

Año XVI



No. 181

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

Sumario

Pág.

- | | |
|--|-----|
| I. Algunas consideraciones
sobre treinta casos de
Prostatectomía, según la
Técnica Supra-Pública de
Freyer, por el Dr. Fer-
nando Coto Chacón | 417 |
| II. Actualidades | 428 |
| III. Bibliografía | 436 |

SAN JOSE, COSTA RICA

MAYO 1949

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUÍN ZELEDON

DIRECCION Y ADMINISTRACION: Calle 2ª Avenida 2ª y 4ª
Apartado 978 ————— Teléfono 2928

Secretario de Redacción: Dr. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

Dr. RAUL BLANCO C., Ministro de Salubridad Pública.

Dr. CARLOS DE CESPEDES, Presidente Del Colegio de Médicos
y Cirujanos.

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

Tomo VIII

San José, C. R., Mayo de 1949

No. 181

Año XVI

Algunas consideraciones sobre treinta casos de Prostatectomía, según la Técnica Supra-Pública de Freyer *

Por el Dr. Fernando Coto Chacón

El comentario que hoy sometemos a la consideración de Uds. no es el producto de una larga experiencia, y por consiguiente no pretende imponer normas de ninguna especie, pero sí creemos que es el resultado de la observación minuciosa de una serie de pacientes que sufrían de hipertrofia de la próstata, a quienes hemos tenido oportunidad de seguir personalmente. Por tanto consideramos que algunas conclusiones de orden práctico podemos deducir de su examen, y es precisamente con ese pensamiento que nos hemos permitido hacer el comentario que a continuación exponremos. Por lo demás también nos interesa, muy especialmente, el estudio detallado de la anestesia a emplear en este tipo de enfermos, ya que todo paciente que ha de ser sometido a una prostatectomía requiere cuidados especiales, por tratarse casi siempre de personas de edad avanzada, y generalmente en muy malas condiciones de equilibrio humoral. No debe olvidarse también que frecuentemente el funcionamiento de sus riñones es deficiente, la tasa de úrea sanguínea suele ser elevada y la diuresis disminuida. Generalmente en el tipo de pacientes que ocupa nuestra atención ya existe una orina infectada y en no pocos casos.

* Trabajo presentado al Centro de Estudios Médicos "Moreno Cañas", el 26 de Agosto de 1949.

debido a un factor mecánico, se aprecia ya una distensión del aparato excretor. Todo lo anterior, naturalmente, repercute seriamente sobre el organismo en general, y éste, ante cualquier traumatismo u operación presenta una labilidad mayor. Las anteriores consideraciones se manifiestan también cuando ese organismo es sometido a la acción de un anestésico cualquiera, y con mayor razón cuando se emplea la raquídea, que es la que hemos usado en casi todos nuestros casos.

Desde agosto de 1947, hasta la fecha, hemos tenido la oportunidad de intervenir treinta tumores prostáticos, distribuidos como sigue: siete en 1947, nueve en el 48 y 14 en los seis meses primeros del año que corre. Del total de estos prostáticos operados, el más joven lo fué un individuo de cincuenta y dos años y el de edad más avanzada uno de ochenta y cinco años. En general la edad media fluctuó entre los 65, y los 75 años.

Por lo regular se trató de enfermos en muy malas condiciones generales, lo que motivó la necesidad de una preparación previa, que elevó consecuentemente la estancia en el Hospital. Fueron las condiciones generales anotadas lo que nos indujo a tratar a estos pacientes de acuerdo con la técnica operatoria de Freyer. Hubo pues necesidad previamente de colocar a nuestros enfermos en mejores condiciones y tratar por todos los medios a nuestro alcance de normalizarlos, para lo cual, como medida previa, drenamos ampliamente la orina, recurriendo en unos pocos casos a la sonda permanente, y a la talla vesical en la gran mayoría.

Como cuidados pre-operatorios administramos, en cada caso, suero glucosado o salino isotónico gota a gota, durante varios días, de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Vitamina "C", 500 a 1.000 miligramos diarios por vía endovenosa; Vitamina "K", una o dos ampolletas durante cuatro a seis días antes; líquidos en abundancia y una dieta hipoazoadá, formada principalmente por frutas y verduras. Tratamos al mismo tiempo la necesaria mejoría del estado anémico y avitaminósico que un buen número de enfermos presentaba, —cuadro muy frecuente en nuestro medio—, con cápsulas de sulfato ferroso, complejo "B", y en ocasiones tiamina a altas concentraciones.

Como elementos de juicio para determinar la oportunidad operatoria recurrimos al desaje de la úrea, cuya cifra consideramos debe estar por debajo de 0.30 gramos por mil de suero, y algunas pruebas de eliminación renal, como las de la sulfofenoltaleína.

Decidida la intervención se le administró siempre al enfermo una cápsula de 10 centigramos de nembutal la noche anterior, y media hora antes de la intervención quirúrgica otra, además de una ampolleta de sedol o de morfina.

En general, las condiciones de los pacientes fueron las siguientes. El hemograma fluctuó entre 2.250.000 glóbulos rojos con 46% de hemoglobina y la cifra normal. Insistimos en señalar que la gran mayoría presentó un cuadro anémico franco, lo que hizo más delicada la operación. Sin embargo, gracias a la transfusión, durante y después de la operación, logramos tener éxito en la mayoría de los casos. La uremia más alta que pudimos comprobar fué de un gramo, habiendo sido intervenidos todos los pacientes que comentamos con un promedio de 0.25 gramos por litro de suero, —ya que gracias a una medicación cuidadosa logramos reducir fácilmente su tasa sanguínea. La creatinina llegó a marcar 4.50 miligramos, pero ninguno de los pacientes que presentaron una tasa alta de creatinina llegó a tener complicaciones.

En todos los enfermos el estado renal, tanto por exámenes de orina corriente y pruebas de eliminación, indicó buenas condiciones. Aparte de pequeñas cantidades de albúmina y por lo regular de pus, secundarios a una prostatitis agregada, y las más de las veces por el manipuleo durante los calibrajes practicados, no encontramos otra cosa de importancia.

La reacción de Kahn practicada de rutina, salvo en dos casos, siempre fué negativa; pero la evolución fué igual en todos. El tiempo de coagulación fluctuó entre 4 minutos y 14 minutos con 15 segundos; el tiempo de sangría entre 3 y tres y medio minutos. El examen pulmonar, y también el cardíaco, desde un punto de vista radiológico, salvo un ensanchamiento aórtico discreto, siempre fué negativo. Sólo en dos casos encontramos una prostatitis a diplococos de Neisser, pero ellos fueron debidamente tratados. Cabe aquí recordar que algunos operados, en que se ha hecho el tratamiento adecuado a una prostatitis a diplococos, concomitante con un adenoma, se observan fenómenos cistíticos marcados post operatorios.

Con relación a la anestesia empleada podemos informar lo siguiente. En veintitrés enfermos practicamos la raquídea y en los otros siete restantes empleamos otro tipo de anestesia. De éstos últimos siete pacientes se les administró a cuatro la anestesia empleada por el Dr. Enrique Berrocal Uribe, que consiste en hacer, media hora antes del acto operatorio, un enema a retener con 70 gotas de láudano de Sidenham y tres gramos de antipirina, practicando después la anestesia local, con novocaína al 2%, de los planos superficiales y de los plexos nerviosos profundos prevesicales y prostáticos, e instilación con novocaína de la vejiga. Obtuvimos muy buenos resultados en dos de los pacientes, y una anestesia que dejó mucho que desear en otros dos.

A los otros tres pacientes, —de los siete que estamos comentando—, se les administró el mismo tipo de anestesia ante-

rior descrita, con resultados negativos, razón por la cual nos vimos precisos a echar mano de otro tipo de anestesia. En estas circunstancias especiales, empleamos el pentotal para finalizar esas intervenciones quirúrgicas.

De las consideraciones anteriores, —relacionadas con los enfermos no raquí-anestesiados—, podemos concluir, que salvo dos casos en que obtuvimos buenos resultados, en el resto no se consiguió lo que se deseaba. Hubo necesidad de terminar el acto operatorio con otro anestésico, empleando de preferencia el pentotal, en atención a que algunos de los pacientes presentaban alguna cardiopatía o bien fenómenos congestivos pulmonares, característicos de la edad avanzada (bronquitis crónica, arterioesclerosis etc.), debidos, aquéllos, a la larga permanencia en cama, descartando por las razones mencionadas el éter. Consideremos eso sí, que siempre corrimos un riesgo al usar un anestésico de empleo peligroso, en individuos semi-intoxicados, con algún compromiso hepático, como lo es seguramente el prostático que ha hecho retención de úrea.

Consideramos de interés, antes de exponer lo observado por nosotros en los veintitrés pacientes en que practicamos la raquí-dea, hacer un breve comentario relacionado con este tipo de anestesia.

Incidentes inmediatos a la Raquídea.—En primer término puede presentarse la situación de falla de la raquianestesia, debida casi seguramente a un defecto en la técnica empleada. También pueden presentarse, sudores, palidez, náuseas, y en algunas ocasiones hasta vómitos. Generalmente estas molestias se producen con mayor frecuencia cuando se ha empleado una dosis elevada del anestésico, o bien, cuando es colocado prematuramente el enfermo en posición de Trendelenburg. Con alguna frecuencia podemos observar también incontinencia o relajamiento de los esfínteres.

Accidentes.—Entre los accidentes de mayor importancia mencionaremos el síncope, caracterizado porque la respiración, algunos minutos después de efectuada la punción, se torna superficial. El enfermo presenta ligera agitación, palidez marcada, los movimientos respiratorios van desapareciendo poco a poco y se produce una hipotensión acentuada, con todo lo cual podemos decir que el paciente ha entrado en síncope respiratorio, como consecuencia de la parálisis de los centros bulbares, provocada por la acción del anestésico sobre éstos. Si este cuadro no cede con la terapéutica corriente, —respiración artificial, efedrina, etc.—, tenemos el síncope cardíaco por parálisis del corazón y finalmente la muerte.

Indicaciones y contra-indicaciones.—La raqui-anestesia, cuyos comienzos fueron difíciles y accidentados, ha dado ya pruebas de su eficacia, por lo que hoy día se usa de elección en muchos casos. Puede hacerse perfectamente desde los primeros años de edad hasta la vejez. Sin embargo su uso es preferible en adultos y viejos, quienes la toleran admirablemente. Su empleo está indicado, como lo sabemos, en casi todas las afecciones ginecológicas, del abdomen en general y muy especialmente, por lo que concierne a nosotros, en la cirugía urinaria y prostática en particular.

Está contraindicada en los niños menores, en los estados de caquexia y de shock, en enfermos hipotensos, especialmente los que presentan anemia por hemorragia, en las toxemias, septicemias, peritonitis con perforación y en casi todos los tuberculosos.

Ventajas e inconvenientes.—Realmente la anestesia raquídea constituye un excelente método, al que puede dársele preferencia siempre y cuando no haya contraindicación. Cuenta a su favor el ser una anestesia regional y troncular; además, fácil de practicar. Por otro lado, determina una anestesia perfecta, con una relajación muscular absoluta en la región anestesiada, lo que determina un silencio abdominal completo. No suprime la conciencia. No es molesta como una anestesia general, ni va acompañada de ese cortejo de sensaciones desagradables que la última provoca. Con la raquianestesia se evita también una serie de complicaciones de orden pulmonar y hepático. Tiene por otro lado la gran cualidad de poder ser usado en cardíacos, hepáticos, renales, y aún, con ciertas restricciones, en diabéticos.

Como grave inconveniente de la raquídea apuntaremos el hecho de que una vez introducido el anestésico en el canal, su acción no puede ser graduada.

Secuelas.—En primer término puede presentarse como secuela la cefalea, que constituye la molestia más frecuente, pudiendo observarse inmediata o tardía, ligera o muy intensa, acompañarse o no de rigidez de la nuca, de vómitos y con alguna frecuencia de raquialgia. Llegando en algunos ocasiones a determinar un típico estado de meningismo. No entraremos aquí a analizar su patogenia y sólo diremos que unos la relacionan con la hipotensión producida por la punción, y otros con la hipertensión del líquido céfalo-raquídeo, determinada por el anestésico.

Esta complicación pasa fácilmente, pero cuando ella persiste a pesar de los tratamientos ya conocidos y se torna muy molesta, es aconsejable hacer una nueva punción extrayendo a lo sumo 20 cc. de líquido.

Una segunda complicación es el vómito, que puede ser inmediato o tardío, y que cede con facilidad.

Hipertermia.—Se produce el primer día; la temperatura sube a 39 y 40 grados, alarmando al cirujano, que la atribuye a la operación sin existir causa alguna. Por gran suerte es poco frecuente y desaparece en forma espontánea.

Raquiálgia.—Tanto el dolor como la rigidez del segmento de columna en que se efectuó la punción, son raros y motivados por el uso de agujas de grueso calibre o en mal estado.

Retención de orina.—Común a todas las anestésias, carece de importancia desde el punto de vista de nuestros intervenidos, pues el drenaje vesical colocados a los mismos es siempre amplio.

Parálisis de los Miembros Inferiores y Meningo-mielitis.—Lo mismo que la parálisis de los músculos del ojo son complicaciones sumamente raras.

Asimismo, los trastornos tróficos, psíquicos y esfinterianos son excepcionales.

Para terminar los apuntes anteriores, relacionándolos con nuestro trabajo, debemos decir que a los veintitrés pacientes a quienes se les practicó la anestesia raquídea, se les administró una dosis máxima de 10 a 12 miligramos de tetracaína diluida en 5 cc. de suero glucosado al 10%. La punción se practicó regularmente entre la segunda y tercera vértebras lumbares.

Observaciones

Pudimos apreciar en los enfermos a nuestro cuidado un descenso en la presión, casi inmediatamente después de colocar la inyección de tetracaína en el canal raquídeo, y por el anterior motivo siempre usamos, concomitantemente algunas veces y en otras en el momento de señalarse la baja de la presión, una inyección subcutánea de clorhidrato de efedrina.

Es interesante anotar aquí que los enfermos con hipertensión arterial, en el momento de iniciarse la operación, y sin relación con el grado de aquella afección, sufrieron las mayores y más rápidas bajas de presión. Lo anterior nos da base para considerar que este tipo de enfermos, —el hipertenso—, es el que más está expuesto a presentar un accidente, si el anestésista o el cirujano se confían. Conviene siempre pues, cuando estamos frente a un caso que acusa una hipertensión arterial, tomar las precauciones oportunas y administrar una inyección de efedrina, o de cualquier otro estimulante de este tipo, al mismo tiempo que practicamos la anestesia raquídea. Si la presión baja a pesar de las precauciones anteriores, de diez a veinte puntos, se impone una nueva inyección de efedrina, con lo que se detiene el peligroso descenso y se normaliza el estado del enfermo.

Iniciada la extirpación del tumor, una vez pasado el primer shock, nuestro paciente tipo siempre se mantuvo en buenas condiciones hasta el momento mismo de desprender la próstata. Tiempo en el que apreciamos una segunda baja de la presión, con lo que el enfermo entra en ligero estado de shock, presentando sudoración fría y pulso rápido, pero manteniendo siempre un estado general y psíquico buenos. Esta nueva situación se mantuvo durante mayor tiempo que el shock inicial o propiamente anestésico, pero gracias al uso del suero isotónico, gota a gota endovenoso, ya sea glucosado o salino según el caso, o bien a la transfusión de sangre inmediata, nuevamente el enfermo se recuperó. En esta segunda oportunidad más lentamente, pero en forma progresiva hacia la normalidad.

Posteriormente, a la extirpación del tumor, y aun durante el taponamiento del lecho prostático, los pacientes se mantuvieron, salvo raras excepciones, en magníficas condiciones y con una presión constante.

Finalizada la intervención quirúrgica, el enfermo fué tratado con penicilina a razón de 25.000 unidades cada tres horas, día y noche, con un total de 500.000 a 1.000.000. Además coagulantes (coaguleno, vitamina K, etc.), de dos a cuatro ampolas diarias, durante cuatro a seis días; bolsa de hielo permanente en el hipogastrio; un litro de suero isotónico, glucosado o salino según el caso diariamente durante los cuatro a seis primeros días; sin olvidar los analgésicos necesarios durante el primer día.

La evolución de nuestro paciente durante los primeros días del post operatorio fué buena, presentando eso sí, regular cantidad de sangre en la orina,—especialmente durante el primero y segundo días, que disminuyó rápidamente con el transcurso del tiempo, pudiendo afirmar que todos los enfermos, más o menos alrededor del quinto al séptimo día, ya presentaron orina turbia sin sangre.

Entre el quinto y el séptimo día, aproximadamente, después de operado, procedimos a retirar la gasa que hacía de tapón en la celda prostática, y fué en es acto donde pudimos apreciar que es precisamente el momento más grave para un prostatectomizado según la técnica supra-pública de Freyer, pues siempre tuvimos que confrontar complicaciones de hemorragia inmediata y aún tardía (un día después), que tomó en algunos casos caracteres gravísimos que nos obligó, en dos oportunidades, a retaponar dos pacientes, manteniendo la gasa durante unos días más.

La experiencia anterior nos ha enseñado, que lo más indicado en estos casos es retirar parte de la gasa, si es una sola, y uno o dos días después el resto, aconsejando aun hacerlo en tres tiempos. Lo mismo pensamos si se tratara de más de una gasa.

Creemos que si seguimos siempre la línea de conducta anterior, no tendremos más esas hemorragias desagradables que alarman al médico y ponen en un grave peligro innecesario la vida del paciente.

Alrededor de tres a seis días después de retirada la gasa, colocamos una sonda uretral fija y retiramos el tubo vesical. Posteriormente, de cuatro o seis días más tarde, retiramos a su vez la sonda uretral, y con esto los enfermos continúan orinando, más o menos bien, por la uretra, y aunque sucede que eliminan alguna cantidad de orina por la herida operatoria suprapúbica, pasa pronto el fenómeno y el paciente continúa hacia la normalidad rápidamente.

Debemos advertir que observamos un cierto número de enfermos en los que no hubo necesidad de colocar la sonda uretral, ya que empezaron a orinar espontáneamente, aun antes del retiro de la gasa-tapón.

Unicamente intervenimos tres enfermos en un solo tiempo y de ellos, uno falleció dieciséis días después de operado, refiriéndome a este caso, en detalle, más adelante.

Un segundo paciente presentó como secuela una incontinencia de orina, habiéndosele dado el alta en esas condiciones. Cabe agregar aquí, que sabemos de algunos casos similares intervenidos, unos por el Dr. Enrique Berrocal Uribe y otros por el Dr. Carlos Aguilar, que después de un tiempo, más o menos largo, curaron completamente. A pesar de lo anterior, no adelantamos juicio respecto del porvenir de nuestro operado.

Un tercer intervenido en un solo tiempo lo fué un individuo de 260 libras de peso, con muy buen estado general, en el que logramos un éxito completo.

Del total de los treinta casos que estamos analizando fallecieron tres, y de ellos uno, el primero, que corresponde a los intervenidos en el año 48, el cual consideramos no debe ser tomado en cuenta como caso estadístico de valor, ya que su muerte ocurrió en circunstancias muy especiales. El enfermo fué operado justamente el día en que se iniciaba una huelga de brazos caídos en el país. Hubo por consiguiente ese día la natural alarma del primer momento, enterándose el paciente, esa misma tarde, que uno de sus hijos, "el más querido", según sus palabras, había sido obligado por las fuerzas del gobierno a prestar servicios en un sitio sumamente peligroso, de donde ya habían sido retirados algunos heridos graves. Por otro lado el Servicio donde fué operado tuvo el mencionado día mucha actividad. Hubo necesidad de desalojar los pacientes de una de las salas, donde se encontraba nuestro enfermo, con el fin de preparar sitio para la emergencia que se presentaba. En fin, el paciente anduvo de un sitio para otro.

y como todo el personal estaba preocupado con el desarrollo de los sucesos, pensamos que también existió parte de abandono involuntario de los encargados de vigilar el post operatorio. Decimos lo anterior recordando que el enfermo había salido en perfectas condiciones de la intervención, comenzando a sangrar pocas horas después, y pese a que contamos con la sangre suficiente que su estado requería, ya que se le transfundió, no fué posible rescatarlo, falleciendo. Este paciente tenía 75 años, prestaba además una leishmaniosis de la nariz, sitio donde una biopsia señaló además la existencia de un epiteloma. Cabe advertir finalmente, que este fué el único caso en que empleamos el saco hemostático de Folley.

Un segundo paciente falleció; lo fué un individuo de 76 años edad, que murió 16 días después de la intervención, habiendo presentado como complicación, justamente el mismo día en que retiramos la gasa, una parálisis intestinal rebelde, que no cedió con la terapéutica habitual. Debemos reconocer aquí, que pensamos haber cometido un error al intervenir en un solo tiempo operatorio a un paciente con mal estado general. Además nos ha quedado la duda de que puede haber habido antecedentes diabéticos, a pesar de no haberse encontrado al hacer la historia clínica. Decimos lo anterior, porque pocos días antes de la intervención, un examen de glicemia nos dió 3.50 gramos de azúcar por litro de suero, informándonos un reporte posterior 115 miligramos, atribuyendo lo último a haberle estado inyectando diariamente suero glucosado isotónico endovenoso. Está por demás anotar que no empleamos la insulina. Este enfermo sufría también una hernia inguinal izquierda y de antecedentes de una vieja úlcera duodenal.

Un tercer y último paciente fallecido fué un individuo de 68 años de edad, el que, a pesar de haber sido operado en buenas condiciones, y de haber soportado perfectamente el acto quirúrgico, pocos días después presentó un estado carencial franco. Pese a las transfusiones practicadas y a la aplicación de toda clase de medicamentos apropiados para el caso, no mejoró su estado general, falleciendo un mes y medio después de operado. Es importante apuntar que éste fué el único caso operado al que no se le suministró sangre, ni antes ni después de la intervención, por fuerza mayor.

Por lo general los pacientes que ocupan nuestra atención estuvieron en el Hospital entre 32 días varios casos, y 273 uno solo, correspondiendo a un término medio de estancia alrededor de 60 a 90 días. Después de la intervención quirúrgica la permanencia en el Hospital fluctuó entre 16 días varios casos y 70, dándonos un promedio de 30 días por enfermo.

La estancia anteriormente informada es debida a varias causas, y entre ellas muy especialmente a la estrechez económica de nuestros enfermos, lo que motivaba, en la mayoría de los casos comentados, la anemia, la avitaminosis, y en general, estados marcados de hiponutrición. Esto naturalmente determinaba las malas condiciones en que llegaron esos enfermos a estar bajo nuestro cuidado, sumándose además, el hecho de vivir muchos de ellos en sitios alejados de los centros urbanos y de curación, lo cual nos obligaba a mantenerlos mayor tiempo hospitalizados.

Del total de los operados solamente tres casos mostraron signos de degeneración, comprobándose en ello un adenocarcinoma. Es importantes señalar aquí que ninguno falleció y muy por el contrario, gracias al uso del estilbestrol, a razón de 5 miligramos diarios, con un total de 20 a 30 ampollitas, repetido según las circunstancias, se mantienen en buenas condiciones.

Los pacientes operados con éxito están en la actualidad gozando de muy buena salud y algunos de ellos, que son profesionales, se han reincorporado a sus actividades con toda propiedad. En la memoria tenemos para recordar el caso de dos abogados y un contador público; uno de ellos de 78 años y otro de 85.

También es de interés informar que de los 30 operados que hemos comentado ninguno falleció durante o a causa de la anestesia, por lo que pensamos que con las debidas precauciones, la raquídea es ideal para intervenir tumores prostáticos con la técnica suprapúbica de Freyer. Máxime si recordamos que nunca tuvimos complicaciones de orden renal con el recomendado tipo de anestesia.

Para finalizar este comentario, —después de agradecer la benevolencia del auditorio que ha tenido la paciencia de escucharme—, debemos agregar que también hemos analizado cierto número de casos operados por el Dr. Enrique Berrocal Uribe, jefe del Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios y otros del Dr. Carlos Aguilar Alfaro, asistente del mismo servicio, con un afán de ilustración, habiendo podido comprobar las mismas o parecidas consideraciones que hemos expuesto.

Conclusiones

- 1.—Toda edad permite una intervención por un tumor prostático, según la técnica suprapúbica de Freyer.
 - 2.—Siempre que los pacientes presenten condiciones generales deficientes, debemos intervenir en dos tiempos.
 - 3.—Conviene siempre practicar transfusión sanguínea durante y después de la intervención, sobre todo en nuestro medio en
-

donde las anemias y las avitaminosis viven a la orden del día.

- 4.—La gasa que se emplea como tapón hemostático del lecho prostático debe retirarse a los cinco o siete días primeros de la operación, nunca antes, procurando siempre hacer esta labor en dos o tres tiempos.
- 5.—La anemia en nuestro medio no es una contraindicación operatoria, siempre que se cuente con los recursos necesarios para practicar una transfusión, y que la observación nos demuestre que nuestros pacientes presentan una resistencia especial, a pesar de una deficiencia considerable en hemoglobina y glóbulos rojos.
- 6.—Una anestesia ideal, usando la técnica supra-púbica de Freyer, es la raquídea, empleando un máximo de diez a doce miligramos de tetracaína y vigilando, esto es muy importante, el primero y segundo shock descritos.
- 7.—Todo paciente que al iniciarse la operación presenta una hipertensión arterial, de cualquier grado que ella sea, debe ser vigilado con mayor cuidado que uno que inicia la operación con presión normal.
- 8.—El estado renal y la uremia, desde luego, requieren de gran atención para el porvenir de un candidato a prostatectomía, cosa por demás ya establecida.

Agosto 2, de 1949.

REFERENCIAS

- Dr. Guillermo Grant Benavente.—Lecciones de Patología Médica. 1941.
- Dr. Arthur Hale Curtis.—Ginecología. 1941.
- Dres. Federico E. Christmann y otros.—Técnica Quirúrgica. 1940.
- R. Barquero González.—La Anestesia Quirúrgica. 1936.
- Dres. Jorge y Félix Klemperer.—Clínica Moderna. 1938.
- Dr. Reed M. Nesbit.—Prostatectomía Transuretral. 1946.
- Drs. German Schneider y otros.—Revista Médica de Chile. 1948.
- Revista.—International College of Surgeons. 1947.
-

Actualidades

Consideraciones Clínicas sobre la Terapia Médica y Quirúrgica de la Úlcera Gastroduodenal. Prof. Francisco Gallart Monés, de la Real Academia de Medicina de Barcelona-España, separata, pág. 14. *Anales de Medicina y Cirugía*, Vol. XXIII—Núm. 33, marzo, 1948).

I

La úlcera gastroduodenal constituye una enfermedad cada día más frecuente. Las estadísticas de hace años que acusaban de 10 por 100 de ulcerosos entre los enfermos del aparato digestivo aumentan los números de una manera alarmante. De 1940 a 1947 este porcentaje ha llegado a 20.

II

La definición que la mayoría de autores dan de la úlcera. "Una ulceración profunda con tendencia a la cronicidad" no puede aceptarse hoy día. La curabilidad de la úlcera es un hecho indiscutible sea cual sea su forma anatomopatológica y lo demuestra la clínica, la radiología, la gastroscopia y el sinnúmero de cicatrices encontradas en las piezas de resección y de necropsia. Además, la úlcera no evoluciona siempre hacia la cronicidad, ya que a veces sigue una marcha agudísima demostrable por la presencia de un nicho gigante, que se forma en 24 horas y desaparece en 15, 20 ó 40 días; otras veces el primer síntoma es una hemorragia o una perforación con la peritonitis consiguiente.

Pero la cicatrización de la úlcera no significa la curación de la enfermedad. La Escuela Española desde hace tiempo ha llegado a la conclusión de que la cicatrización forma parte del ciclo evolutivo espontáneo de la enfermedad. Así lo creen personas tan autorizadas como Gutmann y otros. Muchas veces la cicatrización es más aparente que real. Hay úlceras cuyo nicho ha desaparecido a rayos X, con calma clínica absoluta y que por gastroscopia Vidal y Badosa, entre otros, demuestran una ulceración plana, saniosa, con un plano de gastritis a su alrededor o a distancia. En otras ocasiones se observan en los períodos de inactividad sintomática, zonas de la mucosa edematosa de gran labilidad, que aparecen y desaparecen sin ninguna manifestación clínica. Todo ello indica que, en esta fase cicatricial, quedan fenómenos residuales capaces de producir nuevas úlceras cuando un agente casual tóxico, infeccioso, alérgico o psíquico, actúan sobre la viscera residual enferma. Queda el estómago sensibilizado, en estado de hiperergia o parergia.

La úlcera de Cruveilhier, como dice Kalk, no es una entidad morbosa que procede una sola causa, sino de causas múltiples, ante las cuales el organismo preparado reacciona con el substratum unitario de la úlcera. Es decir, a la multiplicación de las causas determinantes corresponde en el hombre una reacción unitaria. Este criterio que tantas veces se repite en patología humana, por ejemplo, en las cirrosis hepáticas se olvida con gran facilidad por los médicos.

Cuando se desconocían los síntomas radiológicos directos de la úlcera duodenal, se daban como signos indirectos la hipertonia gástrica, el hiperistaltismo y el vaciaje del estómago. Algunos llamaban a este conjunto sintomático "dispepsia hiperesténica", "distonia neurovegetativa", y Hurst "diátesis gástrica hiperesténica", porque había comprobado que se presentaba en individuos de una misma familia. Al descubrirse los síntomas directos de la úlcera, se daba una cuenta de que algunos de aquellos dispépticos tenían una úlcera duodenal y muchos veces existía en sus familiares la diátesis hiperesténica sin úlcera. Es de señalar que la dispepsia hiperesténica es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, lo cual podría explicar la mayor frecuencia del proceso ulceroso en el sexo masculino.

Todo ello inclina a pensar que existen circunstancias especiales de orden constitucional, de debilidad orgánica de los tejidos, especialmente del mesénquima, más localizados en el estómago y bulbo duodenal y que por un insulto cualquiera de orden bacteriano o vírico, tóxico o alérgico, o psíquico, puede producir en un momento dado la necrosis del tejido lábil con la inflamación consiguiente y la formación de úlceras profundas, a veces de tamaños considerables en muy corto espacio de tiempo. Es muy interesante valorar el papel del factor psíquico en la producción de la úlcera gastroduodenal, ya que en personas en estado de salud aparente o en pacientes en pleno período de calma o de cicatrización, vemos aparecer brotes ulcerosos, a veces muy graves, después de un choque emocional.

La experimentación ha seguido un mal camino para esclarecer el problema. Con infinidad de procedimientos se han producido úlceras, pero ninguna ha evolucionado con la sintomatología que presenta la del hombre y que le da un carácter muy peculiar. Se ha obtenido la lesión, pero no la enfermedad. Además, las condiciones experimentales se han movido muy lejos de aquéllas en que se produce la úlcera en el hombre. Cuando se experimenta es necesario crear las condiciones lo más próximas posibles al estado patológico que se va a estudiar y nunca hay que provocar alteraciones que en la patología humana nunca se encuentran. Todos los procedimientos de derivación de los jugos

duodenales que sirvieron de base al estudio experimental de la úlcera, no son más que una monstruosidad que no tiene nada de común con el estado patológico humano, cuyo mecanismo etio-patogénico se pretende explicar.

En la evolución de la úlcera, no en su génesis, debe darse un valor a la acción del ácido clorhídrico y de la pepsina sobre los tejidos alterados, pues no hay que olvidar que las úlceras asientan siempre en zonas del tubo digestivo bañadas por dicho ácido, que no es cáustico para el estómago y bulbo normales, pero sí para sus tejidos alterados. La úlcera que se produce en el tejido gástrico aberrante, tal como sucede en el divertículo de Meckel y las úlceras pépticas después de la gastroenterostomía o de la gastrectomía, son la mejor prueba experimental. Se podrá objetar que existen úlceras crónicas con anaclorhidria, pero seguramente la clorhidria fué normal o exagerada en los comienzos de la enfermedad, como se puede observar en muchos casos.

En la terapéutica médica actual de la úlcera únicamente se puede aspirar a un tratamiento sintomático, y aún éste sin una base firme. El tratamiento clásico de regímenes, bismuto, silicatos, belladona, alcalinos, así como las vacunas, proteínas, hidrolizados de proteínas y dextrimaltosa, insulina, paratoroidina, histidina, histamina, foliculina, etc., etc., no tiene ninguna propiedad específica. Sólo la enumeración de tanta variedad medicamentosa desacredita de una manera absoluta su valor específico. Con lo poco que se sabe, hay que dedicar más la atención al estado general del enfermo, considerando al estómago, no como a un órgano aislado, ni creer que los procesos inflamatorios de su mucosa son una reacción al contacto de los alimentos o bebidas, sino producto de una reacción general del organismo. Hay que actuar, pues, sobre el estado constitucional del ulceroso, sobre sus trastornos neurovegetativos, humorales, alérgicos, vasculares, avitaminosis, infección, etc., etc. y, hay que dirigir las investigaciones sobre la úlcera gastroduodenal en el sentido de que no es una enfermedad primitiva de una viscera, sino de un tejido o de un sistema. Tal vez sea éste el camino que conduzca a curar muchos enfermos ulcerosos sin recurrir a la cirugía. Naturalmente, siempre quedarán enfermos en los que el estigma local gástrico o duodenal será incurable por la medicina, sea por su cronicidad o por sus complicaciones sépticas intra y extraviscerales, los cuales serán tributarios de la Cirugía.

III

La Cirugía en la terapéutica de la úlcera no sólo es radical extirpando la lesión ulcerosa, sino que es mutilante, ya que con

la lesión se lleva una gran parte del estómago; cuando más amplia es la resección, se afirma, menos probabilidades de recidiva.

En la úlcera la cirugía sigue un camino inverso al de las otras afecciones, en las cuales toda la tendencia es conservadora. Con el tratamiento quirúrgico es indiscutible que se obtienen resultados brillantes, pero se equivocaría quien creyera que con ella se resuelve el problema, ya que los fracasos son frecuentes y cuando éstos aparecen se agrava la situación del ulceroso. La Escuela Española viene preocupándose desde hace años de las dolencias que acusan los operados de estómago por úlcera, y desde los datos publicados en 1929 a raíz de un considerable número de operados, seguidos por espacio de varios años, se puede hoy afirmar que dichas dolencias son las mismas en calidad y número (72 por 100 que curan contra 28 por 100 que no curan). Lo que ha mejorado de una manera ostensible es la mortalidad inmediata por gastrectomía debido sin duda al perfeccionamiento de la técnica, a la mejor anestesia, a los cuidados pre y postoperatorios y, sobre todo, a la oportunidad de la indicación. Y si no ha disminuido el porcentaje de los trastornos en el operado de estómago por una lesión ulcerosa el motivo es uno y fundamental: se actúa sobre la manifestación local de un proceso general cuyas características se desconocen. Por este motivo hay enfermos a los que se ha practicado una gastrectomía amplia que, sin acusar después ninguna lesión ulcerosa, continúan teniendo dolores y hemorragias a veces graves. La operación no les ha proporcionado ningún beneficio. Se actuó sobre una lesión que no era la única responsable del padecimiento del enfermo. Estas y muchos otras formas tan dispares de reaccionar el ulceroso, aconsejan mucha prudencia en sentar conclusiones demasiado taxativas.

En el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal, se considera actualmente y de una manera transitoria, como método de elección, a la gastrectomía amplia, porque si no resuelve el problema de la enfermedad ulcerosa, de momento suprime la lesión, y por lo tanto previene sus complicaciones, y por otra parte, con aquella se elimina un segmento importante del órgano, aquél en que preferentemente se implanta la úlcera y al que por su vecindad a la lesión, hemos de considerar alterado anatómicamente (gastritis) o funcionalmente (irritabilidad, hipersensibilidad, etc.).

Además, la experiencia demuestra que es el procedimiento más efectivo con que se cuenta en la actualidad. (El autor declara no tener predilección por ningún método, pero se inclina más al Billroth I por razones de orden fisiológico, ya que pasando los alimentos por el duodeno, se utilizan mucho mejor los jugos biliar y pancreático, y por consiguiente la asimilación es más completa.

Asimismo considera a la gastroenterostomía como una operación de excepción).

Después de muchas intervenciones que se han puesto en práctica y que han caído en desuso por su poca eficacia, surgió la vagotomía doble transtorácica y abdominal como terapéutica de la úlcera gastroduodenal y de la úlcera péptica postoperatoria. Con la vagotomía se abren nuevos horizontes más razonables y más justos dentro de la terapéutica de la úlcera gastroduodenal, sobre todo para combatir alguno de los factores del proceso: la acidez gástrica. Es tal vez la mejor orientación hasta la fecha en el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal crónica. Es necesario, sin embargo, esperar unos años a que maduren las cosas, para poder apreciar los resultados definitivos. Han tenido que pasar muchos lustros para que la gastroenterostomía tan alabada en un principio como terapéutica curativa de la úlcera gastroduodenal cayese en el descrédito. Además, hay que tener en cuenta que con la vagotomía doble se suprime también la innervación parasimpática del páncreas, del aparato biliar, de los riñones y del intestino delgado, que a la larga, no se sabe qué trastornos puede acarrear. Y sin hablar de los trastornos postoperatorios inmediatos, retención gástrica, parálisis del intestino delgado, bastante frecuentes según muchos autores; estos trastornos obligan a nuevas intervenciones: gastroenterostomía, yeyunostomía, etc. Todos los autores están de acuerdo en que cuando desaparece la acidez después de la vagotomía, en un buen número de casos, aquella reaparece nuevamente pasados unos seis meses. Si después de dicha intervención ha sido preciso recurrir a la gastroenterostomía, el enfermo ulceroso queda en las mejores condiciones experimentales para padecer una úlcera péptica yeyunal, a pesar de lo que dicen Colp, Grimson, Winkenstein, García Morán, etc., etc. De no ser así, la resección vagal ha de producir algún efecto más positivo que la disminución o abolición de la secreción clorhídrica. Tal vez actúe, además, bloqueando las reacciones cerebrales, desconectando el encéfalo de la región gastroduodenal. No hay que olvidar el factor emocional en la producción de la úlcera y en su reactivación. Después de los trabajos anatómicos de Bradley, Small y Wilson sobre la distribución de las ramas de los vagos en la porción inferior del esófago y parte alta del estómago, demostrando que en más del 90 por 100 de casos es posible realizar la sección completa de los mismos por vía abdominal, ésta parece llamada a sustituir a la transtorácica que aparte de presentar mayores dificultades técnicas, tenía el inconveniente de que casi en la mitad de los casos iba seguida de la aparición de un derrame pleural. La vía abdominal permite, además, explorar el estómago y duodeno y practicar al mismo

tiempo otra operación, caso de considerarla necesaria. Entre los partidarios decididos de la vía abdominal hay que citar a Crile, Walters y el mismo Dragstedt. La vagostomía todavía está en pañales y cuantos han practicado esta operación publican ya fracasos del método. Los más optimistas afirman que proporciona buenos resultados en el 75 por 100 de casos.

IV

A pesar de la insuficiencia de nuestros conocimientos el clínico está obligado a saber en qué momento el ulceroso debe ser tributario de la cirugía. Esta determinación estará fatalmente sujeta a la crítica en muchos casos, mientras no se aclare la incógnita etiopatogénica de la enfermedad. La cuestión debe plantearse en cuáles son los ulcerosos que hay que operar y cuáles no. La úlcera gastroduodenal pasa por dos etapas diferentes: la de la úlcera o úlceras sin complicaciones y la de la úlcera o úlceras complicadas. En general se puede afirmar que la segunda fase, la de la úlcera complicada, es siempre tributaria de la Cirugía. Entran también de lleno en el terreno de la Cirugía las hematemesis y melenas de repetición, sean escasas o abundantes. Hay que incluir las escasas porque no se puede prever la magnitud de las venideras. Cuando el ulceroso, que seguía con el tratamiento médico un curso favorable, sus crisis dolorosas se hacen más frecuentes o pierde el apetito y adelgaza, debe entregarse al cirujano, pues hay que pensar en una transformación maligna. En la úlcera o úlceras solitarias, es decir, aquellas que no presentan ninguna complicación apreciable, con sintomatología por temporadas, el tratamiento quirúrgico está condicionado por diferentes factores:

1º El tiempo de enfermedad. La experiencia demuestra que el ulceroso, cuanto antes se somete al tratamiento médico, más probabilidades tiene de curar. Observaciones hechas en 350 enfermos, seguidos durante años, se ha podido constatar que, entre los que comenzaron el tratamiento a partir de tres meses a un año de enfermedad, dejaron de sufrir el 62,5 por 100. Los que comenzaron el tratamiento a partir de uno a tres años de enfermedad, dejaron de sufrir el 33 por 100, y de los que acudieron después de los tres años, solamente curaron el 6 por 100. ¿Quiere esto significar que todos los ulcerosos que no mejoraron con tratamiento médico deben ser operados? A primera vista parecería lógico que fuese así; pero esta pregunta es muy difícil de contestar, ya que la respuesta depende de múltiples factores, siendo los más decisivos el enfermo y el mismo médico. El enfermo muchas veces no acepta la operación y prefiere seguir el trata-

miento médico. Por otra parte los ulcerosos son a miles y nutren en gran parte la consulta de los médicos y muchos de éstos no ceden sus enfermos al cirujano más que en casos extremos. El autor expresa su criterio así: "Cuando después de una temporada de seis a ocho meses de tratamiento médico bien dirigido no aparece francamente la mejoría, debe aconsejarse la intervención quirúrgica".

2º *La localización de la úlcera.* Es bien sabido que la úlcera de la curvatura menor es la que más fácilmente desaparece con tratamiento médico bien dirigido. No por esto debe confiarse demasiado porque hay cánceres ulceriformes que también desaparecen. El autor formula la siguiente exhortación: "Estad alerta frente a un nicho de la curvatura menor, máxime si está cerca del píloro, que reaparece aunque el estado general sea bueno. Acordaos de los numerosos trabajos publicados por diversos autores sobre este tema, los cuales demuestran que un buen número de estas úlceras son primitivamente malignas".

3º *El estado social del enfermo.* Es este un punto que no tiene lugar a discusión. El enfermo que por su posición social y clase de trabajo no puede seguir un tratamiento médico apropiado debe operarse.

4º *Concomitancia de la úlcera con otras enfermedades.* Hay enfermedades que lógicamente, contraindican cualquier intervención quirúrgica; la tuberculosis avanzada, las cardiopatías en período de descompensación, las cirrosis hepáticas, etc. El autor haciendo hincapié en lo que hace referencia a la tuberculosis exterioriza su punto de vista así: "Si la tuberculosis es curable, la coexistencia de una úlcera dificultará su curación y si no mejora rápidamente con tratamiento médico, debe aconsejarse la operación. La gastrectomía practicada con una indicación precisa, ha contribuido a sanar muchos tuberculosos pulmonares". La diabetes no contraindica la operación; en primer lugar porque con un tratamiento preoperatorio logra poner al enfermo en condiciones óptimas y además el diabético que cura de su úlcera responde mejor a la terapéutica de su enfermedad.

Dr. P. L.

Accidentes en la Aplicación de Inyecciones Intravenosas. Doctor Adriaensen (Gand-Bélgica); *Ars Medici, Revue Internationale pour le médecin praticien*, pág. 823. octubre 1947.

En este artículo original se llama la atención sobre medicamentos que solos o en asociación con otros han provocado accidentes. Se comunican dos muertes súbitas debidas a fibrilación

ventricular después de una inyección intravenosa de un compuesto de "Dériphylline-Strophantine" que se hubieran evitado con las precauciones habituales, inyectando lentamente y comenzando con dosis muy débiles. Hay que ser prudente —recomienda el autor— tratándose de cardíacos viejos lo mismo que cuando el paciente ha estado bajo tratamiento de digitalina por largo tiempo, y lo mejor, abstenerse suministrar dos medicamentos a causa de reacciones posibles. Luego se refiere a accidentes con digitalina, calcio (glocunato y cloruro) y particularmente a accidentes mortales con diuréticos mercuriales con dos tipos de reacción: inmediata y tardía, ambas mortales. Los accidentes de la reacción tardía se manifiestan 12 horas después de la inyección. Se cita la opinión de S. Ben Asher respecto a las reacciones de los diuréticos mercuriales; la reacción inmediata se debe a la acción tóxica directa sobre el miocardio, mientras que la reacción tardía no es específica de los diuréticos mercuriales sino que es producida por la pérdida de agua y de sales, por lo que se recomienda la inyección fraccionada (0,1 cc. cada 15 segundos) o inyección previa de Tiosulfato de Sodio. En cuanto a los compuestos mercuriales el autor considera que la inyección intramuscular es el método más simple para evitar accidentes mortales.

Dr. P. L.

Bibliografía

Oportunamente hemos recibido las Tesis de Doctoramiento que la Universidad Autónoma de San Carlos de Guatemala nos ha remitido y que a continuación insertamos. Se trata de trabajos presentados a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de dicha Universidad por candidatos en el acto de su investidura de Médicos y Cirujanos. Mucho nos ha llamado la atención la cuidadosa escogencia de los temas; el discreto desarrollo de los mismos; la ausencia de dogmatismos; la ilustración de los temas con datos estadísticos locales; y, la presentación de casos clínicos observados y tratados por los mismos candidatos. A través de la lectura de esas tesis se constata la preocupación de la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas para la sólida preparación teórica y práctica de los futuros profesionales que con sabia disciplina los guía, labor esta a la que vemos cooperando profesores, directores y jefes de servicio de las instituciones hospitalarias y asistenciales en general, jefes de los servicios especializados de la Salubridad Pública, y viejos profesionales dando consejos de orientación; y nos parece oír a todos ellos dirigiéndose a sus futuros jóvenes colegas con la frase de W. J. Mayo: "Tomad de nuestra experiencia y dadnos de vuestros sueños".

Dr. P. L.

1.—Contribución al Estudio del Servicio Médico Rural, por medio de la Unidad Asistencia: Rafael Sardá h., pág. 31. (Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de su investidura de Médico y Cirujano, marzo de 1946).

2.—Contribución al Diagnóstico de la Enfermedad de Chagas por la Intradermo-reacción de Montenegro: Federico Estevez Massella, pág. 47 (Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de su investidura de Médico y Cirujano marzo de 1946).

3.—Tratamiento de la Fiebre Tifoidea por el Neosalvarsán: Carlos Lizama Rubio, pág. 33 (Tesis presentada a la junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de su investidura de Médico y Cirujano, abril de 1947).

4.—Iniciación de la Electroencefalografía en Guatemala: José A. Campo, pág. 39. (Tesis presentada a la Junta Directiva

de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de su investidura de Médico y Cirujano, abril de 1947).

5.—**Conjuntivitis Agudas a Germen Conocido y a Tipo Clínico definido en Guatemala, Tratamiento Profiláctico de la Conjuntivitis Neonatorum con Penicilina:** Guillermo Wyld Cánders, pág. 81. (Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de su investidura de Médico y Cirujano, abril, 1947).

6.—**Consideraciones sobre la Cirugía de la Glándula Tiroides:** Carlos Antonio Chang Franco, pág. 52. (Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de su investidura de Médico y Cirujano, Abril de 1947).

7.—**Parto Breve y Analgésico con Pentotal, Fituirina y Solución Glucosada Isotónica:** Luis F. Molina Cálvez, pág. 35 (Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de su investidura de Médico y Cirujano, octubre de 1947).

8.—**Breves Apuntes sobre Onchocercosis:** Miguel García Valle, pág. 71 (Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de su investidura de Médico y Cirujano, octubre de 1947).

L'INFECTION DE FOYER (FOCAL INFECTION): Dr. J. Goia, Profesor de la Facultad de Medicina de Cluj-Rumania; (Segunda edición, 1 volumen de 192 páginas, 19 figuras; Librairie Maloine, 27, Rue de l'Ecole de Médecine, Paris VLe, 1946).

La *Infección Focal* ha sido definida como un foco microbiano inflamatorio crónico latente, que se manifiesta por síntomas insignificantes o evoluciona hacia una infección grave. La nueva doctrina de la *Infección Focal* que, hasta cierto punto, ha revolucionado la patología humana, preocupa actualmente tanto a los clínicos y anatomopatólogos como a los bacteriólogos y biólogos. Su interés es tan grande que ha figurado como tema principal de diferentes congresos médicos nacionales e internacionales así como de las publicaciones médicas anglo-sajonas y alemanas en los últimos años. Hoy día es considerada como un problema social cuya importancia es tan grande que sobrepasa la de la tuberculosis, de la sífilis y del cáncer reunidas. La *Infección Focal*

es capaz de determinar las más variadas enfermedades y los más diversos síndromes clínicos. Se puede decir que casi no existe un capítulo de la patología humana en que la Infección Focal no desempeña un papel. Parece —así lo afirma el profesor Goia— que modificará profundamente nuestro concepto sobre las diversas enfermedades, determinando al mismo tiempo un cambio medicinal en los tratamientos y en la profilaxis. El libro, pues, se dirige a los clínicos, cardiólogos, oto-rino-laringólogos, ginecólogos, estomatólogos y a los estudiantes de medicina que desean estar al tanto de esa nueva doctrina de tan grande interés científico y práctico.

La obra está dividida así: A—Consideraciones Generales. B—Parte especial; Formas clínicas. 1—Síntomas de orden general. 2—Afecciones reumáticas del aparato locomotor. 3—Afecciones del aparato cardiovascular. 4—Afecciones venosas. 5—Afecciones sanguíneas. 6—Enfermedades alérgicas. 7—Enfermedades endocrinas. 8—Otras localizaciones.

Dr. P. L.

BODAS DE DIAMANTE PROFESIONALES: Doctor Juan José Martínez. Su Auto-biografía de 60 años (1 volumen de 60 páginas; Tipografía de "El Centro-Americano", Granada—Nicaragua, C. A., 1947).

Con fina dedicatoria para nuestro Director, quien agradece en lo que vale tan señalada cuanto honrosa deferencia, tenemos a la vista este opúsculo del eminente granadino Doctor Juan José Martínez que contiene los datos biográficos del A., sus actividades profesionales durante 60 años, y, por último, como ofrenda profesional-histórica su estudio sobre el Cerebro y la Personalidad de Rubén Darío. Nace el A. en 1868; se gradúa de Médico y Cirujano en 1887 en la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, EE. UU.; hace su internado en el Hospital Bellevue de Nueva York de 1887 a 1889; luego emprende viaje para Inglaterra y en el King's College Hospital asiste a los trabajos de Lister; se traslada a París y, sucesivamente, se convierte en oyente de Charcot en las clínicas de la Salpêtrière, de Pasteur en el Instituto homónimo donde el sabio enseña y practica sus teorías asépticas, de Fournier sobre enfermedades venéreas en el Hospital San Luis, asiste a operaciones de Championnière en el Hotel-Dieu-Terrière, de Guyón y de Trelat en el Hospital Necker, y en el de la Caridad ve trabajar al gran anatomista Tillaux; abandona París y visita Ginebra, Lucerna, Basilea y Berna, y, en esta última ciudad asiste a las operaciones del famoso cirujano Kocher inventor de la pinza hemostática que fué el primero que

operó el Bocio en 1878; después se traslada a Alemania y visita sus más famosos centros Universitarios, y luego, vía Bélgica y Holanda, emprende el regreso a la Patria donde se instala en su ciudad natal, y es el apóstol y protomártir de la Asepsia y la Antisepsia en Centro América.

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA se inclina reverente ante la eminencia científica y la polifacética personalidad del Doctor Juan José Martínez y hace votos porque todos sus colegas, en cada cumpleaños, puedan exclamar, como éste, en sus 80 años de vida y con 60 años de ejercicio profesional, a pulmón lleno y con vigor de mozalbete: "Gracias a Dios que me ha concedido ese inmenso favor, llegando a esa fecha con felicidad en mi hogar, buena salud y energía, para continuar trabajando en mi noble profesión".

Dr. P. L.

ONCCERCOSIS (Enfermedad de Robles) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Asociación Oftalmológica de Guatemala, Imprenta Universitaria, Guatemala, 1947.

Como homenaje al tercer Congreso Panamericano de Oftalmología celebrado en La Habana-Cuba en enero de 1947, la Asociación Oftalmológica de Guatemala publicó ese volumen que reúne los trabajos que profesionales guatemaltecos presentaron a dicho Congreso, y además, como un tributo de justa admiración al venerado y sabio maestro guatemalteco Rodolfo Robles, quien en el año de 1915, con clarividencia peculiar de los grandes investigadores, fué el descubridor de la oncocercosis en América; descubrió su cuadro clínico magistralmente, y desde el primer momento estableció la relación íntima entre el parásito, las lesiones oculares y la piel, desapercibidas hasta entonces; emitió sus teorías sobre probable transmisión por el simúlido, lo que fué comprobado hasta años más tarde; y, propuso medios de profilaxia y tratamiento, que aún siguen usándose después de más de treinta años.

Los trabajos que contiene el volumen suman a diez y ocho y todos ellos versan sobre diferentes aspectos de la Oncocercosis, didácticos e interesantes desde todo punto de vista. Consideramos que nuestros profesionales deben ir interesándose cada día más de esa infestación y sus problemas, ya que nuestro país no puede considerarse exento de toda probabilidad de invasión por el parásito.

Dr. P. L.

ESTUDIO CLINICO DEL ENFISEMA PULMONAR: Dr. José Amarnado Sciuto (1 volumen de 164 páginas; Imprenta Rosgal, Ejido 1624, Montevideo-Uruguay, 1947).

Es esta obra del Dr. Sciuto producto de muchos años de insaciable investigación en que el distinguido clínico uruguayo ha logrado sacar a la superficie del intrincado fondo patológico del Enfisema Pulmonar muchos de sus aspectos. Y como dice el prologista Prof. Dr. Raúl A. Piaggio Blanco: "Al clásico concepto anatomopatológico, le ha agregado nociones básicas fisiopatológicas y experimentales, y ha logrado una producción científica en la que se une el vasto análisis de las técnicas modernas con una síntesis impregnada de experiencia y de sentido común".

La obra eminentemente científica, clara y precisa interesa no sólo el especialista sino también el médico general, el anatomopatólogo y el radiólogo. Su índice bibliográfico con 181 citas de obras y trabajos de la literatura mundial sobre el tema, se puede decir, constituye una obra aparte que viene a formar un arsenal inagotable para los que descan profundizar en el tema.

Dr. P. L.

"Los médicos tenemos el prurito de recetar, incluso en los hospitales, sin considerar la condición económica del paciente ni el precio de los medicamentos que prescribimos. Sólo cuando alcanzamos una mayor educación médico-social, pensamos un poco en los medios del paciente antes de recetar. Los profesionales veteranos comprenden mejor esto, pero los jóvenes, los teóricos, los "sabios" recién salidos de la Facultad, le dan el gusto a la estilográfica y siguen recetando nomás cualquier novedad que deje exhausto el bolsillo de los pobres que van a los hospitales".

Dr. Ramón Carrillo
Secretario de Salud Pública
de la Nación Argentina