable en pacientes con bronquiectasia no es tan corta como se ha venido suponiendo en el pasado.

Referencias: Kerley, P. (1934), *Brit. J. Radiol.*, 7, 531
Role: F. C. & Todd, G. S. (1933), *Brit. med. J.*, 2, 693.

Tumores Intracardíacos

J. L. Hamilton-Paterson & L. L. M. Cùstleden, Brit. Heart J., p. 103-114

Los autores comunican tres casos de tumor intracardíaco y sugieren una clasificación de tumores del corazón. En cada uno de los casos, los signos y síntomas clínicos sugirieron la presencia de otra lesión y el tumor no fué descubierto hasta la autopsia.

El primer caso fué el de una mujer de 45 años de edad, con un sarcoma de células redondeadas y fusiformes en la aurícula derecha, que presentó en vida los signos y síntomas de la enfermedad de Ayerza.

El segundo caso fué el de un hombre de 46 años, con un pseudomixoma de la aurícula izquierda que se proyectaba a través de la válvula mitral. El diagnóstico en vida fué estenosis mitral.

El tercer caso, un hombre de 25 años, con un tumor solamente en el sentido de que había una inflamación intracardíaca, tenía un aneurisma micótico en el séptum interventricular que se proyectaba en el ventrículo derecho obstruyendo la válvula pulmonar. La válvula aórtica era la sede de una endocarditis bacteriana. En vida del enfermo se había hecho un diagnóstico de estenosis pulmonar y carditis reumática.

Los autores discuten el diagnóstico clínico del tumor intracardíaco. La presencia de un tumor en las paredes de las cavidades del corazón puede simular todo género de enfermedades cardíacas y los criterios diagnósticos que puedan formularse deben apoyarse en la suma multiplicidad de los signos. Estos pueden ser tales que siguieran dos lesiones separadas que no es probable que se presenten juntas y la presencia, aunque sólo sea de un signo muy anómalo, pudiera quizás conducir a la inclusión de "tumor" en el diagnóstico diferencial.

Los autores manifiestan que hasta el presente no se han aportado pruebas que demuestren que el pseudomixoma de corazón es un auténtico neoplasma. De sus propios casos y de otros descritos en la literatura, los autores sugieren que los aspectos histológicos variables hallados pueden verse cuando un coágulo de sangre, durante el proceso de organización, es invadido por células jóvenes de tejido conjuntivo.

De un examen de los casos comunicados se sugiere la siguiente clasificación para los tumores de corazón:

- (1) Pseudo mixomas (trombos en organización), que constituyen el 50% de todos los tumores.
- (2) Verdaderos sarcomas, que forman el 25% de los casos.
- (3) Rabdomiomas congénitos, que constituyen el otro 25% de los casos.

Una experiencia de un año de Insulina intravenosa

en el tratamiento de la Equizofrenia mediante

Shock Hipoglucénico

R. A. Sandison, J. S. Cebregar, J. Ment. Sci., p. 387. Julio 1942.

Los autores han llevado a cabo un extenso estudio clínico y bioquímico sobre cierto número de aspectos de la insulino-terapia por vía intra-venosa. El estudio se realizó a lo largo de un año de tratamiento y los resultados confirmaron que el uso de la vía intravenosa produce un ahorro de insulina que se elevó a 28.3 por ciento en la presente serie. Se adelantan las razones para la necesidad de una dosis menor.

Las ventajas del método son que la insulina intravenosa asegura un rápido restablecimiento del coma y obvia los peligros de un restablecimiento retrasado con shock tardío. La ingestión de hidratos de carbono puede disminuirse, dando lugar a un menor aumento de peso y a una mejoría en la salud de los pacientes en comparación con el tratamiento con insulina intramuscular.

Los autores estudiaron la conducta del azúcar en sangre después de administrar insulina intramuscular e intravenosamente respectivamente, durante la hipoglucemia, inmediatamente después de la terminación, y durante el resto del día. Estos estudios demostraron que la hipoglucemia se presenta antes y es más profunda después de la insulina intravenosa, y que el restablecimiento después de la terminación es más rápido.

Un estudio de la glucosa en el líquido céfalo-raquídeo demostró poca diferencia entre el método intravenoso y el intramuscular. Los autores creen que el descenso de contenido de glucosa en el L. C. R. es más bien una coincidencia con el coma que la causa de él.

Algunas observaciones se hicieron asimismo sobre el empleo combinado de terapéutica convulsivante eléctrica e insulina intravenosa, sobre el empleo combinado de insulina intramuscular e in-

travenosa y sobre la insulina protamina zinc administrada intravenosamente.

Se expresa la opinión de que las alteraciones en la tolerancia a la glucosa dependen en gran parte de la duración de la enfermedad, y que en casos de larga duración se producen pocos cambios durante el tratamiento. Esto se halla también de acuerdo con la opinión del autor de que en estos casos las funciones autónomas reciben poco estímulo de un prolongado tratamiento con insulina.

El modo de acción de la insulina en relación con las funciones autónomas se discute en el trabajo. Se expresa la opinión de que en la esquizofrenia existe depresión de los centros reguladores autónomos, y que la insulina produce una remisión estimulando estos centros. Los estudios del jugo gástrico durante el tratamiento revelan que la insulina intravenosa es un estimulante autónomo más poderoso que la insulina intramuscular. Los autores concluyen que los resultados del tratamiento mediante insulina intravenosa pueden demostrar ser aún más favorables que los producidos con la insulina intramuscular.

Estomatitis Ulcero-Membranosa

T. C. Henry, Brit. Med J., p. 273-276, Setiembre 1942.

El autor describe 3 casos de una estomatitis ulcerativa atípica que a primera vista guarda estrecho parecido con una infección por el bacilo fusiforme de Vincent de un tipo agudo y extendido. Clínicamente este parecido fué solamente superficial, porque en todos los casos hubo conjuntivitis purulenta, *foetor oris* no fué nunca marcado, y dos casos presentaron lesiones cutáneas. La toxemia con prostración fué considerable en los tres casos que presentaron en común una falta de respuesta a la sulfanilamida, pero una marcada mejoría después de la transfusión de sangre. Los hallazgos bacteriológicos confirmaron que las lesiones no eran debidas al organismo de Vincent.

Las lesiones orales pudieran describirse como de carácter úlcero-membranoso en todos los casos, y con una sola excepción no se encontraron vesículas en la boca. Además, la estomatitis apareció varios días antes que la lesión cutánea. Estos dos hechos parecen indicar que, cualquiera que sea la naturaleza de la estomatitis, no fué una manifestación de pénfigo u otra afección dermatológica primaria.

El principal organismo aislado en cultivo procedente de las lesiones orales fué un estreptococo. En los casos I y II fué hemolítico a menudo en cultivo casi puro, y en el Caso III de tipo no hemolítico. Por desgracia no se emprendió una investigación patológica detallada, por no disponer de facilidades. Sin embargo el aislamiento permanente de tales organismos en cultivos, junto con la ausencia de otros organismos significativos, tiene interés.

Es sabido que las manifestaciones tóxicas con temperatura elevada, erupciones cutáneas toxémicas, conjuntivitis purulenta, y síndromes de naturaleza semejante, pueden presentarse a consecuencia de infección estreptocócica localizada, y aunque no se sugiere que en los primeros dos casos el estreptococo hemolítico fuese el único agente causante, el autor cree que su presencia tiene gran influencia sobre el curso clínico de la enfermedad. En el Caso III el estreptococo hallado fué de una variedad no hemolítica, y es digno de notar que en este caso no aparecieron lesiones cutáneas y las manifestaciones tóxicas fueron menos marcadas.

De la administración de sulfonamidas se obtuvo escasa respuesta, pero se ven con frecuencia casos de infección estreptocócica en los cuales no se ha conseguido beneficio apreciable con este grupo de drogas y, como ha quedado recientemente demostrado, existen cepas de estreptococo hemolítico completamente resistentes a dichos medicamentos. Francis (1942) describe varios casos de infección de heridas por un Grupo A Tipo 12 de estreptococos, resistentes a las sulfonamidas, pudiendo demostrarse in vitro la falta de inhibición del crecimiento. Sin embargo, esta resistencia no es una característica-tipo específica y parece probable que otros tipos puedan, en condiciones apropiadas, producir cepas resistentes a la sulfonamida.

Aunque el autor se da cuenta de que en estos tres casos no hay pruebas suficientes para justificar la conclusión de que el estreptococo fuera el organismo específico causante — en efecto, puede hallarse implicado un virus — sugiere que su presencia influyó sobre el cuadro clínico en grado notable. El autor considera que esta estomatitis ulcerativa aguda, con su síndrome tóxico concomitante, constituye una entidad clínica bien refinada.

Referencias Francis, A. E., (1942), Lancet, 1, 408.

(Véase asimismo resumen BMIS N° 706.)

Erupciones por luz solar y SulfonamidaUn estudio clínico de 27 casos

R. G. Park, W. M. Platts, Brit. Med. J., p. 308-309, Setiembre 1942.

El constante sol en el Oriente Medio y la presencia de casos militares ambulantes de enfermedades venéreas sujetos a quimioterapia, ofrece oportunidades poco corrientes para el estudio de la foto-dermatitis producida por sulfonamida que fué observada por primera vez por Newman & Sharlit (1937).

Los autores del presente trabajo son ambos oficiales médicos que prestan servicio en el Cuerpo Médico Neo-Zelandés, y describen 27 casos de erupción por sulfonamida sensible a la luz, 21 debidos a sulfanilamida y 6 a sulfapiridina. Estos casos representan 3.4% del total de casos tratados con estos medicamentos bajo condiciones que entrañan considerable exposición a la luz solar fuerte y sostenida. Alrededor de la mitad de los casos se produjeron durante Julio y Agosto.

La fotosensibilización de la piel se presentó del octavo al décimo días de la administración. Dos casos se vió que eran fotosensibles 2 días después de suspender la quimioterapia. Por tanto parece ser que los pacientes a quienes se administra sulfonamidas durante más de 6 días son posibles víctimas de erupciones producidas por el sol.

En muchos casos la presencia de melanina pareció servir de protección contra tales erupciones. Tres observaciones vienen en apoyo de dicha opinión: (1) alrededor de una tercera parte de los casos fueron sujetos susceptibles a la quemadura solar; (2) las partes bronceadas del cuerpo tendieron a ser menos afectadas que las otras; (3) nunca se han visto erupciones en los Maoris, que comprenden alrededor de 100 de los 800 casos tratados durante los 12 meses.

Las partes fueron afectadas en el siguiente orden de gravedad: (a) partes expuestas al sol durante la quimioterapia; (b) partes expuestas en el pasado; (c) puntos de presión, tales como los trocánteros mayores; (d) las partes menos afectadas fueron aquellas que siempre están cubiertas, tales como la zona cubierta por el bañador.

Las lesiones más comunes fueron pápulas eritematosas en un dibujo morbiliforme o roseoliforme que llega a confluir. La picazón varió, (grave en 5 casos, moderada en 7, ligera en 9 y ausent.

en 6). Las lesiones menos comunes fueron edema, urticaria, vesicación, pustulación y descamación.

La fiebre del medicamento y otros efectos tóxicos fueron acompañamientos corrientes (12 casos).

La mayor parte de las erupciones desaparecieron en el espacio de 2 a 4 días.

Referencia: Newman, B. A. & Sharlit, H. (1937) J. Amer med Ass. 109, 1036.

Distinguida consultante informa sobre el adelanto del programa de nutrición en las Repúblicas Americanas

La señorita Margorie M. Heseltine, consultante en asuntos de bromatología de la Oficina del Niño, en un artículo que acaba de aparecer en el último número de la revista "The Child", escribe sobre los significativos adelantos que en 1943 se hicieron en muchas de las repúblicas americanas en lo relativo a los problemas de nutrición.

La señorita Heseltine, se encargó de hacer un estudio de los problemas y planes de nutrición que se presentan en las otras repúblicas americanas, correspondiendo a la solicitud que le hiciera el Octavo Congreso Panamericano del Niño, a fin de que hiciera un estudio inmediato sobre la nutrición como "asunto de consideración primordial para el bienestar de los niños de toda América".

Como asesora técnica del comité de nutrición del Instituto Internacional Americano de Protección de la Infancia, concentró su trabajo en Montevideo, que es la sede de este Instituto. También hizo viaje a Argentina, pues en Buenos Aires se encuentra el Instituto Nacional de Nutrición; y luego se dirigió al Paraguay y al Perú, respondiendo a la invitación que le extendieran los ministerios de salubridad de estos dos países.

Dice la señorita Heseltine, que el Brasil ha hecho de sus investigaciones sobre alimentos, una de las piedras angulares de su programa de nutrición nacional, y que es una de varias repúblicas objeto de la ayuda tanto técnica como financiera de los Estados Unidos en lo que se refiere al estudio de los alimentos básicos y a la mejoría de la producción de víveres.

Debido al infortunio de una larga sequía, el Uruguay tuvo que dictar disposiciones urgentes, así como también lo hizo el Perú, que sufrió un descalabro parcial en su cosecha de arroz, a fin de garantizar alimentos a las familias de pocos medios de fortuna.

Hace notar la señorita Heseltine, que los planes hechos para la alimentación del pueblo, en varias formas, constituyen uno de los

puntos salientes de los programas de nutrición preparados en muchas de las repúblicas americanas.

Hace referencia a la lista del día del "Restaurante del Pueblo", de Lima, capital del Perú, en donde los obreros y sus familias pueden consumir comidas de tres platillos, compuestos generalmente de sopa, carne y verduras, pan y café, por cinco centavos, o de los platillos, con pan y café, por tres centavos.

En los comedores populares de México sirve exclusivamente a familias, pero en los restaurantes del gobierno de algunos otros países hay comedores separados para hombres, mujeres y niños.

En varias repúblicas se han establecido comedores para señoras en cinta y madres con niños de pecho, sostenidos por los gobiernos y por diversas sociedades filantrópicas.

En Asunción, la escuela de párvulos denominada "Kindergarten de las Américas" (por haber sido fundada por los ciudadanos de los Estados Unidos residente en el Paraguay como una muestra de buena vecindad), la comida que se sirve a los alumnos al medio día, completa los alimentos que se dan en sus casas a los niños por la mañana y la noche.

Manifiesta la misma señorita, que hay comedores escolares, abiertos en todas las grandes ciudades, cuando menos, en la mayor parte de las repúblicas americanas. En algunos de ellos, se suministran únicamente, y gratis, comidas a los niños de familias de escasos recursos pecuniarios, y en otros se sirven comidas a pequenísimos costo. En las fértiles zonas agrícolas se han abierto huertos escolares, haciéndose así más fácil el suministro de comidas de gran valor nutritivo a moderado costo. En unas de las provincias de la República Argentina, ha sido obligatorio desde 1850, el cultivo de dichos huertos.

La gota de leche, para los chiquitos, "ha sido prácticamente reconocida universalmente como parte esencial de todo centro de higiene infantil".

Anota la señorita Heseltine, que los dirigentes de la campaña pro sanidad pública, han reconocido que por parte esencial de todo programa general de alimentación la instrucción sobre mejores hábitos alimenticios y el empleo de todos los recursos asequibles, citando las siguientes palabras del director de una escuela normal colombiana.

"Debemos hacer de los refectorios escolares, verdaderos centros

educacionales, en los que coman los niños los alimentos que, de acuerdo con los preceptos de la ciencia, deben comer, y no aquellos que acostumbren a comer en sus casas. Unicamente así podremos formar el hábito de comer correctamente. Los buenos hábitos se adquieren solamente con su práctica, y no por oír hablar de ellos."

En muchas ciudades, entre las que se cuentan Lima, Buenos Aires y Montevideo, se dan clases especiales a las madres de familia, sobre la preparación y selección de alimentos. Forman parte del programa, en toda la América, planes para la mejoría en el régimen alimenticio, no solamente en el presente, sino que también con la vista puesta en el futuro lejano. Son cuando menos trece los gobiernos que han fundado organismos oficiales encargados de la nutrición, y en varios países se preparan en la actualidad cuerpos de especialistas en tan importante ramo.

Menciona también la señorita, las becas concedidas con carácter internacional para concurrir a los cursos del Instituto Nacional de Nutrición, en la Argentina, y de varias instituciones docentes de los Estados Unidos, en los que pueden hacerse estudios adelantados relacionados con la nutrición.

Es tan rápido el progreso del trabajo y los estudios sobre nutrición, hecho en las repúblicas americanas, que creé posible la señorita Heseltine, que los últimos acontecimientos relacionados con el mismo, no hayan podido incluirse en su informe.

(Cortesía del Coordination Committee for Costa Rica).
