

# REVISTA MEDICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMO V	San José, Costa Rica, Marzo de 1942 No. 95	Año IX
--------	---	--------

## Un Fibroadenoma del Ovario en Costa Rica

Por los Doctores

MARCIAL FALLAS D.

y A. JIMENEZ DE LA GUARDIA

Son muchas las variedades de tumores ováricos que se encuentran frecuentemente en la sala de operaciones o en la mesa de autopsia, tumores que difieren con relación a su origen, morfología y grado de malignidad.

Sus diferentes clasificaciones precisamente se basan en estos factores, por ejemplo, GOODALL (4) y otros, los agrupa elaborando sobre su origen embrionario. DUCKERTY y MASSON (3), en cambio, consideran como una clasificación más práctica, la división de los tumores ováricos en dos grupos, a saber, quísticos y sólidos. Y agregan, que "80% de los tumores ováricos son quísticos y que de éstos la mayoría son benignos, y 20% son sólidos, y de éstos 65% son malignos".

A pesar de que la variedad de tumores en el ovario es mayor que en cualquier otro órgano de la anatomía humana, la combinación de las características quísticas y sólidas en un solo tumor, no es muy frecuente, especialmente si el tumor es benigno, como en el caso del "fibroadenoma del ovario", un ejemplo del cual, por su extremada rareza y por ser probablemente la primera vez que se demuestra en nuestro país, tenemos el gusto y honor de presentarlo al distinguido cuerpo médico costarricense.

Entre los tumores ováricos que pueden conceptuarse como be-

nignos se encuentra con alguna frecuencia el fibroma, que como todos los de este tipo se deriva del tejido conjuntivo-fibroso, muy abundante en este órgano. Los tumores a tipo adenomatoso simple, más raros aún, BRENNER (1), los ha descrito como derivados de los folículos.

El origen de los fibroadenomas o tumores mixtos todavía no es claro. RICHTER y FRANKL (5) incluyen estos casos entre los tumores derivados de la granulosa. BRENNER (2) en cambio, los denomina "ooforoma folicular" y los describe como proliferaciones de folículos desprovistos de ovocitos.

Su frecuencia en la literatura es muy limitada. Gran parte de ellos han sido encontrados y descritos en Viena. HOFSTATTER, MAUTHNER, B. VON FLEISCHMANN, SCHOTTLANDER, etc. (5) KUSUDA (6), en Berlín, en una investigación que incluye 1.129 tumores del ovario colectada en el transcurso de diez años de trabajo (1914 a 1924), describe dos adenofibroquistomas. TAYLOR, de New York, de 109 casos (1910 a 1927) describe 9 tumores mixtos. FRANKL enumera 17 casos en diez y nueve años, y KERMAUNER 11 casos en su publicación de 1932.

El DR. LAWRENCE GETZ, Jefe del Laboratorio del Hospital de Panamá y de la Clínica de Herrick en la República de Panamá, patólogo distinguido y de reconocida competencia, quien estudió cortes del caso que nos ocupa, ha tenido la gentileza de manifestarnos en carta fechada en Panamá el 3 de Setiembre de 1941, que "en mi experiencia de más de 20 años es la primera vez que he visto esta combinación de tumor sólido y quiste ovariano".

La misma experiencia hemos tenido en el Departamento de Anatomía patológica del Hospital San Juan de Dios, apesar del extenso material conectado con éste.

En su comienzo los tumores mixtos tienen el aspecto de los fibromas puros; sin embargo, al observar detenidamente puede verse al corte gran cantidad de poros o cribas que corresponden a pequeñas formaciones adencnatosas. El tejido intersticial es blanco nacarado y duro.

La apariencia del fibroma puede cambiar con el tiempo, por dilatación o confluencia de los pequeños quistes y de esta manera superponer el cuadro, de tal modo que lo que corrientemente se observa son quistes que a veces alcanzan gran volumen, quedando la porción fibromatosa original primitiva, como simples engrosa-

---

mientos apendiculares de mayor o menor tamaño adheridos a la pared del quiste.

Frecuentemente se encuentra en ellos un líquido claro o bien chocolatoso cuando ha habido pequeños derrames sanguíneos. Se han encontrado casos en que la dilatación quística alcanza hasta el volumen de una cabeza de adulto o más. Así, pues, según predomine la forma quística o la forma fibroconjuntiva se les denomina Quistadenofibromas o Adenofibroquistomas.

El resumen de la historia clínica del caso que hemos creído oportuno presentar, es el siguiente:

M. P. G., mujer adulta de 56 años de edad, soltera y maestra de escuela. Aparentemente en buena salud hace más o menos un año cuando comenzó a quejarse de dolores abdominales indefinidos y disturbios digestivos. Al mismo tiempo era evidente un crecimiento marcado del volumen del abdomen. Sin embargo, hasta entonces se conformó con recibir un tratamiento homeopático.

Los dolores abdominales aumentaron en frecuencia e intensidad hasta que uno de los autores fué consultado, diagnosticando un tumor ovárico de grandes proporciones y aconsejando su resección.

El 16 de Julio, 1941, la enferma es operada en colaboración con el Dr. A. Oreamuno Flores, encontrándose una enorme masa quística del tamaño de un útero embarazado a término, fuertemente adherida a los intestinos y al epiplón. La gruesa pared del quiste se libera y se abre, evacuando del saco cerca de cinco litros de un líquido achocolatado, dejando entonces percibir en su interior varias masas sólidas y blancuzcas que dan el aspecto de malignidad. La resección se completa cuidadosamente cerrando el abdomen con drenaje.

La enferma recibe dos transfusiones sanguíneas en su tratamiento pre-y post-operatorio, hace una convalecencia enteramente normal y deja la clínica en buena condición y curada el 5 de Agosto de 1941.

El aspecto histológico general de la pieza obtenida se puede observar en la Fig. Nº 1.

---

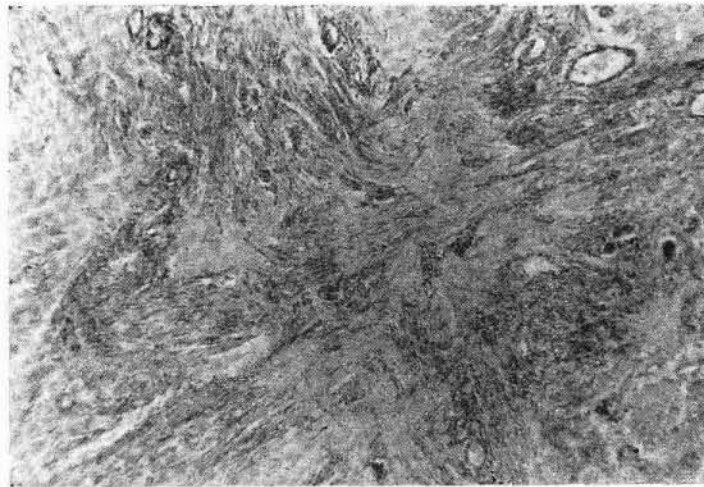


Fig. No. I. Estructura general del tumor.

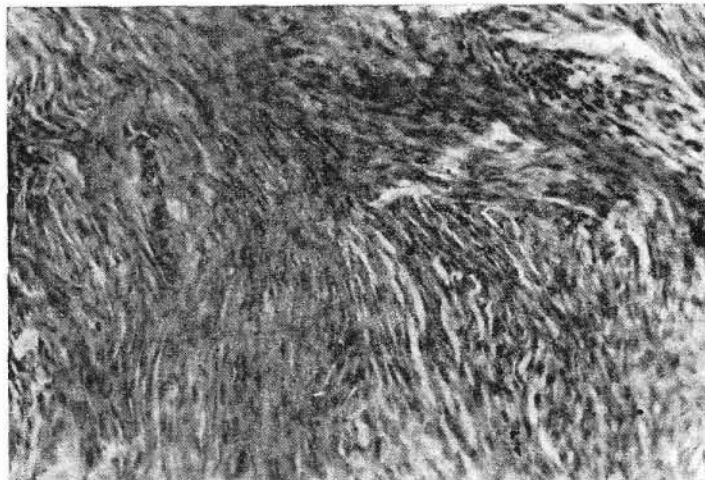


Fig. No. II. Aspecto del tejido fibro-conjuntivo.

El tejido conjuntivo es igual al de los fibromas puros. Sin embargo, tiene ciertas características típicas: así por ejemplo, se presenta en capas planas o bien arremolinadas en forma de cebolla o con apariencia de neurofibromas (Fig. N° II). Otras veces, y en esto se diferencia del tejido neurofibroso, presenta zonas pobres o carentes de núcleos que son totalmente hialinas (Fig. N° III).

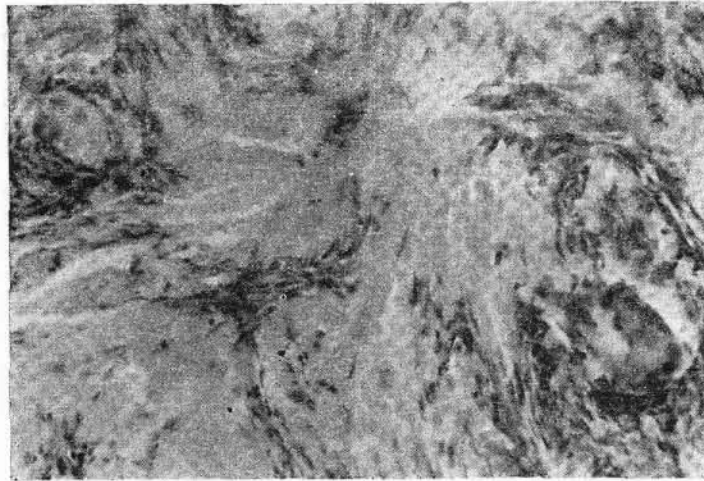


Fig. No. III. Tramas con ausencia total de núcleos.

Las pequeñas cribas descritas anteriormente y que son de tamaño variable, corresponden a formaciones adenomatosas quísticas cubiertas generalmente por un epitelio ya plano o ya cúbico (Fig. N° IV).

Las células muestran un protoplasma granuloso fuertemente cromófilo. La abundancia de tejido fibroso puede llegar a compri-

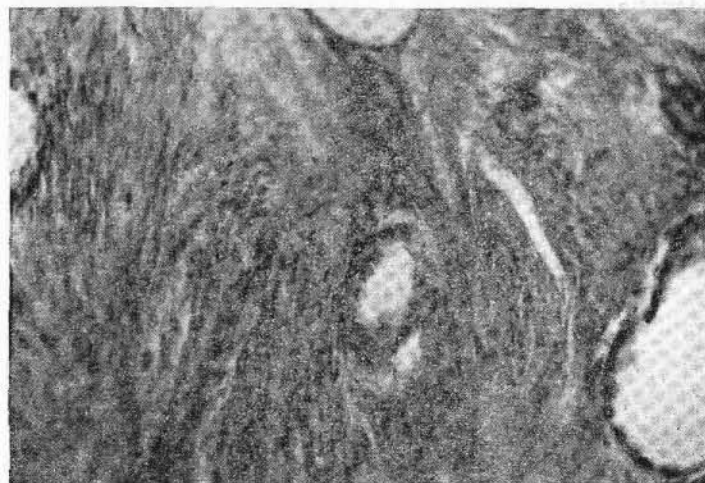


Fig. No. IV. Características de los epitelios.

mir las cavidades, dando al tumor la apariencia de un fibroadenoma intracanalicular de la mama, en el cual las grietas pueden revestirse de un epitelio a uno o dos planos. A veces pueden identificarse folículos primordiales, algunos conteniendo líquido (Fig. N° V), otros retraídos o deformes.

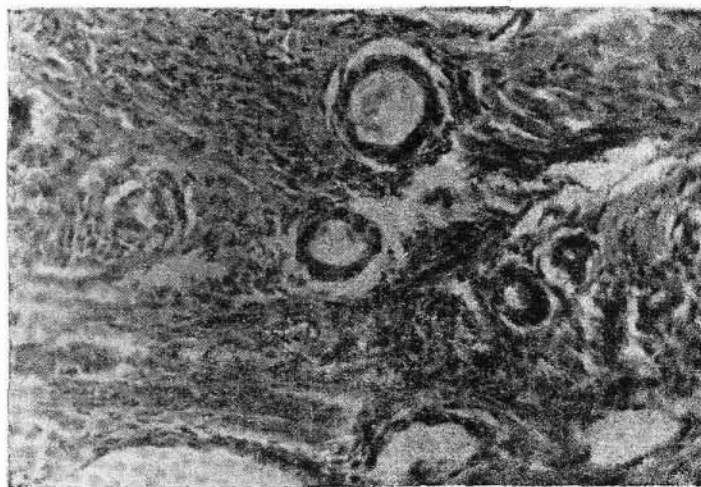


Fig. No. V. Líquido folicular.

#### Bibliografía

- 1.—BRENNER F.: Das Oophoroma folliculare, Frankf Ztschr. f. Path., 1:150, 1907.
- 2.—BRENNER, F.: citado por Masson, P. "Tumeurs"—Diagnosics Histologiques, Cap. VI, pag. 478, París, 1923.
- 3.—DUCKERTY, M. B. y MASSON, J. C.: "Clinical Features, Types and Grades of Malignant Ovarian Tumors", Surgical Clinics of North America, pag. 1201, Agosto 1941.
- 4.—GOODALL, J. R.: Carl Henry Davis "Gynecology and Obstetrics", Vol. II, Cap. XV, pag. 5.
- 5.—HOFSTATTER, etc.: citado por O. Lubarsch y F. Henke, Handbuch der Speziellen Patrologischen Anatomie und Histologie", Cap. III, pag. 344, Berlín, 1937.
- 6.—KUSUDA, S.: Statistischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis der Ovarialtumoren. Arch. Gynak, 124, 669-688, (1925).

## Un caso de Infarto del Miocardio

Por el Dr. E. GARCIA CARRILLO

El paciente M. C. C., de 40 años de edad, de constitución atlética, robusto, es víctima de un dolor agudo retro esternal que lo enferma violentamente. Pronto se instala un estado nauseoso con dolor en el epigastrio. Cuando somos llamados a examinarlo, su expresión es de angustia dolorosa. Transpira abundantemente y la piel está fría; luego tomará un tinte de palidez sucia. La auscultación cardíaca revela ruidos apagados, variables en su intensidad y algo lentos. El pulso es débil; la presión arterial da una cifra máxima por el método de palpación, de ocho centímetros de mercurio, la mínima no se obtiene.

El estado de colapso mejora con los tónicos cardio-vasculares y con bolsas de agua caliente. El dolor desaparece con la morfina. Se instala una respiración de Cheyne-Stokes, entrecortada por súbitos ataques sincopales de algunos segundos durante los cuales los miembros y la cabeza los sacude una convulsión clónica. Los vómitos no ceden al tratamiento usual. Por momentos el enfermo dice frases incoherentes que alternan con períodos lúcidos, y finalmente fallece en una crisis convulsiva, diez horas después.

### Electrocardiograma

La *Figura 1* muestra el trazado tomado cuando lo examinamos. En las derivaciones I y II se vé un ritmo ventricular a 57 pulsaciones por minuto. En la derivación III aparecen dos contracciones ventriculares; entre la primera y la segunda hay un período de 2.5 segundos de pausa ventricular; después de la segunda, la pausa es de 5.5 segundos, cuando se interrumpe el trazado. Momentos después ocurrió una corta convulsión. Durante las pausas ventriculares las aurículas continúan latiendo a un ritmo de 150 por minuto (ondas P).

---

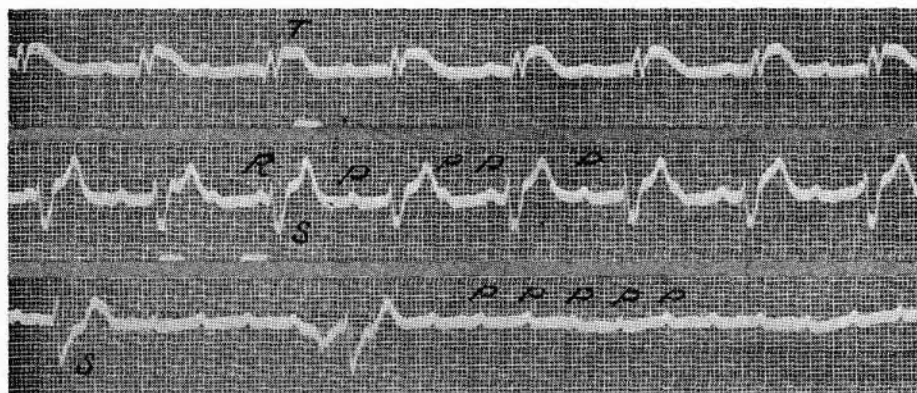


Figura 1

Hay pues una disociación aurículo-ventricular cuya expresión clínica son ataques típicos del síndrome de Stokes-Adams. Este tipo de bloqueo, llamado de tercer grado, lo expusimos en reciente publicación (*ésta Revista*, Enero 1942). En la primera derivación, la onda T es convexa y nace arriba de la línea basal. Es la onda coronaria de Pardee, típica del infarto del miocardio. Los complejos QRS aparecen anchos e indican trastorno de conducción en el fascículo de His. El diagnóstico se resume así: infarto de la cara anterior del ventrículo izquierdo interesando el tabique inter-ventricular; disociación completa auriculocventricular y pausas ventriculares; imagen de bloqueo incompleto de la rama izquierda del fascículo de His, algo atípico.

### Comentario

Sobre la clínica del infarto del miocardio nos extendimos anteriormente (*ésta Revista*, Setiembre 1938). La observación que encabeza éste artículo es característica, pero se complica un trastorno del ritmo de grave significado: bloqueo completo entre aurículas y ventrículos. La observación que publicamos en 1938, verificada en la autopsia, también se acompañaba de un trastorno del ritmo, a saber, la taquicardia ventricular.

Exceptuando esos dos casos en que el electrocardiograma se registró dentro de las 24 horas de ocurrido el infarto, y que se terminaron ambos por la muerte, tenemos ocho casos adicionales



de trombosis de las coronarias con electrocardiograma obtenido de una semana a tres años después de la oclusión. Se trata en estos casos de hombres alrededor de los sesenta años. El más joven tenía 46 años y el más viejo 75 años cuando enfermaron. Viven seis, murió uno y se ignora el paradero del otro. De un modo general, la convalecencia fué satisfactoria, inclinándonos a pensar que cuando no ocurren arritmias graves, el pronóstico es mejor. Gran proporción de las muertes súbitas o rápidas son debidas a oclusiones coronarias, no habiendo a veces oportunidad de obtener trazados electrocardiográficos. *Estos son imprescindibles cuando se pretende asentar el diagnóstico y el pronóstico sobre bases científicas.*

En cuanto al tratamiento, es justamente en casos de infarto del miocardio complicados con trastornos del ritmo, en donde las variedades de estos, diagnosticados de modo incomparable con el electrocardiograma, obligan al mayor tacto y discreción en el manejo de la aminofilina (ver *ésta Revista*, Octubre 1941), de la quinidina, de la adrenalina, de la digital, de la nitroglicerina.



## Actualidades

### El Electrocardiograma en la Distrofia Muscular Familiar

(Revista Argentina de Cardiología T. VIII, Mayo-Junio 1941,  
Nº 2, Págs. 122-126. Buenos Aires).

E. García Carrillo presenta tres casos (tres hermanos) con Miotonía Atrófica Familiar en los cuales ha estudiado el aparato circulatorio. Analiza especialmente los electrocardiogramas y resume sus observaciones concluyendo que "dos de ellos son anormales (prolongación de PR, de QRS, onda rápida mellada, bajo voltaje de P, desviación del eje eléctrico a la izquierda)."

### Concentración local de compuestos de Sulfonamida insertada en las heridas

F. Hawking, *Lancet*, p. 786-788, Junio 1941.

La solubilidad de la sulfanilamida en agua a 37°C es 1500 mg. por 100 ml. y la de la sulfanililguanidina es 220 mg. (Marshall y col. 1940). La solubilidad de la sulfapiridina en suero a 36°C es de unos 60 mg. por 100 ml., la del sulfathiazol de unos 180 mg. y la sulfadiazina de unos 120 mg. Es de presumir que estas cifras proporcionan un cálculo aproximado de las concentraciones máximas que pueden producirse en una herida tratada por aplicación local de estos compuestos.

Cuando dichos compuestos fueron colocados en un extremo de una herida experimental, la sulfanilamida produjo una elevada concentración en el extremo distal en menos de 2 horas, el sulfathiazol y la sulfanililguanidina produjeron una concentración bastante elevada en 2-6 horas, la sulfapiridina produjo solamente una concentración baja incluso en las 24 horas, mientras que la sulfadiazina produjo una concentración moderada en 6-24 horas.

---

La sulfanilamida se difundió lentamente por una capa de tejido muerto de 3 mm. de espesor y en 24 horas produjo una concentración al otro lado de unos 26 mg. por 100 ml.; el sulfathiazol y la sulfapiridina atravesaron la capa más lentamente y solo produjeron una concentración baja (3 mg.) al cabo de 24 horas. También se estudió la difusión de estos compuestos *in vitro*.

Si la capa de tejido con la cual están en contacto los compuestos está viva, con una circulación activa, la concentración en el lado opuesto de la capa no es nunca mayor que lo es en el cuerpo como conjunto.

De estos resultados experimentales se deduce que se coloca un compuesto de sulfonamida en la cavidad central de una herida pasará al exterior de las prolongaciones de la cavidad y se difundirá lentamente en el tejido muerto, pero no penetrará más que algunos milímetros del tejido con una circulación intacta; a este tejido se llega más rápida y eficazmente mediante administración oral.

La sulfanilamida es el más penetrante de los compuestos estudiados, el sulfathiazol penetra moderadamente y la sulfopiridina es la que menos penetra.

*Referencia:*—Marshall, E. K., Bratton, A. C., White, H. J. y Litchfield, J. T., (1940) Bull. Johns Hopk. Hosp. 67, 163.

B. M. I. S.

Manifestaciones tóxicas de la  
terapia antisifilítica. Nuevas  
observaciones sobre resistencia capilar

G. Horne, *Lancet*, p. 412-4, Marzo 1941.

Las hemorragias petequiales espontáneas van a menudo asociadas con intolerancia a la terapia antisifilítica.

En este trabajo, los autores continúan sus observaciones sobre la resistencia capilar en las manifestaciones tóxicas de la terapéutica antisifilítica con arsénico y bismuto, empleando un método de presión negativa (*Lancet*, 1938, 2, 66 y 610).

Se examinan 34 casos de intolerancia, detalles de 22 de los cuales han sido publicados. Estos comprenden 5 casos de púrpura, 11 de ictericia, 16 de eritema y dermatitis y 2 casos de reacción de va-

so-dilación. En cada uno de ellos la intolerancia fué asociada con resistencia capilar baja o disimulada. En 17 casos se dispone de determinaciones de resistencia capilar anteriores a la aparición de intolerancia y en cada uno de ellos la aparición de la intolerancia se ha visto que iba asociada con resistencia capilar disminuída. En ocho casos se hicieron determinaciones en serie y el comienzo de la intolerancia en cada uno de ellos se vió que iba precedida por una resistencia capilar decreciente o persistentemente baja.

Se sugiere que la determinación de la resistencia capilar puede ayudar a evitar la ocurrencia de intolerancia durante la terapéutica antisifilitica y otras formas de terapia con metales pesados.

B. M. I. S.

#### Casos psiquiátricos civiles

#### a consecuencia de raids aéreos

F. Brown, Lancet, p. 686-691, Mayo 1941.

Los casos psiquiátricos civiles se clasifican en los siguientes grupos:

1. Shock emocional leve y grave tratado mediante: historial detallado; poner al paciente a descansar con sedantes durante horas o días según la gravedad; y preparar su readaptación con terapéutica ocupacional o enviando al enfermo a un ambiente grato. Se necesita una fuerte experiencia de bombardeo para producir esta reacción en la gente normal.

2.—Psiconeurosis, generalmente histeria, acompañada de amnesia del incidente que la provoca. Estos casos han sido tratados mediante psicoterapia o narcosis con evipan con el fin de eliminar la anemia histérica, junto con una terapéutica ocupacional combinada con la continuación de la psicoterapia para tratar otros problemas reactivados por el bombardeo. Se precisa una experiencia de bombardeo muy grave para provocar una reacción histérica en una persona normal.

3. Psicosis, generalmente pánico y estados depresivos. La inseguridad personal se halla presente en la mayor parte de los casos que determinan una psicosis a consecuencia de bombardeo. Estos casos han sido tratados en las mismas formas que las psicosis correspondientes de tiempo de paz. Muchos casos de demencia senil se

---

precipitan por hospitalización después de raids aéreos. Las psiconeurosis establecidas, de tipo de estado de ansiedad y obsesivas, no son afectadas de ordinario por los raids. La mayor parte de los pacientes con psicosis establecidas no son tampoco afectadas por los raids aéreos.

B. M. I. S.

### Penetración cutánea

R. G. Harry, Brit. J. Derm. Syph., p. 65-82. Marzo 1941.

El método usual de evaluar la eficacia de una base emoliente mediante la incorporación a la misma de una droga adecuada que puede ser químicamente determinada en la orina, se presta a graves críticas. Tales experimentos miden la absorción y excreción de la droga activa y no expresan las propiedades penetrantes del vehículo en sí.

El autor ha utilizado métodos histológicos modernos en esta investigación que fué llevada a cabo en material post-mortem de ambos sexos y diversas edades que oscilaban entre los 18 meses y los 65 años, y en cobayas, conejos y ratas vivos. Algunas de las conclusiones sacadas se comprobaron en una pierna humana que fué amputada luego.

Las bases emolientes fueron aplicadas a la piel que fué separada con precaución para evitar la contaminación, y el material se mantuvo a temperatura orgánica durante 3 horas. En los experimentos en animales, el material se aplicó por untura dejándose permanecer en contacto con la piel durante 24 horas antes de la extirpación. Los cortes se obtuvieron por congelación con nieve carbónica.

Los métodos generales de examen comprendieron: a) aplicación de tintes adecuados en la base y examen microscópico del corte con luz visible (empleando rojo escarlata medicinal para la fase oleosa y azul tripano, sales de plata y hemalumbre para la fase acuosa).

b) aplicación de agentes terapéuticos químicos y revelado de su imagen en el porta por medios químicos (v. g. ungüento mercurial en untura, tratando el porta con solución diluida de sulfito sódico).

c) empleo de tintes especiales y examen por rayos infra rojos (p. e. usando verde naftol B.)

---

d) aplicación de aceites y grasas naturales (con y sin adición de sustancias fluorescentes) y examen de la profundidad de la fluorescencia producida.

Estos métodos se utilizaron para investigar la penetración cutánea con:

1. Aceites y grasas esenciales, vegetales y animales, simples.
2. Aceites y grasas minerales.
3. Aceites hidrogenados.
4. Emulsiones de tipo agua-en-aceite.
5. Emulsiones de tipo aceite-en-agua.
6. Variación del pH del vehículo.
7. Longitud de la cadena molecular de la molécula grasa.
8. Soluciones acuosas.
9. Aplicación de corriente galvánica.

### *Conclusiones*

Los aceites, grasas y sustancias acuosas en general, no penetran la epidermis intacta en extensión apreciable. Se produce cierta cantidad de difusión superficial, que aparece menos con aceites minerales, y alcanza el máximo con grasa animal y el isómetro activo del ácido linoléico (la llamada Vitamina F). En ningún caso ocurre tal penetración a más extensión que alrededor de un tercio de la profundidad de la capa córnea externa, lo que representa, en verdad, una difusión muy ligera.

La vía que sigue la absorción, es, en el caso de los aceites grasas y vehículos emolientes que contengan un grupo polar, a través de la apertura de los folículos pilosos y también a través de las glándulas sebáceas.

Los resultados confirmaron las excelentes propiedades penetrantes de los aceites esenciales (clavo, eucaliptos y trementina) y del ácido oléico. El aceite de hígado de bacalao, la lanolina, manteca, grasa de pato, vitamina F y oleil-alcohol, mostraron buenas propiedades penetrantes.

También se observó penetración en el caso de los siguientes aceites de arachis, aceite de pera Avocado, aceite de ricino, aceite de orujo, aceite de arachis hidrogenado, aceite de oliva y de tortuga, pero la absorción de parafina líquida y gelatina de petróleo, fué insignificante.

---

La presencia de grupos polares, ya sea con o sin agua presente, se ha visto que confiere propiedades penetrantes a los aceites y grasas minerales de otro modo no penetrantes y sirven para aumentar su adherencia a la superficie cutánea. No se obtuvieron pruebas que confirmen la teoría de que la longitud de la cadena molecular de la molécula grasa, sea de gran importancia en la penetración cutánea.

Aunque la absorción puede posiblemente efectuarse del bioplasma que tapiza las glándulas sudoríparas, no se obtuvo prueba confirmativa ni con aceites ni con soluciones acuosas.

En cremas emulsificadas, el agua no parece desempeñar papel alguno en la absorción. En cremas de agua-aceite, la fase oleosa es absorbida parcialmente, por las glándulas sebáceas cuando es de constitución adecuada, evaporándose probablemente algo del agua. En tipos de aceite-agua, ésta se evapora para dejar una capa de aceite que contiene el grupo polar que es absorbido. Se recomienda que el tipo de emulsión aceite-en-agua se recete en todo caso en que no sea una característica esencial la repulsión al agua. En el último caso (cremas protectoras) es preferible el tipo agua-en-aceite, empleando aceites animales o vegetales y grasas para la fase oleosa. Cuando, por cualquier razón, se emplean aceites minerales, deberá incorporarse un grupo polar.

Las variaciones del pH en tales cremas, no han ofrecido diferencia apreciable en su absorción.

B. M. I. S.

### El estornudo y la difusión de la infección

R. B. Bourdillon, O. M. Lidwell, *Lancet*, p. 365-367, Setiembre 1941.

En este artículo se da cuenta de los resultados de un estudio del tipo y dirección en que salpican las gotitas que salen de boca y nariz al estornudar, incluyéndose cierto número de fotografías. Las fotografías se obtuvieron a la luz de una descarga de condensador a través de una lámpara de vapor de mercurio, y se parecen a las instantáneas tomadas en los Estados Unidos por Edgerton y colaboradores (1937), Jenninson (1941) y otros. En una prueba después de un simple estornudo, crecieron 19.000 colonias de bacterias en una placa de Petri de 22 cm. de diámetro colocada verticalmente a 90 cm. del que estornudaba. Luego de un estornudo se-

---

mejante, para el cual el sujeto usó un pañuelo para detener las salpicaduras, solo creció una colonia de bacterias en la placa de Petri. Otros ensayos demostraron que una sencilla máscara transparente de acetato de celulosa de catorce centímetros cuadrados detiene casi todas las gotitas de un estornudo. En contraste con dichos métodos eficaces, el uso de una mano (bien sea abierta o cerrada) queda demostrado que tiene poca utilidad para evitar las salpicaduras de un estornudo.

#### *Referencias:*

- Edgerton, H. E., Germeshausen, K. J. y Grier, H. E. (1937)  
J. appl. Physics, 8, 2.  
Jennison, M. W. 1941) Sci. Mon. N. Y. 52, 24.

B. M. I. S.

#### **Tratamiento de la úlcera gástrica con Vitamina A**

S. F. Seelig. Guy's. Hosp. Rep., p. 41-54-1940-41.

En este trabajo se da cuenta de las observaciones sobre los resultados del tratamiento de trece pacientes con Vitamina A. Dichos enfermos fueron cuidadosamente seleccionados con el fin de que solo se tratase de casos de úlcera gástrica bien establecida, resistente al tratamiento médico y de más de un año de duración. Todos los pacientes fueron ambulatorios y la única forma de tratamiento administrada fué Vitamina A (Avoileum). No se pidió a ninguno de los enfermos que dejase de fumar y aunque no se aconsejó el consumo de bebidas alcohólicas, no se hizo ninguna objeción a la cerveza. Al principio, uno de los enfermos recibió aceite de hígado de bacalao que fué sustituido más tarde por el preparado puro de Vitamina A. La dosis de Avoileum varió entre 120,000 y 780,000 unidades internacionales diarias, pero la dosis diaria usual estuvo entre las 120,000 y las 240,000 unidades. Todos los pacientes tomaron la vitamina oralmente salvo en un caso, que recibió asimismo inyecciones intramusculares. No se observó efecto tóxico alguno aunque dichas cantidades exceden con mucho de los requerimientos diarios aceptados.

Las pruebas de los resultados del tratamiento se fundan en observaciones radiológicas, gastroscópicas y clínicas y sugieren que



son favorables. Salvo en dos casos—uno con contracción establecida del estómago en forma de reloj de arena, producida por una gran úlcera penetrante; y otro con una gran úlcera adherente—se ha conseguido la cicatrización de las úlceras. Observaciones llevadas a cabo en cuatro pacientes parecen indicar que la cicatrización debe haber comenzado de tres a cinco semanas después de empezado el tratamiento, pero los trastornos debidos al principio de la guerra hicieron difícil la comprobación en los demás.

El estudio continuado de dichos pacientes y experimentos ulteriores con el tratamiento, decidirán si los resultados son o no permanentes.

B. M. I. S.

#### Heridas en el corazón por arma de fuego

G. C. Turner, Brit. Med. J., p. 938-941, Junio 1941.

(Resumen publicado en el Bulletin of War Medicine, 2, 98,  
Noviembre, 1941.)

Aunque la mayoría de las heridas de corazón son fatales una determinada proporción requiere la atención del cirujano. No solamente causan lesión las heridas penetrantes, sino que puede producirse contusión y laceración sin lesión externa, como resultado de una explosión cercana. Las causas inmediatas de fallecimiento son shock y hemorragia y desorganización del corazón, y a estas, en fecha posterior puede añadirse sepsis y embolia. Un superviviente de lesión cardíaca puede llevar una vida normal, pero a menudo existen signos de disnea e irritabilidad del corazón, así como cierto número de síntomas funcionales que no son secuelas anormales de una lesión de este orden. Además de referirse a ciertos casos propios, el Profesor Grey Turner cita las cifras de Decker (1939), quien recogió 100 casos en los cuales un cuerpo extraño, retenido había sido hallado en vida. El cuerpo extraño puede a veces descansar sin peligro encajado en una cápsula fibrosa, pero en otros casos actúa como tapón temporal en el músculo cardíaco o produce una cicatriz que, por debiliación, puede conducir a una dilatación aneurismática. A veces se produce embolia, debido a la proximidad del proyectil al endocardio, y de vez en cuando el cuerpo extraño

abandona su sitio y pasa a la corriente sanguínea constituyendo por sí mismo un émbolo.

*Tamponamiento cardíaco.* Es este un síndrome producido por efusión de sangre en el pericardio funcionalmente intacto. Como la sangre no puede salir de la bolsa serosa, ejerce presión sobre el corazón, primero afectando las grandes venas y luego las aurículas de paredes delgadas. La presión sanguínea desciende y el pulso aumenta, mientras que en la parte venosa de la circulación la presión aumentada dá lugar a venas dilatadas en cuello y rostro. Dominan los síntomas de opresión sobre la región precordial, miedo e inquietud incontrolables, y el aspecto varía desde la palidez del shock a la cianosis con sudoración profusa. Este estado hace rápidos progresos hacia un fin fatal de no poder aliviarse la tensión intra-pericardial. Si existe la menor esperanza de éxito, debe intentarse la cirugía activa; pero habrá de tenerse en cuenta que las medidas simples de hacer salir la sangre del pericardio pueden carecer de eficacia si se deja sangrando una herida en el músculo cardíaco. El autor resume tal estado de cosas diciendo que "preservar de un género de muerte hemorrágica no dará crédito alguno a la cirugía si el paciente ha de sucumbir de otra". Por consiguiente, si la hemorragia persiste después de aliviar el tamponamiento, deberá exponerse el corazón debidamente, tratándose la herida del músculo.

*Tratamiento de urgencia.* El tratamiento de urgencia de las heridas abiertas aparte de aliviar el tamponamiento, comprende la excisión de la herida parietal, sutura de las lesiones viscerales y eliminación de cuerpos extraños si son estas de fácil acceso. Se sugiere sin embargo que los proyectiles profundamente encajados o que no se alcancen con facilidad, deberán dejarse donde están en esta fase. En estas circunstancias el peligro de infección es considerable, y se hace otra sugestión con el fin de que se establezca drenaje del pericardio.

Para la *Eliminación de Cuerpos Extraños*, se requiere la libre exposición del corazón, pero, así y todo, no es siempre fácil localizar el proyectil. Una vez descubierto en el músculo cardíaco, se hace una incisión entre dos suturas firmemente situadas, que pueden utilizarse para controlar la hemorragia y facilitar la sutura. El cuerpo extraño habrá de ser suavemente extraído del corazón, de manera a evitar riesgo de laceración, que puede fácilmente producirse si se fuerza indebidamente. La incisión se cierra mediante una

---

serie de pequeños puntos colocados a unos seis milímetros uno de otro y a aproximadamente la misma distancia de los bordes de la herida. No deberán colocarse demasiado profundos que penetren en el endocardio y no deben ser anudados fuertemente. Otras medidas auxiliares para asegurar una hemostasis completa son la presión digital, suturas adicionales o un injerto de músculo.

*Exposición del corazón.* En algunos casos es posible ensanchar la boca de la herida de manera a obtener la exposición del pericardio y corazón; y si la cavidad pleural se encuentra ya complicada, la extensión de la herida hacia un espacio intercostal, seguida de separación de las costillas, proporciona un buen acceso. Como vía de acceso corriente se recomienda la operación preconizada por Kocher, con preferencia al método de sección vertical del esternón.

El Profesor Grey Turner describe e ilustra en detalle el procedimiento de Kocher para la exposición del corazón y hace comentarios valiosos sobre el curso que debe adoptarse una vez expuesto aquél. El órgano es sorprendentemente difícil de manejar y complicado a la palpación, ya que durante el sístole se pone duro como una piedra. El empujar el corazón hacia un lado o hacerlo girar no parece tener malos efectos, pero si se toca su base puede darse lugar a trastornos graves en su acción y ritmo. A menudo resulta una ayuda como retractor una sutura colocada profundamente a través del músculo en la punta y ayuda a aquietar esta víscera tumultuosa durante su manipulación. También se dan detalles de como se detiene una herida que sangra y de su reparación; y los ejemplos citados de curaciones teatrales servirán de estímulo en sus esfuerzos al cirujano quien, de otro modo, se sentiría tentado a abandonar al enfermo a su suerte casi seguramente fatal.

B. M. I. S.

### Algunos efectos de las Vitaminas

#### B y C en enfermos seniles

W. Stephenson, C. Penton, V. Korenchevsky, Brit. Med. J. p. 839-844, Diciembre 1941.

Cuarenta enfermos seniles fueron tratados con el complejo vitamínico B y la vitamina C, durando el periodo de observación alrededor de un año y administrándose el complejo B como levadura desecada en dosis sencillas de 25 gramos tres veces a la semana. La levadura se suplementó con tabletas de aneurina (B1) de 5 o

3.3 mg., lectoflavina de 5 o 3.3 mg. y ácido nicotínico de 50 o 3.3 mg., en cada caso, administradas tres veces a la semana.

La Vitamina C se administró en forma de ácido ascórbico puro 200-300 mg., tres veces por semana. El estado de estos enfermos se comparó con el de 18 pacientes seniles de un grupo de control, que recibieran tabletas inocuas. Todos los pacientes se hallaban sometidos a la dieta de hospital acostumbrada, no rica en vitaminas.

El tratamiento con vitaminas B y C, como con cualquier otro remedio, no detuvo el desarrollo biológicamente inevitable de la senilidad, y por consiguiente no afectó aquellas características y se hallan presentes incluso en el tipo más fisiológico de senilidad.

Sin embargo, mediante el tratamiento de ancianos con vitaminas fué posible evitar o mejorar, en algunos casos hasta un grado notable, algunos de dichos caracteres seniles que pudieran ser considerados como patológicos porque aparecen prematuramente o en un grado extremo (v. g. deterioro muscular, cardiovascular y mental) o que no parecen ser inevitables en la senilidad fisiológica normal (v. g. demencia, insomnio, erupciones cutáneas y picores, estreñimiento).

Durante el período de observación se constató en numerosos casos la mejoría o desaparición (aparentemente no de naturaleza durable) de algunos de los rasgos patológicos seniles, en tanto que cierto número de otros casos no mejoró con el tratamiento, y algunos pacientes que se habían visto libres de ciertos caracteres seniles, los desarrollaron durante el tratamiento y a pesar del mismo.

No obstante la modestia y relativa limitación de los resultados que pueden esperar los ancianos del tratamiento con vitaminas, parece claro que en los casos adecuados la mejoría obtenida en algunos caracteres patológicos seniles, pueda ser considerable.

Los autores creen que sus resultados proporcionan un fuerte apoyo al argumento, puesto repetidamente de relieve por varios especialistas en la moderna ciencia de la nutrición, de que debe tenerse sumo cuidado en evitar las diferencias parciales o latentes de vitaminas, al parecer ampliamente extendidas entre la población. Esto dará por resultado no solamente la evitación de ciertas enfermedades de carencia sino asimismo, probablemente, la posibilidad de una senilidad menos patológica.

B. M. I. S.

---

## Bibliografía

### Tratado de Patología Quirúrgica

Por los doctores *Basset, Constantini, Jeanneney, Maissonnet, Miginiac.*

### Urología.—Aparato genital del hombre.

Por *J. Maissonnet*, Teniente Coronel de Sanidad, Profesor en el Hospital Militar de Val-de-Grace

*Salvat Editores, S. A.* 41 Calle Mallorca 49. Barcelona.

Los médicos hispano americanos estamos de plácemes con la aparición de la primera edición en castellano del Tomo VI del Tratado de Patología Quirúrgica, que dirigen los sabios profesores franceses *Basset, Constantini, Jeanneney, Maissonnet y Miginiac.*

La nueva obra está consagrada exclusivamente a **UROLOGIA y APARATO GENITAL DEL HOMBRE**. Elegantemente presentada consta de 1036 páginas con 433 figuras en el texto y 10 láminas en color fuera de él. Su autor el Prof. *Maissonnet*, es ampliamente conocido en el mundo entero como uno de los portaestandarte de la Urología Francesa.

Claridad, método y documentación científica constituyen las características de este libro.

Importancia especial da el autor al estudio clínico de los pacientes, sin menospreciar los informes del laboratorio que coadyuvan en el diagnóstico y pronóstico médico quirúrgico en Urología.

Lo que más cautiva en este tratado es, sin duda alguna, su sentido práctico. Escrito con estilo clásicamente científico y con "souplesse" de expresión, a medida que avanza su lectura, crece el interés del lector sin producir fatiga mental. Desprovisto de fastidiosas citas bibliográficas, el A. encara fluidamente los puntos fundamentales de las cuestiones y problemas planteados. Por eso conceptuamos que esta moderna obra de Urología no debe faltar en las bibliotecas de estudiantes, médicos generales y urólogos.

---

He aquí los títulos de las importantes secciones de que consta el Tratado de Urología del Prof. Maissonner.

*Afecciones quirúrgicas de los riñones, Afecciones quirúrgicas del uréter, Afecciones quirúrgicas de la vejiga, Afecciones quirúrgicas de la uretra, Síndromes genitales, Afecciones quirúrgicas del escroto, del testículo, del Epididimo y de la Vaginal, Afecciones quirúrgicas del cordón espermático, de las Vesículas seminales, de la prostata y del pene.*

J. Z.

#### **La anestesia por el Eter**

Por el Dr. Ricardo Jiménez Núñez, San José, 1941.

Es una obrita que en 63 páginas resume los puntos cardinales sobre anestesia por el éter. Está escrita con lenguaje llano al alcance de enfermeras y estudiantes. La claridad de concepto es secundada por un estilo ameno y atractivo. La precisión del lenguaje técnico, el tino en la recopilación de las nociones medulares en materia de anestesia y, por sobre todo, los comentarios y observaciones personales hacen del libro del Dr. Jiménez, un trabajo de inestimable valor científico.

La frase final del prólogo sintetiza nuestro pensamiento. Dice el Dr. Carlos Luis Valverde: "Es la obra de un hombre competente que ha visto con sus propios ojos y que sabe explicar lo que vió."

J. Z.

#### **La pereza en los escolares**

Por el Dr. Pablo Luros, San José, 1941.

Este folleto es sumamente instructivo para maestros y padres de familia.

El A. después de definir la pereza pasa en revista los diversos factores etiológicos: causas fisiológicas, espirituales, psíquicas, pedagógicas, sociales y morales.

Aborda con propiedad el intrincado problema que tanto preocupa a pedagogos, psicólogos y médicos.

J. Z.

---

### El sentido de la vida

Por el Dr. Pabo Luros, San José 1941

Interesantes páginas de índole filosófica. Desarrolla 8 capítulos: I. La posición del problema. II. Datos del problema. III. La división del problema. IV Sujeto-Tierra. V. Otros sujetos. VI. Sujeto Hetero-Sexual. VII. Las soluciones de los problemas. VIII. Las pruebas de la solución correcta.

Concluye su tesis el Dr Luros diciendo:

*"Inducimos que el sentido de la vida humana terrenal es el esfuerzo por la felicidad del conglomerado, la igualdad, la justicia, la fraternidad y la solaridad entre todos los hombres, o sea el reino de Dios sobre la tierra."*

J. Z.

### Por los países del Caribe

Por el Dr. Mario Luján Fernández, San José C. R., 1941

Es un folleto de 5 páginas elegantemente presentado escrito con amena prosa y fluidez de estilo, y en el que el autor nos relata sus impresiones de viaje y estudio por los países del Caribe. En su calidad de representante de Costa Rica ante el Congreso Internacional del Caribe el Dr. Luján, actual Secretario de Salubridad de Costa Rica, supo llenar su cometido a satisfacción plena de los costarricenses. En un anhelo de superación de nuestras Instituciones de Higiene Pública y de Protección Social, visitó Panamá, Puerto Rico, Cuba y Haití. Suscintamente analiza y comenta los diversos engranajes sanitarios y médico sociales de las hermanas repúblicas. Esboza un plan para la creación de un Instituto del Cáncer en Costa Rica.

Al A. finaliza su folleto recalcando el papel trascendental que ha jugado la Institución Rockefeller en el desenvolvimiento de la Higiene Pública en Costa Rica. Dice: "No existe una sola manifestación en nuestra vida sanitaria que no ostente las huellas de la Institución Rockefeller". Por último, en una apreciación de conjunto, el Dr. Luján exalta los méritos de los Dres. Calderón Muñoz, Núñez Frutos, Peña Chavarria, Wells, Porter y Crawford, quienes han cooperado respectivamente en la lucha antituberculosa, en la

---

estructuración de las Unidades Sanitarias, en la campaña contra la malaria y en los demás problemas de orden sanitario, auspiciados por la Fundación Rockefeller y por los respectivos Jefes de Estado de Costa Rica.

J. Z.

### **La Escuela de Enseñanza Especial**

Por el *Prof. Centeno Güell*, San José, C. R., 1941.

Por Decreto Ejecutivo del 23 de Julio de 1940 fué creada la Escuela de Enseñanza Especial para niños retrasados mentales y para disártricos.. La dirección de tan importante centro educacional fue sabiamente confiada al Prof. Centeno G. En las páginas del folleto profusamente ilustrado que comentamos, están condensados el origen, finalidad, organización y funcionamiento de la nueva escuela. A nuestro juicio la labor realizada supera ampliamente los propósitos perseguidos. El relato de la estructura técnica que rige en ese centro educacional no puede menos que enorgullecernos, en especial, para quienes como nosotros, siempre tuvimos fe en la capacidad científica del Prof. Centeno, a cuya iniciativa y laudable esfuerzo se debe la moderna Institución médico pedagógica.

J. Z.

### **Reseña histórica del Régimen Constitucional de Costa Rica**

Por el *Lic. Marco Tulio Zeledón*, San José, C. R. 1941

La publicación cuyo título antecede, premiada con medalla de oro en reciente concurso universitario, forma parte del texto inédito "Lecciones de educación cívica". Por la índole del tema, ajena a los fines de esta Revista, nos abstenemos de externar opinión sobre él, contentándonos con acusar recibo y agradecer el envío del estudioso abogado, Jefe del Departamento Jurídico de Salubridad.

J. Z.

---