Año XII

NUMERO 137

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CAÑAS"

Director:
DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción
Dr. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

Dr. SOLON NUÑEZ
Secretario de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social.

Dr. ANTONIO FACIO U.
Presidente de la Facultad de Medicina

Dr. A. PEÑA CHAVARRIA
Director del Hospital San Juan de Dios.

Sumario:

Pág.

I.—La anestesia intravenosa en la Obstetricia y Ginecologia, por el **Dr. Julio A. Lavergne**.. 503

II.—Efectos indeseables producidos por la terapéutica del Shock, por el **Dr. Nilo Villalobos**.. 509

III.—Reglamento sobre inscripción, venta y propaganda de especialidades farmacéuticas, productos de tocador y alimentos adicionales con sustancias medicinales..... 519

IV.—The Papworth Families..... 526

SAN JOSE, COSTA RICA
SETIEMBRE DE 1945

DIRECCION Y ADMINISTRACION
Calle 2ª entre avenidas 2ª y 4ª
Apartado 978 - Teléfono 2920

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

Tomo VI	San José, Costa Rica, Setiembre de 1945 No. 137	Año XII

La anestesia intravenosa en la Obstetricia y Ginecología (*)

Por el Dr. JULIO A. LAVERGNE

Comenzamos este trabajo convencidos que la introducción de la anestesia intravenosa en el campo de la Cirugía, representa junto con la aparición del plasma seco de la sangre, las sufonamidas y la penicilina, uno de los avances más notables de la ciencia médica durante los últimos diez años.

Es cierto que los trabajos con la anestesia intravenosa comenzaron a principios de este siglo, pero su aplicación clínica y el primer empuje a su generalización puede referirse directamente a Lundy y Tond de la Clínica Mayo, quienes en 1934 introdujeron el pentotal sódico (sal—mono básica sodio etil— *i*— metil—butil—ácido tio—barbitúrico). Ello no fue sino la culminación de una serie de atentados para conseguir una substancia química satisfactoria que, introducida directamente en el sistema circulatorio produjera anestesia, sin necesidad de usar otro órgano intermediario, como es el caso de los pulmones para los anestésicos inhalantes y el recto para la avertina.

Las etapas más importantes en esta evolución fueron:

1º.— El Hedonal (metil—propil—carbino—uretano) usado por los rusos Fedoroff y Jeremitsch en 1911.

2º.— El Somnifene (mezcla de dietil y alil isopropil ácido barbiturico) introducido en Francia en 1920, el primer barbiturico que dió resultados aceptables, pero casi desconocido en las Américas.

3º.— El Pernoston (butil—beta—bromo—alil—ácido barbitúrico) usado en Alemania por Bumm en 1927.

4º.—El Evipan soluble (sodio—n—metil—ciclo—hexenil metil—acido—barbiturico) usado por Weese y Scharpff en 1932.

(*) Trabajo presentado al Congreso Médico Nacional, Julio 19455.

La acción de los anestésicos intravenosos es directa sobre el hipotalamo, en contraste con la de los inhalantes que es sobre la corteza del cerebro. Por eso los primeros producen anestesia suave, progresiva, en forma de sueño natural ó de embriaguez, tan atractiva al paciente, en contraste con la sofocación y excitación características a los anestésicos inhalantes. Debemos aceptar que la introducción directa en la corriente sanguínea significa peligro en su manejo, pues, en la sobredosis el anestésico no se puede retirar, pero si es administrado por una persona adiestrada y conocedora de su acción, ese peligro es mínimo o igual que para los otros anestésicos. Cuando por alguna razón la sobredosis ocurre o cuando se presenta la cianosis administramos el oxígeno pero también recomendamos estimulantes respiratorios, tales como coramina (1.5-3cc), cafeína (7 ½ granos,) metrazol (2 cc.) (penta—mentilentes—retrazol.

Como medida pre-operatoria recomendamos un barbiturico en la noche, que se puede repetir por lo menos dos horas antes de la operación y al llamar al paciente ordenamos morfina y atropina. Para la administración del anestésico utilizamos una jeringa de 50cc. conectada a un tubo de caucho de 30 centímetros de largo que lleva en su extremidad una aguja B. D. corta de calibre 20 ó 23 según sea el tamaño de la vena utilizable, y que puede colocarse en el aparato Rudder para mayor comidad y eficiencia. Cuando adicionamos una venoclisis por medio de un adaptador T., el tubo que lleva el anestésico debe ser corto. Por regla general inyectamos éste en una vena del brazo cuando el paciente está ya preparado y vestido para la operación.

Durante el período 1935-1942, utilizamos esta anestesia solamente para 23.8% de los casos quirúrgicos, pero aumentó a 35.5% durante 1943, a 59.4% durante 1944 y a 68.3% durante 1945, lo cual podemos observar en el cuadro Nº 1. Analizando el cuadro Nº 2, observamos que durante el primer período de 1935 á 1942 los casos ginecológicos representaron 37.4% del total, y que aumentaron a 42.2% en 1943, a 54.4% en 1944 y a 67.1% durante 1945. Debemos mencionar que en 83 casos de la primera serie (1935-1942) utilizamos anestésicos adicionales tales como éter y novocaína porque no nos atrevíamos a usar entonces más de 0.5 gramos de droga. Poco después comenzamos a utilizar la solución al 2% y desde entonces hemos inyectado 1.5 gramos con mucha frecuencia y 2.0-2.5 gramos ocasionalmente sin ningún efecto nocivo. El uso de la morfina por la vía

intravenosa se recomienda cuando el paciente no responde rápidamente al anestésico, pero nosotros no hemos necesitado su administración excepto por la vía subcutánea como medida pre-operatoria.

Nuestra serie fué comenzada con "Evipan" que usamos para 91 casos pero desde 1939, hemos preferido el "Pentotal Sódico". En 1944 tuvimos que usar "Dórico" para 37 casos debido a falta de pentotal.

Como complemento debemos mencionar que este informe incluye 28 Cesáreas abdominales practicadas durante los últimos seis meses.

Dicusión

Los anestésicos intravenosos se recomiendan generalmente para la cirugía menor o para los casos quirúrgicos de corta duración pero estimo que debemos ser más específicos al referirnos a sus indicaciones ya que estos términos significan comunmente la incisión y drenaje de un absceso, el raspado de la matriz, la reducción de una dislocación o una fractura. En la Clínica Herrick y el Hospital de Panamá, hemos usado con muy buenos resultados y continuamos usando los anestésicos intravenosos para intervenciones quirúrgicos mayores tales como apendicectomías, operaciones pélvicas de tipo ginecológico y últimamente, desde Noviembre de 1944, para Cesáreas abdominales.

El uso de esta anestesia en nuestra Clínica data del 6 de Junio de 1935, pero no fué hasta el 2 de Marzo de 1941 cuando leímos nuestro primer informe ante la Asociación Médica Nacional de Panamá. Hasta el 6 de Junio de 1945, ó sea durante diez años consecutivos le habíamos usado para 4523 operaciones de tipos diferentes, repartidos en casi todas las ramas de la cirugía, sin tener que lamentar accidentes desagradables ni atribuirle directamente ninguna fatalidad.

Nuestra serie demuestra el aumento progresivo de los casos ginecológicos y la introducción del pentotal como anestesia para la Cesárea Abdominal, en la cual seguimos igual técnica que en las demás operaciones con excepción de la inyección de morfina que no usamos sino hasta después de la extracción del baby.

La tendencia moderna es la combinación del pentotal con otros anestésicos, ya sea preliminar al éter como en la cirugía del bocio o complemmentario como en los casos de cirugía gástrica o colónica, si se administra después de comenzada una raquídea fraccional. Sin embargo, nosotros sólo utilizamos oxígeno, especialmente si se presenta la

cianosis y obtenemos suficiente relajamiento muscular porque inyectamos suficiente pentotal.

Así pues los informes indican que la inyección del Pentotal para la Cesárea Abdominal se debe comenzar cuando el útero va a seccionarse, pues, las determinaciones químicas (Hellman) demuestran que el pentotal pasa la barrera placentaria y que a los 10 minutos la concentración en la sangre fetal es igual a la materna.

Nosotros no hemos utilizado la anestesia local recomendada por Lundy y otros antes de seccionar el útero, sino que, esperamos tener preparado el paciente para comenzar la anestesia y operamos rápidamente para extraer el baby antes de los 10 minutos reglamentarios.

Caraway, comenzó a usar esta droga en 1938 y acaba de reportar en Abril 1945, una serie de 10.470 casos quirúrgicos practicados en el Georgia Baptiste Hospital de Atlanta, Ga., en la cual la edad del paciente más joven es 20 meses, la del más viejo, 96 años y la dosis máxima usada es 5.5 gramos.

En esa serie, los casos de cirugía general son tres veces más numerosos que los ginecológicos, debido probablemente a que el anestésico fué introducido en esa institución por los cirujanos generales. Entre ellos se encontraba mi amigo el Teniente Coronel F. F. Rudder, actualmente al servicio del Hospital Gorgas de la Zona del Canal, quién me ha facilitado su aparato original para sostener la jeringa, una película que ilustra su manipulación, y además algunas placas de sus casos personales, que sin duda respaldan las experiencias expuestas en este trabajo.

Al referirnos al uso de la droga para partos normales, mencionaremos la experiencia de Eastman y Hellman, pues nosotros hemos considerado siempre que la actuación característica de la mujer durante la labor hace difícil el uso de los anestésicos intravenosos y por lo tanto no les hemos utilizado excepto para reparar laceraciones. En un informe sobre 1415 partos atendidos entre Septiembre 1940 y Marzo 1944, estos investigadores consideran que el Pentotal no es el anestésico satisfactorio para el parto normal. La serie comprende 777 forceps bajos, 114 cesáreas, 51 extracciones de pie, 15 versiones con extracciones 3 craniotomías y 3 forceps medios. Los autores consideran que el anestésico no produce suficiente relajamiento uterino para versiones, excepto cuando se busca el segundo gemelo.

Otro de los usos del Pentotal en Obstetricia es su administración rectal con fines amnésios o analgésicos, pero nosotros no podemos o-

frecer experiencia personal. Weinstein recomienda de 0.5 á 0.75 gramos por cada 50 libras de peso; Dodek y Katzman en una serie de 154 casos utilizaron 0.5 gramos por cada 50 libras de peso, diluído en 20 centímetros de agua y reportan dilatación rápida del cuello uterino sin complicaciones locales ni efectos tóxicos sobre el baby.

Conclusiones

1.— Hemos presentado una serie de 4523 casos operados, con anestesia intravenosa durante los últimos diez años en la Clínica Herrick y Hospital de Panamá.

2.— Durante los primeros seis meses de este año 68 % de los casos operados recibieron Pentotal Sódico y 67% de ellos fueron casos obstétricos ginecológicos.

3.— El Pentotal intravenoso no es anestésico satisfactorio para el parto normal.

4.—El Pentotal Sódico produce anestesia satisfactoria para la Cesárea Abdominal.

5.— El aparato de Rudder facilita la administración de los anestésicos intravenosos.

Referencias

1.—Lundy, J. S. Intravenous Anesthesia — Preliminary Report of the Use of two new thiebarbiturates. Proc. Staff Meet. Mayo Clinic 10:536 — August 21, 1935.

2.— Archivos de la sala de operaciones del Hospital de Panamá (1935-1945).

3.—Wenstein, M. L. and Light G. A. — Basal anesthesia with Pentothal Sodium, Anesthesia. and Anelg. 22:68 March, April — 1943.

4.—Dodek, S. M. and Katzman, S. — Pentothal Sodium as a rectal analgesic during labor Med. Annals of the Dist. of Columbia. 13:325 — Sept. 1944.

5.—Hellman L. M. Shehles. L. B., Marahan C. P. and Eastman. N. I. Sodium Pentothal in Obstetric — Amer. J. Obst. & Gyn. — 48: 851, Dec. 1944.

6.— Caraway, Billie — Amer. Assoc. of Metse Anesthetists Bulletin — Feb. 1945.

7.—Rudder, Lt. Col. F. F., The Military Surgeon, Vol. 93, Nº 5, Nov. 1943.

8.— Schlaepfer, Karl Pentothal Sodium Anesthesia in Major Surgery and its danger. — Journal International College Surgeons, March — Abril 1945. Vol VIII Nº. 2.

Efectos indeseables producidos por la terapéutica de Shock

Por el Dr. NILO VILLALOBOS

En los últimos tiempos hemos notado varios casos de ataques epiléptiformes en pacientes que han recibido tratamiento de shocks por Insulina, Cardiazol y eléctricos. En la literatura consultada no se encuentra referencia a este hecho, motivo por el cual se hace este informe.

Caso Nº 2508. A. Ch. Ingresó en 1933, mujer de 17 años de edad. Dice la nota de ingreso: "Desde hace unos 9 días comenzó a salir mucho de su casa y a hacer gestos absurdos después de un disgusto con un chiquillo que la insultó. Llora mucho y rehusa tomar alimentos.

Noviembre 21, 1933.— Wass. de la sangre: negativa. L. C. R. Wass. negativo. Albúmina 0.30. Leucocitos 687, por c. c.

Diciembre 1933.— "En plena excitación psicomotriz hablando en forma incoherente y sin admitir ropa".

Marzo 1934.— Sale notablemente mejorada.

Segundo ingreso Abril 15, 1945.— Duró 9 años bien en su casa. La trae su mamá "porque desde ayer empezó a hacer pequeños daños, no durmió, sólo tomó líquidos. Habla disparates y tiene alucinaciones auditivas y visuales."

Mayo 20, 1943.— Sale notablemente mejorada.

Junio 1943.— "La trae su esposo porque desde hace cuatro días no duerme, habla y canta constantemente, pasando un tema a otro. Dice ver a sus parientes muertos. Está bien orientada en lugar, con verborrea en tono patético haciendo cuartetos, fuga de ideas".

Junio 12, 1943.—Después de cuatro shocks inducidos con Cardiazol, *se le da la salida notablemente mejorada.*

Julio 30, 1943.— Ingresa de nuevo. "Desde que salió no duerme. Habla mucho de noche". *Entra con verborrea, responde rápidamente.* Ha tenido alucinaciones visuales y auditivas.

Agosto 14, 1943.— *Se inicia tratamientos con electroshocks.* Estos electroshocks se han seguido repitiendo por cortos períodos, pues después de pocos de éstos mejoraba notoriamente, para volver a estar mal al poco tiempo después.

Junio 12, 1945.— Desde hace como 3 meses empezó a tener a-

Trabajo presentado al Congreso Médico Nacional, Julio 1945.

taques epileptiformes, los que se presentan por períodos, ocurriendo especialmente durante el sueño. Sólo se ha presentado uno durante el día.

Comentario

Como se puede apreciar de los datos trascritos, éste era un caso bastante típico de psicosis maniaco depresiva, forma maniacal, que después de los shocks, eléctricos, ha empezado a tener ataques convulsivos de carácter epiléptico.

CASO Nº 4252.— F. F. Admitida el 24 de Noviembre 1943. Mujer de 21 años de edad. Soltera.

Nota de admisión dice: "Hace 4 días llegó del trabajo a su casa hablando tonterías: decía que iba a matar a una compañera con la cual había tenido disgustos oía voces que hablaban mal de ella; veía santos, a la Virgen y cosas lindas del cielo". Ha llegado a estar violenta. Se sentía ofendida por sus compañeras y creía que le iban a hacer daño".

Febrero 19, 1944.— Se le provocaron 7 electroshocks, consiguiéndose alguna mejoría. Sale mejorada.

Febrero 25, 1944.— Ingresa traída por la madre. "La paciente siguió mal: Se va de la casa, habla todo el tiempo: lenguaje incoherente, duerme poco".

Marzo 22, 1944.— "Se le hicieron 9 electroshocks con buen resultado terapéutico. Sale notablemente mejorada".

Abril 3, 1944.— Traida nuevamente. "Desde hace 4 días no duerme, no come, habla continuamente, emprende fugas".

Abril 29, 1944.— Se le provocaron 5 electroshocks con buen resultado. Sale not. mej.

Mayo 12, 44.— Ingresa de nuevo en iguales condiciones que las anteriores.

Junio 13, 44.— Después de 9 electroshocks mejoró. Sale not. mej.

Junio 25, 44.—Traida nuevamente. Desde entonces se le han estado provocando electroshocks a intérvalos irregulares, siempre que está más excitada.

Mayo 28, 45.— "Desde hace algunas semanas la han dado ataques convulsivos en que pierde el conocimiento y cae al suelo golpeándose la cara".

Dic. 2. 1943.— Wass. de la sangre: negativa. L. C. R. Wass.: negativo. Albúmina 0.20 por mil. Leucocitos 1.200 por c.c.

Comentario

Este es un caso que según la sintomatología que ha presentado, se le puede colocar en el grupo de la esquizofrenia.

Después de varios períodos de electroshocks, ha presentado ataques epileptiformes.

Caso Nº 4654 — A. C. Mujer de 34 años. Casada dos veces. En el primer matrimonio tuvo 6 hijos y en el segundo 2. Ingresó el 25 de Abril de 1945. Un hermano informa que desde hacía algún tiempo tenía insomnio, anorexia y hablaba mucho. Hace 4 días tuvo un disgusto con un vecino a quien injurió y fué acusada por calumnia. Anoche entró en gran excitación y fué llevada al Hospital S. J. de Dios de donde la mandan hoy. Entró en agitación psicomotora. Dice que en el Hospital en lugar de café le habían dado orines.

Algunas de las frases no las terminaba porque a ella le parecía que la gente comprendería de esa manera lo que quería decir.

Abril 25, 45.—Kahn de la sangre, negativo. L. C. R.: Wass. negativo. Albúmina 0.40. Globulinas, positivas. Leucocitos 5.000 p. c c.

Mayo 5, 45.— Después de 3 electroshocks mejoró y se le dió la salida notablemente mejorada.

Junio 8, 45.— La trae su marido e informa que sólo estuvo bien durante 3 días en su casa, pues luego se le presentaron crisis convulsivas de tipo epileptiforme. Entra en excitación psicomotora.

Comentario

Este es otro caso que fué diagnosticado como Psicosis Maniaco Depresiva y después de 3 electroshocks ha presentado ataques epileptiformes.

Caso Nº 4257.— H. V. Admitida 10 de Diciembre 1943. Mujer de 40 años. Casada "Ayer en la mañana presentó sintomatología mental: excitada, tirando al suelo los objetos de la casa, insultando a los parientes de su casa; al ingresar tenía verborrea y flujo de ideas".

Dic. 14. 43.— "Más tranquila. Tendencia a euforia, dice "que hace 8 días se encumbró". Algunas incoherencias en lo que habla".

Dic. 21.43.— "Después de 5 electroshocks mejoró y se le dió la salida notablemente mejorada.

Enero 9, 44.— "La trae su esposo porque desde hace 7 días ha estado con ideas místicas exageradas. Manda a todos los de la casa para que se confiesen. Reza en voz alta, canta canciones religiosas. Duerme y se alimenta mal. Dice ver bultos y gatos negros que la asustan".

Enero 22, 44.— Se le provocaron 7 electroshocks y mejoró. Sale not. mej.

Febrero 9, 44.— La trae su marido porque desde hace 10 días volvió a estar mal: reza, recita, gesticula, duerme poco.

Marzo 18, 44.— Después de 11 electroshocks mejoró. Sale not. mej.

Abril 9, 44.— Ingresa con la misma sintomatología.

Mayo 7, 44.— Se le provocaron 4 electroshocks y 4 shocks con Cardiazol.

Oct. 12, 1944.— No tiene mejoría, pues permanece en hipomanía todo el tiempo. Desde hace algunos días viene padeciendo de crisis convulsivas generalizadas, con pérdida del conocimiento y relajación esfínter vesical.

Nov. 5, 44.— Ha seguido sufriendo de ataques epileptiformes. Una hermana se la lleva sin mejoría.

Comentario

Este es otro caso de sintomatología francamente maniacal que después de varios tratamientos de shocks eléctricos, ha desarrollado ataques epileptiformes.

Caso Nº 3378.— R. R. Admitido 19 de Febrero 1937 — Hombre de 21 años de edad. Soltero, estudiante.

Sano en su niñez. Cursó con facilidad la escuela y el liceo.

Hace 4 años tuvo una crisis nerviosa que le duró 4 meses. Hace como dos años comenzó de nuevo mal: hablaba disparatado, tiene alucinaciones, especialmente de noche, tanto visuales como auditivas. Ha perdido el respeto a su papá, no haciéndole caso en nada. Ayer agredió a su mamá, a la que obedecía ciegamente. Constantemente se golpea a sí mismo. Duerme y se alimenta mal.

Agosto 17, 1937.— Durante 5 meses se le indujeron shocks hi-

poglicémicos con insulina, en series de 12 shocks cada vez. Apenas se ha logrado una ligera mejoría.

Setiembre 7, 1937.— "Se encuentra algo extraviado, hablando solo y en voz baja y temeroso. Dice estar muerto y perdido".

Agosto 27, 1938.— "Se le indujeron 26 ataques convulsivos con Cardiazol. Se le nota un cambio favorable física y mentalmente".

Diciembre 16, 1938.— "Con una serie de shocks con Cardiazol entró en mejoría, pero apenas se suspendió el tratamiento volvió a estar desatento, hablando solo, entre dientes, y paseándose rápidamente por los corredores".

Enero 31, 1939.— "Se le ordenó un tratamiento alterno de Insulina y Cardiazol, iniciándolo con 30 shocks hipoglicémicos".

Julio 31, 1939.— "Se le ordenó una nueva serie de shocks con Cardiazol".

Marzo 16, 1940.— "No mejora. Se ordena tratamiento convulsivo con Cardiazol".

Abril 4 1941.— Sin mejoría. Se ordena serie de Anestesulf.

Junio 14, 1941.— "Ayer tuvo un ataque espontáneo, por la descripción que hacen los empleados, de tipo epiléptico".

Julio 16, 1941.— "Ultimamente ha tenido dos ataques epilépticos, según dicen los empleados".

Diciembre 11, 1943.— "Se le indujeron 16 electroshocks, no habiendo mejorado".

Febrero 9, 1944.— "Ayer le dieron dos ataques epileptiformes". Durante su permanencia aquí se han practicado 3 reacciones de Wass. de la sangre, habiendo sido negativas. El examen del líquido céfalo raquídeo en Febrero 25, 1937, Wass. negativo. Albúmina 0.20 por mil. Globulinas, negativas. Leucocitos 1.600 por c. c. En Agosto 27, 1938. — Wass. negativo. Albúmina 0.30 por litro. Globulinas, negativas. Leucocitos 1.600 por c. c. En Junio 18, 1941.— Wass, negativa. Albúmina 0.35 per mil. Globulinas, negativas. Leucocitos 2.000 por c. c.

Junio 16, 1945.— A este paciente le han seguido dando ataques epilépticos con alguna frecuencia. El último ocurrió anteayer.

Comentario

Este paciente presentó durante varios años, sintomatología clara

de esquizofrenia y en los últimos años empezó a sufrir de ataque epileptiformes.

Es de notarse que se presentaron después de shocks con Insulina y Cardiazol.

Como seguía sin mejoría, también se le indujeron electroshocks, a pesar de sus ataques epileptiformes, los que se han seguido presentando después de éstos.

Consultando la literatura acerca de los efectos del tratamiento por shocks he encontrado las siguientes referencias.

Archives of Neurology and Psiquiatry. Vol. 46. Pág. 724.

"Cambios en los cerebros de animales después de convulsiones producidas por Metrazol y alcanfor. "Rother y Kruy indujeron convulsiones típicas con Metrazol y alcanfor en cuilos y conejos. En varios grupos de cuilos, se observó que animales que murieron en la primera convulsión, no mostraron cambios histológicos".

"Animales que sobrevivieron por lo menos a una convulsión, mostraron cambios irreversibles, aislados en las células ganglionares, del tipo conocido con el nombre Nissl: enfermedad severa de células ganglionares. En casos de Status epilepticus, cambios severos y extensos de las células se produjeron, éstos dependían de la duración de las convulsiones. En algunos animales que se sacrificaron algún tiempo después de las convulsiones, varios estados de degeneración se encontró, probablemente inducidos por las convulsiones repetidas. En un animal, no se notaron cambios a pesar de que se sacrificó después de un status severo. En dos grupos de conejos tratados con dosis más pequeñas, las convulsiones no produjeron cambios, haciendo pensar que la cantidad de droga usada determina el grado de lesión producida".

Misma obra citada. Pág. 724.

Síndromes neuropatológicos después de lesiones por electricidad. Friedrick Scheiffarth.

A pesar de varios informes en conección con lesiones del sistema nervioso y accidentes eléctricos, el mecanismo del proceso patológico no está aún claro. Las estadísticas muestran que los cambios neurológicos son más frecuentes en los nervios periféricos, los cuerpos anteriores de la medula espinal, la región cervical y dorsal de la médula y las zonas periféricas y centrales, del sistema vegetativo. Esto coincide con el curso más corriente de las corrientes eléctricas al traves de las extremidades superiores, tórax y región cervical de la médula.

Síndromes cerebrales pueden ocurrir a pesar de que las corrientes pasen o no por el cerebro. La corriente alterna más frecuentemente produce lesiones que la corriente directa. Corrientes de alto voltaje son aparentemente más peligrosas. Susceptibilidad individual es de gran importancia. El proceso patológico generalmente resulta en la producción de enfermedades del sistema nervioso, que difícilmente se pueden diferenciar de síndromas producidos por otras causas. El autor describe 4 casos, en tres de los cuales se produjo "pareia vegetativa"... En el cuarto caso, "un hombre de 45 años de edad, se produjo parálisis agitante poco tiempo después del accidente".

En la revista de la Asociación Médica Americana. Pág. 286, del año 1943, tomado del Anals of Internal Medicine. Lancaster. Pág., 1942 hay la siguiente nota: "Terapéutica de las psicosis por el electrocoma. Los resultados clínicos del electroshocks en 70 pacientes en varios desórdenes mentales, son analizados por Fetterman, quien ofrece algunas interpretaciones, de acuerdo con conceptos modernos de las psipsicosis. A pesar de que los resultados clínicos de estos tratamientos han sido muy satisfactorios, algunas reacciones desagradables, que generalmente son transitorias, ocurren como por ejemplo amnesia profunda, estados de confusión mental, etc. Además de estas reacciones psicológicas que son pasajeras, algunas complicaciones, posiblemente más permanentes, se producen por los electroshocks, las que se pueden dividir en reacciones inmediatas y posibles, secuelas tardías.

Las complicaciones inmediatas, son principalmente las del sistema muscular y óseo y las secuelas tardías cerebrales, las que en opinión de Cerlatti y Kalinowsky, son reversibles y no producen daños serios. Sólo dentro de un tiempo se podrá determinar si las mejorías son permanentes y la posibilidad de la aparición de sequelas tardías.

Tomado de Archivos de Neurología y Psiquiatría. Vol. 47. Pág. 918, 1942.— "Cambios patológicos en el sistema nervioso, obtenidos experimentalmente con electroshocks".

La introducción de shocks eléctricos por Cerletti y Bini en el tratamiento de psicosis funcionales, otra vez pone sobre el tapete la cuestión de los efectos de las corrientes eléctricas en el tejido nervioso.

La literatura acerca estos asuntos, concierne con los efectos letales de corrientes de alta tensión en el hombre (Hassin) y con los efectos no letales, en experimentos con animales. Hay dos publicaciones que se deben revisar en conexión con el segundo punto una de Morrison

Weeks, y Cob y la otra de Mac Mahon. Los primeros autores se interesaron principalmente por los cambios histopatológicos en cerebros de conejos, cuiles y gatos, después de shocks eléctricos de un décimo de segundo de duración, los que se produjeron de 4 diferentes maneras: 1 a. con bobina de inducción, 2a. — con un condensador de descarga, 3a. — con corriente alterna y 4a. — con corriente directa. El cambio histológico principal en los cuatro grupos de experimentos, fué la frecuencia de hemorragias meníngeas y de pequeñas hemorragias intracerebrales, acompañadas de lesiones a las células ganglionares y además cerebral. El mayor grado de hemorragias se presentó con corrientes alternas.

"En una reunión reciente de la Asociación Americana de Neuropatólogos, Alpers y Hughes, describieron hemorragias intracerebrales y meníngeas en gatos que fueron tratados con shocks eléctricos.

"De los experimentos nuestros, se hace el siguiente informe: histológico: En el sistema nervioso central de los conejos tratados, el hecho principal, fué la presencia de hemorragias localizadas entre la piaaracnoidea en la base del cerebro y sobre el cerebelo y médula espinal. Eran combinaciones de pequeñas hemorragias capilares y perivenosas. Sólo ocasionalmente se notaron hemorragias en los cuerpos cuadrigemelos y en la base del hipotalamo. En animales que sólo vivieron 5 días después del shock, no se notó organización de las áreas de hemorragia. En conejos que sobrevivieron hasta 4 semanas, organización de las hemorragias, tanto en las meninges como en el cerebro y médula espinal.

En las ratas tratadas con shocks y que fueron sacrificadas después del 7º shock, se pudieron observar hemorragias en las pleuras pulmonares y riñones, a simple vista. En dos de las 7 ratas se observaron hemorragias meníngeas en la base del cerebro".

"COMENTARIO: Comparando nuestros resultados con los de nuestros investigadores anteriores, hay completo acuerdo acerca de la frecuencia de pequeñas hemorragias en el cerebro, médula espinal y meninges, después de los shocks eléctricos. La cuestión se presenta de si daños similares se pueden producir en el hombre con shocks eléctricos. *Hasta ahora no se ha publicado ningún informe patológico*, y la mayoria de observadores niegan la ocurrencia de hemorragias cerebrales, sin embargo, hemorragias agudas subconjuntivales, se han observado. Examen del liquido espinal de 10 pacientes que recibieron de uno a 20

tratamientos, mostraron una reacción negativa a la benzidina y no mostraron aumento de células. Sin embargo estudios de electrocardiogramas (Bellet y sus asociados), mostraron que el corazón es severamente afectado durante el shock eléctrico, como se puede apreciar por la arritmia, bloqueo cardíaco senoauricular y otros disturbios".

En la revista Institute of Living.— Diciembre 1944. Pág. 483, hay referencia del trabajo de B. L. Pacella "Secuelas y complicaciones por la terapéutica de shocks convulsivos".

"Complicaciones neurológicas, subjetivas y objetivas, han sido pocas.

De todos los pacientes tratados, sólo dos desarrollaron ataques convulsivos espontaneos y éstos mostraron un encefaloelectrograma anormal antes del tratamiento".

"El autor piensa que sea posible reenforzar una tendencia epiléptica por el tratamiento por electroshocks".

"La cuestión de si sobrevienen cambios histopatológicos y que persistan, es motivo de controversia".

En la historia de ninguno de los casos del Asilo Chapuí mencionados, hay el menor indicio de epilepsia en los familiares, así como tampoco de alcoholismo en las progenitores.

Podemos descartar por la sintomatología examen clínico y exámenes de laboratorio, la posibilidad de sífilis.

Se comprueba por los experimentos llevados a cabo en animales, la ocurrencia de hemorragias meníngeas y cerebrales.

Entre el sinnúmero de pacientes tratados en nuestro Asilo, no ha ocurrido ninguna defunción por electroshock, motivo por el cual no ha sido posible constatar si ocurren hemorragias cerebrales o meníngeas mediante la autopsia.

Hago mención al hecho de que a un paciente le aparecían hemorragias múltiples, petequias, por toda la superficie de la piel, especialmente en la región toráxica, cada vez que se le aplica el electroshock

Creo que en los casos de ataques epileptiformes que se han presentado en nuestros casos, se deban a hemorragias intracraneanas.

Sin embargo, a pesar de la posibilidad de que puedan presentarse complicaciones de esta índole, el número de éstas es escaso y en cambio

los beneficios que aparentemente hasta ahora se obtienen, en la gran mayoría de enfermos, justifica el que se siga usando esta terapéutica hasta tanto no sea sustituida por otra mejor, en enfermos propiamente bien seleccionados.

Los electroshocks fueron producidos con un Electro-shock Therapy Equipment Lektra. Laboratories New York.

Reglamento sobre inscripción, venta y propaganda de especialidades farmacéuticas, productos de tocador y alimentos adicionales con sustancias medicinales

Nº 8

Artículo 1º—La Oficina de Inscripción de Especialidades Farmacéuticas, que en adelante se llamará Oficina de Inscripciones, para los efectos de este *Reglamento, atenderá* y tramitará todas las solicitudes de inscripción de los preparados citados en el artículo 255 del Código Sanitario, y para ello será necesario que los interesados cumplan con los siguientes requisitos:

a) El peticionario, con personería legal para el acto, ha de hacer la *solicitud ante* la Oficina de Inscripciones, en el papel sellado correspondiente y en idioma español. En ella debe estar claramente expuesta la fórmula cuantitativa que corresponde a cada producto que se desee inscribir, redactada en idioma latino o español y comprendiendo los nombres y cantidades o proporciones de todos sus ingredientes;

b) Acompañar dos muestras del producto que se solicita inscribir, y que la Oficina de Inscripciones está obligada a custodiar, coleccionar y archivar en un depósito especial, que es propiedad del Colegio de Farmacéuticos, y que *será constantemente vigilado por el Jefe* de la Oficina de Inscripciones, quien será el depositario responsable y no se permitirá ninguna clase de tráfico o substracción de estas muestras;

c) Los productos que se envíen a la Oficina de Inscripciones, como muestras para inscribir, deben ser originales e iguales a los que van a servir para el expendio al público, no pudiendo ocuparse para este acto, los conocidos empaques de *"Muestras para Médicos"*;

d) Adjuntar certificación de la Oficina de Registro de Marcas de Fábrica, en la que el funcionario Jefe de dicha Oficina, haga constar que el nombre y marca de fábrica que ampara el producto, está debidamente registrado y protegido por la ley;

e) Acompañar a la solicitud una certificación de la fórmula declarada, extendida por el Regente farmacéutico del Laboratorio o establecimiento elaborador, al que el Colegio le ha concedido la patente respectiva, si el producto que se desea inscribir es de fabricación nacional;

f) Un documento extendido por la autoridad sanitaria competente del lugar donde se elabore, que certifique que el producto *es de libre venta en el país de su origen*, debidamente autenticado por el funcionario consular costarricense;

g) Adjuntar a la solicitud de inscripción, los textos exactos de los anuncios, hojas volantes, folletos, instrucciones para el uso y demás literatura de propaganda al preparado, los cuales deben corresponder en su redacción a las propiedades terapéuticas o higiénicas que se desprenden de la fórmula declarada. En caso contrario, la inscripción será rechazada; y

h) Los productos alimenticios, sueros, vacunas y similares que sean susceptibles de modificar su acción con el tiempo, deberán llenar el requisito de traer impresas en la etiqueta cuando es gravada en el envase, o perforada cuando es superpuesta y de papel, las fechas de fabricación y vencimiento del preparado.

Artículo 2º—Cuando un producto de los mencionados en el artículo 255 del Código Sanitario ya aceptado por el Consejo e inscrito en la Oficina de Inscripciones, sea objeto de algún cambio en la composición de sus ingredientes (en sus cantidades o porcentajes o han sido sustituídos unos, o adicionados otros), aunque no es necesaria una nueva inscripción, sí tienen que quedar sujetos a la aprobación del Consejo y los interesados deberán enviar una comunicación a la Oficina de Inscripciones haciendo constar el cambio y enviando nuevas muestras. Las mismas disposiciones anteriormente señaladas, deben cumplirse cuando un producto ya aceptado por el Consejo e inscrito en la Oficina de Inscripciones sean objeto de algún cambio en su etiqueta, envase y demás características de presentación.

Artículo 3º—Cuando un nombre o marca de fábrica que ampara un producto de los mencionados en el artículo 255 del Código Sanitario, sea presentado en diferentes concentraciones, dosis o unidades vitamínicas, solamente será necesario hacer una inscripción acompañando a la solicitud muestras dobles de cada empaque o forma de expendio.

Artículo 4º—Cuando un nombre o marca de fábrica que ampara un producto de los mencionados en el artículo 255 del Código Sanitario, sea presentado con un mismo nombre en varias formas para su administración o aplicación (tabletas, cápsulas, grageas, ampollas para inyecciones intravenosas, intramusculares o por vía bucal, supositorios, ungüentos, soluciones, pociones o mixturas), es necesario hacer una inscripción aparte para cada forma de expendio del producto.

Artículo 5º—Los preparados anticoncepcionales y abortivos, cuya venta se considere ilícita, no serán aceptados y en consecuencia, no podrán ser inscritos.

Artículo 6º—Los siguientes artículos de tocador y cosméticos, por la índole de su presentación, constantes variaciones peculiares de su ramo, o especial composición, quedan excluídos de las disposiciones del presente Reglamento, en los casos en que así lo determine la Oficina de Inscripciones. Tales artículos son: perfumes (extractos), soluciones alcohólicas de perfumes (lociones), agua de colonia, agua de tocador, brillantinas perfumadas, exentas de acción terapéutica, jabones de tocador perfumados o no, sin adición de sustancias medicinales, cremas jabonosas de tocador sin propiedades medicinales, polvos para la cara, talcos perfumados, esmalte para las uñas, lápices para colorear labios y ceias, colorete para las mejillas; pero serán constantemente controlados y vigilada su importación, fabricación y expendio por la Oficina de Inscripciones. El Fiscal del Colegio de Farmacéuticos, mediante la denuncia de la Oficina de Inscripciones, practicará la aprohensión de aquellos productos que se compruebe o se sospeche que contienen sustancias tóxicas y su uso o aplicación constituya peligro para la salud pública, dando cuenta inmediata del caso a las autoridades competentes.

Artículo 7º—La Oficina de Inscripciones hará publicar libre de derechos, quincenalmente, en el Diario Oficial, la nómica de los nuevos productos aceptados por el Consejo y que se hallaren debidamente inscritos. La publicación deberá mencionar en forma clara, los que son de fabricación nacional y los que son de manufactura extranjera.

Artículo 8º.—Con fines exclusivamente destinados a la inscripción o propaganda entre el cuerpo médico y profesionales que ejerzan actividades afines a la medicina, las Aduanas permitirán desalmacenar preparados sin inscribir, por una sola vez, en número hasta de cincuenta unidades de empaque corriente, previa autorización de la Oficina de Inscripciones

Artículo 9º—Las especialidades farmacéuticas que contengan opio, sus alcaloides o derivados, hojas de coca o sus extractos, cocaína o sus derivados, sólo podrán ser aceptados por la Oficina de Inscripciones, una vez llenados todos los requisitos establecidos en el Capítulo II, Título II, Libro II del Código Sanitario y en el Reglamento sobre Expendio de Drogas Estupefacientes.

Artículo 10.—El Jefe de la Oficina de Inscripciones sometará a estudio técnico y resolución del Consejo, las solicitudes que se presenten; el Consejo aprobará o improbará la inscripción de los preparados sometidos a su consideración dentro de un término no mayor de noventa días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud. Las resoluciones del Consejo se tomarán por mayoría de votos y serán apelables ante la Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la notificación al interesado.

Artículo 11.—Los miembros del Consejo deberán sesionar ordinariamente cada quince días y extraordinariamente, cuantas veces sean convocados por escrito, por el Jefe de la Oficina de Inscripciones, quien actuará como Secretario de Actas.

Artículo 12.—En los Registros, al cuidado de la Oficina de Inscripciones, se hará el asiento de aceptación de los preparados cuya inscripción ha sido aprobada por el Consejo. Esta inscripción se hará bajo el correspondiente número de orden, y en el asiento respectivo se anotará el nombre del producto, el del fabricante, y el de quien solicita la inscripción, junto con el domicilio de ambas personas o entidades, la fórmula cuantitativa del prepatado y la fecha de su aceptación e inscripción. Un certificado de este asiento, junto con su respectiva copia, le será extendido al interesado, si ha hecho su solicitud. Otra copia de la certificación irá al expediente de solicitud que se coleccionará en el archivo que al efecto debe organizar la Oficina de Inscripciones.

Artículo 13.—La Oficina de Inscripciones debe ser atendida por

un farmacéutico Jefe, y los empleados subalternos que el buen servicio demande. Esta atención debe ser constante y efectiva, durante todo el tiempo necesario, para su buena marcha y organización. Deberá prestar sus servicios a los interesados durante todos los días hábiles, debiendo permanecer abierta de la ocho a las once horas y de las trece a las dieciséis horas, por lo menos.

Artículo transitorio.—El Jefe de la Oficina de Inscripciones deberá organizar de tal modo la numeración de los Registros de Inscripciones, que a los preparados que se inscriban de modo definitivo les corresponda un número de inscripción igual al que han tenido hasta la fecha.

De la Propaganda

Artículo 14.—La publicación de anuncios comerciales en revistas, periódicos, folletos, hojas volantes, carteles, cancioneros, almanaques, calendarios, anuncios murales y demás, a favor de los productos mencionados en el artículo 255 del Código Sanitario, lo mismo que toda clase de propaganda netamente mercantil que con ese fin se haga por medio de estaciones radiodifusoras, altoparlantes, magnavoces, colocados en automóviles o parajes públicos, anuncios proyectados en paredes, calles o aceras, por medio de aparatos especiales y teatros, por medio de vidrios de proyección, todos estos y los demás medios de publicidad para Especialidades Farmacéuticas, quedan sujetos a los siguientes requisitos:

a) El lenguaje que se emplee en la redacción de tales anuncios deberá ser sencillo, discreto y en un todo ajustado a la verdad y a la moral. No se permitirá la difusión de aquellos anuncios cuya redacción tenga por fin colocar a productos similares o idénticos, en su fórmula, en un plano de inferioridad; los que tengan conceptos que denotaren o significaren para el producto anunciado, condiciones específicas, sanativas o curativas; lo que abusando de la credulidad de la gente sean redactados concediéndole al producto propiedades distintas de aquéllas que por la composición de su fórmula estén indicadas;

b) Para hacer efectiva e invariable la seriedad y discreción del lenguaje que debe aplicarse en la redacción de los anuncios, y para que los interesados conozcan el rumbo a seguir en este particular, no se permitirá la publicación o difusión de anuncios en cuya redacción entren

términos o frases como las siguientes: *"cura"*, *"curativo"*, *"sana"*, *"sanativo"*, *"seguro"*, *"mágico"*, *"mágicamente"*, *"el mejor"*, *"el más activo"*, *"el más"*, *"el insuperable"*, *el insustituible"*, *"el maravilloso"*, *"el milagroso"*; los que se refieran a fórmulas secretas o a descubrimientos de médicos o químicos y a todas las demás frases o palabras que signifiquen acción ruidosa, poco seria o condición preferente para el producto que se anuncia.

Con igual criterio son prohibidos los anuncios en que se ofrezca o garantice la cura o alivio de tal o cual enfermedad o de tal o cual dolencia con una determinada cantidad del producto que se anuncia, lo que no será admisible como medio de propaganda, ni aun en los testimonios de particulares, certificaciones de médicos, farmacéuticos, dentistas, parteras y veterinarios, de que con tanta frecuencia se hace uso como medio de anuncio. La interpretación y calificación de los textos, dibujo o difusiones, en lo que a este artículo se refiere, queda sujeto al criterio del Jefe de la Oficina de Inscripciones; y

c) Los anuncios que se hagan a los productos de tocador y cosméticos, contemplados en el artículo 6º de este Reglamento, y a cuya composición no se le atribuyan propiedades terapéuticas, quedan excluidos de las disposiciones a que se refiere la presente reglamentación.

Artículo 15.—La fiscalización y control de los anuncios anteriormente expuestos, se llevará a cabo por medio del Jefe de la Oficina de Inscripciones, quien denunciará formalmente al Fiscal del Colegio de Farmacéuticos, cualquier incumplimiento de este Reglamento. La inscripción y licencia de venta de cualquier producto de los señalados en el artículo 255 del Código Sanitario, *puede ser cancelada* por el Consejo de Inscripciones, cuando el dueño o concesionario legal de la marca o nombre de un producto, haya sido reconvenido por escrito, por tres veces por el Jefe de la Oficina de Inscripciones, debido a la forma inadecuada y contraria a las disposiciones del presente Reglamento, en que hace la propaganca del mencionado producto.

Artículo 16.—Si los interesados en la propaganda de los productos citados en los artículos anteriores, así lo desearen, para su mayor seguridad y conveniencia, pueden hacer aprobar previamente los textos, dibujos o diseños de sus anuncios en la Oficina de Inscripciones, cuyo Jefe será el encargado de revisarlos y darles su visto bueno, si es-

rán en regla. Si el interesado no estuviera de acuerdo con el fallo del Jefe de la Oficina de Inscripciones, podrá apelar ante el Consejo, y en última instancia, ante la Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos. En todos los casos, el término para apelar será de diez días hábiles después de la notificación.

Artículo 17.--Para llenar las funciones que debe cumplir el Jefe de la Oficina de Inscripciones, en caso de enfermedad, permiso o fuerza mayor, la Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos llamará a desempeñarlas interinamente, al suplente que ésta determine.

Artículo 18.--En virud de la ley Nº 194 de 23 de agosto de 1945, las disposiciones del presente Reglamento serán extensivas a las preparaciones de nombre registrable, elobaradas para objetivos industriales o higiénicos, incluyendo los insecticidas y los desinfectantes, cualquiera que sea su naturaleza.

Artículo 19.--Este decreto rige desde su promulgación en el Diario Oficial.

San José, set. 8 — 1945.

The Papworth Families

A Twenty-five Years Survey

por E. M. Brieger. Con un prefacio de Sir Arthur Salusbury McNalty London. William Heinemann (Medical Books) Ltd., 1944. 674 páginas; ilustrado 22 x 14 cm.

El Papworth Village Settlement, fundado en 1916 por el finado Sir Pendrill Varrier-Jones, representa uno de los planes más acabados que existen para el cuidado de los tuberculosos de uno y otro sexo. Proporciona tratamiento médico y quirúrgico prolongado, asociado cuando es posible con aprendizaje de oficina o industrial destinado a mantener o mejorar la capacidad de trabajo del paciente y su manera de ganarse la vida. Proporciona, además, la oportunidad de dar trabajo remunerado al mayor número posible de pacientes y, reconociendo la importancia de los cuidados ulteriores al tuberculoso, le permite vivir en la colonia Papworth con su familia.

Ha sido de este modo posible realizar una cuidadosa observación de la salud de las familias residentes en dicha colonia. Se ha conseguido acumular un fichero copioso y único con más de 5.000 radiografías y una gran colección de historias clínicas. Este material ha sido estudiado cuidadosamente por el Dr. E. M. Brieger, miembro del personal de investigación de Papworth y los resultados de este análisis forman la sustancia del libro. El punto de partida lo constituye una revisión de conjunto de toda la literatura concerniente a la historia e infectividad de la tuberculosis, a partir del cual se discuten los resultados conseguidos de la colonia. El punto central de la investigación lo constituyen dos grupos de niños: 151 niños, acompañados de sus madres, vinieron a vivir con sus padres en la colonia, y 108 niños habían nacido en ella cuando se completó el estudio. Su salud ha sido objeto constante de celosos cuidados y las historias clínicas conseguidas constituyen una de las más valiosas adiciones a la literatura sobre la especialidad. Rara vez han sido los casos individuales tema de investigaciones clínicas de tan cuidadosa y exacta observación.

De los 151 niños ingresados en la colonia, 4 padecieron de tuberculosis juvenil y nueve tuvieron tuberculosis pulmonar de tipo adulto. De los 108 niños nacidos en la colonia, mientras han sido miembros de la comunidad, ninguno ha padecido de tuberculosis en ninguna forma clínica conocida. Los que se han ido para recibir educación o empleo en otros lugares se hallan completamente libres de la enfermedad.

Los resultados discutidos en este libro están bien documentados y la publicación de este estudio, además de ser una contribución única a nuestros conocimientos sobre infección por contacto, constituye un magnífico monumento conmemorativo al fundador de la colonia Papworth y un modelo de investigaciones sobre tuberculosis. El libro, que comprende una extensa bibliografía, fué impreso y producido en la colonia misma.