

Dr. Dr. August Estuñán

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

ARCHIVOS

DE LA FACULTAD DE

CIENCIAS MEDICAS

VOL. IX

QUITO - ECUADOR

Imp. de la Universidad

— — 1944 — —

ARCHIVOS

DE LA FACULTAD DE

CIENCIAS MEDICAS

VOL. IX

QUITO - ECUADOR

Imp. de la Universidad

— — 1944 — —

SUMARIO PRIMERA

PARTE

	Páginas
El Hospital San Juan de Dios de la ciudad de San Francisco de Quito, por el Dr. Manuel Humberto Villacís, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central..	5
La situación legal de los Frenasténicos, por el Dr. Raimundo Bosch, Profesor Titular de Medicina Legal en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario; Director de la Escuela de Médicos-Legistas	12
* Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis Oste o-Articular, por el Dr. Teodoro Salguero Z., Profesor Titular en la Facultad de Ciencias Médicas	31
Un caso interesante de anomalía renal, por el Dr. David Paitan C., Profesor Agregado del Instituto Anatómico	48
Notas de viaje, por el Dr. José Arce	53
Consideraciones sobre un caso de Exostosis Osteogénica, por el Dr. Augusto Estupíñán M., Profesor de Patología Quirúrgica y Cirugía Infantil	79
Discurso y Conferencia del Profesor Dr. Alejandro Lípzhüts.	90
Actas de las sesiones del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas	94
Colegas extranjeros que nos han visitado, por el Dr. Manuel H. Villacís	115

SEGUNDA PARTE

CONCLUSIONES DE TESIS DE DOCTORADÓ PRESENTADAS EN 1942

El Cardiazol en el tratamiento de la Esquizofrenia, por el Ldo. Guillermo Urrutía Morgan	123
---	-----

Contribución al estudio de la Quimioterapia en las infecciones Gonocócicas, por el Ledo. Guillermo Jaramillo del Pozo...	160
Conclusiones sobre 15 cobayos hembras que han copulado con 5 cobayos machos tuberculizados, por el Ledo. Mariano Vargas B	164
Conclusiones sobre la Micro-Reacción coloreada de Ide para el diagnóstico rápido de la Sífilis, por el Ledo. Max A. Rodríguez Wítt.....	166
Profilaxis de los accidentes de la Raquíanestesia con líquido Céfaló - Raquídeo y con Pneumorraquítis, por el Ledo. Luis Vega Dávila	170
La Reacción de Kopaczewsky: su valor en el diagnóstico del Cáncer, por el Ledo. Bolívar Naranjo C.....	
Conclusiones sobre «El Control de la administración digítálica por medio de la Electrocardiograma», por el Ledo. Ricardo González Alfaro	172
Fórmula Leucocitaria y Numeración Globular en la sangre de la embarazada a término, en la del recién nacido, en la del cordón umbilical y a los ocho días del nacimiento, por el Ledo. César A. Serrano Cañadas	174
Exploración funcional del Páncreas en las Hepatocolecístopatías, por los Ledos. Guillermo López Delgado y Luís G. Reyes Andrade	176
Estudio Anatómico-Patológico del Hígado en las enfermedades pulmonares, por el Ledo. José María Císneros C	178

Por el Dr. Manuel Humberto Villacís,
Decano de la Facultad de Medicina de la U. C.

El Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Francisco de Quito

El origen de este Hospital, como también su historia, están íntimamente relacionados con el desarrollo de las Ciencias Médicas en la República del Ecuador. Se puede decir en términos generales, que la medicina en la Capital de la República tuvo por campo de sus actividades y de su evolución el viejo Hospital de San Juan de Dios hasta el año de 1938, época en la que por primera vez se desplazan los servicios médicos principales al nuevo Hospital "Eugenio Espejo", quedando para el antiguo local, solamente ciertos servicios parciales como son: los de tuberculosis, enfermedades infecto-contagiosas, clínica dermatológica y venérea. Hablar del Hospital San Juan de Dios, es pues, hablar de la medicina en Quito y es ésta la razón por la que, para nosotros los ecuatorianos, el viejo Hospital, tiene a más de sus recuerdos imborrables y el prestigio de las cosas pasadas, la veneración de muchas generaciones de médicos.

Antes de la conquista de América por los españoles, sus habitantes ejercían la medicina o mejor dicho practicaban el arte de curar, mediante el uso de ciertas plantas, cuyas virtudes solamente conocían determinadas personas, a quienes se les atribuía ciertos poderes milagrosos y sobrenaturales. Los conquistadores en los primeros tiempos utilizaron los buenos oficios de los curanderos aborígenes y así ¡legaron a conocer algo de la medicina autóctona. Es de esta manera como se descubrió las propiedades anti-palúdicas de la quina y los sorprendentes efectos de las hojas de coca.

Es solamente en el año de 1597, que el Cabildo de Quito contrata al médico sevillano Dr. Valdez, para que gratuitamente preste sus servicios a los pobres de la ciudad; pero antes, como consecuencia de las guerras de la conquista,

como también por el desenfreno de los españoles y la miseria de la raza indígena, las principales ciudades de América albergan una buena cantidad de enfermos y desheredados que no encuentran la menor protección social. Esta situación alarmante y desgraciada llega a oídos del entonces Emperador Carlos V, quien expide la real cédula del 27 de octubre de 1541, por la cual se manda y ordena a los Virreyes y Gobernadores, la mayor diligencia para la fundación de asilos y hospitales en donde sean socorridos y curados los desheredados de la fortuna y los enfermos.

Es así como se funda en Quito, el 9 de marzo de 1565, el Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, siendo Presidente de la Real Audiencia el Licenciado don Hernando de Santillón. Para la fundación de este Hospital, se compra con los dineros del Rey, la casa y terrenos de don Pedro de Ruano y se le adjudica para sus menesteres el agua de la quebrada cercana conocida con el nombre de Auqui, denominación que se debía a que en sus cercanías estaban las propiedades de don Francisco Auqui Atahualpa, hijo legítimo del Emperador incaico, vilmente ajusticiado en la ciudad de Cajamarca.

Para su administración se instituyó una Cofradía o Hermandad, la cual estaba integrada por los principales vecinos y autoridades de la ciudad, quienes tenían la obligación de conseguir los fondos necesarios para el sostenimiento del hospital. El acta de fundación tiene al mismo tiempo el valor de los estatutos de una sociedad y es así como se hacen constar las siguientes disposiciones curiosas: "que ningún Prelado, Obispo ni otra persona eclesiástica se entrometa ni pueda entrometerse en el régimen ni administración de dicho hospital, ni sobre él pueda tener, ni tenga ninguna jurisdicción ni por vía de visita, ni de tomar cuenta ni en otra cosa alguna, porque con ésta calidad se funda" (bajo el patronato del Rey) . . . etc.

- Asimismo se indica, que el hospital debe constar de dos departamentos o enfermerías independientes una de la otra y en las cuales se curen separadamente, los españoles de los indígenas. A su vez cada enfermería se divide en dos cuartos, el uno para los hombres y el otro para las mujeres.

Del personal que integra la Cofradía, se nombra cada año un prioste y dos diputados, que son los que se entienden directamente en la administración del hospital; pero además se instituyen diversas obligaciones como son: visitar a

los enfermos de la calle, a las personas necesitadas y pobres vergonzantes, informarse en la cárceles de los presos sin recursos económicos, averiguar por las doncellas pobres y huérfanas en trance de matrimonio con el objeto de favorecerlas económicamente. Otra disposición importante es, que el hospital debe tener un mayordomo y un Capellán y que cada Viernes Santo deben consumirse las rentas existentes, sea cual fuere la cantidad. . . . "sin que quede cosa ninguna de la renta en la caja de dicho hospital".

El primer prioste fué don Juan Rodríguez, y los dos primeros diputados: don Melchor de Arévalo y don Francisco Santamaría; primer Mayordomo y Capellán fué el clérigo Juan Sánchez Miño.

Llama la atención de cualquier observador que conozca ésta la primera etapa histórica de nuestro hospital, la poca importancia, por no decir el ovido que se hace del personal técnico encargado de la curación de los enfermos. Esta anomalía sólo puede explicarse: primero por la falta de elemento humano capacitado para dichas funciones, y en segundo lugar porque los hospitales en ese entonces más eran casas de recolección de enfermos abandonados, antes que instituciones destinadas a la curación de pacientes. Los hospitales eran casas de misericordia, que tenían que desempeñar múltiples funciones de caridad y socorro cristiano, antes que establecimientos técnicos especializados en el tratamiento de enfermos; es por eso que la misma junta administrativa se ocupa al mismo tiempo de otras actividades diferentes como son: visitar a presos, casar a huérfanas y dar caridad a mendigos y vergonzantes. Es por esto seguramente, que el hospital de Quito, bajo este régimen y organización se fué desprestigiando poco a poco, hasta que vino muy a menos a fines del siglo XVII.

En el año 1703, siendo Presidente de la Real Audiencia de Quito, don Francisco López Dicastillo, se consiguió que vinieran de Lima los padres Bethlemitas, quienes se hicieron cargo del hospital al año siguiente de su llegada. Los Bethlemitas que llegaron a Quito con la misión de dirigir nuestro hospital fueron los padres: Miguel de la Concepción, Alonso de la Encarnación y un lego. Se puede considerar a estos religiosos como los fundadores de la práctica médica en el hospital, pues, su categoría de hombres versados en la medicina de ese entonces tiene que haber influido para que el gobierno local hiciera las gestiones necesarias ante la sede

de la comunidad, con el fin de conseguir la venida de los religiosos. Este concepto se funda además, por haber sido los Bethlemitas fundadores de una verdadera escuela de enfermería y de cirujanos barberos, a tal grado que el Cabildo tuvo que tomar cartas en el asunto, con el fin de controlar el ejercicio profesional, que en forma anárquica y descontrolada se ejercía en la ciudad de Quito.

Cuando los Bethlemitas se hicieron cargo de nuestro hospital, lo encontraron en un estado deplorable desde el punto de vista de su organización material como también por los abusos e irregularidades del personal, que con el transcurso de los años habían llegado a tener la fuerza de ley. Para mejor conocimiento de lo mal que andaba nuestra institución, transcribo una parte de las crónicas de ese tiempo, publicadas después en el Boletín del Hospital San Juan de Dios, por don Cristóbal de Gangotena y Jijón. . . .

"Cuando entraron a habitar esta casa los nuevos moradores Religiosos, se reducía su forma a un claustro baxo "donde había una sala y una botica para la curación de los "enfermos, pero de una y otra oficina era notable el desali- "ño. Por dos escaleras de mediana estrechura se facilitaba "el paso a un claustro alto donde estaban formadas dos enfermerías para hombres y una para mujeres. La iglesia "de este hospital era muy estrecha, pero la pobreza de su "sacristía era mucho mayor, y de todo junto era tal el desbrozo, que tuvieron sobrada materia en que emplearse los "fervores de los Bethlemitas. Singularmente tuvieron oca- "sión para sus oficiosas tareas las Enfermerías porque el "descuido de los sirvientes les había en tal indecencia, que "por el suelo andaban los piojos, dejándose ver su multitud "en abundantes filas, a el modo que las forman las hormi- "gas cuando continúan el paso hacia sus terrestres mansion- "cillas. Para limpiar la casa de tan inmundos bichos, fué "forzoso que los religiosos quemaran mucha parte de la ro- "pa que servía en las camas y que executasen lo mismo con "los catres y otras alhajas de madera.

"Experimental testigo de esta verdad fué el Exelentísi- "mo Señor Don Diego Ladrón de Guevara, siendo Obispo "de Quito, antes que obtuviese el Virreinato, pues, habien- "do entrado a visitar a los pobres, salió accidentado de las "Enfermerías a causa del intolerable asco que ellas se le "ocasionó. Aplicándose, empero, los Bethlemitas, con sumo'

"desvelo a hacer nuevos nichos y ropa, cuidando de asear "la que traían los pobres, fué remediándose por entonces "este Hospital que abundaba en las referidas desdichas. No "fueron sólo estos materiales trabajos, el asunto donde probaron su fortaleza estos religiosos obreros, porque también "en lo formal de la hospitalidad tuvieron mucho que hacer".

Fueron los Bethlemitas o Belermos como vulgarmente se les conocía, los que le dieron el nombre de Hospital de San Juan de Dios, quedando con esta denominación hasta nuestros tiempos. La administración de estos religiosos, fué en todo caso provechosa, se mejoró notablemente en el cui- ' dado y tratamiento de los enfermos, el edificio antiguo fué reemplazado por otro: dos claustros amplios, cada uno de dos pisos, con salas muy amplias y cada cual con su jardín o parque central; edificio que en la actualidad se conserva sin mayores modificaciones. A los padres Bethlemitas se les debe la creación y ejecución de las dos joyas artísticas, que anexas al hospital le dan la categoría de un museo de arte y de historia colonial. Estas dos construcciones son la Capilla del hospital y el Arco de la Reina; la primera brilla por sus hermosos altares, sus cuadros y sus esculturas; la segunda es un esbelto arco que pasando airoosamente sobre la calle García Moreno va a asentarse en la plazuela de la Iglesia del Carmen; por su luz se ve hacia el sur el montículo del Panecillo y por el norte está la verdadera ciudad, o sea el Quito antiguo.

Los buenos oficios de los Bethlemitas, no fueron siempre debidamente valorados por las autoridades de la Colonia; entre los opositores se destaca el general Juan de So- saya, Presidente de la Real Audiencia de Quito, a quien poco le faltó para dar en tierra con la obra de los religiosos; felizmente la intervención decidida del vecindario y la justiciera decisión del Virrey de Lima, impidieron que la nefasta obra de Sosaya se consumara.

El régimen Bethlemita, fué también poco a poco degenerando, hasta llegar a una época crítica en el año de 1822, fecha en la cual dichos religiosos fueron definitivamente separados de la administración del hospital; a pesar de estas deficiencias, la permanencia de los religiosos en Quito fué sumamente beneficiosa para el país; se destaca por su sabiduría Fray José del Rosario, quien fué maestro y protector del médico Luis Espejo, padre a su vez del protomédico

quiteño Francisco Javier Eugenio Santacruz y Espejo, quien se graduó de Doctor en Medicina el año 1767. Para nosotros los ecuatorianos, el Dr. Eugenio Espejo es el mejor exponente de la cultura, erudición y patriotismo de la época colonial; sus geniales conceptos sobre la etiología y causa de las enfermedades infecto-contagiosas son realmente admirables, si se tiene en cuenta la época de atraso y poca cultura que en ese tiempo existía en la Colonia. Para quienes han leído las obras de Eugenio Espejo, no les queda duda de que este ilustre sabio fué el verdadero precursor de la famosa teoría microbiana en las enfermedades contagiosas, teoría que muchos años más tarde fué plenamente comprobada por los maravillosos descubrimientos del sabio francés Luis Pasteur. Veamos lo que dice Espejo a propósito de una epidemia de viruelas, que hacía estragos en la población de

la Capital: ".....el aire mismo no es la causa inmediata de las enfermedades, las PARTICULAS que hacen el contagio son otros tantos cuerpecillos distintos del fluido elemental elástico, que llamamos aire". A continuación dice: " en la infinita variedad de esos ATOMILLOS VIVIENTES, se tiene un admirable recurso para explicar la prodigiosa multitud de epidemias tan diferentes y de síntomas tan variados que se ofrecen a la observación". Más luego, refiriéndose a la observación microscópica dice: "..... si se pudiera apurar las observaciones microscópicas, quizá encontraríamos en la incubación, desarrollamiento, situación, figura, movimiento y duración de estos corpúsculos móviles, la regla que serviría para explicar toda la naturaleza, grados, propiedades y síntomas de todas las fiebres epidémicas". No cabe duda de que Espejo tuvo una visión clara, aunque, no logró comprobar experimentalmente la etiología microbiana de las enfermedades infecto-contagiosas. •

Volviendo a nuestro relato histórico sobre el Hospital San Juan de Dios, habíamos dicho que la administración Bethlemita duró hasta el año de 1822; luego pasó a cargo de la Comunidad de San Felipe de Neri y otra vez a manos de una Cofradía o Hermandad cristiana, hasta el año de 1870, época en que uno de nuestros mejores gobernantes, el señor doctor don Gabriel García Moreno, hombre versado en varias ciencias, conocedor de nuestra idiosincracia, puso definitivamente la administración bajo la dirección de las Hermanas de la Caridad, quienes siguen prestando eficientemente sus

servicios hasta la presente fecha, aunque bajo el control y vigilancia de una Junta de distinguidos ciudadanos y médicos, que se conoce con el nombre de Junta Central de Asistencia Pública, la cual maneja los fondos, se preocupa del servicio técnico y colabora estrechamente con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central.

(Tomado de la Revista Argentina de Historia de la Medicina)

B I B L I O G R A F I A

Boletín Médico del Hospital San Juan de Dios.
Ilustrísimo Arzobispo González Suárez: Historia del Ecuador. Dr.
Gualberto Arcos: Historia de la Medicina.
Eugenio Espejo: Escritos
Csistóbal Gangotena y Jijón: Boletín del Hospital.

Por el Dr. Raimundo Bosch,
Profesor Titular de Medicina Legal en la Facultad de
Ciencias Médicas de Rosario; Director de la Escuela
de Médicos Legistas

La Situación Legal de los Frenasténicos

I.—Teoría integral de la capacidad e incapacidad civil

La actividad del ser humano se halla sujeta a circunstancias legales que regulan la aptitud o facultad para obrar o exigir. Varía con las diversas situaciones jurídicas. Su apreciación y significado se ha ido modulando a través de las normas que fijan las relaciones esenciales de la convivencia. Existe una limitación constante condicionada por el derecho que tiene a la ordenación de los actos para la existencia de la sociedad. Sin el cumplimiento de los deberes impuestos por el derecho la función individual o colectiva no se justifica, carece de fuerza para alcanzar un fin. Un elemento fundamental del derecho, al encauzar los actos humanos, es, al decir de IHERING- (1), la utilidad.

Si a la palabra utilidad se le da una interpretación amplia, podrá comprenderse la importancia que adquiere la situación de las personas para tener o poder ejercer un derecho. La relación jurídica es de mucha trascendencia, según se entienda a considerar al derecho como aptitud o como facultad de goce y de disposición. Hay diferencia en cuanto a la concepción en sí de desenvolverse, ante todo y sobre todo, ya interior o ya exteriormente, como sujeto activo de derecho, sin que nadie pueda inmiscuirse en la dirección exclusiva de los actos propios, por competencia natural y que constituye la **capacidad de hecho** y en tanto al resultado de que emana de las leyes por la voluntad social, al con-

(1) Ihering.—El fin del derecho. Trad. de Leonardo Rodríguez.

ferir el uso de determinados derechos al sujeto, individual o colectivo, para actuar y que se denomina **capacidad de derecho**.

De ahí que la **capacidad civil** sea una **aptitud** o una **facultad**. COLMO (2) dijo que la **capacidad de hecho**, es simplemente, la aptitud para ejercer actos jurídicos y **capacidad de derecho**, la facultad de gozar todos aquellos derechos cuya adquisición no haya prohibido la ley de un modo expreso.

La **incapacidad** es también **de hecho**, cuando falta la aptitud para ejercer actos jurídicos, y es **de derecho** cuando la ley limita el goce de esta facultad. Una y otra incapacidad son distintas. La primera, reconoce, de hecho, lo que la naturaleza niega a todo individuo, por insuficiencia del desarrollo de su personalidad, enfermedad, etc., y la segunda, responde a razones de orden público, prohibiendo la adquisición de ciertos derechos o el ejercicio de ciertos actos.

COLMO, al referirse a la posición respectiva de los **incapaces de hecho** y de **derecho**, señala que, los primeros, son incapaces por regla y capaces por excepción y los segundos, son capaces por regla e incapaces por excepción.

La **incapacidad de hecho** es una incapacidad absoluta y está comprendida en el artículo 54 del Código Civil. La **incapacidad de derecho** corresponde a la incapacidad relativa establecida en el mismo Código, por el artículo 55.

Ahora bien, los **incapaces de hecho** de acuerdo al artículo 1.041, no tienen aptitud ni facultad para ejercer actos jurídicos, pues, dice: "Son nulos los actos jurídicos otorgados por personas absolutamente incapaces por su dependencia de una representación necesaria". Más adelante, añade, según el texto del artículo 1.042: "Son también nulos los actos jurídicos otorgados por personas relativamente incapaces en cuanto al acto o que dependiesen de la autorización del juez, o de un representante necesario".

Los **incapaces de derecho** son aquellas personas —al decir de VELEZ SARSFIELD, cuando comenta el Art. 949 del Código Civil— a quienes se prohíbe adquirir derechos o el ejercicio de ciertos actos, por sí o por otros". Estas per-

(2) Alfredo Colmo.—Capacidad e incapacidad. (Revista Jurídica de Ciencias Sociales. Bs. Aires, 1919. Sept., Pag. 7).

sonas no llegan nunca a la incapacidad absoluta. Son incapaces por limitación de sus atribuciones jurídicas, por prohibiciones expresas (Arts. 1.041, 1.042, 1.160, 122,

1. 808, 2.833, 3.334, 3.651, 3.660, 3.665, etc.).

La situación de unos y otros, jurídicamente, varía según sea la incapacitación para todos los actos o para ciertos actos. De tal suerte, que FREITAS, hizo la anotación si-, guiente: "En la incapacidad de derecho la prohibición es directa y determinada por motivos de utilidad pública, abstracción hecha de la incapacidad de hecho, mientras que en la incapacidad de hecho la prohibición es indirecta, sólo determinada por la misma incapacidad; es una consecuencia de ella".

Al respecto, cabe observar que ambas incapacidades, la **de hecho** y la **de derecho**, no concurren ni se excluyen; hay casos en los que la **incapacidad de hecho**, por ejemplo, los menores de edad, puede estar condicionada por una situación de excepción, la **capacidad de derecho**, cuando tratándose de menores emancipados adquieren **la facultad** pero no **la aptitud** de gozar derechos y ejercer ciertos actos jurídicos, a diferencia de aquellos otros casos, cuando el individuo orgánica y psíquicamente ha alcanzado la aptitud para gozar de todos los derechos, no puede ejercer determinados actos jurídicos, en virtud de la **incapacidad de derecho** que declara la imposibilidad de obrar, en cuanto se procura la inhabilitación por razones de orden público.

El punto principal de la doctrina jurídica sobre la **incapacidad de hecho**, es el de los menores de edad y de los dementes, que se les presume inaptos absolutos, para todos los actos de la vida civil, mientras subsista la condición de inferioridad creada por la insuficiencia o perturbación de las actividades psíquicas. En efecto, por disposición del Art. 128 del Código Civil, "Cesa la incapacidad de los menores por la mayor edad, el día en que cumplieron veinte y dos años, y por su emancipación antes que fuesen mayores" y del Art. 150, que admite "la cesación de la incapacidad por el completo restablecimiento de los dementes".

La situación jurídica de los menores como la de los dementes es considerada en forma precisa y terminante de incapacidad absoluta. En contra de otras legislaciones, la nuestra es categórica, no admite términos medios entre la capacidad y la incapacidad. O es capaz o es incapaz (Art. 140). Declarada la incapacidad en juicio, la incapacidad

de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 54, inciso 3º, es **de hecho**. Mientras que, en otros países, sucede lo contrario. En Italia y en Francia, las leyes y códigos establecen, para determinados estados de insuficiencia mental, (débiles mentales, vejez) una semicapacidad, no siempre fácil de regular, pero que subsana muchas dificultades de orden práctico.

Los menores no evolucionados, los que sufren una detención en el desarrollo psíquico, quedan, **de hecho** comprendidos dentro de la incapacidad absoluta, aún cuando, cronológicamente, alcanzaren la mayor edad, o que por circunstancias de matrimonio lograren emanciparse. Otro tanto acontece con los enfermos que pierden la integridad de su personalidad por perturbaciones psíquicas y que, en la imposibilidad de gobernarse por sí solos, están colocados al margen de **la facultad** de ejercer actos jurídicos.

Interesa conocer para definir el concepto de la capacidad y de la incapacidad civil, cuáles son las condiciones de la compatibilidad y de la incompatibilidad de las actividades del individuo con los fines de la convivencia tanto en el orden jurídico privado como en el orden jurídico público. Estas condiciones de compatibilidad e incompatibilidad son de orden psíquico, como que de la integridad o desintegridad de la personalidad humana depende la conformidad, el significado y la estabilidad de las manifestaciones de la voluntad para supeditarlas al interés del derecho, supremo interés que hace trascendente a los hechos.

La definición de capacidad civil ajustándola a los preceptos jurídicos es como dice COLMO, "la aptitud o la facultad", a tener algún derecho o bien a ser hábil o apto". Esta definición peca por tautológica; hay en ella esta petición de principio: la aptitud o facultad a tener un derecho, a ser hábil o apto. Es menester decir algo más. No basta copiar el término aptitud o la expresión de apto para introducir el significado adecuado. Hay que explicar en qué consiste y qué es aptitud o apto.

Aptitud o **apto**, es, según el diccionario, suficiencia o idoneidad para obrar,¹ obtener o ejercer un cargo o empleo. Más genéricamente, es la habilidad para hacer alguna cosa cualidad natural, de orden físico e intelectual de poder realizar operaciones con un fin determinado y al que puede subordinarse la actividad del sujeto. El vocablo "**aptitud**"

* es la significación de suficiencia, de idoneidad; de ahí que, a veces se dice que una persona es apta se da a entender

que dispone de elementos propios para actuar a conciencia y por sus propios medios.

En un sentido más estricto, esto es, cuando se habla de **aptitud**, jurídicamente, cabe repetir la definición de FRANCISCO DE VEYGA (1) que dice: "es la condición para dirigirse, por sí mismo, en la sociedad por propia iniciativa y con perfecta conciencia de sus actos". Este autor se inspiró en el concepto que de la **capacidad** dió KRAFFT-EBING, expresándose así: "La capacidad presupone: 1º La posesión de una suma de conocimientos prácticos sobre las relaciones jurídicas y sobre la norma que regula la convivencia social; 2º El juicio suficiente para aplicar estas nociones generales a cada caso concreto; 3º La independencia para decidirse, necesaria a toda libre elección".

De lo dicho, infiérese que la aptitud de toda persona es el producto natural de su integridad psico-física, de la unidad funcional determinada por el normal desarrollo de las actividades mentales que trae aparejada la edad. La mayor edad, a contar de los veintidós años cumplidos por los individuos de uno y otro sexo, según lo establece el Código Civil, en el Art. 126, otorga la capacidad de gozar derechos y ejercer actos jurídicos. De tal modo, esto es así, que más adelante, por el Art. 129, se dispone en forma clara y terminante, que: "La mayor edad habilita desde el día en que comienza, para el ejercicio de todos los actos de la vida civil sin depender de formalidad alguna o autorización de los padres, tutores o jueces".

Ahora bien, para integrar el concepto de **capacidad**, queda por explicar qué es **facultad** y en qué consiste.

Facultad, en su acepción jurídica, significa concesión, permitir, dar licencia, conceder poder a uno para hacer lo que sin tal requisito no podría. Es la autorización legal de gozar derechos y ejercer actos jurídicos, independientemente de la aptitud. Por lo que hace a la potestad concedida es imposible concretar las operaciones que la **facultad** permite. Su extensión está, sin embargo, condicionada por las restricciones de la ley. Con enumerar los artículos del Código Civil que prohíben ejercer ciertos actos, será fácil compren

(1) Francisco de Veyga.—Estudios médicos legales sobre el Código Civil Argentino. (Bs. Aires, 1900).

der hasta qué punto el goce de los derechos, en razón de la autorización legal, se considera compatible con los principios de orden público sobre los cuales está asentada la organización social.

La **facultad** se limita respecto de ciertos actos o del modo de ejercerlos, cuando las situaciones jurídicas obligan a respetar motivos de conveniencia general. Tal sucede, por ejemplo, con las prohibiciones de los artículos del Código Civil, cuya lectura es digna de hacerlo, a través de los distintos capítulos que traatan de las personas, de los derechos personales en las relaciones de familia y en las relaciones civiles.

Pero también, la **facultad** se amplía, cuando al **incapaz de hecho** se le otorga el goce de ciertos derechos y se le permite ejercer determinados actos jurídicos. La ley, en estos casos, concede algunas ventajas, y si se quiere, admite la existencia de la **capacidad legal**, que es, en términos usuales, la **capacidad de derecho**.

Concebida así la capacidad civil, como una aptitud o una facultad, corresponde interpretarla a la luz de las ciencias que investigan los fenómenos psíquicos, para profundizar el concepto de las **acciones humanas** y luego, establecer su verdadera interpretación médico-legal, en cuanto a su valor.

II. —Conceptos médicos legales de la autonomía psíquica

El reconocimiento legal de la aptitud del individuo mayor de edad se funda en la situación determinada por la naturaleza, en la **capacidad de hecho** para resolver las situaciones impuestas por la convivencia, con pleno conocimiento de los actos, conforme a la evolución de las actividades psíquicas, libremente, moviéndose en esferas independientes, cuando ha llegado a tener su **autonomía psíquica**, para proveer por sí solo a las necesidades de su vida de relación, según las normas jurídicas.

Toda la comprensión de la **capacidad de hecho** estriba en considerarla como revelación de las cualidades individuales que integran el conjunto de los elementos que concretan la existencia de la personalidad humana, es decir de ~
autonomía psíquica.

Corresponde explicar en qué consiste la **autonomía psíquica**. Esta es la significación médico-legal de la unidad humana determinada por el desarrollo suficiente de la estructura orgánica y psíquica para valerse por sí mismo, que equivale a independencia para gobernarse. Dos aspectos hay que estudiar en la autonomía psíquica en sus proyecciones jurídicas. El primero —de orden científico— estriba en el análisis completo de la personalidad por lo que al concepto de síntesis funcional del organismo humano se refiere; el segundo —de orden estrictamente jurídico— comprende el conocimiento de las circunstancias legales que hacen posible su actividad para definir su situación en tales casos.

Es indispensable conocer las características esenciales de la unidad humana para establecer su grado de normalidad o de anormalidad.

Antes de entrar en su estudio cabe señalar la existencia de dos criterios: el del psicopatólogo y el del psiquiatra. Difieren entre sí, en cuanto para el psicopatólogo ortodoxo, la personalidad es "entera e indivisa y como tal debe ser estudiada y comprendida por la ciencia". (MIRA Y LOPEZ), mientras que para el psiquiatra, existe la tendencia valorativa de los rasgos fundamentales como los formativos para señalar sus aspectos independientemente de la idea de unidad o totalidad individual. Cada una de estas concepciones concurren, sin embargo, a explicar las correlaciones de la vida psíquica con la estructura del organismo, esto es, que hay un paralelismo entre el desarrollo anatómico y los procesos fisiológicos de las funciones psíquicas.

Si llega a faltar este paralelismo, el desequilibrio que surge, determina la **anormalidad** de la personalidad humana, ya sea por una insuficiencia cuantitativa y cualitativa de las funciones psíquicas intelectivas (**frenastenia** u **óli-grofrenia**), ya sea por la perturbación transitoria o permanente, parcial o completa de los procesos dinámicos de la inteligencia, la afectividad y la voluntad (**disfrenias** o **psicosis**), o ya sea por la declinación y decaimiento de las actividades fisiológicas de la afectividad, con regresión de las funciones psíquicas por una progresiva disminución de la psicomotilidad (**lisofrenia** o **demencia**).

La **normalidad** de la personalidad humana no se concibe sino como unidad. Por encima de la natural diversidad de apreciaciones psicológicas o psiquiátricas, la personalidad humana es considerada como unidad dentro de la acep

ción jurídica, siempre que ella esté bien cimentada sobre bases biológicas y que sus actividades obedezcan a una dirección eficiente para desenvolverse de conformidad con las normas de la convivencia, sin dependencia de otra voluntad, libremente, y con pleno conocimiento del resultado de las acciones.

El estudio de la unidad humana debe hacerse después de coordinar las características esenciales que la integran, al decir de LAIGNEL-LAVASTINE, y que son: la **constitución**, el **temperamento** y el **carácter**, siendo la **constitución** la expresión morfológica o sea la estática mental, el **temperamento**, la fisiológica, y el **carácter**, la psicológica, o sea estas dos últimas la dinámica mental del coeficiente de reacción individual.

Fácilmente se comprende, después de lo dicho, que la **autonomía psíquica** lleva consigo la extensión de la unidad humana. La **aptitud** es, pues, una concepción concreta de la unidad psico-física y que por la sinergia funcional, los elementos que intervienen en su formación, engranan en un mecanismo amplio, comportándose de acuerdo a las disposiciones físicas-dinámico-humorales o temperamentales y psíquicas o caracterológicas.

Debe tenerse presente que la **aptitud** varía con la **insuficiencia** de las facultades mentales o con las **alteraciones morbosas** de las mismas. Es el resultado de la prodigiosa arquitectura de la personalidad que por una gradación natural señala en la época del comienzo de la mayoría, una cierta **autonomía**, con la que el ser humano adquiere la capacidad para adaptarse a una situación determinada.

Esta **autonomía psíquica** se compone de una sucesión ininterrumpida de elementos psico-físicos, sintetizados por la **inteligencia**, la **afectividad** y la **voluntad**, cuyas cualidades están representadas, en la **inteligencia**, por las disposiciones para **comprender**, **crear** y **criticar**, en la **afectividad**, por la organización armónica de los sentimientos, y en la **voluntad**, por las reacciones motrices.

Si los mecanismos dinámicos de las actividades psíquicas comprometen el equilibrio funcional, la autonomía del psiquismo se altera. Unas veces, por detención del desarrollo morfológico del cerebro; otras veces, por falta de cohesión de los procesos mentales. En el primer caso, existe, de hecho, una inaptitud que dificulta la **capacidad de auto-conducción** y comprende a todos los que por insuficiencia

mental carecen de inteligencia para "aprovechar —según expresa STERN— la experiencia personal en la solución de las nuevas situaciones", y, en el segundo caso, hay una desintegración de la **unidad** humana, resultante de la exageración de las disposiciones psíquicas y que permite apreciar, un estado mental determinado, si las desviaciones aparecidas tanto en la esfera de la inteligencia como de la afectividad o de la voluntad, han llegado a disminuir o anular la **autonomía psíquica**.

El estudio de la personalidad humana a la luz de la psiquiatría, de la psicología, del psicoanálisis y de las ciencias que regulan el mecanismo de la conducta fijando el orden jurídico de las acciones, tiene un alcance limitado. Es inseparable del desarrollo de las actividades psíquicas y de su relación con las proyecciones jurídicas de las acciones. Está compuesta por un conjunto de cualidades con todos los atributos de la **aptitud** y con todas las propiedades inherentes a la **facultad**, que para llegar a la coordinación completa y a la unificación necesita establecerse sobre elementos psíquicos esenciales, los que por una construcción ingeniosa, se agrupan y funcionan, con modalidades propias, según sea la estructura de su soporte dinámico-humoral: el **temperamento**.

Cada **temperamento** está definido por tendencias nativas, por disposiciones naturales, que desde lo más íntimo, desde el terreno o sea la **constitución psicopática** se fijan los rasgos característicos de la expresión morfológica, los modos de reacción, por los movimientos de atracción y repulsión, por las inclinaciones del instinto, por el tono afectivo y por los impulsos que avivan el ritmo de las actividades psíquicas.

Para comprender, técnicamente, una acción humana, es necesario estudiar al sujeto que las produce. En cada individuo hay el **tipo temperamental** que favorece o se opone a las normas de la convivencia. No siempre las llamadas **actitudes de reacción** descritas por STERN, responden a las exigencias de una solución adecuada.

Es necesario dar un valor exacto a la relación de las aptitudes intelectuales y de las disposiciones afectivas para ir, por vía del análisis paciente, conociendo la formación de la personalidad a través de la estabilidad de la **"personalidad natural"**, que avasalla los dos tercios de las manifestaciones dominantes y de lo que completa la expresión de la

conducta por lo que retiene la **"personalidad adquirida"**, y que es tan sólo un tercio de lo que aparentemente asoma, como una representación de las fuerzas que animan a un deseo o regulan el ritmo de una necesidad.

Ya simples o ya complejos, todos los estados mentales, ofrecen el sello típico de las características temperamentales. Así se explica cómo al exagerarse las modalidades de las reacciones activo-afectivas, en cada individuo, no es de extrañar se noten más las desarmonías entre las aptitudes intelectuales y las disposiciones afectivas, que, con tanto acierto, ACHILLE DELMAS y MARCEL BOLL (La Personnalité humaine, son analyse) han definido en el conjunto de los elementos psíquicos de la personalidad humana.

El predominio de las tendencias afectivas-activas determina el comportamiento de las actitudes de reacción. Pero, justo es decirlo, también, que del claro discernimiento, de la inteligencia, debe hacerse la valoración de la integridad de la **autonomía psíquica**.

Claro está que la idea absoluta de **autonomía psíquica** tiene como fin interno la **libertad** y como objeto externo, el mundo exterior, que es donde se manifiesta y se reconoce su capacidad de acción.

Es preciso observar que la personalidad humana no se define por etapas absolutas; hay períodos de transición y estados de detención que favorecen o retardan la organización de las actividades psíquicas. No debe confundirse, en la práctica médico-legal, una insuficiencia del desarrollo mental con las manifestaciones propias de los estados de alteración del juicio por disfunción de los procesos intelectuales. Existe una marcada diferencia. En el primer caso, la detención del desarrollo psíquico puede ser debida a una agenesia por detención evolutiva de la estructura cerebral o a una disgenesia por una detención incompleta. En el segundo caso, hay perturbaciones transitorias o permanentes, cuyas discordancias psíquicas se acentúan en los estados de apatía profunda o de indiferencia total.

Los períodos de transición en el desenvolvimiento de la personalidad humana hay que distinguirlos de los que son engendrados por trastornos mentales de mecanismos variables y de duración temporaria.

Es oportuno tener presente la clasificación de las enfermedades mentales de LANFRANCO CIAMPI y GONZALO BOSCH, en base a la conservación, disminución, falta o

pérdida completa de la **autonomía psíquica**. Estos dos distinguidos psiquiatras conceden suma importancia a los distintos síndromes mentales teniendo en cuenta un fin práctico y social; la **capacidad de autoconducción**. En su intento de agrupar a los trastornos psíquicos dentro de la separación más simple de sus distintas formas, han conseguido un propósito uniforme de clasificación, que consiste en diferenciar en cinco grandes grupos los síndromes mentales: 1º Estados mentales premorbosos (Constitucionales con inestabilidad de la autonomía psíquica); 2º Síndromes mentales con debilitamiento temporáneo (o pérdida incompleta y temporánea) de la autonomía psíquica (neurosis); 3º Síndromes mentales con pérdida completa y temporánea de la autonomía psíquica (Psicosis y estados psicopáticos); 4º Síndromes mentales con falta de desarrollo de la autonomía psíquica, (Frenastenia u Oligofrenias); y 5º Síndromes mentales con pérdida completa y duradera o definitiva de la autonomía psíquica (Demencias y Síndromes delirantes).

La subordinación de las alteraciones mentales a la **autonomía psíquica**, absorbe la concepción jurídica de la **capacidad de hecho** y permite interpretar, con toda claridad, la situación médico-legal de los seres humanos, cuya personalidad, con sus imperfecciones y desviaciones sea necesario valorar en relación con el goce de derechos y en el ejercicio de actos jurídicos.

Es, sin duda alguna, una clasificación adecuada a los fines de la interpretación de las aptitudes naturales porque da a entender la conveniencia de que un criterio uniforme y ajustado a las disposiciones del Código Civil refleje la variedad de las situaciones médico-legales, circunscribiéndose a las fórmulas jurídicas de la capacidad natural o de hecho.

III.—La situación médico-legal de los frenasténicas

A objeto de dilucidar este tema, es indispensable, en primer término, fijar los conceptos psiquiátricos más recientes de los frenasténicos. Ha de estudiarse, en el sentido más amplio y comprensivo, en qué consiste la anormalidad de estos enfermos y qué grado de insuficiencia intelectual corresponde establecer en función de las diferencias que ellos presentan entre la edad mental y la edad cronológica.

SANTE DE SANCTIS, trasmite una noción clara y precisa de los frenasténicos, diciendo que "son aquellos sujetos que tienen como síntoma dominante, una insuficiencia más o menos grave del desarrollo intelectual, a causa de un estímulo perturbador contenido en el germen o sobrevenido del exterior, durante el período evolutivo, que impidió el normal desarrollo del organismo y especialmente del cerebro".

En cuanto a su adaptación social, DOLL, define la insuficiencia mental como "un estado de detención del desarrollo específicamente de la inteligencia general, el cual limita la capacidad mental del individuo, de forma que **ésta nunca excede la de los niños normales de 12 años de edad**".

CARRARA y ROMANESE, dicen: "Con la denominación de frenasténicos se designan, de un modo genérico, a los estados psíquicos de grave deficiencia o detención del desarrollo, ya de causa congénita (por factores degenerativos hereditarios), o ya de causa adquirida, por diversas formas de cerebropatías fetales o de la primera infancia, inclusive por efecto de traumatismos del parto.

Sobre la detención del desarrollo de la inteligencia en estos enfermos, se han realizado desde BINET y SIMON, hasta ahora, numerosos trabajos para medir el grado de insuficiencia mental por medio de reactivos verbales y gráficos, obteniéndose indicaciones aproximadas acerca de los distintos valores comprendidos en la zona de la normalidad y de la anormalidad. Se ha dado significación al rendimiento que el sujeto proporciona ante las pruebas mentales de la inteligencia, partiendo de una medida dada, para la edad intelectual, cuyo resultado se conoce con el término de "**cociente intelectual**". Este cociente intelectual es igual a la unidad o mayor, en las personas normales y es menor en las que tienen una insuficiencia del desarrollo de sus actividades psíquicas.

El desarrollo psíquico en relación con la edad sirve de base para establecer el momento de la detención del proceso de formación mental y fijar, a la vez, el grado de insuficiencia según sus particularidades psicológicas.

Conviene recordar que existen variaciones normales y anormales en el desarrollo psíquico de la personalidad humana. De ahí que, muchas veces, resulte difícil, establecer, con precisión, un límite por debajo del cual sea posible encuadrar las oscilaciones fisiológicas sin confundirlas con

aquellas que pertenecen a la categoría de las oscilaciones patológicas. Sin embargo, se puede señalar como determinación diferencial de estas variaciones, un **índice de variabilidad**, descrito por SANTE DE SANCTIS, y que, por el cual, se llega a verificar los excesos o los defectos de las desviaciones mentales.

De un modo general, se alcanza a separar los sujetos superdotados o supernormales de los subnormales o indigentes mentales.

Según sea el grado de insuficiencia intelectual, se ha convenido en admitir, entre los frenasténicos tres categorías: **insuficientes de leve grado (débiles mentales**, con un

cociente intelectual que no pasa de 0,80), **insuficientes de grado medio (imbéciles**, con un cociente intelectual que no excede de 0,50) e **insuficientes de alto grado (idiotas**, que van de 0 a 0,20 con su cociente intelectual).

El cociente intelectual adquiere significación experimental y práctica cuando se lo busca en los **insuficientes de leve grado**, en los **débiles mentales**, en cuanto su detención se refiere a una época evolutiva del desarrollo psíquico, próxima a la edad límite de los menores impúberes, pues, carece de importancia real, en los casos de insuficiencia intelectual de grado alto o medio, o sea en los **idiotas e imbéciles**, en los que su nivel de inteligencia corresponde para los **idiotas** al de un niño normal de una edad no superior a los 2 años y para los **imbéciles** al de un niño de 2 a 7 años. Los límites de edad mental para los **débiles mentales** oscila entre los 7 y los 12 años. Hay autores como BI NET, SIMON, DOLL, VERMEYLEN y otros, que los colocan por debajo de la edad de 10 años de un niño normal.

Por consiguiente, son los **débiles mentales**, los frenasténicos que ofrecen interés en medicina legal, a los efectos de considerar si su grado de insuficiencia intelectual es compatible con las actividades de la vida social regulada por las normas jurídicas.

Las definiciones dadas y el mero hecho de señalar que los **débiles mentales** pertenecen a uno de los grupos de las tres variedades descritas entre los frenasténicos, apoyan el concepto de que son **ineptos para autoconducirse**. Su escaso rendimiento mental los hace inferiores para regir libremente los destinos de su persona. En efecto, MIRA LOPEZ, indica que en estos sujetos, su insuficiencia intelectual se traduce, en primer lugar, por la ausencia de capacidad de

síntesis y lo falta de comprensión de las relaciones abstractas. Más adelante añade: "Falta a los débiles mentales el mundo conceptual, viven solamente ante realidades concretas e inmediatas y ello hace que no sepan aprovechar la experiencia para la resolución de situaciones nuevas". Coinciden sus palabras con las de STERN, y con la definición formulada por la British Royal Commission on the Feeblement, al decir: "Es débil mental la persona que es capaz de ganarse la vida en condiciones favorables, pero que es incapaz, a causa del defecto mental que presenta desde el nacimiento o desde muy temprana edad.: a) de competir en términos iguales con sus compañeros normales o b) de **governarse a sí mismo y a sus intereses con la prudencia debida**".

Es necesario afirmar y sostener que todo **débil mental es una persona inferior** a una persona normal por su insuficiente desarrollo psíquico y que su inferioridad intelectual es cuantitativa, fija, por lo que concierne a una detención congénita o adquirida, permanente, a'e grado liviano, que nunca llegará a alcanzar el nivel mental normal.

VERMEYLEN, explica, magistralmente, el fundamento de la insuficiencia intelectual de los débiles mentales diciendo que su actividad queda reducida, simplemente, a una función receptiva y no se transforme en función elaborativa por falta de evolución integral. Al definirlos, se expresa este autor, así: "La debilidad mental de los frenasténicos de insuficiencia intelectual de grado liviano es el estado de deficiencia mental, congénita o adquirida, que se manifiesta sin perturbaciones neuro-psíquicas o psicopáticas preponderantes y que sitúa a los individuos afectos de ella entre la imbecilidad y la normalidad".

No puede admitirse, de modo alguno, que sea un estado de transición en igualdad de condiciones con los sujetos que se hallan dentro de una de las faces evolutivas de la formación de su personalidad. En ellos, hay una insuficiencia inmutable, que les impide comprender, crear y criticar. Carecen de la capacidad para identificar y diferenciar los procesos de la ideación superior; sus pensamientos no poseen una base lógica y caen dentro de conclusiones absurdas y erróneas.

En cuanto a su adaptación social, con semejante falta de aptitudes psíquicas para guiarse por sí solos, por propia iniciativa y con pleno conocimiento de sus actos, se pone de

manifiesto que son **incapaces de hecho**. No están organizados, psíquicamente, para desenvolverse con libertad, en la vida social, en forma competente, aunque se advierta, en ellos, un esbozo de personalidad exterior¹, que nunca es ni puede referirse a la personalidad interior, donde ésta rige y gobierna, en absoluto, con la fuerza de las actividades mentales, los destinos de su propia existencia.

Frente a las disposiciones del Art. 54, del Código Civil, por su estructura y grado de insuficiencia intelectual, los frenasténicos, sin excepción alguna, deben ser considerados **incapaces absolutos**, precisamente, por no haber alcanzado un **nivel de desarrollo psíquico superior a los doce años de edad**.

No cabe equiparlos a la condición de los menores emancipados para adquirir derechos y ejercer ciertos actos jurídicos, debido a su incompetencia natural para adaptarse convenientemente a la sociedad. Mientras aquellos van integrándose progresivamente en su desarrollo psíquico, éstos permanecen detenidos en la época de su retardo mental. Se comprende, a simple vista, que se trata de inteligencias invariablemente insuficientes, en las que uno de sus mayores defectos es la de no poder "concebir, razonar y dirigir sus actos según una finalidad lógica y personal".

Les falta continuidad en la sucesión de las facetas de la ideación superior. De ningún modo, ha dicho, MIRA y LOPEZ, el débil mental es capaz de decidir su conducta ante una situación nueva en virtud de su propio discernimiento y en forma que consiga la tranquilidad de conciencia y la satisfacción de sí mismo independientemente de toda sanción o recompensa externa (humana o divina).

ERNESTO VIGETTI (4) al ocuparse de este interesante tema insistió, sobremanera, en demostrar la ineptitud de los débiles mentales, expresando que "ningún retardado, desde el idiota hasta el débil mental, es capaz de crearse un orden lógico, estético y moral, al cual pueda conformarse y subordinarse. . . .; él no sabe ni puede insertar su presente en los hechos de su pasado; así lo afirma SANTE DE SANC-TIS. VERMEYLEN, asegura que la adaptación a la vida

(4) Ernesto Vigetti.—Los débiles mentales ante el Derecho Penal y el Derecho Civil.
(Tesis de Profesorado. 1930. Rosario).

normal no puede realizarse sino, incompletamente, en el débil mental, dada la tendencia a perdurar y fijarse la autonomía de sus funciones psíquicas; siendo incapaz de manejar lo abstracto, con un fin de adaptación práctica y de trabajarlo según las modalidades de este fin".

En la capacidad civil, la aptitud que engendra la capacidad de hecho, influye poderosamente las características psíquicas que constituyen la base sobre la cual se halla edificada la totalidad de la personalidad humana. Un momento de detención en la construcción sistemática del psiquismo resta y desintegra el concepto de la unidad humana. Ninguna disminución de las actividades psíquicas hace posible el rendimiento de la inteligencia ni permite obtener resultados de suficiencia normal. Por consiguiente, en modo alguno, pueden ser, los frenasténicos, aptos para adquirir derechos y contraer obligaciones. Pues, en ellos, todo conflicto, toda disensión, toda dificultad del mundo exterior no puede resolverse con la eficiencia del juicio lógico ni afianzar su aproximación social en manifestaciones personales, debido a la indeterminación de sus pensamientos y aún a la avasalladora influencia de la sugestión coartando, por lo tanto, su libertad.

Por error de interpretación psiquiátrica, y no de otro modo, hay autores que conceden a los débiles mentales, debido a su grado de insuficiencia intelectual liviano, una posición distinta dentro de su condición de frenasténicos. Y, así, llegan a inferir, equivocadamente, una omisión de orden técnico al confundirlos con los **débiles de espíritu**.

A propósito de conceptos y definiciones sobre los **débiles de espíritu**, ANGEL A. MASCOTRA (5) hizo una distinción de ellos con los débiles mentales en lo que respecta al significado y alcance de las denominaciones usuales, reduciéndolos a dos grandes grupos: de una parte, débiles psíquicos, débiles intelectuales y débiles mentales; de otra parte, simples de espíritu, pobres de espíritu y débiles de espíritu.

Este autor si bien no había alcanzado a precisar con claridad el concepto psiquiátrico de los débiles mentales, en su verdadero contenido psiquiátrico, en rigor de verdad, es-

(5) Angel A. Mascotra.—Los débiles de espíritu. (Tesis. 1918.BuenosAir.es).

tuvo bien orientado al intentar diferenciarlos de los débiles de espíritu. Pero quedó en vano su intento cuando, después de haberlos definido diciendo que "eran sujetos degenerados mentales o psíquicos, que padecen un desarrollo psíquico desigual, desemejante, incompleto o pervertido, y caracterizados por un desequilibrio espiritual, o sea una falta de armonía o de ponderación entre sus funciones psíquicas, y por una debilidad mental atenuada (debilidad de la inteligencia propiamente dicha sobre todo, pero también de los sentimientos y de la voluntad, pues la vida psíquica está alterada en sii conjunto), y en grados tan diversos y de caracteres tan distintos, según afecte a todas las funciones psíquicas por igual o a unas más que otras, que toda una serie indefinida de débiles de espíritu pueden escalonarse en la zona intermedia que va desde el idiota y el imbécil hasta las proximidades mismas del hombre normal", cometió el grave error de equipararlos a los débiles mentales, considerándolos como un grado, el más atenuado y el más ligero de ellos.

A título de reconocimiento cabe decir también, que, este autor, hizo notar la incapacidad de los débiles de espíritu al identificarlos como una variedad de grado de los débiles mentales.

Los débiles de espíritu se distinguen de los oligofrénicos o frenasténicos, en que aquellos son sujetos subnormales o si se quiere denominarlos mejor, son una variedad de los tipos normales poco diferenciados, sin constituir una entidad mórbida, mientras que éstos, son anormales cuya inteligencia "es desde el principio de su vida manifiestamente inferior a la de los demás de su misma edad". Como consecuencia de ello, el eminente psiquiatra LANFRANCO CIAMPI, sostiene, muy atinadamente, que muchos de los juicios emitidos sobre **débiles de espíritu**, declarándolos capaces, fueron inspirados por el criterio de considerarlos **no**, ya como verdaderos **débiles mentales**, sino como variedades extremas de la normalidad.

Al concepto de capacidad toca, ahora, repartir, equitativamente, los merecimientos de las atribuciones de la incapacidad, y de conformidad con los preceptos jurídicos fijados en los Arts. 54, 126 y 127 del Código Civil de nuestro país, los frenasténicos, por el sólo hecho de ser psíquicamente inferiores a los menores de 12 años, no están en condiciones para actuar por sí solos, correspondiéndoles,

sea cual fuere la naturaleza de sus actos jurídicos, la nulidad de los mismos.

En el lenguaje usual de fe palabra **demencia** por el codificador y los juristas, esta palabra se la emplea como sinónimo de enfermedad mental y, por lo tanto, probado que una persona se halla en un estado de enfermedad mental, habrá que considerarla privada del goce de sus derechos y de ejercer actos jurídicos, de conformidad con lo dispuesto en los Arts. 140, 141, 142 y 143 de nuestro Código Civil, al referirse a la interdicción.

Pero la interdicción no cabe aplicarse a los frenasténicos, por cuanto están comprendidos, de hecho, en las disposiciones del artículo 54, que ya ha sido comentado.

Respecto de la validez de los actos realizados por los frenasténicos, corresponde aplicar el artículo 900 del citado Código Civil, que dice así: "Los hechos que fueren ejecutados sin discernimiento, intención y libertad, no producen por sí obligación alguna.

Evidentemente, la falta de voluntad, la ausencia de querer en el obrar, anula el acto. Ya lo afirmó, muy sentenciosamente, nuestro codificador **Dalmacio Vélez Sarsfield**, al señalar: "El elemento fundamental de todo acto es la voluntad del que lo ejecuta".

Montarcé Lastra, participa de la errónea interpretación de algunos psiquiatras y de la mayoría de los jurisconsultos, cuando a pesar de reconocer (1) que la debilidad mental es la primera etapa de la evolución hacia la imbecilidad, dice, que no implica, en sí, el concepto de la interdicción, dando a entender, por ello, una exclusión, que muchos aplican a favor de situaciones especiales y en contra del verdadero significado de la incapacidad. Al decirse que los débiles mentales no deben ser declarados interdictos, no excluye el reconocimiento de su condición de incapaces de hecho. Una y otra situación jurídica es distinta.

En cuanto a la imputabilidad, poco queda por argumentar, si, implícitamente, se reconoce, en los frenasténicos, cualquiera que sea su grado de insuficiencia intelectual, una disminución de la capacidad ética, la que se pone en evidencia por sus reacciones activo-afectivas y por la

(1) Montarcé Lastra.—La Incapacidad de los Alienados.

incomprensión de sus acciones. La ilicitud de sus actos está delimitada por su propia incompetencia para entender en las acciones ya civiles o penales emergentes de su conducta.

De ahí que estos sujetos deban situarse dentro del inciso 1º del artículo 34, de nuestro Código Penal, al contemplar, en primer término, los estados de insuficiencia de las facultades mentales, como eximentes psíquicos de su imputabilidad.

Después de todo lo dicho, sólo queda por añadir un anhelo y es el de uniformar las interpretaciones médico-legales de los estados psíquicos ayudando a disipar errores que tanto perjuicio *ocasionan, al* entablarse discusiones o al pronunciarse, en cada caso particular, juicios contradictorios, con un criterio diferente, la mayoría de las veces, en abierta oposición con la verdad clínica y con el espíritu de las leyes.

Por el Dr. Teodoro Salguero Z.
Profesor Titular en la Facultad de Medicina

Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis Osteo - Articular

Consideraciones de múltiple naturaleza, y entre ellas, la frecuencia no despreciable de la localización tuberculosa en los huesos y articulaciones, a tal punto que según nuestra pequeña estadística, podemos afirmar, que esta tuberculosis ocupa el 2º lugar, siendo la localización pulmonar la que se lleva el primer puesto; el conocimiento poco preciso que sobre ella tiene nuestro medio social a tal punto que ésta célebre frase "La duración de esta enfermedad permanece desconocida: y resulta una falta, siempre la misma, cometida en la dirección del tratamiento. La coxalgia dura años, y se la trata como si pudiera curar en semanas." escrita por Víctor Ménard hace ya casi medio siglo todavía es válida para nosotros; el ambiente hostil que existe para su tratamiento quirúrgico, a tal punto que se prefiere que estos pacientes mueran o vivan postrados o inválidos, a que se sometan a una intervención quizá menos peligrosa que otras que se practican a diario en nuestros hospitales sobre el tubo digestivo o sobre los órganos sexuales, solo porque, como hace muchos años lo decía A. Richard, "confunden ignorante o maliciosamente a la magnífica operación de artrodesis, con las grandes operaciones mutilantes practicadas hace 50 años, en una era de asepsia imperfecta, y sobre pacientes en estado de plena bacilemia, y que por lo mismo daban una mortalidad elevada por tuberculosis osteoarticular".

Y finalmente las afirmaciones hechas alguna vez, de que se curaron coxalgias con unas pocas inyecciones y con un tiempo irrisorio de reposo, a tal punto que dudamos que se haya tratado en realidad de tuberculosis osteo - articular. Y a este respecto nos permitimos recordar la siguien

te conclusión del Congreso de Orthopedia reunido en 1935: Cuando una artritis ha sido benigna, de evolución corta, cuando la deformación femoral o cotoidea ha sido nula cuando la adenopatía ha sido dudosa o ha faltado y cuando la recuperación funcional es vecina de la normal, no se podrá permitir hablar de coxalgia más que bajo las pruebas siguientes: cutireacción muy fuertemente positiva (siempre que el paciente tenga menos de 7 años) existencia de otros focos tuberculosos probados por el laboratorio, herencia tuberculosa directa o contaminación familiar directa y biopsia positiva de un ganglio retro-clural. En la actualidad, poner el diagnóstico de Tb. porque un paciente sufre de la cadera, sin apoyarse en una o varias pruebas de las que hemos anunciado, es hacer prueba de ignorancia o ligereza"; nos han inducido a exponer los dos casos siguientes tomados de entre los doce casos de tuberculosis osteo- articular que hemos tratado quirúrgicamente.

Primer Caso.—Tuberculosis Coxo - femoral Izquierda tratado por Artrodesis en el Hospital Militar de esta ciudad.

Datos civiles: Enferma N.N. de 17 años de edad, soltera, llegó hasta primer año de enseñanza secundaria. Nacida y educada en la Provincia del Chimborazo.

Antecedentes hereditarios: sus padres viven y gozan de buena salud. Del resto de su familia no hemos obtenido ningún dato de importancia.

Antecedentes personales: tuvo sarampión, bronquitis y desarreglos gastro- intestinales en la primera infancia. As- caridiosis en la segunda infancia. Menorca a los 13 años. Su desarrollo puberal "fué violento", dice su madre, a consecuencia de lo que cree que se ha debilitado mucho. Desde hace muchos años, se ha vuelto muy sensible a las gripes, que le dan muy frecuentemente y le duran muy largo.

ENFERMEDAD ACTUAL

Le empezó hace seis años más o menos, a consecuencia de una caída (ligera) dice, en la que se traumatizó su pierna izquierda. Desde entonces, la fatiga precoz, la impotencia funcional y el dolor de esta pierna han ido aumentando poco a poco, entrecortados por periodos de mejo-

raimiento, debidos al reposo en cama y a los analgésicos, hasta que últimamente se han vuelto insoportables y rebeldes a todo tratamiento y terriblemente exasperados por la deambulacion, razón por la cual, la enferma ha preferido permanecer en cama desde hace más de dos años. Es de notar que hace dos años también sufrió de un largo período de gripes (que para nosotros tienen la significación de verdaderos brotes de bacilemia antes que de gripes verdaderas) y que los dolores de su cadera y rodilla izquierdas se producían ya con el más mínimo movimiento realizado en la cama mismo. Fué tratada como tuberculosa, después de que la radiografía adjunta indicó grandes lesiones en la articulacion coxo - femoral izquierda. Así ha pasado algunos meses, consiguiendo mejorar su estado general, pero no la enfermedad de su pierna, motivo por el cual nos consulta.

Examen Actual.—Decúbito dorsal penosamente cambiabile. Estado general regular. Facies pálida demacrada. Pulso: 76 al minuto. Temperatura, 37,2° C. a las 2 p. m. Respiraciones: 18 al minuto. Peso real, un 25% inferior al peso teórico. Tensión arterial: Máxima 130, Mínima 80, Media 100; con el oscilómetro de Pachón de doble brazaletes.

Signos y Síntomas generales anormales.—Ligero decaimiento general, sensación permanente de fatiga. Poco apetito. Estreñimiento ligero. Sueño: nueve horas en las 24, frecuentemente entrecortado por el dolor de su pierna izquierda. El examen somático general nos indica que todos sus órganos y aparatos están normales, salvo su lengua que es saburral, su dentadura que tiene muchas piezas cariadas, su piel y sus mucosas que son intensamente pálidas marmóreas, su sistema piloso que es muy desarrollado, en especial el del tronco; la desaparición casi total de su panículo adiposo, y la presencia de ganglios duros no adheridos, del tamaño de una avellana en el cuello.

Examen Especial.—Nos llama la atención su pierna izquierda que se encuentra inmóvil, en extensión total y en rotación interna de unos diez grados; la eminencia trocan- terea está borrada de modo que la asimetría de los dos miembros es manifiesta en su raíz, pero también en toda su extensión, debido a la profunda atrofia de las masas musculares de la pierna izquierda. Sus espinas iliacas antero-

superiores son muy sobresalientes por la gran denutrición general. La hendidura vulvar mira hacia el lado sano y el pliegue inguinal es más bajo que el derecho, sin embargo la longitud aparente y real de los dos miembros es igual, a pesar de que la vertical trocanterea iliaca izquierda es casi tres centímetros más corta que la derecha. Esto se debe, a que, como nos confirma la radiografía N° 1 el ascenso del trocánter mayor producido por la luxación trans-cotiloidea de la cabeza femoral ha quedado compensado por el vasculamiento de la pelvis, de modo que su espina iliaca antero-superior está más baja que la derecha. Naturalmente esta desviación de la pelvis ha producido una escoliosis compensatriz de convexidad que mira a la izquierda, de su columna vertebral dorso-lumbar.

Dimenciones.—Longitud de ambas piernas (medida por la distancia maléolo trocanterea) 75 ctrs., longitud maléolo iliaca, 80 ctrs. para la pierna derecha y 77 ctrs. para la pierna izquierda.

Como se ve, el ecortamiento se ha hecho a merced del cateto vertical del triángulo de Ogston-Briand, cateto que sirve mucho más que la línea de Nelaton-Roser para el reconocimiento de la ascensión del trocánter mayor.

Diámetro de la raíz del muslo izquierdo: tres centímetros y medio menos que su homólogo derecho; pantorrilla izquierda, medio centímetro menos que la derecha.

Palpación.—Comprueba el adentramiento del trocánter mayor, ya sospechado por la inspección; e indica también, por no estar aumentada la temperatura en ningún sitio de la raíz del muslo, la ausencia de cualquier proceso congestivo agudo. La piel es igualmente caliente en ambas piernas; tampoco se tiene la sensación de empastamiento en ningún sitio de la raíz del muslo, que es la zona que más nos llama la atención, por el aplanamiento de la eminencia trocánterea y por haber comenzado en esa zona sus dolores.

Puntos dolorosos.—La palpación de la cabeza femoral, por fuera de la arteria femoral, en la base del triángulo de escarpa es bastante doloroso, pero mucho más dolorosa es la palpación del fondo del acetabulo, realizado por medio del tacto rectal. Existe también dolor localizado a nivel de los cóndilos humerales y de la interlínea de la ar

ticulación de la rodilla. El dolor despertado por la percusión del trocánter mayor y del talón no es mayor que el dolor provocado por la percusión en cualquier otro sitio de su pierna, de ahí su poca significación. La palpación también nos indica la presencia de ganglios retrocruales duros, no adheridos, pequeños e indoloros.

MOTILIDAD.—Los movimientos pasivos, cualquiera que sea su clase, son muy dolorosos y por esto no podemos juzgar con precisión sobre su amplitud, sin embargo tenemos la impresión de que ninguno de ellos está anatómicamente entrabado, salvo la abducción, y de que la hiperextensión está exagerada, estando en cambio la rotación externa muy limitada y acompañada de dolores violentos.

Los movimientos activos del muslo sobre la pelvis están bastante limitados debido al dolor y a la impotencia funcional que acusa la enferma.

La movilidad de la pierna sobre el muslo, tanto activa como pasiva sería normal, si no se acompañara de intenso dolor a nivel de la rodilla y de la ingle; como dice la enferma.

La motilidad del pie sobre la pierna, y de los distintos segmentos del pie es normal e indolora.

Reflejos osteotendinosos y cutáneos iguales en las dos piernas, salvo el rotuliano que está algo disminuido en la izquierda.

Con todos estos antecedentes, se comprende que la deambulación es imposible, y la paciente nos manifiesta que desde hace ya más de dos años no puede caminar.

Con todos estos datos sospechamos la existencia de una tuberculosis coxo-femoral y pedimos una radiografía, una numeración globular, la fórmula leucocitaria absoluta y relativa, la velocidad de sedimentación de los hematíes y practicamos la cutireacción a la tuberculina. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Radiografía (fig. 1) : Por parte del fémur indica destrucción casi total de su cabeza por un proceso de osteítis rarificante, lujación transcotiloidea del resto de la misma, y por consiguiente disminución del radio del arco cervico-femoral y ligero decalage del mismo, así como enclavamiento del cuello femoral en la cavidad cotiloidea a tal punto que, si no ha penetrado en la cavidad pelviana, es por impedírsele el trocánter mayor.

Cotilo: Está agrandado, mal delimitado, destruido especialmente en su parte superior y en el fondo y mira hacia abajo, más que el del lado derecho, por la báscula de la pelvis.

Pelvis: inclinada de modo que su espina iliaca anterosuperior izquierda está tres centímetros más baja que la derecha y su línea biiliaca forma con la columna vertebral, en lugar de dos ángulos rectos, un ángulo agudo a la derecha y un ángulo obtuso a la izquierda. Ligeramente decalage



de la sínfisis pubiana y ausencia del agujero obturatriz izquierdo debido a que, por el basculamiento de la pelvis, este agujero se proyecta casi horizontalmente.

Toda la zona intraarticular, a pesar de estar destruidas, no dejan ver la presencia de secuestros. Tampoco eminencias óseas están presentes en el contorno cotiloideo, apenas hay proliferación ósea en la cara interna del iliaco, en los contornos de la perforación del fondo del acetábulo.

La decalcificación periarticular es mínima (dato importante para poder realizar la artrodedis extra-articular), lo mismo que la decalcificación de las corticales del fémur.

NUMERACION GLOBULAR.—Hematies: 4'500.000 por milímetro cúbico.

Velocidad de sedimentación de los mismos: hora

9 mm. 2ª hora 19 mm.

Glóbulos blancos: 7.500 por milímetro cúbico.

Fórmula leucocitaria

	Relativa	Absoluta
Neutrofilos	60%	4.200
Eosinofilos	3	225
Basofilos.....	<i>Ví</i>	38
Linfositos.....	33	2.475
Monocitos	3	225
Jóvenes	1	75
En cayado.....	0	0

Por la fórmula absoluta vemos que todos los tipos leucocitarios están normales, excepto los linfocitos que están ligeramente aumentados. La fórmula relativa en cambio nos revela una ligera neutropenia, tan sólo aparente, desde luego, como lo prueba la fórmula absoluta.

Cutireacción a la tuberculina preparada en los laboratorios del "Centro de Tuberculosis": positiva. Naturalmente, en una persona, mayor de 7 años, esta positividad, no tiene ninguna importancia, pero hemos realizado esta prueba, porque en siendo negativa, sólo ella habría sido suficiente para desechar un proceso Tb. en nuestra paciente, a no ser que la alergia estuviese disminuida por un sa-

rampión reciente o por cualquier otra enfermedad que suprime o disminuye temporalmente la alergia. Debido a la ausencia de todo exudado intraarticular no hemos podido aportar pruebas directas e indiscutibles, como serían, la presencia del bacilo de Koch, demostrada en el exudado, previa homogeneización, cultivo o inoculación al cobayo, de dicho exudado; tampoco nos ha sido posible hacer una vivisección, ni siquiera de un ganglio retrocrural, a fin de aducir pruebas anatomopatológicas al caso.

Solicitamos una reacción de fijación del complemento, la misma que no fué hecha por falta del antígeno de Besredka o del antiguo tuberculoso metilizado de Négre y Boquet.

DIAGNOSTICO.—El antecedente poco decisivo (trauma ligero) para el comienzo de su enfermedad. La evolución, aunque lenta, siempre progresiva de la dolencia y a base de la clásica triada sintomática de la tuberculosis (fatiga precoz, impotencia funcional o cojera y dolor), triada que ha ido agravándose a la par que su estado general se deterioraba más y más cada día; el resultado poco feliz del tratamiento médico instituido a base de un reposo mediocre y de quimioterapia quizá a dosis insuficiente; los datos recogidos por el examen actual, entre los que sobresalen un estado general menos que regular, y una artritis coxo-femoral izquierda de naturaleza destructiva, con puntos dolorosos bien localizados en el acetábulo y en la región de proyección de la cabeza femoral sobre el triángulo de Escarpa, con luxación del fémur a través del cotilo, en ausencia en todo momento de su enfermedad, de síntomas de artritis aguda (como sería una temperatura en agujas, con máximas de 39 y 40 grados C., con hinchazón doloroso y caliente de la región periarticular y con colección de pus caliente, etc., etc.); los datos demostrados por la radiografía de lesiones destructivas antes que proliferativas, lesiones bien localizadas sólo a la articulación y no a la hemipelvis correspondiente y peor a otras articulaciones; el aumento de la velocidad de sedimentación de los hematíes, la ligera linfocitosis, la cutireacción "no negativa" nos han inclinado a sentar el diagnóstico de TUBERCULOSIS COXO-FEMORAL EN EL TERCER PERIODO DE SU EVOLUCION.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.—La descripción que precede, nos permite alinear la presente enfermedad, en el grupo de las artritis subagudas por sus síntomas y crónicas por su evolución. Por consiguiente el diagnóstico diferencial tendremos que hacer con las siguientes enfermedades, propias de la edad de nuestra paciente: La Osteocondritis de la cabeza femoral o enfermedad de Perthes en la que hay dolor, impotencia funcional, cojera del miembro enfermo y que evoluciona dentro de un estado general poco satisfactorio, dando a veces temperatura e infarto de los ganglios retrocruales. La radiografía de la coxo-femoral —mostraría alteraciones del núcleo de osificación de la cabeza, que primero se deforma y luego se fragmenta, pero en ningún caso hay luxación de la epífisis femoral, contrastado muy claramente la antigüedad de las lesiones de este hueso óseo con la evolución clínica relativamente reciente de la enfermedad (signo patognomónico). Además, después de seis años de evolución la enfermedad ya nos ha mostrado un proceso de regeneración de la cabeza femoral, o en el peor de los casos lesiones de artritis proliferativa deformante, por lo que descartamos el Perthes.

La luxación congénita, la coxa vara raquíctica, la coxa plana congénita, apenas merecen mencionarse, ya que se vuelven dolorosos sólo cuando se complican de artritis deformante y ya que su imagen radiográfica es demasiado típica para que pueda ser confundida con la Tb.

Las artritis no tuberculosas del niño se habrían prestado a discusión si el presente caso hubiese evolucionado más benignamente y si entre los antecedentes inmediatos de la enferma encontrásemos enfermedades infecciosas como la tifoidea, la colibacilosis, la meningitis, etc., etc., que a veces en el niño traen como secuelas, artritis destructivas poli o monoarticulares.

La artritis blenorragica queda descartada, ya que faltan en absoluto los antecedentes y el examen local no descubre ningún foco supurativo, peor de origen blenorragico. Además esta enfermedad es mucho más rápida en su evolución y más brutal en su cuadro clínico.

La Artritis Especifica, queda también descartada por la falta de antecedentes hereditarios, o personales, por la falta de otras huellas de la especificidad y por la radiografía que nos muestra más bien lesiones destructivas, que

destructivo-proliferativas, como serían en el caso de la sífilis.

La Osteo-mielitis coxo-femoral, está muy lejos de prestarse a confusión con la presente coxalgia, ya que aquella siempre evoluciona a la supuración y a la fistulización y tiene un comienzo más rápido y más dramático.

La Artritis seca queda también completamente descartada ya que su comienzo y evolución es más insidioso que en el presente caso, ya que rara vez es tomada por el proceso una sola articulación, ya que es propia del viejo y ya que la radiografía siempre enseña la presencia de osteofitos en la línea interarticular.

De modo que para nuestro modo de ver, el cuadro de la coxalgia Tb. está, como si dijéramos, gritando en el presente caso.

PRONOSTICO.—El estado general poco satisfactorio de la enferma, pero de todos modos en vías de restablecimiento. La limitación del proceso bacilémico a su articulación coxo-femoral, la que por otra parte no ha llegado a la formación de absceso frío, y la edad de la paciente nos inducen a hacer un pronóstico favorable en medio de la severidad del caso.

TRATAMIENTO.—El tratamiento deberá ser general y local. El primero destinado a levantar las fuerzas de la enferma y el segundo destinado a favorecer la sepultura del proceso tuberculoso articular por medio de la inmovilización absoluta de dicha articulación. El primero lo hacemos a base de gadusán y calcio que además ayudan a combatir al germen tuberculoso.

Para el segundo hemos optado la artrodhesis extra-articular, ya que se trata de una paciente que ha terminado su desarrollo y bien sabido es que en el adulto los métodos ortopédicos de inmovilización (por el pantalón de yeso, por un aparato de descarga e inmovilización, etc.) no traen anquilosis definitivas, quedando el paciente, a corto o largo plazo, expuesto a graves recidivas que lo matan o

lo convierten en un inválido. En cambio, el tratamiento quirúrgico de artrodhesis es inofensivo, (cuando se lo realiza desde luego en el momento oportuno y con una técnica impecable) produce una anquilosis ósea muy resistente que inmoviliza totalmente la articulación enferma y obliga

a la paciente a un encarnamiento mucho más corto que cualquier método ortopédico, y por lo mismo permite una más pronta recuperación de la fuerza muscular y de la marcha.

OPERACION.—Marzo 14 de 1943. La realizamos en el Hospital Militar de esta ciudad, gracias a las facilidades que se han servido darnos las autoridades militares correspondientes y al magnífico equipo que para cirugía ortopédica posee dicho hospital.

Anestesia general: éter. Primer Ayudante: Sr. Augusto Bonilla. Segundo Ayudante: Sr. J. Molina. Mayo 3 de 1942.

Enferma en decúbito dorsal en la mesa de Bader.

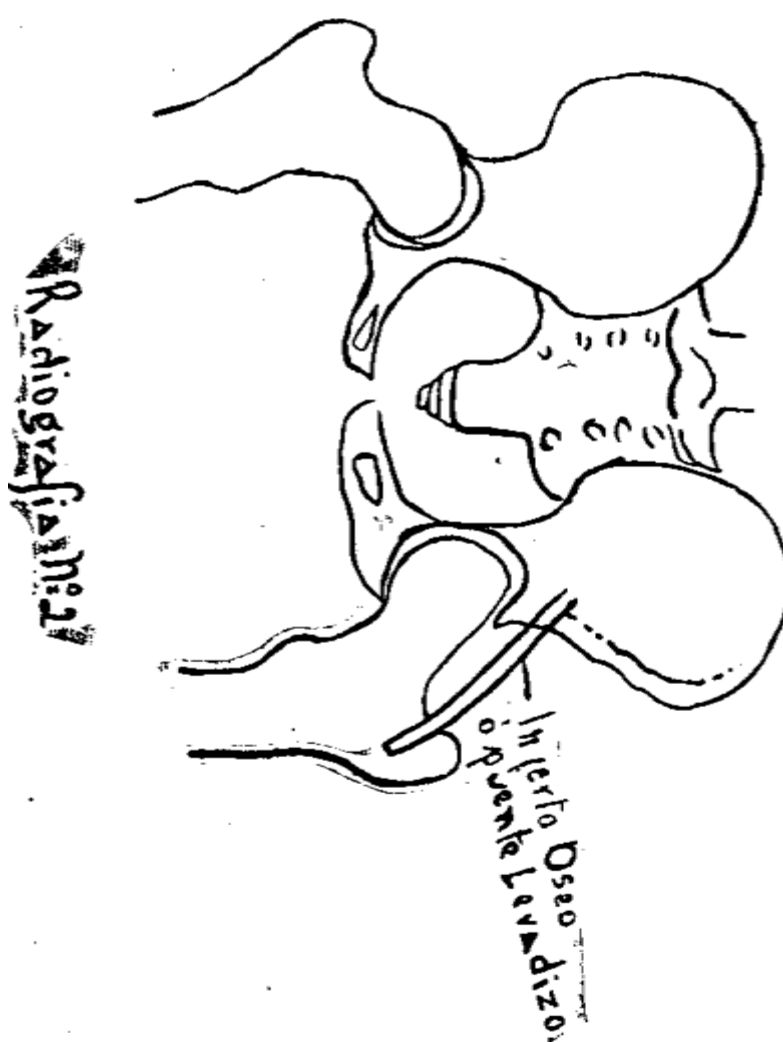
Corte de la piel de tres ramas (corte de Mathieu y Wilmoth). Corte de la aponeurosis y de los músculos glúteo mediano y menor, hasta llegar a la fosa iliaca externa, donde tallamos, a favor de la cortical externa de dicho hueso el autoingerto óseo. Levantamos éste o mejor dicho lo basculamos hacia abajo, haciendo servir de charnela para el giro, al periostio del mismo hueso ilíaco y a los fascículos musculares del glúteo menor, e introducimos el extremo libre, en la hendidura sagital que hemos abierto en el trocánter mayor previo avivamiento de una estrecha fascioperiotal circunvecina a la hendidura. El colgajo óseo pueda, pues, tendido a manera de puente, entre el hueso ilíaco y el trocánter mayor (de ahí el nombre de la operación: ARTRODHESES EXTRAARTICULAR POR PUENTE -EVADIZO) de modo que cuando se forme el callo óseo se solidarice al puente con el trocánter mayor y el hueso ilíaco, el bloqueo de la coxo-femoral será absoluto. Reconsuimos los planos musculares, aponeurótico y cutáneo, y colocamos un pantalón de yeso que incluye el pie de la pierna operada y el muslo de la pierna sana. Aquella está en extensión de 180 grados y en ligera abducción.

A los diez días retiramos, a través de la ventana que corrimos en el pantalón de yeso, los puntos de sutura de la piel. La cicatrización se ha hecho por primera intención.

En los quince días que permanece la paciente en el hospital no se ha producido ningún hecho anormal, de modo que la paciente sale del hospital a su casa. La controlamos durante quince días más, al cabo de los cuales sujimos el zapato enyesado de la pierna enferma e indi

camos a la paciente que mueva activamente su pié. A los dos meses de la operación recortamos su pantalón enyesado, por encima de la rodilla, e indicamos a la paciente los movimientos pasivos y activos que convienen a su pierna. Es de notar que salvo el dolor de la movilización de los primeros días, la enferma en una semana llega a flexionar su pierna a ángulo recto sobre el muslo, sin el menor dolor. El dolor producido por la compresión del fondo del acetábulo, a través del recto, también ha desaparecido.

A los cuatro meses le quitamos su pantalón de yeso, la enferma marcha con alguna dificultad, durante unos





What was the meaning of de la colina
not an heretic, memorial, gracia al Rey
por los reyes en quedita medreanda

quince días, al cabo de los cuales ya no necesita apoyarse en su bastón. La radiografía que pedimos, nos indica que el injerto óseo ha prendido y que es firme (véase la radiografía adjunta).

Hemos seguido la evolución de este caso hasta hace más o menos un mes (Febrero de 1943) en que recibimos una carta de la paciente, en la que nos dice que continúa marchando sin ninguna molestia.

✓Caso

ANQUILOSIS VICIOSA DE LA COXO-FEMORAL (POST TUBERCULOSA) OSTEOTOMIA SUBTROCANTEREA DE REGRESION

Enfermo N. N. de 19 años de edad. Procedente de La- tacunga. Soltero. Colegial.

Antecedentes hereditarios y colaterales: sin importancia.

Antecedentes personales: En la primera infancia tuvo 3c-~"ción y coqueluche. Dolores reumáticos de cuando en • ¿z y desde hace seis años, en la articulación coxo-femoral y en la de la rodilla de la pierna que es actualmente enferma, dolores que al principio dice "cedían al reposo, al abrigo y a los analgésicos". Hace dos años se hicieron muy violentos, por lo que se sometió al tratamiento médico que luego indicaremos.

COMIENZO Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD. —Dice el paciente, que la enfermedad actual le empezó hace dos años por dolores violentos de la pierna derecha, especialmente localizados en la articulación coxo-femoral y en la rodilla y que ya no cedían al tratamiento que anteriormente hizo contra sus dolores reumáticos, por lo que creyó que se debían a otra enfermedad, y consultó nuevamente con el médico, quien le diagnosticó de TUBERCULOSIS COXO-FEMORAL. Desde entonces la marcha le fué imposible y su pierna derecha poco a poco fué perdiendo sus movimientos. Dos semanas después le inició su médi

co el correspondiente tratamiento, que nos dice, consistió en la colocación de un pantalón de yeso y en la administración de calcio. Con este pantalón permaneció durante 10 meses, habiendo sido cambiado por tres ocasiones. Luego se le dió por curado, indicándosele que volviera a la vida activa. No pasaron tres meses, nos dice el paciente, cuando me empezaron nuevamente los dolores de la cadera y de la rodilla. Estos dolores han ido aumentando cada día más, y además, la pierna ha ido tomando la actitud de flexión, que ahora me impide la marcha".

EXAMEN ACTUAL.—Estado general regular/, apirético. Facies algo denutrida. Pulso, 70 al minuto. Respiraciones, 16 al minuto. Peso real, 10% inferior al teórico. Tensión arterial, con el oscilómetro de doble brazaletes: Mx. 12,—Mn 8—Md. 10,5. ligera anorexia; sueño de 9 horas en las 24. Saburra lingual, mal estado de algunos dientes, gorgoteo en la fosa ilíaca derecha.

EXAMEN ESPECIAL.—Nos llama la atención su pierna derecha, sobre la cual concentramos nuestro examen especial.

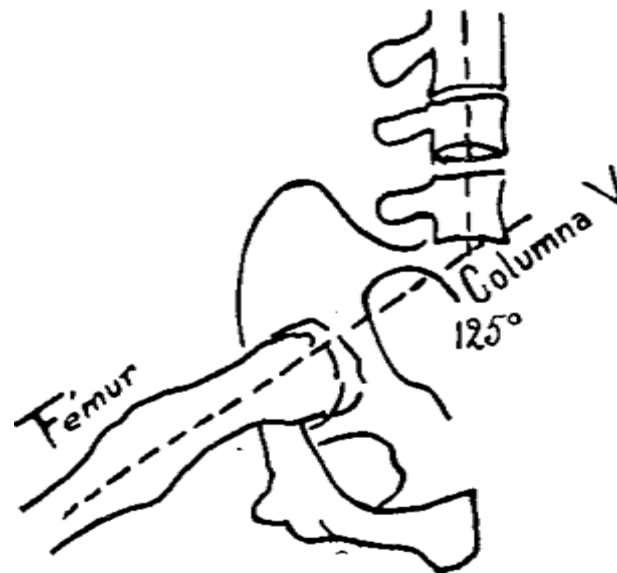
Enfermo colocado en decúbito dorsal; lo más simétrico que nos es posible; presenta: pierna derecha en flexión de 80 grados del muslo sobre la pelvis, de modo que ninguna maniobra permite que el enfermo recueste esta pierna sobre el plano de la mesa. La atrofia muscular de esta pierna contrasta marcadamente con la musculatura de la pierna sana que está claramente hipertrofiada por exceso de función. La piel está cubierta de abundante vello contrastando a tal punto con su pierna sana, que el enfermo nos consulta también por esta hipertricosis. Como el muslo ha perdido todos sus movimientos sobre la pelvis, para observar mejor sus deformaciones, colocamos la pierna sana del paciente simétricamente a la enferma, con lo que podemos anotar marcada asimetría de la pelvis, debido al descenso de la espina ilíaca antero-superior derecha y al relieve exagerado que hace su trocánter mayor derecho por encontrarse lujado en la parte posterior del cotilo.

Puntos dolorosos.—La percusión fuerte y la palpación compresiva son dolorosos a nivel de toda la articulación coxo-femoral y especialmente en el sitio de proyección de la cabeza femoral.

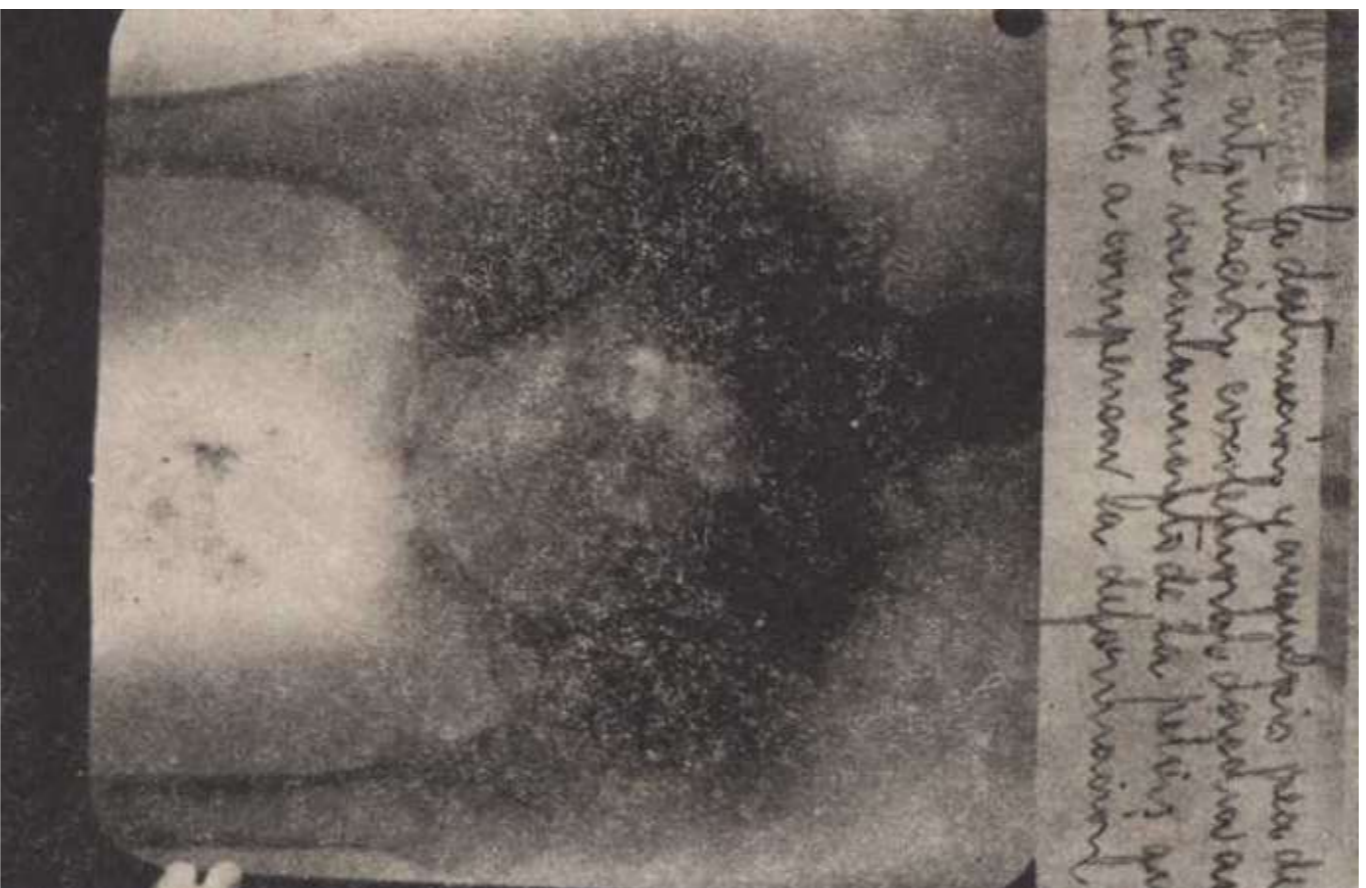
RADIOGRAFÍA DE
FRENTE



RADIOGRAFÍA DE PERFIL



Anquilosis ósea en posición viciosa. (Obsérvese el ángulo de 125° que forma la columna vertebral con la dirección del fémur).

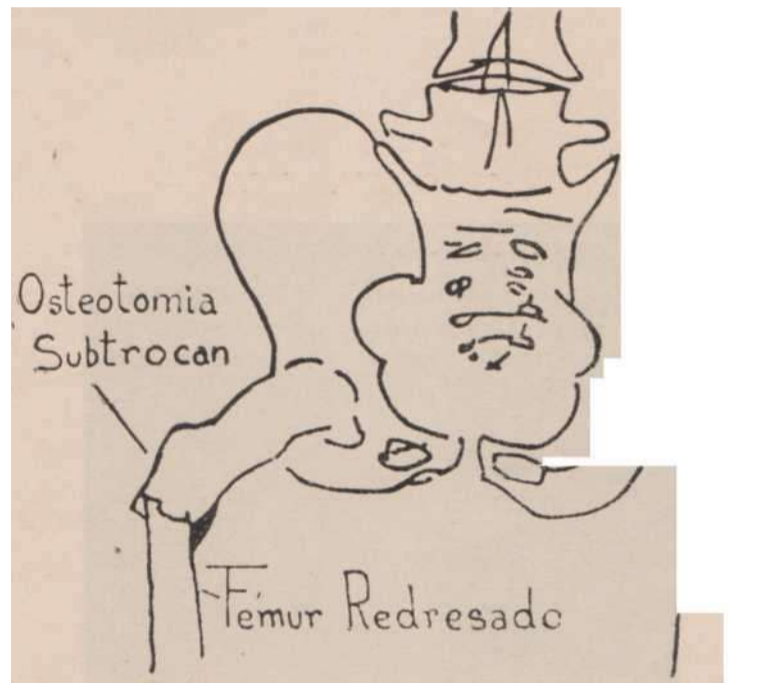


vertebral

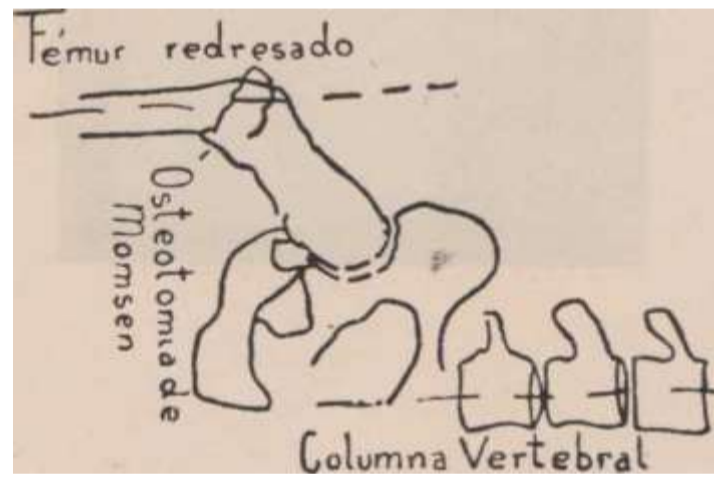
eye de la columna vertebral
discos del finis anquilosad

Fim in anquilosad

RADIOGRAFÍA DE
FRENTE



RADIOGRAFÍA DE PERFIL
(Después de la operación)



Obsérvese el paralelismo de la Columna Vertebral y del fémur

Handwritten text at the top right, possibly a signature or date.

Vertical handwritten text in the middle left section.

Main block of handwritten text at the bottom, appearing to be a list or detailed notes.

Madrigal de Frente, despues
de la Obra

de ve el
de la Obra
de la Obra
de la Obra



**Radiografía tomada tres meses después de la
operación. Nos indica una buena consolidación
ósea.**

Movimientos: Todos los movimientos, tanto activos como pasivos, están abolidos, de modo que las maniobras para provocarlos sólo consiguen despertar dolor en el enfermo.—La parte suprarotuliana del muslo presenta equimosis doloroso debida al constante traumatismo que sufre, cuando el enfermo para poder pararse sin ningún apoyo, se afirma con su mano en dicho punto.

COLUMNA VERTEBRAL.—También llama la atención, por la fuerte lordosis de sus vértebras lumbares, que forman sobre la mesa una especie de arco de unos diez centímetros de radio. Esta lordosis es sólo funcional, ya que se redreza, aunque sólo a costa de una exagerada flexión de su muslo sano sobre la pelvis y de una fuerte flexión de la cabeza y el tórax sobre el abdomen.

El resto de la pierna es normal, salvo la atrofia de sus músculos y el dolor tanto espontáneo como provocado que acusa el enfermo a nivel de sus condilos femorales y de la interlínea articular de la rodilla. La pierna no alcanza de ningún modo la extensión completa sobre el fémur.

ENFERMO DE PIE.—Privado de sus muletos, adopta con dificultad esta posición y sólo a tondición, como ya lo dijimos, de apoyarse con su mano (por donde descarga* el peso de su tronco sobre la rodilla) sobre la región suprarotuliana, y de flexionar bastante su pierna sana. Apoyado sobre sus muletos y erguido, el paciente no puede asentar su pié derecho, que dista del suelo 15 centímetros.

En esta posición, es también muy manifiesta su exage- 'ada lordosis lumbar de adaptación a la marcha apoyada en bastón que le han aconsejado practicar, pues, como su •muslo está anquilosado sobre la pelvis, en flexión de 80 grados, para devenir vertical, necesita que la columna vertebral y el eje de la pelvis tiendan a la horizontal. La flexión hacia adelante del tronco, nos revela también una ligera escoliosis dorso-lumbar de convexidad derecha, bastante redresable.

MARCHA.—La realiza en forma muy antiestética y con mucha dificultad, cuando sólo se apoya 'en su bastón. Con los muletos, naturalmente marcha sin usar su pierna enferma.

DIAGNOSTICO.—Consideraciones análogas a las del caso anterior nos inducen a diagnosticar una anquilosis viciosa de la articulación de la cadera, por tuberculosis coxo- femoral. Para confirmar nuestro diagnóstico y para poder cerciorarnos de la naturaleza de la anquilosis, pedimos las radiografías adjuntas, que nos hacen ver proceso de profunda decalcificación de los huesos de la articulación de la rodilla y de la cadera, así como gran destrucción de la cabeza femoral, agrandamiento de su cotilo que aparece como borrado, desarrollo subnormal de la epifisis femoral íntegra y coxo-valga de la misma, debida seguramente al reposo en que ha permanecido esta articulación (sin soportar el peso del cuerpo, que contribuye a dar su valor normal al ángulo femrocapital). La anquilosis ósea se ve claramente.

TRATAMIENTO.—Durante quince días sometemos al enfermo a un tratamiento fisioterápico encaminado a rehabilitar sus músculos degenerados, y a vencer el redor de su rodilla derecha que no puede alcanzar la extensión completa. También recalificamos al enfermo y controlamos su temperatura que en ningún momento ha subido de 37,2 grados centígrados. En estas condiciones, nos parece muy oportuno hacer la redresión cruenta del fémur.

OPERACION.—Diciembre 17 de 1942.—La realizamos en el Hospital Eugenio Espejo, gracias a las facilidades que se ha servido prestarnos muy comprensivamente el señor Director, Dr. Marco A. Zambrano.

Anestesia general: Eter. Cirujano: Dr. Teodoro Salguero. Ayudante: Sr. Tinoco.

Corte de la piel y de las partes blandas hasta llegar al fémur, en su región subtrocanterea que es descubierta en una extensión de unos cuatro centímetros. Sobre ella, hacemos la osteotomía subtrocanterea de Momen (osteotomía engranada que nos evita hacer luego ninguna osteosíntesis). Redresamos el muslo, dejándole en extensión de 180 grados, en ligera rotación externa y en ligera abducción. Reconstruimos cuidadosamente los planos muscular, aponeurótico y cutáneo y después de introducir un dren de crin en el centro de la osteotomía hacemos el aposito y luego el pantalón de yeso del enfermo, que comprende toda su pierna enferma, inclusive su pié y la pierna sana hasta la rodilla. Luego le hacemos tomar las radiografías adjuntas en las

que se ve la osteotomía engranada y el ángulo que forma la diafisis femoral redresada y la epífisis anquilosada en posición viciosa la dirección del fémur operado es paralela ya al eje de la columna vertebral.

El enfermo convalece bien hasta el 6^º día en que a través de la ventana del yeso exploramos la herida, y encontrándola cicatrizada, retiramos el dren. Al siguiente día quitamos algunos puntos de la piel, y dos días más tarde encontramos que el enfermo ha hecho una fuerte alza térmica la tarde anterior, precedida de escalofríos. Exploramos la herida y encontramos que tres puntos están supurando. Los retiramos inmediatamente y hacemos el tratamiento local correspondiente, durante ocho días, después de los cuales la supuración es mínima. El enfermo sale del hospital y después de unos días de tratarle en su casa, cicatriza la herida.

A 1 mes de la operación le recortamos el yeso del pié, a fin de que empiece a moverlo. A los dos meses le recortamos en la rodilla, también para que mueva esta articulación, y a los tres meses le quitamos el pantalón de yeso y el enfermo comienza a caminar. La radiografía que hemos pedido antes de quitar todo el yeso, nos indica, como se ve, (fig. 7), que está formándose ya el callo óseo: un tullido por su pierna ha sido reintegrado a la vida activa.

que se ve la osteotomía engranada y el ángulo que forma la diafisis femoral redresada y la epífisis anquilosada en posición viciosa la dirección del fémur operado es paralela ya al eje de la columna vertebral.

El enfermo convalece bien hasta el 6^o día en que a través de la ventana del yeso exploramos la herida, y encontrándola cicatrizada, retiramos el dren. Al siguiente día quitamos algunos puntos de la piel, y dos días más tarde encontramos que el enfermo ha hecho una fuerte alza térmica la tarde anterior, precedida de escalofríos. Exploramos la herida y encontramos que tres puntos están supurando. Los retiramos inmediatamente y hacemos el tratamiento local correspondiente, durante ocho días, después de los cuales la supuración es mínima. El enfermo sale del hospital y después de unos días de tratarle en su casa, cicatriza la herida.

Al mes de la operación le recortamos el yeso del pié, a fin de que empiece a moverlo. A los dos meses le recortamos en la rodilla, también para que mueva esta articulación, y a los tres meses le quitamos el pantalón de yeso y el enfermo comienza a caminar. La radiografía que hemos pedido antes de quitar todo el yeso, nos indica, como se ve, (fig. 7), que está formándose ya el callo óseo: un tullido por su pierna ha sido reintegrado a la vida activa.

Por el Dr. David Paltán C.
Profesor Agregado del Instituto Anatómico

Un Caso Interesante de Anomalía Renal

En el curso de-nuestras disecciones, hemos encontrado la siguiente disposición anatómica en el Aparato Urinario de un sujeto traído a la sala de Trabajos Prácticos del Instituto.

Los alumnos a quienes les correspondía verificar la preparación de un Riñón en un cadáver X, se sorprendieron al comenzar el trabajo, ya que aparentemente no existía riñón en el lado derecho. Fui consultado del particular, por lo cual me acerqué a comprobar lo aseverado por dichos estudiantes.

En efecto, a la simple inspección, y luego de reclinar hacia los lados las asas intestinales, se observa el peritoneo parietal, abombado, mirando hacia delante; a la palpación profunda, no existe la demarcación normal del riñón contenido en su celda, sino un engrosamiento abollado, duro, de consistencia renitente, sin fluctuación, lo cual a primera vista da la impresión de tratarse de un absceso perirrenal, por lo que practico una incisión en cruz, a fin de descubrir el contenido de esta tumoración; el corte es resistente al cuchillo y deja descubierta una superficie fibrosa de color amarillento, que da el aspecto de un endurecimiento que va a la caseificación; en otros sitios vecinos de la incisión hay depresiones que dejan huella a la presión con el pulpejo del dedo.

No existe forma ni remota de un riñón normal.

Separando el peritoneo parietal, en la parte inferior de la pared posterior del abdomen, se observa que de esta masa fibrosa se desprende una prolongación infundibuliforme de vértice inferior que termina en la Pelvis, dura al tacto, gruesa, de contornos bien limitados. Hacia la parte externa e inferior de esta masa, existe un cordón fibroso que des

prendiéndose de él la, sigue hacia el orificio externo del conducto inguinal en el que penetra.

En el lado izquierdo, si se distingue el riñón con su forma y relaciones normales, pero aumentado considerablemente de volumen. La vejiga a la palpación se presenta pequeña, dura; el pene está recubierto a nivel del surco balano-prepucial, de una zona tumefacta, correspondiente a la piel del mismo; da el aspecto de un tumor pero es suave al tacto y deja huella a la presión.

Como esta masa informe se encuentra ocupando la fosa lumbar, invadiendo casi la fosa ilíaca, desido extraer junto con el riñón izquierdo y el aparato excretor, a fin de estudiar más detenidamente esta pieza. #

Al buscar la arteria renpl para cortarla a nivel de la aorta abdominal junto con la vena, no se la encuentra en el lado derecho, sino tan sólo unos pequeños vasos arteriales, que al principio creo se trata de las capsulares superior y media, pues tienen el calibre de éstos. Estas arteriolas que se desprenden de la cara lateral de la aorta abdominal, a nivel de la emergencia del tronco celíaco, se pierden en la masa informe materia de este estudio.

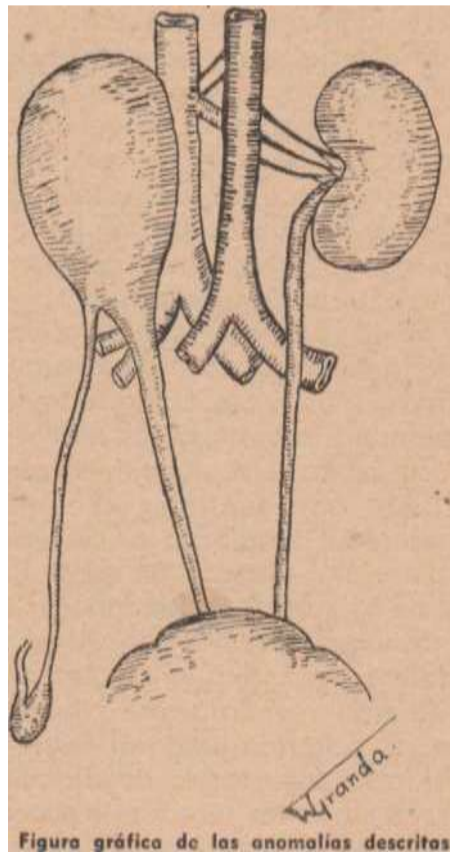
Por debajo de éstas y en el lado derecho, no existe sino la emergencia de la arteria mesentérica superior. De la cara anterior aórtica y más hacia abajo todavía y del lado izquierdo, se desprenden tres arteriolas de calibre menor que las anteriores, dispuestas una debajo de otra, dirigiéndose hacia abajo y afuera, para terminar en el hilio del riñón izquierdo. La vena renal izquierda existe en un plano posterior a las arteriolas citadas, es normal en su calibre y pasa por detrás de la Aorta, a desembocar en la Cava Inferior. De la arteriola renal inferior, en el lado izquierdo, sale la espermática, que siguiendo un trayecto paralelo al ureter izquierdo, se dirige al conducto inguinal, en el que se introduce, pasando luego al testículo.

Una vez cortados los medios de fijación renal, extraí- mos del cadáver, no sin antes seguir el trayecto de aquel cordón fibroso descrito en el lado derecho y que va del polo inferior de la masa hacia el conducto inguinal; abrimos éste y separamos de los elementos del cordón, insindiendo el deferente; extraímos también el testículo derecho en cuyo polo superior parece terminar este cordón cilindrico.

Es necesario anotar el hecho de que la pared posterior tanto de esta masa renal informe, como del riñón izquier

do, no presentan adherencias a la pared abdominal posterior, siendo por tanto fácil su extracción.

Examinada ya la pieza fuera del cadáver, vemos que la masa dura corresponde al riñón derecho que ha sufrido un proceso patológico; tiene una forma ovoide de extremo más grueso dirigido hacia arriba; el que es luego catalogado con la ayuda del Profesor Bejarano, como riñón tuberculoso. Efectivamente dicha masa presenta al corte una infinidad de cavidades de diverso tamaño, llenas de caseum y rodeadas por un tejido fibroso de condensación. Del extremo inferior de este riñón deformado, se desprende este



grueso embudo de vértice inferior, que corresponde al uréter derecho, sumamente alterado por el mismo proceso de tuberculización, según nos indicara el anatómopatólogo, Prof. Dr. Bejarano. Se trata, pues, de un riñón y uréter tuberculosos, hiperplásicos, que además presentan anomalías

anatómicas, lo que nos interesa y constituye el objeto de este estudio: tales son el cordón fibroso que se desprende del polo inferior del riñón y que termina en el testículo del mismo lado; y la *ausencia de arteria renal, la que ha sido sustituida* por dos arteriolas *de* muy reducido *calibre*.

En el riñón izquierdo, el aumento de volumen se debe con seguridad al funcionamiento vicariante de dicho órgano, frente a la destrucción patológica del otro; es por tanto una hipertrofia clásica.

Pero además tiene tres arteriolas de menor calibre aún que las derechas, reemplazando a la arteria renal; la vena renal ocupa un plano posterior en relación con las arterias, lo inverso de la disposición anatómica normal.

De estas anomalías, la que más sugiere es la existencia del cordón predicho que une el riñón con el testículo, como se puede ver en el esquema demostrativo adjunto; al principio creímos en la posibilidad de persistencia del conducto de Müller del* embrión, que sabemos se desprende del Mesonefros, junto con el conducto de Wolf, cuando la glándula genital todavía es indiferente, para luego reabsorberse y desaparecer en el hombre. Esta idea nos vino por el idéntico origen que tiene el aparato urinario y genital, en el desarrollo ontogénico del ser, a partir de la formación de la cresta genital.

Pero como es necesario ser cautos en la observación e interpretación de una disposición anómala, fuimos a cerciorarnos de si en verdad se trataba de un conducto o de un cordón fibroso. Fuimos a buscar la luz de esta formación, disecándola cuidadosamente y constatando que sigue entre el testículo y el epidídimo, para perderse en el polo inferior del primero. Conforme se acerca al extremo inferior de este órgano se observa que disminuye de calibre; al corte del bisturí resume sangre, dando la impresión de que se trata de un vaso arterial o venoso.

Buscamos en la Aorta el origen de la arteria espermática derecha, sin encontrarlo.

Frente a esta disposición, más probable es que se trate de una anomalía arterial y que este cordón fibroso en apariencia sea la arteria espermática que debe nacer de alguna de las pequeñas arteriolas renales que son dos y que luego el proceso patológico tuberculoso ha englobado en su tejido de degeneración a dicha arteria, haciéndola nacer aparentemente, del polo inferior del riñón; de la misma manera

que ha ocurrido con el uréter derecho que también está desprendiéndose aparentemente del mismo polo inferior renal.

Por fin debemos anotar que por la formolización del cadáver, la pieza se encuentra endurecida, haciendo difícil precisar con exactitud, ciertos datos morfológicos.

Para terminar con este trabajo abro un interrogante: ¿Habrà alguna relación en esta pieza anatómica, entre la infección tuberculosa que ha invadido masivamente, y el menor aporte sanguíneo que con seguridad tuvo este riñón, por sus arteriolas minúsculas?

Por el Dr. José Arce

NOTAS DE VIAJE (*)

El 2 de octubre, en hora temprana, como que aún no había salido el sol, un avión de la "Eastern Lines", aterrizaba- en el aeródromo de Nueva York y me ponía, nuevamente, en contacto con la más grande de las naciones del mundo actual: los Estados Unidos.

Había salido de Buenos Aires el 27 de septiembre y llegado a Miami el 30 del mismo mes; pero debí permanecer un día en esta última ciudad, porque no me fué posible conseguir asiento en el avión diurno del 1º de octubre.

La guerra submarina y la consiguiente ausencia de transporte marítimo, ha aumentado considerablemente el número de pasajeros por avión y nos obliga a los partidarios del transporte aéreo a sufrir el rigor del régimen de las prioridades que no se había hecho sentir en ese medio de Jocomoción antes de la guerra.

El viaje fué felicísimo. Desgraciadamente Río de Janeiro nos pareció deshabitada; en la Avenida Rio Branco no se veía un solo automóvil. La falta de gasolina es otra de las consecuencias de la guerra submarina. Como de costumbre, el profesor Monteiro se constituyó en nuestro ángel tutelar y pudimos hacer una carrera hasta Copacabana para saludar a mi viejo amigo el Dr. Escobar, nuevo Embajador argentino. Al llegar a Belem, segunda escala del viaje, pudimos admirar una de las bocas de ese inmenso mar de agua dulce que es el río Amazonas. En Port of Spain (Trinidad), tercera escala, tuvimos la sorpresa de un oscurecimiento de ensayo mientras comíamos.

(*) A pedido del Director del Instituto de Clínica Quirúrgica y para ser publicados en el "Boletín" del mismo, me he decidido a coordinar y redactar algunos recuerdos de mi reciente viaje a los Estados Unidos.

El mismo día de mi llegada a Nueva York supe que veinticuatro horas antes, la Academia de Medicina me había incorporado a su seno.

No tenía el propósito de dar conferencias científicas, ni a mano los elementos necesarios para prepararlas; pero habiendo sido invitado a tomar parte en el "Fortnight" acerca de las enfermedades del sistema nervioso, que debía iniciarse poco después en la Academia, me pareció que no tenía el derecho de rehusar. Preparé algunas carillas acerca del tratamiento de urgencia de los traumatismos craneanos y aproveché la oportunidad para rendir homenaje a Balado, quien, como es sabido, hizo sus estudios de neurocirugía en Rochester, al lado de Adson.

Mensajes de solidaridad.—Por iniciativa mía, que el Decano profesor Palacios Costa tuvo la deferencia de apoyar, habíamos redactado y suscripto un mensaje de solidaridad destinado a algunas de las escuelas médicas de los Estados Unidos. Como la documentación fué improvisada pocos días antes de mi partida, no fué posible, ni solicitar la adhesión de todos los profesores de la Facultad, ni dirigirse a todos los muy importanteá centros de estudio de aquel país. Una vez en Nueva York, remití a su destino la mayor parte de esos mensajes y decidí entregar personalmente los que estaban dirigidos a las Escuelas de Columbio, Cornell, Harvard y Temple, aprovechando mi estada en la gran ciudad, donde residen las autoridades de las dos primeras, y mis visitas ya proyectadas para entonces a las ciudades de Boston y Filadelfia, sede de las dos últimas. Oportunamente haré llegar al señor Decano las contestaciones recibidas.

Bancos de sangre.—Por mediación del Dr. Martin, cirujano del "Memorial Hospital", donde trabaja nuestro compañero de tareas el Dr. Enrique P. Viacava, obtuve del Dr. Cornelius Rhoads —cuyas múltiples atenciones agradezco una vez más—, cartas de presentación para visitar la Oficina de Dadores Voluntarios de Sangre de la Cruz Roja que funciona en la 5ª Avenida, en pleno centro de Manhattan, y la planta industrial de Lederle en Pearl Rivers, a unas 50 millas de la ciudad, en el Estado de Nueva York.

Visité, además, los Bancso de Sangre del New York Hospital (Cornell University) y del Memorial Hospital, en

Nueva York, del Massachusetts General Hospital, en Boston, y del Hospital Naval en Washington.

Me he referido al Memorial Hospital. No quiero omitir que aproveché esa visita para saludar a un viejo amigo, el eminente cancerólogo James Ewing y a George Pack, el brillante cirujano que nos visitó hace pocos meses.

El gobierno nacional me había encomendado un estudio de todo lo referente a hematoterapia. Espero algunos documentos que han de llegarme, en breve, por vía marítima, para redactar el informe oficial a que esa comisión me obliga; pero no veo dificultad alguna en adelantar, en estas notas, a los lectores del "Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica", lo referente a la organización del Centro de Dadores Voluntarios de Sangre, que dirige la Cruz Roja, y al proceso de preparación de plasma desecado. Como es sabido, este último, una vez en manos del gobierno americano, es destinado al ejército, a la marina y a la aviación, enviándose al propio tiempo, gruesas partidas a las organizaciones sanitarias de los países y ejércitos aliados de los Estados Unidos.

La Oficina que la Cruz Roja Americana sostiene en Nueva York está exclusivamente destinada a recibir sangre. Acuden a ella todas las personas dispuestas a cooperar en la tarea que se ha impuesto el gobierno americano de constituir una gran reserva de plasma sanguíneo desecado .

La mencionada oficina funciona mañana y tarde; diariamente se practican alrededor de 600 extracciones de sangre. Como se puede apreciar, por esto, la contribución de sangre a que, en defensa de su patria, están obligados todos los ciudadanos, puede cumplirse, concretamente, sin necesidad de incorporarse a las fuerzas armadas que luchan en los frentes de batalla.

Los dadores voluntarios son previamente anotados en un registro y luego interrogados a fin de establecer sus condiciones de salud. Se anotan, además, la temperatura y el pulso, pero se atribuye la mayor importancia al interrogatorio, sin proceder al examen físico general. Esta conducta simplifica el trámite y hace innecesaria la intervención de un gran número de médicos. Cumplidas estas condiciones que permiten excluir a las personas que ofrecen algún inconveniente, el donante tiene acceso al **vestiaire** y a la sala de sangrías, donde funcionan 26 camillas atendidas por

nurses especializadas, bajo la vigilancia de un par de médicos. Cada **nurse** atiende dos camillas, entre las que se encuentra una mesa con los elementos necesarios. Mientras la sangre de un donante corre por simple gravitación al frasco que la recibe, la **nurse** se vuelve hacia la otra camilla y practica la punción venosa del donante que acaba de acostarse en ella. Acuden hombres y mujeres.

La región del pliegue del codo es higienizada con una solución jabonosa, luego con alcohol y tintura de yodo y nuevamente con alcohol. Después se infiltra la piel situada sobre la vena que ha de ser puncionada con un par de gotas de una solución anestésica, a fin de asegurar que la punción sea absolutamente indolora.

Los frascos en que se recibe la sangre son de una capacidad uniforme (650 c.c.). Pueden recibir medio litro de sangre, además de los 50 c.c. de una solución de citrato de sodio al 4% que ya contienen en el momento de ser esterilizados.

La boca del frasco está cerrada con un tapón de goma atravesado por dos tubos de vidrio, uno de los cuales está conectado con la aguja de punción, por medio de un conducto de goma, mientras el otro se continúa, también, a expensas de una conexión de goma, más corta, con una pequeña ampolla de vidrio llena de algodón. La aguja de punción, a su vez, está resguardada dentro de un tubo de vidrio para impedir su contaminación. El conjunto forma un sistema cerrado que es esterilizado dentro de una bolsa de tela fuerte de algodón. En estas condiciones llega a manos de la **nurse** que no tiene más que extraer el sistema del interior de la bolsa que lo contiene, retirar la aguja del tubo que la protege, e introducirla en la vena.

Recogidos 500 c.c. de sangre, se coloca una pinza fuerte que aproxima y ocluye ambos conductos de goma inmediatamente por encima de su conexión con los tubos de vidrio y con tijeras se secciona el conducto de goma conectado con la aguja, la que ha sido previamente introducida en un pequeño tubo de vidrio que recoge los 3 o 4 c.c. de sangre contenidos en el referido conducto. Esta pequeña cantidad de sangre es utilizada, ulteriormente, para efectuar las reacciones serológicas.

Terminada la pequeña operación y después de un breve reposo, el dador pasa a un refectorio contiguo a la sala de sangrías donde bebe café caliente, jugo de fruta, etc.

En algunos centros, los dadores voluntarios, después de la tercera donación, reciben un distintivo, que pueden llevar a la vista y acredita su generosidad y hace propaganda entre quienes inquietan acerca de su origen.

Cuando sobreviene una lipotimia, síncope, etc., se suspende la extracción de sangre y se mantiene al dador en reposo, en una sala contigua, durante todo el tiempo que resulte necesario.

Los frascos y los pequeños tubos anexos con el número y nombre de cada dador son enviados inmediatamente al sótano del edificio, donde se les coloca, primero en una nevera y luego en portafrascos de madera, frigoríficos, especialmente dispuestos para el transporte. En ambos casos se les mantiene a una temperatura que oscila alrededor de 5°; en ningún caso esa temperatura debe descender a 0°.

Los referidos portafrascos frigoríficos están divididos por tabiques que se cruzan perpendicularmente a la manera de un panal. Cada hueco cuadrangular recibe un frasco de sangre, al que están vinculados el tubo de vidrio con la sangre destinada a las reacciones serológicas y las tarjetas que determinan el nombre y número del respectivo dador. Están preparados para recibir 40 o 60 frascos de sangre, superpuestos en varios estratos. Un dispositivo especial permite colocar hielo alrededor, con el fin de que la temperatura se mantenga al nivel a que antes nos hemos referido.

Durante la noche los portafrascos, que algunas veces transportan hasta 300 litros de sangre, son enviados en camiones especiales a la planta industrial que la firma Lederle tiene instalada en Pearl Rivers (Nueva York), a poco más de una hora de viaje de la ciudad.

El gobierno de los Estados Unidos tiene celebrado un contrato con Lederle, de acuerdo con el cual esta firma se obliga a entregarle un número determinado de dosis de plasma sanguíneo desecado (300 gramos), listo para su empleo terapéutico.

La oficina de la Cruz Roja a que me vengo refiriendo cuenta con un personal de 6 médicos y 38 nurses.

A los dadores cuya sangre es rechazada, por cualquier motivo, se les informa acerca del motivo del rechazo y se les aconseja que visiten a su propio médico.

La Cruz Roja Americana tiene organizadas 18 oficinas semejantes en todo el territorio de la Unión, en las ciudades más importantes del Este, del Medio-Oeste y del Pa-

cífico. Computada toda la sangre recogida en dichas oficinas, alguna vez ha recibido gratuitamente hasta 16.500 litros de sangre en una semana, lo que hace un total de

33.0 dadores voluntarios en igual período.

Como se deduce de lo expuesto, la Cruz Roja Americana se limita a recoger sangre que ha de ser utilizada en la preparación de plasma sanguíneo desecado.

En los hospitales es donde se encuentran establecidos los principales centros de almacenamiento de sangre total, en substancia, para ser transfundida. Estos son los verdaderos "Bancos de Sangre".

El procedimiento de sangría es el mismo, con la diferencia de que, previamente, al inscribirse el dador, se le "agrupa", para saber de qué tipo es su sangre y para saber si la sangre es o no apta para ser utilizada (reacción de Kahn negativa o positiva). Habitualmente se agrega una maniobra que no he visto utilizar en la Cruz Roja: la agitación de la sangre a fin de que se mezcle bien con la solución anticoagulante (citrato de sodio al 4 %).

Así proceden, por ejemplo, en el Memorial Hospital.

Una vez averiguado que la sangre es apta para ser transfundida, y el tipo a que pertenece, se la deposita en la Caja fuerte del Banco, que es una nevera de cuya llave sólo puede disponer una persona. La duración del depósito varía según los Bancos entre diez y veinte días, transcurridos los cuales la sangre no transfundida como tal, es utilizada para preparar plasma sanguíneo, el cual, en cambio, puede ser conservado durante mucho tiempo, en estado líquido o después de haber sido Congelado.

Los Bancos de sangre trabajan en los grandes hospitales como las instituciones de crédito del mismo nombre, trabajan en el comercio.

Las diferentes clínicas o servicios del hospital necesitan sangre. Personas de las familias de los pacientes que en ellos se asisten, amigos de los mismos, del hospital o de los médicos, son enviados al Banco de sangre con especificación de su procedencia. Verificada la sangría y "agrupada" y depositada la sangre, el Banco abre crédito a la clínica o servicio que envió al dador y como consecuencia le facilita sangre llegado el caso de que algún enfermo de esa clínica o servicio lo requiera.

En algunos hospitales se usa el sistema de la cuenta, individual y cuando el enfermo que puede necesitar una

transfusión no ha enviado uno o más dadores se le obliga a depositar 50 dólares que, como es natural, le son acreditados y devueltos en caso de que no haga uso de su crédito de sangre. Pero si el enfermo requiere una transfusión, el dinero queda de propiedad del Banco que lo puede utilizar en comprar sangre o cualquier otro material necesario. Conviene advertir, sin embargo, que los "dadores profesionales" tienen cada vez menos oportunidad de negociar su sangre. Sea dicho de paso que conceptúo mala la política de prescindir del dador profesional; especialmente en tiempo de paz.

Los Bancos de sangre son y deben ser, al mismo tiempo, Bancos de plasma. Por razones económicas y por razones terapéuticas. Por razones económicas, porque después de un cierto tiempo que varía entre cinco y diez días, conviene transformar en plasma, la sangre "en depósito" que no haya sido utilizada como tal. Por razones terapéuticas, porque hay afecciones que requieren ser tratadas con plasma sanguíneo y no con sangre; otras en que la indicación se llena mejor con plasma que con sangre y finalmente otras en las que conviene utilizar ambos remedios.

El plasma puede ser separado de los elementos figurados de la sangre sea por decantación, sea por centrifugación. Una vez transvasado según métodos rigurosos con el propósito de evitar toda contaminación, se mezclan plasmas procedentes de distintas sangres (**pool**) y se lo almacena, agregándole sustancias conservadoras (mertiolato en proporción de 1 por 10.000; sulfanilamida en proporción de 1 por 5.000).

Plasma desecado.—El plasma desecado puede conservarse indefinidamente. Facilita, por eso, enormemente la plasmoterapia y desde este punto de *vista su preparación* en gran escala y de acuerdo con procedimientos seguros y relativamente sencillos representa uno de los más grandes progresos terapéuticos de los últimos años.

No sería difícil que, terminada la guerra, se emplee exclusivamente o casi exclusivamente el plasma desecado, por la facilidad de su manejo y por la conveniencia de afrontar su preparación en gran escala.

En este último caso será necesario recurrir a organizaciones, impuestas por la guerra, pero que pueden ser de gran utilidad en tiempo de paz. Me refiero a la instalación

de plantas industriales destinadas a la manipulación de la sangre y que ésta sea gratuitamente ofrecida.

Tales plantas industriales no son posibles, por eso, sin una decidida colaboración del pueblo y ésta no se podrá obtener mientras no se funden "Bancos de sangre" en 20 o 25 hospitales y "Centros de Dadores Voluntarios de Sangre" en la Capital Federal y las grandes aglomeraciones urbanas que la rodean.

El Instituto de Clínica Quirúrgica ha promovido la iniciativa; convendría que se fundaran centros similares en La Plata, Lomas de Zamora, Avellaneda, San Justo, Morón, San Martín y Vicente López. Andando el tiempo, Rosario, Córdoba, Tucumán, Mendoza y Bahía Blanca podrían ser asiento de plantas similares para surtir el Litoral, el Centro, el Norte, el Oeste y el Sudoeste de la República.

Como es natural, conviene empezar por la más simple, o sea por los Bancos de sangre. Cada uno de los grandes hospitales de Buenos Aires debiera tener uno. El gobierno de la provincia de Buenos Aires acaba de inaugurar dos: uno en La Plata y otro en Haedo; pero faltan "Bancos" a lo largo de las grandes rutas pavimentadas y en los cruces de los caminos; en Dolores, en Mar del Plata, en Tres Arroyos, en Bahía Blanca, en Azul, en Mercedes, en Junín, en Pergamino y en San Nicolás. Faltan, además, cuando menos en cada uno de los hospitales más importantes de las capitales de las otras 13 provincias argentinas sin contar Rosario, Concordia y Río Cuarto.

Estos Bancos de sangre surtirían de sangre y plasma líquido a los enfermos y a los accidentados de las regiones respectivas y crearían un ambiente favorable en la masa del pueblo, una vez instruido de que una y hasta tres sangrías por año son inofensivas e indoloras y que dando sangre "hoy por mí, mañana por tí", se ofrece un remedio que no se puede encontrar en la farmacia y que hace falta **todos los días** para salvar muchas, pero muchas vidas, en las que alguna vez puede figurar la propia.

En los Bancos de sangre de los hospitales mejor dotados y de las ciudades más populosas se prepararía plasma líquido y en tres o cuatro de ellas (Buenos Aires, La Plata, Rosario y Córdoba) se podría preparar plasma desecado en pequeña escala.

En el Memorial Hospital de Nueva York, el Dr. Cornelio P. Rhoads, su director, ha organizado una instalación

para desecar plasma. Se trata de un aparato sencillo, cuyo *costo oscila alrededor de 250 dólares que permite desecar* hasta 10 ampollas de 500 c.c. en un día. Después de congelar el plasma, se lo deseca y conserva, todo ello en la misma ampolla de cristal que, finalmente, es cerrada, en vacío, con soplete oxhídrico. Cuando se lo desea, usar, el plasma es reconstituido en la misma ampolla y queda listo para ser inyectado.

Este sistema podría ser empleado en los centros más adelantados y con personal más idóneo, a fin de almacenar el plasma en esta forma.

A propósito del personal idóneo conviene no olvidar que todas las maniobras para obtener sangre, plasma líquido y plasma desecado y para transfundirlos, llegado el caso son sencillas, pero **requieren un enorme cuidado y un conocimiento exacto de la técnica**. Es indispensable por eso, no fundar Bancos de sangre, hasta no disponer de personal idóneo. El Centro que la Facultad de Ciencias Médicas mantiene en el Hospital de Clínicas, puede ser el campo de instrucción y preparación de todo ese personal; conviene no olvidar que ésa es y debe ser una de las funciones específicas de nuestra Escuela.

No quiero terminar con lo referente a este tema sin decir que la creación de plantas industriales para la preparación de plasma desecado, obliga a resolver, entre nosotros, tres problemas económicos sociales conexos: a) las plantas deben trabajar con una utilidad moderada fijada por el Estado; b) el precio del plasma desecado para los dadores de sangre debe ser reducido (precio de costo); c) el precio para los que no han dado sangre, porque no quisieron darla, porque no podían darla, o porque su sangre no era apta para ser utilizada, deben ser más alto que el anterior. Todo ello con las excepciones exigidas por la situación económica de los pacientes.

La terapéutica con sangre humana no puede servir para hacer utilidades en provecho de nadie y mucho menos en provecho de individuos o compañías. Además, el Estado, o quien lo reemplace en la tarea de preparar plasma sanguíneo desecado, no debe comprar sangre; por eso es necesario instruir previamente al pueblo a fin de que éste la done.

La terapéutica con sangre humana ha adquirido una importancia que no es necesario recalcar y que ¡guala si

no supera a la de los sueros y vacunas específicas. En consecuencia no es posible que el Estado se desentienda de los diversos problemas que dejo planteados.

Me he referido antes de ahora a la planta industrial que la firma Lederle tiene instalada en Pearl Rivers (Nueva York) para preparar plasma desecado. Pude visitar y fui gentilmente atendido por sus directores y técnicos doctores W. G. Malcolm, B. W. Carey y Edwin Voigt.

CorriQ ya manifesté la sangre que manipulan procede de la Oficina de la Cruz Roja en Nueva York; una vez acondicionada es transportada, en camiones, durante la noche, hasta la referida planta. Por la mañana, inmediatamente después de su arribo, se practican las reacciones de laboratorio a fin de desechar la sangre no apta. Luego se la centrifuga y se separa el plasma. Se mezclan después los diferentes plasmas obtenidos (**pool**) y finalmente se distribuye la mezcla así obtenida en frascos de 400 c.c. cuyo contenido es congelado. Por supuesto que todas estas operaciones se realizan manteniendo el material a baja temperatura y con las exigencias de asepsia necesarias para evitar toda contaminación. Los frascos con el plasma congelado son llevados luego a una instalación de vacío que permite operar con numerosos frascos a la vez y se procede a la desecación del plasma; en esta etapa se eleva la temperatura para facilitar la operación.

La fábrica posee una maquinaria especial destinada a destilar el agua que, una vez debidamente preparada, es distribuida en frascos de 500 c.c. exactamente iguales a los que contienen el plasma. Finalmente un frasco de plasma y otro de agua, con un equipo para inyección endovenosa (aguja, tubería de goma, etc.) son empaquetados en una caja de fibra a prueba de humedad. Previamente ambos frascos han sido encerrados separadamente dentro de una envoltura de hojalata. En estas condiciones el plasma se conserva indefinidamente y puede ser transportado a las más largas distancias.

Harvard.—Aproveché la amable invitación del profesor Churchill para visitar Harvard y Massachusetts General Hospital, donde trabaja el eminente cirujano.

El doctor Sidney Burwell, Decano de la Escuela Médica de Harvard, me recibió cordialmente y en una de las salas contiguas al gran comedor de la Escuela, me obse-

quió con un almuerzo en compañía de algunos profesores. Fué en esa oportunidad que le entregué el mensaje de los profesores argentinos que suscribe, en primer término, nuestro Decano el profesor Palacios Costa.

Pocos días estuve en Boston, pero resultaron bien aprovechados. Dos veces vi trabajar a Churchill. Todo cuanto se diga de la insuperable técnica de este cirujano es poco. Aúna la precisión, la sencillez y la seguridad. Por difícil que sea la lobectomía o neumonectomía que practica, llega, uno por uno, los elementos del pedículo. Hasta el más pequeño vaso es controlado. El bronquio es suturado y cubierto con pleura pediculada o libre. Las operaciones duran una, dos o tres horas según las circunstancias, pero la técnica impecable, la transfusión sanguínea y la buena preparación de los enfermos hacen que estos soporten las grandes exéresis endotorácicas como si fuesen una de tantas operaciones corrientemente practicadas.

Churchill está un poco desilusionado en la lucha contra el cáncer del pulmón; me mostró su estadística, clasificada y estudiada en detalle; me habló extensamente de lo conseguido hasta ahora y recogí una impresión más bien pesimista. Podría preguntarme: ¿qué diremos nosotros? Y me contestó: ¡proseguir con más empeño!

En cambio me dijo que la tuberculosis bien localizada ofrecía un vasto campo de acción a la terapéutica quirúrgica; en este sentido se refirió no solamente a los resultados obtenidos, sino que, también, al problema económico-social que actualmente plantea al médico y a la sociedad, la tuberculosis pulmonar. Y recordé por un momento los ensayos de Lawson, de Tuffier y de Doyen. ¿Volveremos a ellos?

Además de proporcionarme la satisfacción de verle manos a la obra, en la sala de operaciones, Churchill me agasajó en forma que obliga mi reconocimiento. Me hubiera sido grato demostrárselo invitándolo a que nos visite, pero desgraciadamente para nosotros me parece que sus deberes de ciudadano y de ciudadano especialmente útil, lo han de acercar, en breve plazo, a los campos de batalla más que a nuestras playas.

Me habló con un especial afecto, y gran elogio de nuestro camarada el Dr. Jorge A. Taiana quien, como es sabido, trabajó a su lado aproximadamente, un par de años. En prueba de la muy alta consideración que le dis-

pensa, me propuso un nuevo viaje de nuestro joven e inteligente colaborador a quien ofrece una situación destacada en la Universidad de Harvard y en el Massachusetts General Hospital.

Advertí en Boston —una de las grandes ciudades del Este donde se cultiva el mejor idioma y se paga tributo a las cosas del espíritu— un gran deseo de aprender y difundir el castellano.

_ La señora del Dr. George Cheever Shattuck, distinguido profesional vinculado a Harvard, preside una Asociación "The Pan American Society of Massachusetts" con sede en una de las grandes avenidas de la ciudad. Como su nombre lo indica se trata de un hogar para todos los americanos, hombres y mujeres especialmente estudiantes, quienes encuentran allí un centro social y cultural tendiente a fomentar la vinculación interamericana y especialmente el conocimiento de los dos grandes idiomas de América: el castellano y el inglés. Invitado a una reunión en que se inauguraba un curso de castellano, hube de hablar a pedido de la señora de Shattuck y lo hice, como es de suponer, aplaudiendo el noble propósito que inspiró la fundación de la Sociedad.

Los esposos Shattuck que disfrutan de una holgada posición —y esto hace más loable la iniciativa de Mrs. Shattuck— nos ofrecieron la oportunidad de conocer una de las más hermosas mansiones de la comarca invitándonos a comer en su magnífica posesión de Brooklin a pocas millas de Boston.

Estuve en Peter Bent Brigham Hospital donde veinte años hace había visto actuar a Cushing y donde ahora actúa mi grande y noble amigo el profesor Elliot Cutler; pero Cutler no estaba en su puesto. Se encuentro "en un lugar" de Inglaterra al frente de la sanidad de las fuerzas norteamericanas allí destacadas. Sus dos hijos varones estaban, uno en Annapolis (Escuela Naval) y otro en West Point (Escuela Militar). Recuerdo aún con cuán honda preocupación me dijo a mediados de 1940 que, en menos de un año, los tres estarían en las filas. Se equivocó por pocos meses.

Estuve también con Overholt quien me atendió deferentemente pero no me fué posible verlo en la tarea porque atenciones impostergables me esperaban en Nueva York.

John Hopkins, el Dr. Martin y las becas para médicos

argentinos.—Con motivo de las gestiones realizadas para obtener becas para jóvenes médicos argentinos que deseen perfeccionar sus estudios, tuve que hacer un viaje a Baltimore a fin de entrevistarme con el Dr. Lay Martin. Profesor de medicina interna en John Hopkins University, aproveché la ocasión para concertar con él una visita al célebre Hospital de dicha Universidad, en Baltimore, con el propósito de estrechar la mano de algunos amigos.

Así fué como visité a Dandy, mientras operaba, con la habilidad que es notoria, un enorme tumor del cerebro; a mi viejo y buen amigo Hugh Jung, quien, siempre joven, concurre diariamente a su servicio como en los mejores tiempos, y a Rienhoff, operador brillante, para quien la cirugía del tórax no tiene secretos.

Por la noche Martin nos reunió a comer en el Club y no puedo olvidar la curiosidad e interés con que Dandy —al parecer tan ajeno a estos temas— me interrogó de sobremesa, frente a un fuego acogedor, acerca de los motivos que fundan nuestra actitud internacional.

El Dr. Lay Martin es un internista joven e inteligente. Nos visitó hace poco. Me hizo un gran elogio de la obra de Escudero, que conoce bien. Me prometió ocuparse con doble interés, el de su patria y el de la intensificación de la cultura médica general, de mi proyecto sobre becas para jóvenes graduados argentinos que aspiren a aprovechar las enseñanzas técnicas y de todo orden que puede proporcionarles la medicina y especialmente la cirugía, durante el conflicto actual.

Si, como lo espero, se realiza este proyecto, tendré la satisfacción de haber prestado un gran servicio a la cultura médica de mi país. Ojalá que no sea el último.

El 8º Congreso Médico Panamericano.—La Asociación Médica Panamericana que presido debía haber celebrado su 8º Congreso, en Buenos Aires, en 1941. No fué posible realizarlo ni en 1941, ni en 1942, por causas derivadas de la guerra. Y como la duración de ésta no era previsible, el Comité Argentino me autorizó para que procurásemos su celebración en los Estados Unidos. Esta idea se funda en que la mayoría de los miembros de la Asociación son norteamericanos y en el momento actual no sería

posible atraerlos fuera de su país, aun cuando fuese con un propósito científico.

Felizmente el "Consejo de Regentes" de la Asociación aceptó el temperamento aludido y se convino, en principio, que la reunión tendría lugar en Nueva York, a fines de mayo del año en curso.

Con este objeto y a fin de asegurar el éxito del certamen, quedé encargado —y así lo he hecho— de gestionar ante los gobiernos de Venezuela, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Chile, la designación de Delegados oficiales de dichos países. Me ocupó ahora de interesar en el mismo sentido a los gobiernos del Brasil, del Uruguay, de Paraguay y de Bolivia.

Sociedad internacional de Cirugía.—La ocupación de Bruselas, a principios de 1940, interrumpió toda relación con las autoridades de la Sociedad Internacional de Cirugía, residentes en dicha ciudad. El 12º Congreso Internacional de Cirugía debía celebrarse en Estocolmo en agosto de 1941; la situación europea lo impidió.

Entretanto la institución permanecía acéfala por la causa antes mencionada. En 1940, Cutler de Boston, Matas de Nueva Orleans, Pool de Nueva York y otros, con el apoyo del Colegio Americano de Cirujanos, propusieron trasladar, temporariamente, la sede de la Sociedad a alguna ciudad americana. Ocasionalmente se obtuvo la aquiescencia, con respecto a esta iniciativa, de parte del presidente de la institución Dr. Leopoldo Mayer quien, "de alguna manera", pudo comunicarse con el Dr. Matas.

Así las cosas, se me consultó sobre el particular y sobre sí, en mi carácter de Vicepresidente de la Corporación estaba dispuesto a hacerme cargo de la presidencia. Contesté que sí. El 12 de noviembre, nos reunimos en la Academia de Medicina de Nueva York y con la presencia o autorización escrita de los delegados: de los Estados Unidos, Dres. Matas y Pool; de Canadá, Dr. Saint Jacques; de Cuba, Dr. Presno; de México, Dr. Castro Villagrana; de Venezuela, Dr. de Bellard; del Perú, Dr. Denegrí; del Ecuador, Dr. Maldonado; del Brasil, Dr. Brandao; del Uruguay, Dr. Armand Ugon y de la Argentina, se resolvió: asumir temporariamente, el gobierno de la Sociedad Internacional de Cirugía; limitar su acción a las tres Américas; modificar en tal sentido el estatuto; incorporar un representante del Co-

legio Americano de Cirujanos (Dr. Alien) al Comité Ejecutivo y ponerme a cargo de la presidencia. Nos presidía el Dr. Pool y asistieron, además, algunos miembros eminentes de la prestigiosa institución (Lilienthal, Colp) y el Dr. Ashford, secretario de la Academia de Medicina, de la que éramos huéspedes en ese momento.

Se fijó como sede provisoria de la institución el local en que nos encontrábamos, gentilmente ofrecido por las autoridades, y fueron designados, secretario-tesorero el Dr. Rudolph Matas y adjunto el Dr. Enrique J. Cervantes, encargado de la división interamericana de la propia Academia.

"América Clínica" la difundida revista fundada por el Dr. Castrofíeje nos ofreció sus columnas y fué consagrada órgano provisional de la corporación.

Inmediatamente que termine la guerra cesarán estas determinaciones y el gobierno de la Sociedad Internacional de Cirugía volverá a las manos de las autoridades residentes en Bruselas. Se resolvió, además que, en la primera oportunidad y si posible fuese, de acuerdo con el Colegio Americano de Cirujanos, la Corporación celebrará el **meeting** científico que debió tener lugar en Estocolmo en el año 1941.

La Universidad Central de Venezuela.—El 30 de octubre, en Nueva York, recibí un cable del Rector de la Universidad de Venezuela quien, en nombre de dicha institución me invitaba para visitarla. El Dr. Angulo Ariza invocaba, además, la representación del ministro de Educación. Acepté.

El 16 de noviembre un avión de la **"Panair"** salido de Miami en las primeras horas de la mañana me dejaba al promediar la tarde en el aeródromo de La Guaira, donde me dieron la bienvenida representantes de la Universidad y de los Ministerios de Educación y de Relaciones Exteriores. Me trasladé a Caracas (más de una hora de ruta en la montaña) en compañía del ministro argentino, Dn. Adolfo Calvo, quien había tenido la deferencia de acudir a recibirme.

La capital de Venezuela es una ciudad colonial que recién empieza a sufrir la influencia del urbanismo y de la arquitectura modernos. En algunas de sus arterias más centrales se percibe esa influencia, por la edificación que

se retira, a la manera de lo que ocurre en algunas de las calles de Buenos Aires que corren de Este a Oeste, con el propósito de ensancharlas. Pero las "urbanizaciones" de los alrededores son totalmente modernas, con amplias avenidas, árboles y espacios abiertos que alejan de la ciudad 'antigua' los barrios residenciales. En uno de ellos, el que ha formado el Country Club, se encuentra la Legación Argentina, de la que fui huésped repetidas veces.

El martes 17 de diciembre se inició el programa preparado que no debía interrumpirse hasta el lunes 23 fecha de mi partida para Colombia. Di dos conferencias en el aula mayor de la Universidad Central. Visité el Hospital Vargas que dirige el Dr. Hermógenes Rivero y realicé en él una sesión operatoria. Fui recibido por la Academia de Medicina en uno de cuyos sitios encontré a mi viejo amigo el Dr. Emilio Ochoa y donde al agradecer el saludo que, en nombre de la institución me dirigiera el Dr. Córdova, tuve el gusto de recordar el vínculo que, con tanto brillo, establecieron entre la cultura médica venezolana y argentina los Herrera Vegas, padre e hijo. Encontré al frente de la cátedra de Fisiología a Pi y Suñer, con quien visité el Gabinete de Medicina Experimental situado en la Avenida Argentina, frente a la estatua, muy hermosa por cierto, del Libertador San Martín. Visité luego la Maternidad modelo, que dirige el profesor Aguerrevere, instalada en un nuevo y cómodo local donde tuve el placer de recibir el saludo de la Dra. Colmenares, que ha perfeccionado sus estudios como residente, durante más de un año, en el Instituto de la Sociedad de Beneficencia que dirige mi eminente condiscípulo y amigo el profesor Peralta Ramos.

Una mañana dejamos la ciudad y me condujeron hasta "El Algodonal" donde se encuentra ubicado el soberbio sanatorio para tuberculosos "Simón Bolívar". Recibí la mejor impresión del establecimiento, de su organización y del trabajo que allí se realiza. Esa impresión fué mayor aún, cuando el profesor Baldo, su director, me habló de la Argentina y de sus fisiólogos, especialmente de Sayago, con respeto y gratitud por atenciones aquí recibidas.

Según supe después, el establecimiento costó mucho dinero; no obstante eso, el Dr. Baldo le hace rendir muy buena renta. Establecida la organización de la lucha contra la tuberculosis en todo el país, el gobierno venezolano ha tenido la buena idea de colocarla en manos jóvenes, enér

gicas y competentes, sin permitir influencias extrañas, en el cumplimiento del *programa trazado. Tal vez valdría la* pena imitar el ejemplo.

Antes de abandonar Caracas deposité una ofrenda floral al pie del mausoleo de Bolívar, en nombre del señor Presidente Castillo. Los restos del Libertador descansan en una iglesia transformada en Panteón Nacional. Una decoración imponente por su carácter y por su sencillez, agregada a la solemnidad de aquel templo histórico, crean un ambiente propicio a la meditación. Bolívar, Sucre, Páez, Urdaneta y hasta un mausoleo entreabierto y vacío, donde se echan de menos los restos de Miranda, perdidos en el mar cerca de Cádiz, dicen al visitante nacional o extranjero que los pueblos no son siempre desagradecidos.

En el palacio Miraflores tuve oportunidad de presentar mis respetos al señor Presidente de la República, General Medina Angarita.

De todas las ciudades que he conocido en mis andanzas por el mundo, Caracas es aquella donde la vida es más cara; pero conservo de ella el más simpático de los recuerdos .

El Dr. de Bellard me recibió en su casa sita en la "urbanización" del Country Club, con la esquisitez de un príncipe y la cordialidad de un viejo amigo. Mientras se lo agradecía me interrumpió y me dijo: "doctor, usted omite que hace algunos años operó a mi madre en Buenos Aires y la asistió con un cariño que ninguno de nosotros ha podido olvidar". Ante mi perplejidad, entró en detalles y comprendí que en aquel agasajo se mezclaban la cortesía y el reconocimiento. Lo que demuestra, de tiempo en tiempo, la sinrazón de Wilde cuando advertido por un amigo de que "fulano" hablaba mal de él, contestó "¡ignoro por qué; nunca le he hecho ningún servicio!"

El Dr. de Bellard es discípulo de Rudolph Matas, se formó en Tulane University (Nueva Orleáns) y representa a Venezuela en el seno de la Sociedad Internacional de Cirugía.

Visita a Bogotá.—Después de hacer escala el 23 en Barranquilla, donde la Facultad de Medicina y la Academia me adelantaron saludos de bienvenida, llegué a Bogotá el martes'24 de noviembre en horas de la mañana. El avión asciende, siguiendo el curso del anchuroso río Magdalena,

desde el nivel del mar hasta la altiplanicie (2.800 metros), donde se encuentra la capital de Colombia. El panorama es imponente.

.El Decano de la Facultad de Medicina y algunos profesores, representantes de la Academia y el señor Embajador de Venezuela me esperaban en el aeródromo de "La Sabana". Después de algunas visitas protocolarias se fijó el programa no menos nutrido que el de Caracas. Con el Decano profesor Iriarte, cuya cordialidad debo agradecer aquí, visité además de la Facultad, el Hospital de Niños donde es jefe de servicio y el Instituto del Cáncer cuya organización y funcionamiento me parecieron perfectos. Vale la pena recordar su origen. Una cuestión de límites amenazaba degenerar en conflicto armado. Un caballero se acercó al Banco de la República y depositó su anillo de bodas, a nombre del gobierno, con el propósito de que esta iniciativa cundiese y se formase un fondo para comprar armas y defender el país. Al día siguiente —una vez conocido el gesto— llovieron los anillos y otros objetos de oro y plata. Desde los más altos dignatarios de la república hasta la gente más humilde, ningún ciudadano deseaba ser menos que el aludido caballero. Aquel fondo metálico alcanzó a producir cerca de un millón de colombianos o sean dos y medio millones de pesos argentinos. Pero el litigio se arregló pacíficamente y el gobierno aprovechó aquel fondo de guerra, para una obra de paz, la de construir y equipar el Instituto que, vuelvo a repetirlo, no tiene nada que envidiar a los mejor dotados y organizados del mundo. Allí hay una buena cantidad de radio, rayos X, anatomía patológica, internistas y cirujanos, moviéndose en armónico equipo. "Y si lector dijeres ser comento como me lo contaron te lo cuento". El hecho tendría su precedente en la actitud de las damas mendocinas en 1816.

Realicé una sesión operatoria; fui recibido en la Academia de Medicina, la que me incorporó a su seno, después de escucharme una conferencia. Concurrí, además, a la Sociedad de Cirugía que me designó miembro honorario. A propósito de esta última. Funciona en el Hospital San José, fundado y organizado por acuerdo del núcleo de cirujanos que la constituyen, quienes, como puede suponerse, trabajan en la mejor armonía como si se tratase de un hospital cooperativo.

Con el eficaz apoyo del Dr. Rueda Vargas y de algunos de sus colegas de la aludida Sociedad, constituí el capítulo de la Sociedad Internacional de Cirugía, en la cual Colombia no estaba representada.

El Dr. Bejarano me interesó para que organizásemos una Exposición de libros y revistas de medicina argentinos. Parece que nuestra producción es apreciada y la guerra y el cambio favorecen el envío de nuestros libros. He solicitado un ejemplar de cada uno de los libros de medicina que circulan en el país y a estas horas navegan en un barco de nuestra flota mercante camino de Colombia. El señor Embajador argentino y el Dr. Bejarano, con el apoyo moral de la Facultad de Medicina de Bogotá, se ocuparán de organizar la exposición y de inaugurarla. Tal vez sea enviada después a Medellín, donde funciona otra escuela médica. Todo depende del resultado que se obtenga. Con esta información concreta y objetiva, nuestros colegas colombianos podrán pedir directamente a los editores de Buenos Aires los libros que les interesen. Mi responsabilidad termina con este envío y la he aceptado gustoso porque se trata de la difusión de nuestros libros, de un país hermano, y porque el Dr. Bejarano me aseguró que la intervención personal de un médico emprendedor y diligente, era el camino más corto para que la iniciativa se convirtiese en realidad. Tal vez tenga razón; esperemos los resultados. En cualquier caso me siento satisfecho de prestar este servicio a la cultura médica iberoamericana y a una mayor vinculación espiritual de los dos países. Las revistas médicas serán, también, expuestas con indicación del precio de suscripción anual y de la dirección del respectivo editor, a fin de asegurar el más rápido envío de los pedidos. Ulteriormente nuestros editores y los librerías colombianos harán lo demás; la cuestión finca en cargar el sifón. Así lo asegura, por lo menos, el simpático colega, que me sugirió la iniciativa.

El Decano Dr. Iriarte me invitó a visitar la **ciudad universitaria** y, como era natural, acepté. Se encuentra ubicada a diez minutos del centro de la ciudad. Ocupa una extensión aproximada de 200 hectáreas. La iniciativa pertenece al actual Presidente López y fué adoptada en su primera administración hace seis años más o menos. El Dr. López me ha referido con lujo de detalles la odisea de su proyecto; primero para obtener el predio y luego para im-

pedir que se malograra la idea. Felizmente volvió al gobierno y la obra está en marcha.

Comprende edificios para: Rectoría y Biblioteca; Aula magna; 12 casas con alojamiento para 970 estudiantes; 62 casas para un profesor cada una; Restaurantes; Clubs estudiantiles; Jardín infantil; Iglesia; Enfermería; Lavandería; Planta eléctrica; Estación para ómnibus con 8 garages; Playas de estacionamiento; Institutos de Pedagogía, Sociología, Filosofía, Historia, Psicología, Botánica y Mineralogía; Facultades de Derecho, Medicina, Arquitectura, Farmacia y Odontología; Departamentos de Zoología y Antropología, Meteorología, Química y Física; Escuelas de Agronomía, Veterinaria, Enfermeras y Bellas Artes; Instituto de Enfermedades Tropicales; Facultad de Ingeniería, Matemáticas y Geografía, con secciones de electrotécnica, termodinámica y física industrial, hidrodinámica e hidráulica, ensayo de materiales y mecánica; Conservatorio de Música; Instituto de Educación Física con: aulas y administración, piscina cubierta, piscina al aire libre con tribunas para 6.000 espectadores, gimnasio cubierto, estadio con tribunas para 20.000 espectadores, cancha para entrenamiento con tribunas para 10.000 espectadores, cancha para campeonato de **basket-ball** con tribunas para 6.000 espectadores, cancha para campeonato de **tennis** con tribunas para 6.000 espectadores, cancha para campeonato de **hockey** con tribunas para 4.000 espectadores, cancha para campeonato de tiro y cancha para entrenamiento de **tennis**. De este programa se encuentran ejecutados los números correspondientes a la Rectoría; dos grupos de casas para estudiantes ya habilitadas; algunas casas para profesores ya habitadas; algunos restaurantes; las Facultades de Derecho y Arquitectura; la Escuela de Veterinaria; el Instituto de Botánica y Mineralogía; la Administración y aulas del Departamento de Educación Física; el Estadio y la Cancha para campeonatos de **basket-ball**. La Facultad de Ingeniería y Matemáticas con todas sus secciones está en construcción y se encuentra muy adelantada. Como es de suponerse realizamos la visita en automóvil.

La edificación es sencilla pero buena; las habitaciones y comedores para estudiantes son confortables; la Facultad de Arquitectura estaba en plena actividad con motivo de una exposición de proyectos; una buena parte del campo se encuentra ya urbanizada con caminos, árboles y grandes parcelas con césped. La visita me dejó la mejor impresión. La

Facultad de Medicina está a la expectativa, pues, aun cuando la idea le parece buena, no se sabe aún si se podrá anexar un hospital a la ciudad universitaria, y en la actualidad se dispone de uno bastante bueno (San Juan de Dios).

Cuando durante mi visita al señor Presidente, el Dr. López me explicó las dificultades con que había luchado al principio-y después que dejó el gobierno y me dió a conocer su decisión de dar cima a la obra, en este su segundo período administrativo, no pude menos de envidiar la suerte de los universitarios colombianos que cuentan con un presidente popular y prestigioso y decidido a llevar a cabo una obra de tan vastas proyecciones. Pero al propio tiempo no pude menos de pensar en nuestras cosas y muy especialmente en nuestras Facultades de Filosofía y Letras, de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales y de Ciencias Económicas, todavía a la espera de quien haga mucho menos para ellas. Pensé también en nuestro Hospital-Escuela y en el farol de que me habrían colgado si hubiera estado en mis manos iniciar la realización de un programa parecido. Y como es de suponer no me pareció ya incomprensible la actitud de algunos "Aladinos" plenos de buena fe, que nos ofrecen, en el papel, ciudades universitarias que habrían de alumbrar con sus lámparas maravillosas.

No puedo terminar esta revista de cosas colombianas sin agradecer al Dr. Valenzuela, nuestro Embajador ante el gobierno de aquel simpático país, las atenciones que me dispensó y que facilitaron considerablemente mi actuación durante los cuatro días que permanecí en Bogotá. La ciudad es bien interesante; gobiernos y ediles progresistas han iniciado el ensanche de sus calles y la formación de avenidas y barrios residenciales. Mientras la recorría rendí homenaje a San Martín, frente a su estatua, muy bien emplazada por cierto, y pagué el tributo de mi respeto a Bolívar y a su gran Colombia, visitando la casa en que vivió el Libertador al pie de uno de los cerros que limitan la planta urbana. Dicha casa ha sido transformada en Museo; la imaginación, al recorrerla, cree encontrar, alternativamente, ambientes de gloria y de romance.

El 28 de noviembre salimos para Cali. El Cauca se despeña rápido y ruidoso, calle por medio del Hotel en que nos hospedamos. Dos o tres veces llegamos hasta el puente cercano que vincula los dos cuarteles, en que el río divide a la ciudad. Junto a él, en una plaza, se levanta la estatua de

Jorge Isoocs, en cuyo basamento se advierte una "María" en mármol, llena de juventud y de candor; se cierran los ojos y se vuelve a los años jidos y uno no sabe si ensaya un homenaje al médico romántico o si simplemente cree que volviendo hacia atrás, podrá detener las inexorables agujas del reloj.

Un día en Quito.—En la mañana del domingo 29 abandonamos Cali y descendimos hasta Guayaquil. Desde mucho antes de llegar se domina el Valle del Guayas, caudaloso y turbio, y se divisan los pequeños cerros interpuestos entre la ciudad y el campo de aviación. Al promediar la tarde llegábamos a Quito. La travesía entre Guayaquil y Quito permite, en los días claros, apreciar un espectáculo imponente. El avión asciende; los Andes están al frente; a lo lejos, a mitad de camino, cubierto de nieve se alza el Chimborazo. Repentinamente, después de recorrer un desfiladero, aparece un valle y recostada sobre los cerros, la ciudad de Quito a más de 3.000 metros sobre el nivel del mar.

No es posible llegar a la capital del Ecuador sin visitar sus iglesias, ricas en años, en tallas, en oro y en joyas artísticas de toda clase. Mientras recorría el claustro del convento contiguo a una de ellas, el Sr. de Gangotena y Jijón, director del Protocolo, me hizo conocer un magnífico refectorio en desuso, adornado con muebles antiguos, donde sesiona la Academia de la Historia.

El Ministro argentino, mi viejo amigo Héctor Ghiraldo, tuvo la feliz idea de reunimos en la Legación en un almuerzo con diplomáticos, universitarios y hombres de gobierno. Entre estos últimos se encontraba el Ministro de Relaciones Exteriores Dr. Guarderas, quien durante algún tiempo fué representante de su país ante el nuestro, y el ex-presidente Ayora, uno de los cirujanos más eminentes del Ecuador.

El objeto de mi escala en Quito era interesar al gobierno en la celebración del Congreso Médico Panamericano; sólo podía detenerme veinticuatro horas y por eso no me fué posible aceptar la invitación del Decano de la Facultad de Medicina para visitar la Universidad y los Hospitales. Pero al llegar la noche nos reunimos en una comida íntima y cordial servida en mi honor, a la que fué invitado el Ministro Ghiraldo. Me la ofreció el Dr. Bustamante, con palabras que importan un homenaje para la Cirugía y, por eso, por su belleza, y por la referencia hecha a la Argentina, me

permito transcribirlas. Dijo así: "Profesor Arce, señores: Un notable pensador argentino dijo que la mano es el órgano que hace del hombre un ser superior a los animales. Explicaba su observación, afirmando que la mano humana es capaz de expresar las emociones, las decisiones de la voluntad y los resultados del pensamiento. La mano implora, pide, ordena, amenaza, crea, destruye y consuela; sobre todo consuela. La mano que acaricia al triste es la perfección de lo creado. La mano que, impulsada por el amor tranquilo del sabio y guiada por el cerebro apasionado del hombre que consagra su poder analizante y creador al alivio de la pena, dirige el bisturí, hiende la carne en busca del mal, lo extirpa y lo vence, es la expresión máxima de la sublimidad.

El cirujano, el cirujano moderno, que practica su arte maravillosa a la luz de la ciencia, aparece nimbado por una aureola misteriosa, en la que se confunden las sombras de lo místico con los fulgores de la Verdad; éstos, se descubren con la serena •impasividad del estudio; aquéllas, se desvanecen con la audacia de la inspiración. El Cirujano tiene que amalgamar, en su personalidad compleja, la visión del místico y la realística afirmación del científico. Profesor Arce: La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, ha querido ver en vuestra visita una manifestación de cordial simpatía que vuestra patria — cuyos horizontes espirituales están, no limitados, sino ampliados por la grandeza de las cumbres y la inmensidad de los abismos— hace a la tierra ardiente y soñadora que hoy os recibe. Al estrechar vuestra mano lo hacemos con la emoción del cariño, la sinceridad del respeto y el orgullo de quien recibe un honor. Queremos ostentar como blasón el teneros por nuestro compañero y amigo. Queremos que los gestos audaces, sabios y consoladores de vuestras manos, nos estimulen y nos enseñen. Salud maestro!"

A la mañana siguiente apenas se hizo la luz y se disipó la niebla, volábamos otra vez en dirección de Guayaquil, en cuyo aeródromo me encontré con mi colega y amigo el Dr. Maldonado, actual Rector de la Universidad que ese día celebraba el 15º aniversario de su creación. Como disponíamos de dos horas antes de poder seguir viaje a Lima, aprovechamos ese tiempo para visitar el Rectorado y el aula donde esa misma tarde se celebraría el acontecimiento; para admirar una hermosa muestra de maderas, que constituyen una de las riquezas del país y para recorrer un flamante sanatorio recientemente construido con arreglo a los

más modernos preceptos de la arquitectura y de la medicina.

Al regresar al aeródromo tuve una agradable sorpresa. Me encontré con Eloesser, quien esperaba un avión para seguir viaje al norte, después de haber representado al Colegio Americano de Cirujanos en el Congreso de Santiago de Chile.

Guayaquil, ciudad la más populosa del Ecuador, con muy cerca de 200.000 habitantes, se encuentra totalmente transformada. Una legislación inteligente ha hecho desaparecer muchos edificios antiguos y ha dado lugar a hermosas avenidas y a construcciones antisísmicas, indispensables en esas regiones sujetas a terremotos y temblores y necesarias en la ciudad-puerto, que pone en relación el país con el resto del mundo.

Dos días en Lima.—Entrada la noche del 1^o de diciembre llegamos a Lima. El avión llega del lado del mar y vuela sobre la ciudad; las hileras de luces jalonan-las avenidas que son tantas, tan anchas y tan hermosas, que hacen de la capital del Perú la ciudad mejor trazada de América. Mis amigos, peruanos, suelen sonreír al oírme hablar así; atribuyen mis palabras a la cordialidad peruano-argentina. Nada de eso. En cuanto Lima disponga de medio millón de habitantes más —y va en camino de alcanzarlo pronto— con lo cual dispondrá de la renta necesaria para mantener buenos servicios, la actual ciudad bien trazada, se convertirá en una de las más hermosas capitales del mundo, de tal manera han contribuido la previsión y el buen gusto, para darle su aspecto actual. La vista nocturna desde el "Douglas" no hizo sino confirmarme en esa convicción que tengo desde hace algunos años.

Alberto Uriburu, Embajador argentino, Fortunato Que- sada y José Vélez Conseco, estaban en "Limatambo" (1). El primero nos reunió unos días después, en la Embajada, en un almuerzo al que concurrieron el presidente del Senado y una veintena de médicos y cirujanos amigos, entre los cuales debo mencionar al Dr. Carvalho, ministro de Salud Pública. Estaba allí, también, Juan Antonio Buero, diplomático y hombre público uruguayo, a quien no veía desde

(1) Nombre del aeródromo de Lima.

tiempo atrás; como siempre, cordial, lleno de agudeza y según me dijo, "desde hacía un año, huésped —por unos pocos días— de su hermano", actual representante del Uruguay ante el gobierno del Perú.

Estuve en la Facultad, para saludar al profesor Monje, eminente internista y actual Decano, y a los miembros del Consejo que tenían sesión esa mañana. Visité, además, el Hospital Obrero, en compañía de mi grande y buen amigo el Dr. Graña, cirujano del mismo, y por Vélez Conseco, que no en balde estuvo un año con nosotros en el Instituto de Clínica Quirúrgica, pues nos recuerda con el cariño de un discípulo a Ivanissevich y a mí, y con el afecto de un compañero a todos los médicos del mismo. El Hospital Obrero es un modelo en su género; modelo de arquitectura; de equipo; de instalaciones; de organización y de funcionamiento; mientras se lo recorre, se advierte en él, el sello de los grandes y modernos hospitales norteamericanos, los mejores del mundo. Agréguese el espíritu animador de Graña y demás colegas peruanos, que trabajan con evidente entusiasmo y se comprenderá la impresión que me ha causado y que aprovecharé, ahora que planeamos nuestros Hospital-Escuela.

Especialmente invitado asistí a una sesión de la Sociedad "Daniel Carrión" que anualmente celebra jornadas médicas; antes del programa científico, el presidente rindió homenaje a la medicina argentina; lo agradecí debidamente. Asistía el Embajador Uriburu.

Esa noche Graña y Quesada me hicieron gustar, por primera vez en la vida, las delicias de la cocina "china", en uno de los restaurantes de esa nacionalidad que abundan en un barrio de Lima. Comí todo cuanto me ofrecieron —alguna cosa sin saber qué era— pero no me fué posible hacer uso de los palillos que usan en Oriente y que el Dr. Graña maneja como si hubiese nacido en el mismo Pekín.

Como estaba previsto, visité al señor Presidente Prado, interesándolo por la celebración del Congreso Médico Panamericano.

La víspera de mi partida, a mediodía, el Dr. Graña nos obsequió con un almuerzo de platos peruanos. El ágape tuvo lugar en su casa, hermosa construcción de estilo español, en una de cuyas habitaciones hay una soberbia cabeza de toro de lidia, negro, entre decenas de fotografías de Belmon- te. Una de las sorpresas más interesantes de este almuer

zo fué la de saber que, ese día, había cocinado el propio Dr. Graña, quien parece sabe hacerlo a maravilla.

Por la noche el ministro Carvalho me invitó a comer en compañía de un buen número de colegas. Para qué decir que la mesa estuvo muy bien servida; pero lo mejor de todo resultó una polémica taurina entre los Dres. Gastagnetta y Graña. La preparación de éste en lides tauromáquicas me era conocida desde la mañana; pero confieso que ignoraba la del Dr. Gastagnetta, uno de los más célebres cirujanos de Lima.

El 4 de diciembre partimos para Santiago de Chile donde apenas pude cambiar algunas impresiones con mi buen amigo el embajador Güiraldes y mis colegas Vargas Salcedo y Urzúa.

En la tarde del 6 aterrizábamos en Morón, de donde habíamos salido setenta días antes. El viaje había terminado.

Mar del Plata, enero de 1943.

Dr. Augusto Estupiñán M.
Profesor de Patología Quirúrgica y Cirugía Infantil

Consideraciones sobre un caso de Exostosis Osteogénica

(discondroplasia)

La patología ósea muy rica en afecciones que atacan al esqueleto, tiene en sus cuadros nosológicos un grupo de enfermedades conocidas con el nombre genérico de **distrofias óseas**.

Este capítulo es uno de aquellos en los que ha reinado la más grande anarquía, pues bajo este rubro: distrofia, podemos agrupar un sinnúmero de afecciones; citaremos unas cuantas: el raquitismo, la osteomalacia, la osteoporosis senil, la enfermedad ósea de Paget, la osteosarcoma, la acromegalia, la que nos ocupa —enfermedad osteogénica—, y muchas otras más.

Pero, **distrofia**, no es otra cosa que **un desorden en la nutrición**; este defecto vamos a encontrar en muchísimas enfermedades perfectamente definidas, más aún, específicas, tales como la sífilis, la tuberculosis, la actinomicosis.

Con el Prof. Ombredanne, llamaremos, pues, **distróficas**, a las enfermedades óseas, que alterando la estructura del tejido, por el momento no conocemos las causas para ello. Encontraremos reunidas enfermedades de diverso origen, y que muchas veces no tienen otra analogía, que la de las lesiones que presentan. En esta categoría citaremos la **acondroplasia**, la **displasia perióstica** o **aperiostioplasia** y la **osteosarcoma**, que son congénitas.

Junto a este grupo, encontramos también las llamadas **Distrofias de crecimiento** y que hacen su aparición después del nacimiento del individuo.

Si estudiamos el proceso de crecimiento normal de un hueso, podemos observar que dos son los elementos que aseguran la osteogénesis, **el cartílago conyugal y el periostio.**

El cartílago conyugal, no está constituyendo una división o separación brusca entre la diafisis y la epifisis, encontramos por el contrario una transición lenta y gradual entre las porciones cartilaginosa y ósea.

Existe primeramente una zona de células cartilaginosas ordenadas en series longitudinales; y que constituye lo que se denomina cartílago seriado. (A, Fig. 1).

Superpuesta encontramos otra capa cartilaginosa, en la que la invasión de vasos se hace muy manifiesta, lo mismo que la invasión de sales calcáreas. Esta segunda capa, conocida con el nombre

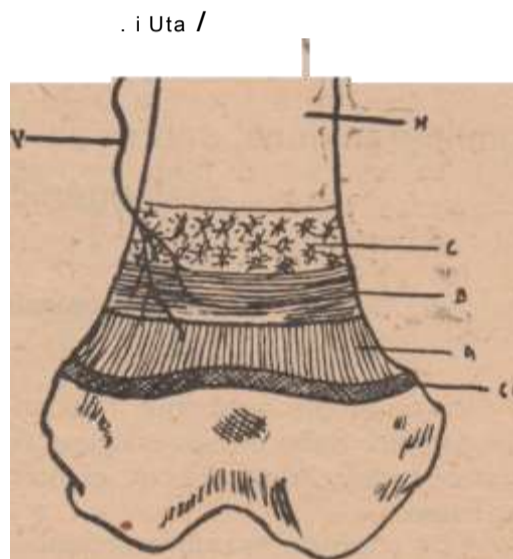


Fig. 1.—Osteogénesis normal. Crecimiento óseo merced al cartílago de conjugación CC
A) Cartílago seriado; B) cartílago calcificado (capa osteoide); C) capa o zona de osificación; V) vaso; H) diafisis (semiesquemático).

de **osteoidea o zona calcificada.** (B, Fig. 1).

Más alta todavía, encontramos la verdadera **zona de osificación** del cartílago y que continúa suavemente con el hueso. (C, fig 1)

El cartílago de conjugación, provoca el crecimiento del hueso, según lo expuesto, merced a la superposición de capas sucesivas y edifica el hueso por sus dos caras o superficies tanto diafisaria como epifisaria.

Sin embargo, precisa añadir que el poder germinativo o generador en las dos superficies no es igual y que es mucho mayor en la porción correspondiente a la diafisis del hueso.

El cartílago de conjugación, es un organismo activo y obra como un ser vivo; parece que entre el cartílago hia-

lino y el cartílago seriado existe una capa generatriz dotada de la propiedad de regenerar continuamente las células del cartílago seriado. Ollier había demostrado ya que las dos epífisis de los huesos con sus respectivos cartílagos conjugales, la una es más fértil que la otra y que se suelda una más tarde que la otra. El mismo Ollier puso de manifiesto que los conductos nutricios de las arterias E, D

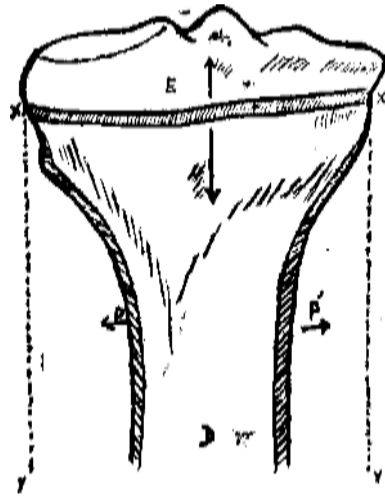


Fig. 2.—Representación esquemática del crecimiento de un hueso, menos fértil, merced al cartílago de Conjugación

La epífisis fértil está situada cerca de la rodilla y la epífisis menos fértil está situada cerca del codo; los conductos nutricios encontrados en sentido diafisario y pues, próximo al codo y distal a la rodilla.

El periostio parece que es el órgano que hace crecer al hueso en espesor. Es a no dudarlo un agente de crecimiento pero de un poder mucho menor que el cartílago de conjugación.

Sin ningún valor formador por su cara externa, tal vez en el niño tiene alguna importancia la llamada capa osteogénica.

Ya Ollier demostró, que esta llamada capa osteogénica, tiene tal papel en lo que se refiere a la regeneración ósea. Pero, después de los trabajos de Leriche y Policard parece haberse demostrado que la famosa capa osteogénica del periostio no goza del papel de regenerar el hueso por sí mismo, sino que cuando el cirujano suele levantar el periostio, va llevando en su capa profunda pequeñas partículas óseas, que son las que rehacen al hueso.

Según esta teoría, queda pues, el papel del periostio, reducido, así como de modelador del crecimiento del hueso en espesor. Hagamos una comparación, con el encofrado

do de madera que hace el ingeniero para una construcción de hormigón. (Fig. 2)

Este trabajo del periostio, es muy largo, dura toda la época del crecimiento y vuelve a existir cuando se efectúa una regeneración ósea; aún cuando es verdad que en este último caso el trabajo de molde, de modelador, no es tan perfecto como en la osteogenesis normal.

Hecha esta síntesis del proceso de osteogenesis, se puede sacar en conclusión, que hay causas múltiples que pueden influenciar en los procesos de crecimiento del hueso tanto en espesor como en longitud; y así se cita casos de lesiones traumáticas o inflamatorias que pueden exagerar su poder osteogénico.

Una fractura con desprendimiento de pequeñas esquirlas óseas, puede dar lugar a la formación de un verdadero tumor óseo, y en el sitio del cual se desprendió puede también dar origen a una hipergensis.

También podemos observar, en clínica, que en los sitios de proliferación fisiológica, digamos mejor en los cartílagos de conjugación, toda irritación puede dar lugar a un crecimiento exagerado, sea en longitud, sea en espesor.

Por el contrario, puede disminuirse o tién suspenderse definitivamente el proceso de crecimiento ya por la aplicación de la radioterapia y curieterapia, ya cuando un agente traumático o infeccioso, o séptico lesionó gravemente o destruyó al cartílago de conjugación.

El cartílago de conjugación puede estar influenciado por enfermedades congénitas, por enfermedades generales.

En las distrofias óseas de crecimiento, encontramos que existe una anomalía en la función del cartílago de conjugación, y según la expresión de Ombredanne: "en las acondroplasias hay huelga en el trabajo de formación, y en las discondroplasias existe sabotaje en el trabajo".

Las anomalías en el proceso osteogénico de los cartílagos se refieren a tres puntos:

a) .—Anomalías de disposición: la substancia **osteoi-
deo** arriba mencionada y que ha sido elaborada por el cartílago lejos de agruparse siguiendo el eje del hueso va ha hacerlo en otra dirección (**exostosis osteogénicas** fig. 3 a.); b)

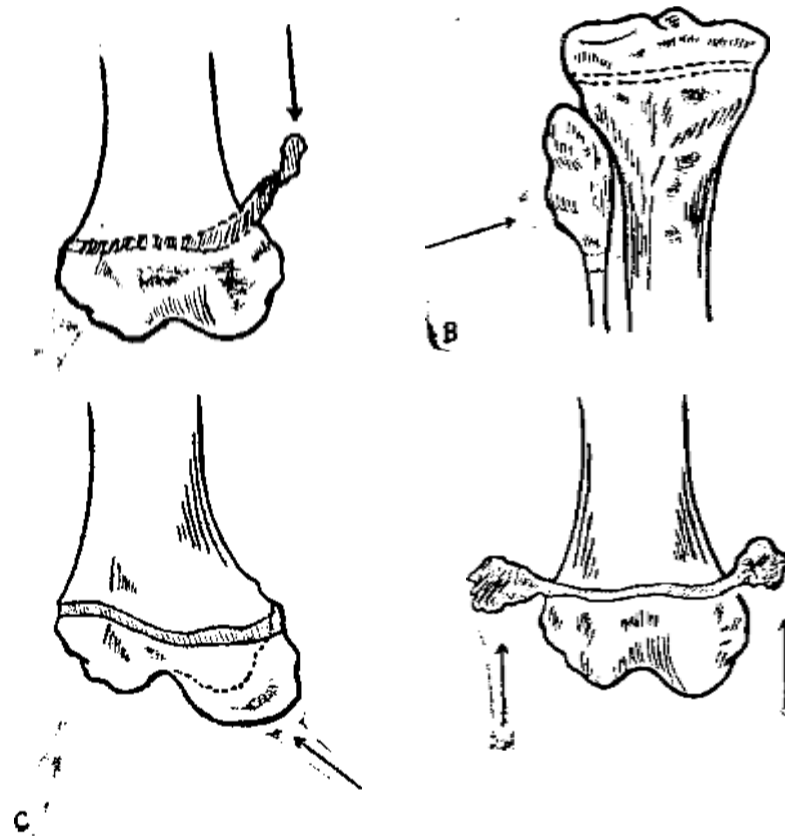


Fig. 3.—Representación semi-esquemática de las discondrioplasias. Anomalías del proceso osteogénico normal.
a) dirección; b) forma; c) repartición; d) calidad.

ya en la forma que adquiere el hueso (hiperostosis osteogénica fig 3 b) ya en la repartición (genuvalgum de los adolescentes— enostosis. fig. 3 c).

c) .—Anomalías de calidad. Lejos de encontrar el desarrollo del cartílago como lo está indicando la fig. 1; vamos a estar en presencia de islotes cartilaginosos que persisten

en este estado y aún crecen constituyendo masas endo-óseas o exo-óseas y se las llamará según estén situadas, endondromas o eccondromas osteogénicos.

c).—Las anomalías por cantidad. En lugar de encontrar que el cartilago de conjugación ha producido la cantidad necesaria para determinado organismo; podemos observar que está en menor cantidad y tendremos el nanismo; o ha producido en exceso y tendremos el gigantismo.

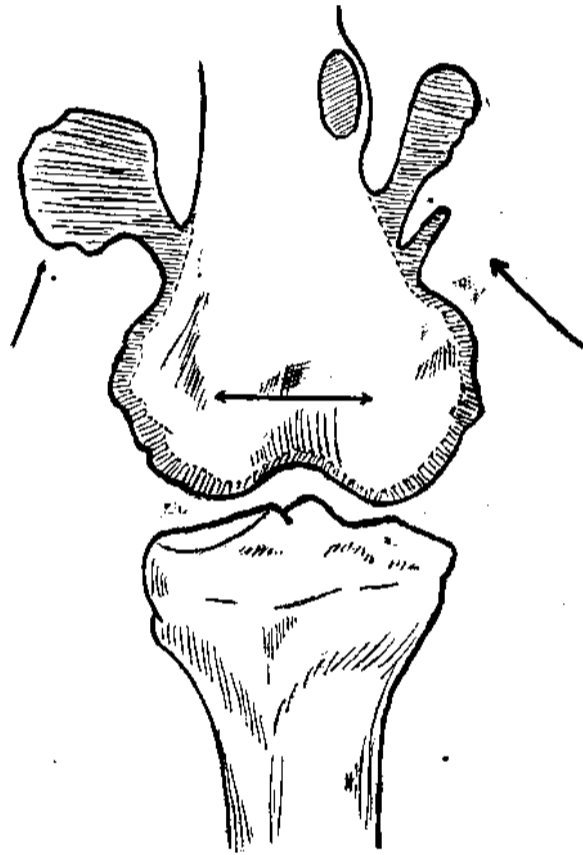


Fig. 4. —Exostosis — Hiperostosis.

A estas consideraciones me ha llevado el haber encontrado un paciente de aquellos que se puede observar, pocas ocasiones en nuestro medio, y que habiéndolo remitido al Hospital Eugenio Espejo, sirvió para la presentación a los alumnos que concurrían entonces al servicio. La historia del paciente con sus radiografías y fotografías es la siguiente:

Nombre M.

Familiares.—Viven tres hermanos mayores que gozan de buena salud. Varios de sus hermanos han muerto pero no conoce las causas ya que se encontraba de tierna edad cuando aquellos habían fallecido.

Personales.—Ha disfrutado siempre de buena salud. Solo dice haber tenido paludismo a la edad de 15 años. Gripes por contadas ocasiones.

Enfermedad actual.—El paciente acude al Hospital por una tumoración en el muslo que apareció hace dos años y ha ido aumentando de tamaño en forma rápida. Además desea consultar sobre deformidades notables en todo el esqueleto.

Estas deformidades dice haberlas tenido desde sus primeros años de edad, habiendo ido acentuándose con el transcurso del tiempo.

Síntomas Subjetivos.—No presenta síntomas de ninguna naturaleza. Todos sus aparatos funcionan normalmente.

Examen Somático General.—Estado General, bueno, Nutrición, buena.

Síntomas Objetivos y Evolución.—Cabeza: Pelo: abundante; implantación hacia adelante formando un arco (forma femenina). Hacia otras forma tres puntas: una central y dos laterales. Cabellera hirsuta, color negro pero con abundancia de canas. **Frente:** tamaño y forma normales. **Ojos:** pequeños hundidos. Nariz achatada; orificios de las fosas nasales oblicuos, de eje mayor transversal. Bigote y barba escasos. Cara de forma alargada en sentido longitudinal. **Cuello:** tamaño normal, pero como los hombros caen bruscamente, el cuello y hombros toman la forma de un cono volcánico. El hombro izquierdo desciende más que el derecho de modo que la apófisis caracoides izquierda está en un , nivel inferior al de su homóloga derecha.

Tórax: (vista anterior) Se observa que el hemitórax derecho se halla proyectado hacia adelante, es decir, que aparece en un plano anterior al izquierdo. Por otra parte, se halla más elevado, de manera que la tetilla derecha se encuentra en un plano superior al de la izquierda. El tórax en conjunto se ensancha gradualmente hacia la base. La línea medio sagital que desciende de la parte media de la horquilla esternal, encuentra al ombligo pero se ve que no divide el esternón en dos mitades simétricas, sino que la ma

yor parte de éste, en su tercio medio e inferior, se encuentra desviado hacia la derecha.

El espacio costo ilíaco a la derecha es amplio, de 7 traveses de dedo; en cambio a la izquierda es apenas de dos traveses de dedo.

(Vista posterior). Salta a la vista, las escápulas prominentes, cortas, redondeadas, estando la izquierda más baja que la derecha. Hay una marcada curvatura de la columna espinal dorsal y lumbar, de convexidad hacia la derecha. Es muy marcado el surco espinal lumbar. El reborde costal izquierdo casi se une a la cresta ilíaca de modo que a este nivel los tegumentos forman pliegues en sentido transversal. En los arcos costales, especialmente a nivel de las articulaciones condrocostales se notan exóstosis marcadas.

Abdomen.—Prominente hacia adelante y ensanchado lateralmente, siendo más marcado el abultamiento hacia la mitad izquierda.

Pelvis.—La deformación es notable. En la vista frontal se observa que la cresta ilíaca izquierda está en un nivel muy superior que el de la derecha. El pliegue ínguino-crural derecho es completamente transversal, mientras que el izquierdo es muy oblicuo. Inmediatamente por debajo de la cresta ilíaca izquierda se halla una enorme prominencia ósea, la cual corresponde al trocánter mayor del fémur izquierdo, prominencia que está separada de la espina ilíaca antero superior por dos traveses de dedo. En cambio el trocánter mayor derecho ocupa una posición posterior. La proyección de la línea media trazada desde la horquilla esternal no pasa por la sínfisis del pubis, sino que cae sobre el muslo derecho, en tal forma que el pene y bolsas quedan a la izquierda de esta línea.

(Vista posterior). Se aprecia la elevación de la cadera izquierda en relación con la derecha. Una línea que hacemos descender desde la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical, no pasa por el pliegue interglúteo, el cual se encuentra a la izquierda de esta línea. Se observa la presencia del pliegue glúteo izquierdo en tanto que el derecho no existe.

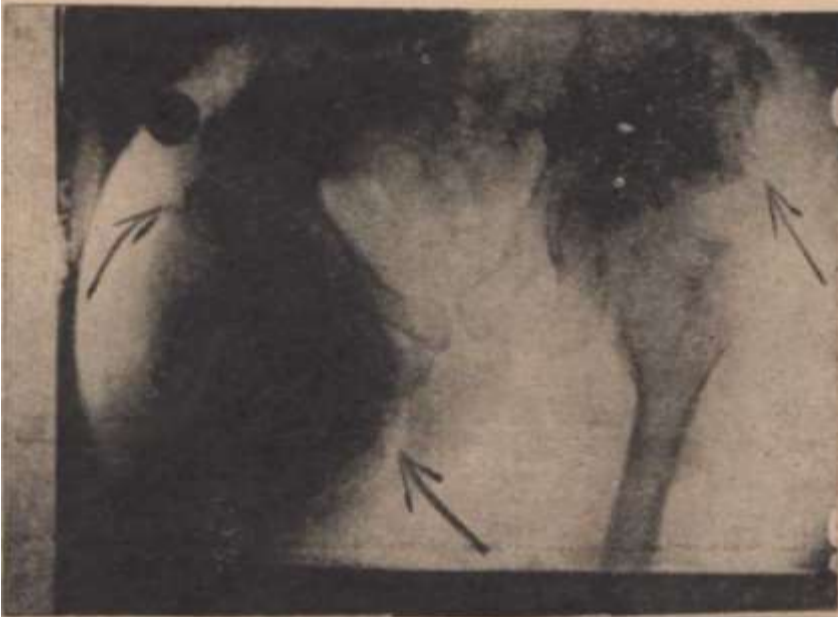
Extremidades Inferiores.—El paciente no puede adoptar la posición "firmes", por cuanto por la deformación pelviana hay un alargamiento del miembro derecho. La rodilla derecha está, pues, más baja que la izquierda y en marcado genuvalgus. El muslo se halla en rotación externa.



(FIG. 4).—Fotografía del paciente (de frente).



(FIG. 5).—Fotografía del paciente (por detrás)



(FIG. 6).—Radiografía de la pelvis. Nótese la tumoración de la cabeza femoral.



(FIG. 7).—Radiografía de la rodilla; nótese las tumoraciones epifiscinas del fémur y de la tibia.



(FIG. 8).—Radiografía del antebrazo. Nótese la malformación de sus huesos.



(FIG. 9).—Radiogr. brazo. Nótese la exostosis señalada por las flechas.

En la cara antero interna del muslo derecho, inmediatamente por debajo del pliegue inguinal se observa una gran tumoración de consistencia ósea y que corresponde a una excrescencia de la cabeza femoral. Esta tumoración desvía hacia la izquierda el pubis y rechaza hacia el muslo izquierdo los genitales externos.

El muslo izquierdo aparece atrofiado en relación con el derecho y su eje es normal.

La pierna derecha, gruesa, corta, voluminosa, presenta exóstosis tanto en la extremidad proximal como en la distal. Esta pierna se encuentra en rotación externa. El pie es corto, grueso y en posición de varus. El talón no puede juntar al del pie izquierdo. Los dedos pequeños redondeados.

Pierna y pie izquierdos. Ejes normales. Igualmente cortos, gruesos y con epífisis voluminosas.

Al caminar mueve la pierna derecha en *forma* de guadaña.

Extremidades Superiores.—Miembros cortos, rechonchos, masas musculares bien desarrolladas. La longitud tanto de los brazos como de los antebrazos, notablemente disminuida. En cambio las epífisis, a nivel de las articulaciones son de un desarrollo anormal, voluminoso. Además los huesos largos han sufrido alteraciones en su eje, y así los antebrazos tienen la forma de una paleta o un arco cuya concavidad mira hacia el eje del cuerpo.

Manos. Pequeñas, no redondeadas. Los dedos cortos y gruesos, abultados especialmente a nivel de las articulaciones interfalángicas y metacarpo falángicas.

La prehensión no está alterada y el esfuerzo muscular es normal.

En conclusión, pues, se observa la alteración en el desarrollo de todos los huesos largos; el desarrollo en longitud de las diáfisis es escaso, y como mecanismo de compensación han desarrollado en grosor. Las epífisis exageradamente desarrolladas y con exóstosis marcadas. Tal desarrollo anormal ha engendrado cambios en la posición esquelética, alteración de los ejes, etc., etc.

Llama la atención la ausencia de síntomas en a función de sus diversos aparatos.

No hay ausencia de apetito sexual, sin embargo el paciente no ha tenido relaciones sexuales.

Si estudiamos el caso detenidamente, tenemos que llegar a la conclusión de que estamos en presencia de la llamada **Enfermedad Osteogénica —Exostosis Osteogénica e Hiperostosis Osteogénica—**, en donde vamos a encontrar casi todas las modalidades de anomalías de crecimiento, la discondroplasia.

Las exostosis benignas múltiples y simétricas son las conocidas con este nombre y que ya han sido estudiadas por Rou y Chassaignac, por Broca y Gosselin. Pero quizá es a Ombredanne, a quien se debe el haber englobado, a todas las exostosis, enostosis, econdromas y encondromas del mismo origen y que pueden encontrarse en el mismo sujeto bajo el rubro general de "La Enfermedad Osteogénica".

Según Ombredanne es enfermedad hereditaria, aparecen en la infancia, crecen con el hueso que es portador y queda estacionaria cuando la epífisis se ha soldado con la diafisis; se alejan de la articulación antes de la soldadura.

Se puede encontrar la enfermedad con exostosis única, en la extremidad de un hueso largo y así la encontramos en un niño, en nuestro servicio del Hospital Eugenio Espejo, adquiriendo la forma de un gancho con base gruesa y adherente al cartílago de conjugación.

También puede encontrarse, como en nuestro caso, las producciones osteogénicas múltiples; en donde casi todas las epífisis están afectadas, y en donde no solamente son numerosas sino que varían en su forma y constitución. Es la verdadera "Exostosis Osteogénica", en la cual se observa existen desde los **"quistes en la diafisis"** hasta las diferentes producciones óseas y condromas dependientes del cartílago de conjugación.

Llama notablemente la atención el incurvamiento y disminución de longitud de cierto número de huesos, especialmente de los del antebrazo.

Esta disminución de longitud del esqueleto se explica muy fácilmente por la ley de Bessel-Haggen que dice: **"el hueso pierde en longitud lo que elabora bajo la forma de exostosis o de hiperostosis"**.

La consecuencia de esta ley no hay duda que es importante, pues disminuyendo la longitud del hueso, disminuirá la estatura del portador de la lesión; y en el segmento de esqueleto con huesos pares, la disminución en longitud de uno de ellos repercute en el compañero y esto sin lugar a duda es causa de su incurvación como observamos en nuestro caso.

La patogenia de la enfermedad es hasta ahora desconocida, se quiere decir que la herencia juega papel importante; pero de nuestro enfermo no sacamos ningún dato que pueda hacernos presumir en este factor.

Se quiere también atribuir, a la sífilis y a la tuberculosis; pero cupiera decir hoy, lo que he repetido muchas veces a mis alumnos: los médicos no convenimos en reconocer nuestra ignorancia en muchas y variadas ocasiones y por no conformarnos con esta ignorancia es necesario atribuir a algo lo que desconocemos; y qué mejor que estas dos enfermedades que dominan la especie humana.

Otros quieren atribuir la enfermedad, a procesos de osteomielitis yuxtaepifisaria que inflando al cartílago de conjugación, pusiera en juego una de las leyes de Ollier; mejor diremos un corolario de esta "toda irritación que obre sobre el cartílago de conjugación puede dar por resultado **un crecimiento del hueso**".

El estudio clínico del paciente es corto. Producciones anormales en los huesos de consistencia ósea, indoloros y que hacen cuerpo con el hueso y que pueden causar talvez alguna molestia, según el sitio de la exostosis, ya traduciéndose por edema debido a una dificultad en la circulación; ya dificultad en los movimientos; ya neuralgias por compresión o distensión.

La exploración acompañada de los exámenes radiográficos hará que el diagnóstico sea evidente.

Dr. Alejandro Lipzchüts

DISCURSO Y CONFERENCIA

Señor Rector, señores Profesores señoras y señores:

Es para mí un verdadero placer tener la oportunidad de expresar a ustedes algunos conceptos que al Indo-americanismo se refieren. Verdad que este problema es bastante delicado para mí, puesto que no soy especialista en asuntos sociales, tampoco en los problemas de antropología, sino en cuestiones de Medicina Experimental. Hace unos siete años, un grupo de alumnos en nuestro país, Chile, me solicitó me pronunciara sobre este problema que no conozco como problema social. Mi idea fué resolverlo de acuerdo con el problema biológico, tal como la razón mental lo presenta actualmente, ya que ahora se encuentra adulterado para fines de propaganda política.

Es necesario que este problema tenga realidad íntima con el de patria, ya que la prensa debe agrupar bien estos conceptos, no soy vinculado ni natural de Alemania, nunca lo era, soy chileno; es verdad, no nací en Chile, nací en Riga cuando pertenecía a Rusia, sólo como consecuencia de la primera jira anduve por allí, esto sí declaro en forma independiente. No por esto quiero negar las ventajas de la cultura alemana creada por sus aborígenes; no por los que hoy día se conocen con el mismo nombre, ahora los alemanes cuentan como su expresión al- extraño baladí que es Hitler.

La idea de raza humana carece de toda aclaración, aún en el mismo concepto científico de ella, es muy aventurado querer encontrar las razas, la biología se dedica a limitarlas.

La función de la masa indígena fué servir al blanco y al Conquistador. Los conquistadores no tienen otra misión que la de someter a su servicio a los pueblos conquistados.

La conquista española trajo a la América el feudalismo europeo con un agravante más que fué un neofeudalismo terriblemente explotador. La política agraria de los indígenas americanos se cambió por la bárbara Institución de la Encomienda con sus encomenderos. Los neofeudales son los blancos, y los indios son siempre los peones. Entre el peón y el blanco aparece una gama de situaciones y funciones como el color de las gentes, esto es lo que se llamaría el espectro racial. El mestizaje es una fuerza que lucha contra este espectro racial con tendencias niveladoras.

La destrucción de los indios por la fuerza española no puede estimarse como una inferioridad o superioridad raciales, se debe a la facilidad en el manejo de las armas. Así si el hijo de un peón se aprende el español, y las demás ciencias de los blancos, por sí mismo se transforma en el blanco formando su nueva raza social diferente de la indígena a la cual nunca, dice él, alcanza la cultura española.

Valor de las razas.—Cuál es la medida del valor biológico o racial.—Tal medida en el sentido objetivo no existe, se puede decir que una raza de gallinas es superior a otra por el análisis de sus huevos o la salubridad de su carne, lo mismo podemos decir de otros animales como también de las aves, pero en tratándose del hombre ¿qué es lo que nos puede servir, para decir que hay superioridad en unos e inferioridad en otros? El valor del hombre se podría apreciar por su espíritu, por su resistencia, por su calidad psíquica, pero todo esto es muy arbitrario y relativo para cada época, para cada ciclo social; cada profesión tiene su propia medida de valoración.

En cambio los estudios científicos nos dicen que todas las razas humanas son iguales a un tipo promedio. Tácito decía que los pueblos nórdicos son inferiores. Cicerón dijo que los británicos son inferiores. Los romanos inventaron un Código, el de Teodocio, con el fin de prohibir el matrimonio con los bárbaros del norte, siempre que éstos no tuviesen mucho dinero, y esos pueblos inferiores para los romanos, han progresado hasta que hoy constituyen pueblos ¡lustres.

Los modernos conceptos de Antropología Social han cambiado las ideas y salen en defensa del valor de la cultura nativa. La antropología social nos demuestra que hay profundo sentido económico, moral, etc., en las reglas y eos-

tumbres de esas culturas primitivas, mereciendo profundo respeto de nuestra parte.

La vida de los pueblos primitivos se encuadra dentro de una lógica económica, moral y religiosa, peculiar de cada pueblo; no hay crimen mayor que el tratar de destruirlos. Los estudios del psicólogo Young, publicados después de haber permanecido varios meses con los negros africanos, demuestran que no hay nada que probara que el primitivo sintiera de un modo distinto del nuestro, siendo su proceder moral de justicia semejante al actual.

El naturalista francés Rivot, llega a la conclusión de que no existe ninguna raza primitiva, que llevaría en su seno el recuerdo de algún hombre del período antropológico, anterior al actual. Después de todo lo expuesto, la ciencia moderna no aporta todo lo necesario para probar superioridades raciales. El apóstol San Pablo es un apóstata representativo de la iglesia y de las ciencias, en el sentido de todas sus manifestaciones. En nuestros días nos parece también absurdo el concepto de la superioridad biológica que hubiera podido contraponer a romanos y germanos, a germanos y eslavos y a blancos e indios, contra los cuales se choca el conquistador español, hablando en el siglo XV de las distintas razas. No sólo es el ambiente geográfico, sino también el humano el que determina condiciones para formación del espíritu. Todos los datos hablan en favor de que el hombre americano, ha venido de Asia atravesando el estrecho de Bering, para poder poblar así nuestro Continente, y alcanzar su desarrollo cultural anterior a la cultura de los europeos.

Popubling es el nombre de la creencia religiosa de los mayas, la capacidad para el desarrollo cultural se encuentra plenamente distribuida en la especie humana. No hay razas superiores ni inferiores, lo que existe es diferencia de ambiente y de ambiente cultural humano. Una niña salvaje de 18 meses más o menos, recogida por un científico en el Brasil, que fué educada en nuestro ambiente, obtuvo un aprendizaje que en nada difería de los blancos; a los doce o trece años, esta niña hablaba varios idiomas, estuvo interesada por la mitología griega.

No hay ninguna base científica en favor del concepto de la superioridad de las razas, lo que hay es circunstancias sociales, económicas inferiores o superiores.

Los pueblos no son jóvenes ni envejecen por cuanto tienen que llegar a la misma etapa biológica; querer trasladar las etapas de la fisiología humana a los pueblos es un profundo error. La desaparición de los pueblos se debe a factores distintos de los biológicos. También pueden los pueblos decaer no en el sentido biológico sino por sus valores culturales y espirituales. En América se creó una tradición autóctona hasta la época de la conquista española, luego se trató de adquirir ésta y en cambio se hizo decaer la propia; fué una obra de desorganización. La misma independencia de América creó Repúblicas pero nunca naciones, ya que un pueblo tiene *que hacer su tradición vital propia.

Que hay degeneración física y espiritual en América, es verdad, fundándose en esto los que piden a gritos la inmigración que no vendrá a resolver el problema sino a mezclar más la gama de los colores de la piel, se equivocan, pues la degeneración obedece a factores económicos, sanitarios y sociales.

Hay que combatir el pauperismo popular para resucitar a los pueblos. La raza indo-americana se encuentra en un estado lamentable porque no se ha terminado todavía en América la explotación. Es necesario la entrada de personas que incrementen con su industria y producción el progreso de estos pueblos abandonados.

¿Cómo hacer la reivindicación? De acuerdo con sus comienzos que son simples y no brumosos. México nos demostró, el primero, que nace el profeta Pancho Villa como realidad de reivindicación y que es equivocado el concepto que dice que el intelectual hace doctrina y plasma la realidad: México realizó la reivindicación del pauperismo popular; y los pueblos de América, tendrán que seguir la misma política, tarde o temprano, porque es absolutamente necesario hacerlo para poder ser un pueblo.

El valor de la tradición indo-americana es lo que urge levantar. Todos los valores culturales sin olvidar el español, contra el cual no podemos ir, se puede encuadrar dentro de una tradición propia. La cultura nace por deber y no por decretos dictados por el Gobierno, es un proceso de creación y estructuración nacional. Pero es defendiendo la cultura nativa cómo hemos de llegar a hacer de cada país un pueblo progresista y cuya integración nacional dé firmeza y dé significado a Indoamérica en la civilización del mundo.

Actas de las Sesiones del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas



Sesión de 15 de enero de 1942

El señor Decano, pone en consideración de la Junta, las reformas introducidas al Reglamento para la recepción de grados prácticos previos al Doctorado en Medicina. Se dan lectura a las disposiciones pertinentes y se aprueba, quedando suprimida, únicamente la ponencia 4^a, ordenando que, con el carácter de urgente pase a conocimiento del Consejo Universitario para su aprobación definitiva.

Leída la solicitud del señor Profesor Dr. Pablo Arturo Suárez, se resuelve informar favorablemente al Consejo Universitario, para que se le conceda los fondos que pide para la realización de una excursión científica; con los alumnos de Séptimo curso de Medicina, a la población de Machachi (Tsalia).

Se aprueba el correspondiente Plan de Actividades próximas a desarrollarse en el Curso de Perfeccionamiento para Enfermeras, cuyo tiempo de trabajo durará 3 meses o sean 12 semanas, debidamente presentado y bajo la dirección de las señoritas Enfermeras Norteamericanas.

Sesión de 22 de enero de 1942

El señor Decano pone a votación en primer lugar si la Facultad exige para el ingreso de los alumnos el certificado médico.—Tomada la votación, la Facultad aprueba; y en segundo lugar, se resuelve que este certificado deben conferir los profesores de Higiene, Psiquiatría y Neurología y

Otorinolaringología. También se exige un certificado de vacunación antitífica y revacunación antivariólica. Se aprueba.

El Dr. Bustamante, con apoyo de los Dres. Pólit, Estupiñán, Lasso, manifiesta que el-Dr. Eustorgio Salgado, desempeñó la Cátedra de Clínica Quirúrgica, por muchos años, con eficiencia y abnegación, y sigue prestando sus servicios y competencia, pidiendo al Consejo Universitario se le nombre como Profesor Honorario de la Facultad de Ciencias Médicas. Indicación que fué aprobada por unanimidad.

Se pone a consideración el proyecto del nuevo trámite para la recepción de los exámenes de grado, el mismo que es aprobado.

Sesión de 6 de febrero de 1942

El señor Decano pone en consideración de la Junta, el objeto de la sesión y manifiesta que, para dar cumplimiento a lo resuelto por la Facultad de Medicina, en su última sesión, es necesario también la aprobación del Consejo Directivo, declarando suspensas todas las clases que se dictan en los cursos de Medicina, durante la Semana del III Congreso Médico Ecuatoriano, invitando al alumnado de la Central a que asista a las conferencias científicas y actos culturales que se llevarán a cabo durante dicho Certamen.— Se aprueba y se ordena que por Secretaría se comunique el particular, por medio de avisos a todos los estudiantes de la Facultad.

Sesión de 26 de marzo de 1942

El señor Decano pone en conocimiento de la Junta que el señor Profesor Titular, Dr. Pablo Arturo Suárez, tiene el propósito de publicar una obra o texto de Higiene, motivo por el cual espera el apoyo necesario a fin de llevar a efecto este valioso anhelo. Puesto en consideración, se resuelve por unanimidad, que el Consejo Directivo de la Facultad, insinúe al Consejo Universitario la conveniencia de que se le proporcione el papel necesario y se le dé todas las facilidades del caso para la publicación de la obra del Sr. Dr. Suárez, sobre el importante ramo de Higiene, la misma que servirá para uso de la Universidad.

Sesión de 9 de abril de 1942

Se aprueba el Proyecto de Estatutos y Reglamento del Instituto de Medicina Legal y Criminología, debiendo pasar a conocimiento del Consejo Universitario, para su estudio y correspondiente aprobación.

Sesión de 23 de abril de 1942

El señor Decano manifiesta que ha elaborado el nuevo Plan de Estudios y Reglamento de ingreso a la Facultad, el mismo que ha sido aprobado por el Consejo Directivo, para estudio y consideración de la Conferencia Universitaria próxima a reunirse, con la indicación de que, a los señores Profesores que les interese conocer dichos Planes de Estudios, pueden acercarse a la Secretaría del Plantel para informarse y emitir las sugerencias que creyeren convenientes; así como también en lo relacionado con el Proyecto de Reglamento que se ha elaborado para la obtención e inscripción de Títulos de profesionales extranjeros, formulado así mismo por el Decanato, para conocimiento de la referida Conferencia Universitaria.

Sesión de 21 de mayo de 1942

El señor Decano manifiesta que ha terminado el Curso de Perfeccionamiento para Enfermeras Tituladas, 'auspiciado por la Facultad de Medicina, bajo la dirección de las señoritas Enfermeras Norteamericanas. En tal virtud, dice sería conveniente que la Secretaría confiera un Certificado firmado también por el Decanato, a las señoritas que han sido aprobadas en dicho curso; certificado que les servirá para cualquier colocación que pudieran obtener^

Puesto en consideración de la Junta, así se resuelve.

El señor Decano: De acuerdo con las disposiciones reglamentarias, los estudiantes tienen la estricta obligación de asistir a las prácticas hospitalarias, según la distribución hecha en los correspondientes cuadros. Como la falta de cumplimiento a estos deberes, acarrearía la pérdida del año, se autoriza por esta sola vez, al señor Decano, para que a los alumnos que no presentaren el certificado de asistencia a dichas prácticas, hasta el V Año inclusive, les aplace los exámenes finales hasta el mes de octubre.

El señor Decano pone en conocimiento de la Junta que, habiendo sido aprobados por la Conferencia Universitaria, los planes de estudios, reglamento de ingreso, de exámenes y grados, es necesario que también los apruebe el Consejo Directivo de Medicina, a fin de darlos a conocer al Consejo Universitario para su estudio y resolución.

Puestos en consideración, se aprueba dichos reglamentos unificados, los mismos que deberán regir en las Facultades de Medicina de Quito, Guayaquil y Cuenca.

El señor Decano informa que en estos días ha tenido una entrevista con el Dr. Dn. Alejandro Von Der Becke, distinguido Profesor de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, comisionado para presentar un Proyecto de Ordenanza, por el cual se crea en la meritisima Facultad de esa Ilustre Universidad, **una Oficina o Bureau Universitario americano**, con asiento en la misma y dependiente directamente del Decanato. Puesto este asunto en consideración de la Junta, se resuelve acoger con beneplácito tan importante Proyecto, habiéndolo encontrado sumamente valioso, para la armonización y progreso de nuestras Facultades, por lo cual tiene la satisfacción de adherirse entusiastamente, procurando en todo caso llevar a una realidad tan altas finalidades y comisionando al señor Decano, para que se dirija a Buenos Aires, comunicando sobre el particular a fin de obtener mayores detalles en este sentido.

Sesión de 4 de junio de 1942

Puestos en consideración de la Junta, los Estatutos del "Centro de Estudiantes de Medicina" de la Universidad Central, se resuelve comisionar a los Sres. Dr. José María Urbina y al representante estudiantil, Sr. Santiago Donoso V., para su estudio e informe correspondiente.

Sesión de 18 de junio de 1942

Se pone en consideración de la Junta las modificaciones introducidas por la Comisión encargada de estudiar los "Estatutos del Centro de Estudiantes de Medicina", y se resuelve aprobarlos, debiendo pasar a conocimiento del Consejo Universitario para la correspondiente resolución, con el voto salvado del Dr. Bustamante en lo que se refiere al Art. 25, título XI, que trata: "De los Socios Activos".

A petición del Sr. Dr. Arsenio de la Torre, se resuelve convocar a la Junta de Facultad, para la Conferencia que se realizará el día jueves, 25 del presente, a las 11 a. m., en el Hospital "Eugenio Espejo", y en la que se tratará sobre el siguiente punto: "Presentación de un caso de Linfo- granuloma rectal".

Sesión de 3 de julio de 1942

Se da lectura a la nueva reglamentación expedida por el Ministerio de Educación Pública, reformativa de las disposiciones contenidas en la Ley de Extranjería, relacionada con los títulos de facultativos extranjeros que han desempeñado cátedras universitarias y los que únicamente han obtenido sus respectivos títulos profesionales. Puesta en consideración, se comisiona al señor Decano para que estudie el referido Decreto Ministerial y formule la reglamentación necesaria para su aplicación en la Facultad, sobre todo para los extranjeros que presentan solamente sus títulos profesionales y no han servido en la docencia como Catedráticos universitarios.

El señor Decano pone en conocimiento de la Junta que sigue en adelante, las gestiones para el establecimiento de la Nueva Escuela de Enfermeras, cuyo funcionamiento debe iniciarse en el próximo año escolar, motivo por el cual ha desplegado todas sus actividades a fin de que llegue a ser una realidad este importante Proyecto, contando sobre todo con el interés y cooperación que ofrece el Instituto Rockefeller y la Sociedad Panamericana Sanitaria, cuyo Delegado se encuentra a la presente aquí y le ha ofrecido el arreglo de la casa y dotar de los implementos necesarios como son: vajilla, camas, instrumental, etc., etc., para funcionamiento de su internado, motivo por el cual ha consultado con las autoridades de la Caja del Seguro y Asistencia Pública y otras Instituciones, exponiendo el particular y las enormes ventajas que traería para el País en general el establecimiento de dicha Escuela y sus benéficos resultados, toda vez que se cuenta con el dinero que ofrece dicha Institución para este servicio, así como también para dos becas en los Estados Unidos para Madres de la Caridad que vayan a perfeccionarse en el exterior y puedan venir a ofrecer sus conocimientos frente al Profesorado de la Escuela.

Como se trata de un efectivo bien nacional y con el objeto de conseguir los fondos necesarios para el funcionamiento del internado: para la alimentación y más servicios del caso, ha creído conveniente solicitar a los Municipios de las Capitales de Provincia de la República, y la Subdirección de Sanidad de las mismas, la creación de dos becas por cada uno, con la asignación mensual de 150 sucres, para dos señoritas que una vez que llenen los requisitos formulados al respecto y conozcan las condiciones de ingreso, puedan venir a esta Capital para realizar los correspondientes estudios de Enfermería. Puestos a consideración los formularios hechos sobre el particular, el Consejo Directivo aprueba en todas sus partes, disponiendo que sean enviadas a las provincias para los efectos del caso.

Como el 4 de noviembre del presente año, la Escuela Dental cumple 25 años de labor docente y de servicio público, va a celebrar las Bodas de Plata, conforme al Programa respectivo. En dicho Programa consta una Sesión Solemne Inaugural de toda la Facultad, en la que el Decanato debe llevar la voz a nombre de la Corporación, ya que es una de las Escuelas Anexas que más eficiente labor ha desempeñado al frente de los servicios docentes, y como van a iniciarse una semana de jornadas odontológicas, el Consejo Directivo resuelve solicitar al Consejo Universitario, se confiera a la Escuela Dental una Placa de mármol en mérito a su labor docente y con motivo de las Bodas de Plata, así como también la concesión de un Pergamino para el señor Director de dicha Escuela, debiendo llevar la voz a nombre de la Facultad el señor Subdecano, Dr. Urbina, al descubrir la Placa y efectuar la entrega de dichos presentes. Asimismo se comisiona al señor Decano, para que comunique el particular en el seno del Consejo Universitario para los efectos del caso.

Sesión de 25 de setiembre de 1942

El señor Decano, pone en consideración de la Junta el Nuevo Plan de Estudios de la Facultad, aprobado por la Conferencia Universitaria. Después de estudiarlo detenidamente y en vista de atender a las necesidades estudiantiles y docentes para armonizar la enseñanza universitaria, se resuelve lo siguiente: "El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, después de haber examinado el nuevo Plan de

#

Estudios, sugiere la conveniencia de que el referido Plan, aprobado por la Conferencia Universitaria, debe aplicarse para los estudiantes desde el primer curso del presente año lectivo de 1942—1943".

En consideración de la Junta, la solicitud de las Hermanas de la Caridad, por la que piden se les autorice el ingreso a la Nueva Escuela de Enfermeras, sin la presentación de los documentos que comprueban haber cursado hasta el 4º curso de Secundaria.—Después de estudiar detenidamente el caso, se resuelve que las referidas Hermanas de la Caridad, pueden ingresar a la Escuela de Enfermeras, en vista de poseer títulos de Enseñanza Primaria, tomando en cuenta que el nuevo título que van a adquirir es sólo con el fin de prestar servicios humanitarios, como ya vienen ofreciendo en las Salas Hospitalarias.

Asimismo, el Consejo Directivo de la Facultad, aprueba en todas sus partes el Proyecto de Acuerdo de la Escuela Dental, por el que establece, anexo a la Odontología, los cursos que servirán de base para la concesión del diploma de "Higienista Dental", después de dos años de estudios, bajo la dirección del señor Profesor de Higiene y Terapéutica Dental, debiendo pasar a conocimiento del H. Consejo Universitario para su estudio y aprobación.

Se resuelve que los exámenes de admisión a la Facultad, se realicen del 15 al 30 de octubre, de acuerdo con la reglamentación establecida al respecto, tomando en cuenta que para la rendición de estas pruebas, los Tribunales deben sujetarse a los programas vigentes de los dos últimos años de especialización que se dictan en los Colegios de Enseñanza Secundaria, correspondientes a las materias de Física, Química y Botánica, particular que la Secretaría comunicará a los Catedráticos, encargados de la recepción de estos exámenes.

Sesión del 1º de octubre de 1942

En consideración el Programa con que la Escuela de Odontología de la Central, celebrará sus Bodas de Plata, en vista de cumplir el 11 de noviembre, 25 años de labor docente, se resuelve aprobarlo, con la insinuación de que en la Sesión Inaugural en que debe tomar la palabra el Subdecano

de la Facultad, se hará el descubrimiento de la Placa Conmemorativa que ofrece la Facultad de Ciencias Médicas a la Escuela Dental en sus Bodas de Plata; y en la Sesión Solemne de la Corporación, en la que hablará el señor Decano, hará la entrega de los Pergaminos que ofrece dicha Facultad, al señor Director de la Escuela y al señor Profesor fundador de la misma, Dr. Francisco Donoso R.

Se lee una comunicación del señor Director de Educación de la Universidad de Colombia, por la que agradece las tenciones presentadas en esta Capital a los universitarios de la Facultad de Medicina, con motivo de su visita al Ecuador en viaje de estudio y observación. Se resuelve acusar recibo y ofreciéndoles siempre sus consideraciones.

Se da lectura, artículo por artículo, del Reglamento de la Nueva Escuela de Enfermeras que debe iniciar sus cursos en el presente año lectivo, con la indicación del señor Decano, acerca de su funcionamiento, como anexa a la Facultad de Medicina, que prestará su contingente en la parte docente, debiendo estar administrada por el Ministerio de Previsión Social, en lo correspondiente a la economía y sus gastos de personal, de servicio, etc., y se resuelve aprobarlo, ordenando pasar a conocimiento del Consejo Universitario para su estudio y resolución.

«

Sesión de 19 de octubre de 1942

Se lee la comunicación dirigida por el señor Presidente del 111 Congreso Panamericano de Endocrinología de Buenos Aires, 1943, por la que nombra al señor Decano de la Facultad de Medicina como Presidente del Comité Ejecutivo del Ecuador, y se resuelve nombrar a los señores profesores doctores: Estuardo Prado y Teodoro Salguero Z., como miembros del Comité de Endocrinología, debiendo pasar los respectivos nombramientos anunciándoles el particular.

Se aprueba el Programa de recepción al señor Profesor, Dr. Dn. Alejandro Lipschütz, con motivo de su visita a nuestro País, debiendo llevarse a cabo las Conferencias científicas y actos sociales de acuerdo con dicho programa y en los días señalados para el objeto por la Comisión encargada de la Facultad de Medicina.

Sesión de la Facultad de Medicina de octubre 22 de 1942

Bajo la presidencia del Dr. Julio Enrique Paredes, se instala la sesión, auspiciada por la Facultad. Se da lectura a las comunicaciones de Secretaría. Se concede la palabra al Dr. Santiana. Inmediatamente toma la palabra el Dr. Julio Enrique Paredes.

El Dr. Lipzchuts: "Señor Rector de la Universidad Central; señor Decano de la Facultad; señores Profesores; Señoras y Señores: En primer lugar quiero expresar a la Facultad mis profundos agradecimientos por haberme nombrado profesor honorario; quiero decirles a todos los que están aquí presentes, que lo considero como uno de los más grandes honores durante mi larga y querida vida universitaria; este título representa para mí, no sólo objeto de prestigio, sino también algo más, derecho para poder colaborar con Uds. en los anales universitarios. Desde este momento, prometo cumplir fielmente, ampliar, colaborar en todos los asuntos que a las Universidades se refieren. A mi distinguido amigo el Dr. Santiana, mis profundos agradecimientos. Esta labor científica ha sido no sólo una labor personal, sino una labor colectiva encaminada a colaborar con las juventudes universitarias de varios países, primero en Suecia, Estonia y Chile luego. Y por eso el honor que Uds. me han conferido, lo considero como honor para mis fines de estudio sobre los cuales yo quiero hablar hasta llegar a los trabajos chilenos realizados a través de unos 7 años en colaboración con estudiantes; después de 30 o 40 años más que he pasado en estos trabajos, con representaciones juveniles de las demás repúblicas del Continente; de alumnos colombianos, de Bolivia y asociado con brasileños españoles; y, pronto quiero esperar la llegada de las colaboraciones del Canadá, lo que nos lleva a considerar un nuevo panamericanismo. También tengo que manifestar mi gratitud a las Universidades de Norte América, lo mismo que al "Rockefeller Foundation" que han ayudado en forma muy eficiente a que se hicieran investigaciones sobre cancerología en el Instituto que dirijo en Chile, en colaboración con varios amigos chilenos que aportaron valores con fondos personales y para quienes va también mi profundo agradecimiento.

Sesión de 5 de noviembre de 1942

Se resuelve nombrar a la señorita Anna B. Cacioppo, Directora de la nueva Escuela de Enfermeras, por unanimidad, comisionando al señor Decano expedirle el respectivo nombramiento.

Asimismo se resuelve insinuar al Consejo Universitario que, entre las disposiciones del Reglamento de Exoneraciones, se haga constar como una cláusula la fijación de un mínimo de 32 puntos que haya obtenido un alumno en sus exámenes finales, para considerar la petición de exoneración de derechos universitarios.

Sesión de 18 de noviembre de 1942

En vista de lo resuelto por la Comisión Ejecutiva de la Escuela de Enfermeras, anexa a la Facultad de Medicina, el Consejo Directivo resuelve, por unanimidad, extender los nombramientos que a continuación se expresan, como parte del Personal Docente de la mencionada Escuela: Srta. Dorothy Foley, Subdirectora de la Escuela;

Srta. Kathle Logan, Profesora de Moral Profesional, Historia de la Enfermería e Higiene personal;

Srta. Dra. Fanny de Mora, Profesora de Anatomía, Fisiología, Bacteriología y Materia Médica;

Sor Margarita Camocho, Profesora de Química.

Puesto en consideración de la Junta, y estudiados sus capítulos y disposiciones concernientes a la Escuela, así como también sus planes de estudio, se resuelve por unanimidad, aprobar el respectivo Reglamento Interno y Plan de Estudios de la Escuela de Enfermeras anexa a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central.

Al respecto, se resuelve que por Secretaría se pase los respectivos nombramientos a las mencionadas Profesoras de la Escuela de Enfermeras y se comunique a la señorita Directora que han sido aprobados el Reglamento y Plan de Estudios.

El señor Decano lleva a conocimiento de la Junta para su estudio y resolución, la conveniencia de que las Cátedras de Técnica Quirúrgica y Medicina Operatoria que contempla el respectivo Plan de Estudios, para los alumnos de Quin

to Año de Medicina, se resuman en una sola en vista de estar dictadas por dos Profesores Titulares de* la Facultad y ser una materia que se podría estudiar con un solo Profesor, y con el afán de dar mayor amplitud a la enseñanza, una vez que tanto la teoría como la práctica de Medicina Operatoria se estudia en el mismo curso y bien se podría resumir en una sola Cátedra.

Puesto en consideración, se resuelve autorizar al señor Profesor Dr. Bustamante, para que a los alumnos de Quinto Curso dicte la materia de Técnica Quirúrgica en el Instituto de Anatomía, en el cadáver, ofreciendo proveerle de un ayudante para la recepción de los trabajos y su distribución, etc., con la aclaración de que la materia de Clínica Quirúrgica, para Sexto, las dictará en el Hospital.

Sesión de 26 de noviembre de 1942

Por cuanto la conferencia universitaria no llegó a reglamentar el título que deben presentar para los estudios de Obstetricia, el Consejo Directivo de la Facultad, reconsidera la resolución anterior y apueba por unanimidad lo siguiente: "Para el ingreso a la Escuela de Obstetricia, para mujeres, es indispensable la presentación del respectivo título de Bachiller", sin este requisito no podrán obtener matrícula en dicha Escuela.

El señor Decano, manifiesta que el 1^o de diciembre próximo, la Universidad de Guayaquil, celebra las Bodas de Diamante, habiendo el Honorable Consejo Universitario nombrado al señor Rector del Plantel, como su Delegado para los festejos que se realizarán con este motivo, y es del parecer que la Facultad de Medicina, debe enviar un homenaje recordatorio para estas festividades. Puesto en consideración, se resuelve que la Facultad por medio del señor Decano, formule un Acuerdo y se nombre al señor Rector, como su Representante para estos actos conmemorativos debiendo hacer la entrega del presente Acuerdo como miembro de esta Entidad.

Se da lectura a la Nueva Ley de Títulos Profesionales, para la Facultad de Medicina, expedida por el último Congreso Nacional, y se resuelve aprobarla.

Sesión de 18 de diciembre de 1942

Se resuelve dirigirse al señor Director de Sanidad, manifestándole la conveniencia con que ve el Consejo Directivo de la Facultad el colaborar con esa Dirección y establecer las sanciones establecidas por la ley, por esta falta notoria de ejercicio ilegal de la Medicina en que han incurrido desde hace mucho tiempo varios extranjeros que practican ilegalmente la Medicina y que no han sido debidamente juzgados.

Sesión del 12 de enero de 1943

Por haber obtenido mayoría de votos el Sr. Leoncio Celi Román, se lo *declara* legalmente electo representante Principal al seno del Consejo Directivo de la Facultad.

En vista de haber obtenido mayoría de votos el Sr. Eduardo Yépez V., se lo declara legalmente electo representante suplente al seno del Consejo Directivo de la Facultad .

El señor Decano manifiesta, que habiendo expedido el último Congreso Nacional la respectiva Ley sobre el ejercicio de profesiones liberales en el País, y en lo que concierne a los profesionales extranjeros, por la que facultg la obtención de títulos de licenciatura y doctorado en Medicina, ha querido consultar a la Facultad sobre este particular, a fin de que dictamine sobre la aplicación que se debe dar a esta nueva ley y en la parte pertinente a los extranjeros.

Después de considerar detenidamente el particular y a fin de llegar a un acuerdo sobre la aplicación de la nueva ley, se resuelve nombrar una Comisión que se encargue de formular un reglamento que contemple las disposiciones que se deben establecer sobre el particular.

La Comisión queda integrada en esta forma: Dr. José María Urbina, Subdecano, y los profesores titular y auxiliar de Medicina Legal, Dres. Gabriel Araujo y Alfonso González, y el Dr. Isauro Garcés.

Sesión de 4 de febrero de 1943

El señor Decano manifiesta que en la Conferencia Interuniversitaria se trató de la importancia que tiene la Cátedra de Medicina Tropical en nuestro país, y al formular los planes de estudios de unificación en las Facultades de Medicina, se creyó que deberían entrar en vigencia desde el presente año, pero que de acuerdo con las necesidades y la atención presupuestaria que se debía prestar para este caso, era indispensable aplicar desde el primer año esta unificación; pero, a la presente es de inaplazable necesidad que se dicte la materia de Medicina Tropical en el próximo año escolar, y en vista también de que algunos alumnos que actualmente se hallan en el último curso de Medicina, van a tener que ausentarse a Cuenca, con el objeto de estudiar la materia mencionada.

Puesto en consideración, se resuelve que el Consejo Directivo de la Facultad, en atención a la imperiosa necesidad de la creación de la Cátedra de Medicina Tropical, se dirija al H. Consejo Universitario, solicitando que esta creación se haga en el próximo año escolar, debiendo hacer constar la partida necesaria en el presupuesto, comisionando al señor Decano para que lleve la palabra de la Junta sobre este particular.

Sesión de 25 de febrero de 1943

*

Se lee el oficio enviado por el Ministerio de Previsión Social e Higiene, relacionado con el Servicio de Sanidad Rural en varias zonas del Campesinado del Litoral, y se resuelve informar a dicho Ministerio, manifestando su complacencia por esta atención de vital importancia para el país, aclarando que el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, no encuentra inconveniente para que el Sr. Dr. Curtiss E. Sauer, pueda desempeñar la dirección de los Servicios Médicos Gratuitos frente al Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, cuya campaña se propone desarrollar en la Costa, siempre que se sujete estrictamente a las condiciones y puntos establecidos en su comunicación en referencia.

El señor Decano manifiesta que ha sido bien acogida en el seno del Consejo Universitario, la petición que hicie-

ra la Junta Directiva, para que se llene la Cátedra de Medicina Tropical, así como también para las demás Cátedras, de acuerdo con la resolución de la Conferencia Universitaria.

Sesión de 25 de marzo de 1943

El señor Decano manifiesta que no se ha dado el caso hasta la presente fecha, de discutir sobre los títulos que se les puede conferir a los profesionales extranjeros que han rendido sus pruebas correspondientes en esta Universidad, de acuerdo con el Decreto Legislativo de 20 de Octubre de 1942. Con este objeto se da lectura del texto del título que se les puede conferir a dichos profesionales. Puesto en consideración de la Junta, se aprueba el siguiente texto, para la concesión de los títulos en referencia:

"LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y EN SU NOMBRE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL,—Hace notorio, que el señor don se presentó a rendir Las pruebas correspondientes a los grados de Licenciado y Médico-Cirujano, de acuerdo con las disposiciones del Decreto Legislativo de 1942, referente a la obtención de títulos para profesionales extranjeros; y en mérito de la aprobación que obtuvo en estas pruebas, se le confirió el Título de Médico-Cirujano, de conformidad con las prescripciones de la Ley, en Quito, Capital de la República, a etc."

Reglamento aprobado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, para la incorporación de profesionales médicos extranjeros

Art. 1º—Todo profesional extranjero, con cuyo país de origen el Ecuador no tiene tratados de intercambio de Títulos profesionales, se sujetará a las condiciones señaladas en el Decreto Legislativo del 20 de octubre de 1942, que son: Presentar los títulos debidamente autenticados, así como los certificados de las materias aprobadas; la identificación personal del solicitante, y el permiso domiciliario **definitivo** en el país.

La documentación depositada en Secretaría, pasará a conocimiento del Procurador del Plantel, quien, previo estudio de la misma, emitirá su dictamen sobre la validez y autenticidad de dichos documentos, en lo que al trámite legal se refiere.

Art. 2º—El Médico extranjero, comprendido en el artículo anterior, que desee obtener el título profesional en nuestra Universidad, se sujetará a las siguientes pruebas:

a) .—Un primer grado teórico de por lo menos una hora y media de duración, que versará sobre las materias comprendidas en los cinco primeros años del Plan de Estudios vigente;

b) .—Un grado práctico que comprenderá dos pruebas separadas: la una sobre Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, y la otra, sobre Clínicas de Especialidades.—El tiempo de duración de estas pruebas, queda a juicio del Tribunal;

c) .—Un grado teórico de incorporación, de una hora y media de duración. Para esta prueba el candidato presentará una tesis escrita, conforme a las disposiciones especiales que rigen en la Facultad de Medicina.

Art. 3º—Durante los seis meses de trabajo de la tesis, el candidato está obligado a efectuar práctica de asistencia hospitalaria, bajo la vigilancia del Jefe del Servicio. Al fin de este período, presentará al Consejo Directivo de la Facultad el certificado correspondiente.

Art. 4º—Los Tribunales para los grados se sortearán en el momento de la citación a la respectiva prueba.

Art. 5º—Los que deseen obtener el título de Doctor en Medicina, se sujetarán a las disposiciones contenidas en la Ley de Educación Superior, actualmente en vigencia.

Art. 6º—Los derechos de grados, serán establecidos por el Consejo Universitario.

Los derechos de grados para los ciudadanos de países con los cuales el Ecuador tiene Tratados suscritos, serán los mismos que cobren los países signatarios a los ciudadanos ecuatorianos, por reciprocidad, tanto para la inscripción de Títulos, como para el ejercicio profesional.

Para los países con los cuales no existen Tratados con el Ecuador, los derechos de Grado se fijan en la suma de CINCO MIL SUCRES.

Art. 7º—El pago de los derechos señalados en el artículo anterior, se efectuará aun cuando los ciudadanos ex-

trajeros se hubiesen naturalizado en el país, antes o durante el trámite de la obtención del Título.

Art. 8^o—Los Títulos profesionales de los ciudadanos extranjeros nacionalizados en países con los cuales el Ecuador tiene Tratados de Intercambio, no surtirán efecto alguno en el país".

El señor Decano pone en conocimiento de la Junta, que de acuerdo con el Decreto Legislativo de 15 de setiembre de 1942, se grava con el uno por ciento a las importaciones y exportaciones del país, con el objeto de que estos fondos sirvan para una campaña antituberculosa en toda la Nación, y manifiesta que según esta Ley dichos fondos serán utilizados, únicamente por la Liga Antituberculosa de Guayaquil, sin la participación de otra entidad para la distribución equitativa de los referidos fondos para el establecimiento y auxilio necesario en la lucha contra esta enfermedad que diezma al pueblo en general; y que aún no se ha emprendido en esta campaña en todo el país, debido a que la Liga Antituberculosa, establecida en Guayaquil, es la única que en la actualidad dispone de estos fondos que llegan a 3 o 4 millones, sin que de esta cantidad hayan participado para Quito y las demás ciudades principales para el establecimiento de la Liga Antituberculosa, de acuerdo con lo dispuesto en el ya citado Decreto Legislativo. Sobre este mismo punto manifiesta que ha consultado con el señor Ministro de Previsión Social, quien se ha informado sobre el particular y ha mirado con extrañeza que estos fondos se encuentren manejados sólo por la Liga Antituberculosa de Guayaquil. En igual sentido ha conferenciado con el señor Director de Sanidad de Guayaquil y con el Dr. Pablo Arturo Suárez, a fin de estudiar la forma de conseguir que se reglamente la distribución de estos fondos dentro de todo el territorio de la República, para que se emprenda en la campaña antituberculosa, pues sólo de esta manera se beneficiará todo el País y se cumplirá con las disposiciones del Decreto Legislativo. Con este objeto, se resuelve convocar a una sesión ampliada de la Facultad de Medicina, con la asistencia del señor Ministro de Previsión Social y del Director de Sanidad, a fin de estudiar este importante asunto, cruzar ideas y ver la forma de conseguir por intermedio del Ministerio, una reforma al del Decreto Legislativo en referencia.

El Consejo Directivo aprueba por unanimidad la insinuación del señor Decano, a fin de que se trate en la próxima reunión de la Facultad sobre este particular.

Puesto en consideración de la Junta, el informe verbal que expone el Dr. Urbina, referente a la petición del Dr. Felipe Ovalle Quintero, de nacionalidad colombiana, quien ha obtenido el título de Médico-Cirujano en la Universidad de Columbia (Estados Unidos), debidamente reconocido y refrendado por la Junta Central de Títulos Médicos de Bogotá, se resuelve la inscripción de la Resolución Ministerial N° 195, conferida por dicha Junta, por la que se reconoce el Diploma de Médico-Cirujano otorgado al Sr. Ovalle Quintero, en vista de los Tratados de Intercambio de Títulos Profesionales, celebrados con la República de Colombia y el Ecuador.

Asimismo, se da lectura de la nota enviada por el señor Superintendente del Hospital "Santo Tomás" de Panamá, por medio de la que se ha servido ofrecer dos becas para médicos recién graduados de nuestro país, a fin de que puedan prestar sus servicios profesionales como internos en dicho Hospital. Puesto en consideración de la Junta, se resuelve abrir una inscripción en la Secretaría de la Universidad, con el objeto de conocer y seleccionar los candidatos que puedan ir a prestar sus servicios profesionales en el goce de dichas becas, debiendo anunciarse el particular en los Hospitales y este Plantel, por medio de avisos.

Sesión de 6 de abril de 1943

Se da lectura a la solicitud de los señores estudiantes de tercer-año de Medicina, junto con la nota de aprobación del señor Profesor de Bacteriología y Parasitología de esta Universidad, Dr. Benjamín Wandemberg, por la que piden el apoyo económico necesario para realizar una excursión científica a la ciudad de Ibarra, con el objeto de estudiar el problema palúdico exacto y completo de esa importante zona, para la iniciación de la obra de saneamiento en que se halla empeñado el I. Concejo Municipal, cuya colaboración ha sido solicitada también a dicho catedrático, el mismo que acompañará a sus alumnos para el estudio y trabajos que se proponen efectuar, según el correspondiente plan de actividades que se proponen desarrollar y que serviría a

su vez como un campo de práctica en la enseñanza de la materia. Como esta petición ha llenado todas las formalidades reglamentarias, se resuelve informar favorablemente al Consejo Universitario para que destine los fondos que crea convenientes de la partida de "Excursiones Estudiantiles", creada para este objeto.

Sesión de 6 de mayo de 1943

Se da lectura del oficio de la Secretaría del Consejo Ejecutivo de la Escuela de Enfermeras Universitarias, por medio del que solicita el nombramiento de Directora de la referida Escuela, a favor de la señorita Kathleen Logan. Puesto en consideración de la Junta, se resuelve por unanimidad, y en atención a los merecimientos de dicha señorita, nombrarle Directora de la Escuela de Enfermeras de la Universidad Central.

Sesión de 25 de junio de 1943

El señor Decano manifiesta que de acuerdo con el Reglamento de la Facultad, en lo que se refiere a la presentación y denuncia de tesis o trabajos escritos sobre algún ramo de la Medicina, para la obtención de los respectivos títulos, éstos se han llevado a cabo estrictamente hasta la presente fecha; pero que si bien han contribuido para el conocimiento de varios puntos relacionados con el adelanto de nuestra medicina nacional, nos faltan muchos trabajos prácticos que vengán a prestar mayor auxilio y beneficio en las poblaciones rurales, motivo por el que ha creído del caso emitir una reforma a dicho Reglamento en lo que a este aspecto se refiere y en esta forma ha venido laborando un plan de acción más eficaz conjuntamente con el Ministerio de Previsión Social, tratando sobre todo de que la Facultad de Medicina ofrezca su decidida colaboración y apoyo para la campaña sanitaria que se propone desarrollar dicho Ministerio; pues, nuestros estudiantes egresados, podrían prestar su colaboración en los Servicios de Sanidad rural, a cambio de los trabajos o tesis escritas.

Puesto en consideración de la Junta, se resuelve que el Decanato oficie al Ministerio de Previsión Social, en el sen

tido de que se sirva informar oficialmente sobre el particular, con la indicación de que el Consejo Directivo ha mirado con simpatía y entusiasmo la valiosa obra de protección social que se propone llevar a cabo ese Departamento, ofreciendo también todo el contingente de sus conocimientos y decidido apoyo para la implantación de estos servicios rurales en el país, y solicitando a la vez las bases, condiciones y su reglamentación para el objeto.

El señor Decano lleva a conocimiento de la Junta, la beca que la Escuela de Graduados de Medicina Tropical de la Universidad de Tulane (Estados Unidos) y el Instituto de Asuntos Interamericanos, se ha servido ofrecer para los países americanos. Puesto en consideración, se resuelve que se dé la mayor publicidad para conocimiento de los señores médicos de la República y el Decanato se dirija a los diarios "El Día" y "El Comercio", remitiéndoles copias de las bases y disposiciones que para esta beca deben llenar los interesados .

Sesión de 8 de julio de 1943'

Se da lectura al oficio enviado por el señor Ministro de Previsión Social, por medio del que solicita las bases y la reglamentación respectiva de la Facultad, a que deben someterse los estudiantes egresados de Medicina, para prestar su contingente en la organización de los servicios de Sanidad rural dentro del país. El señor Decano manifiesta que con este motivo ha formulado un proyecto de reglamento que presenta a consideración de la Junta, con la indicación de que en nada afecta a las disposiciones de la Facultad, en lo que respecta a la recepción de exámenes de grado previos a la obtención del título de Doctor en Medicina. Se lee y se considera artículo por artículo, resolviendo aprobarlo en primera discusión dicho proyecto de Reglamento y debiendo llevar a conocimiento del Ministerio de Previsión Social, con el objeto de que sea estudiado y emita las reformas que creyere convenientes, y en esta forma se llegue a un acurdo definitivo para la implantación y cooperación de la Facultad en estos servicios de Medicina rural.

EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL,

Considerando:

1º—Que es necesario, que las Instituciones Universitarias, colaboren en la obra de reconstrucción nacional;

2º—Que es tiempo de buscar nuevas orientaciones para la juventud estudiosa;

3º—Que las leyes y reglamentos, no se oponen a estos fines,

Resuelve:

1º—Dar toda clase de facilidades para que los señores estudiantes egresados, puedan colaborar en las obras de Medicina Rural, en la que actualmente está empeñado el Ministerio de Previsión Social, debiendo extenderse estos servicios para la Sanidad, Asistencia Pública o los Municipios, siempre que éstos no sean de capitales de Provincia.

2º—El Consejo Directivo de la Facultad, enviará al Ministerio de Previsión Social, en el mes de julio de cada año escolar, una lista de todos los Licenciados que hayan egresado y obtenido su respectivo título y que se hallan en capacidad de ofrecer sus servicios profesionales, a fin de que el Ministerio pueda disponer de este ofrecimiento hasta el mes de octubre; y una vez cumplido este período de servicio los estudiantes puedan acogerse a las demás disposiciones reglamentarias para la obtención de su título de Doctor.

3º—Aceptar en calidad de Tesis, y fundándose en el Art. 60 de nuestro Reglamento, el informe detallado de las labores que el alumno está obligado a presentar por lo menos al fin de nueve meses de trabajo, siempre que éste fuere dirigido por un Profesor de la Facultad, nombrado Director de dicha tesis.

4º—Cuando un estudiante egresado, por su propia cuenta, desee trabajar en Medicina rural, tendrá que presentar igual informe, denunciar el lugar de sus actividades y tener un Jefe de Trabajos, quien controlará la seriedad de sus investigaciones.

5º—Es indispensable la denuncia y aceptación de la tesis por el Consejo Directivo de la Facultad, antes de que el estudiante proceda a celebrar un contrato o a trabajar por su propia cuenta.

6º—Al fin de cada año escolar, el Consejo Directivo determinará a los estudiantes que deben cumplir con el servicio de Medicina rural. Si los puestos vacantes estuvieren en menor número que el de los alumnos, la Junta Directiva, procederá a dar la preferencia a los estudiantes que voluntariamente desearan esta clase de trabajos y el resto se llenará por sorteo.

7º—Cumplidos los nueve meses de labores de que habla el Art. 3º, el estudiante está facultado a rendir su grado de incorporación inmediatamente, previos los requisitos legales.

Art. 8º—La H. Facultad de Medicina, al otorgar el título de Médico, al estudiante que ha cumplido honradamente con el servicio social de que habla esta resolución, hará constar en el Diploma respectivo esta circunstancia, y por otra parte, cuidará de que tanto en Secretaría como en el Archivo, quede la constancia necesaria para los efectos que más tarde puedan presentarse.

Por el Dr. Manuel H. Villacís

Colegas Extranjeros que nos han visitado

Señor Profesor, Dr. Alejandro Von Der Becke: El Bureau Interuniversitario que funciona anexo a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, tuvo el acierto de designar al distinguido catedrático y Profesor de esa Facultad, Sr. Dr. Alejandro von der Becke, para que visite a la mayor parte de las Universidades Latino-Americanas, informándoles a su paso de los nobles fines que persigue dicha Oficina. Se puede afirmar que la labor del Profesor von der Becke, ha tenido el mayor de los éxitos y por lo que a nuestra Facultad se refiere, ya ha tenido la satisfacción de recibir sus beneficios; pues a más de la bibliografía que con tal objeto hemos recibido, se ha logrado que uno de nuestros Profesores, el Sr. Dr. César Jácome, dicte algunas conferencias en Buenos Aires; asimismo, gracias a las gestiones de esa oficina, se encuentra en dicha ciudad, gozando de una beca el Dr. Elias Gallegos Anda.

A su paso por Quito, el Dr. Alejandro von der Becke, dictó una importante conferencia en la Escuela de Farmacia; siendo más tarde nombrado Profesor Honorario de la Facultad.—El Profesor Alejandro von der Becke, es un sincero admirador de Quito y un magnífico colaborador en nuestras relaciones con los colegas de la Argentina.

Señor Profesor Alejandro Lipschütz: A su regreso de la gran nación del norte, llegó a Quito el sabio Maestro y distinguido investigador, señor Profesor Dr. Alejandro Lipschütz, quien desde antes, había manifestado vivo interés por conocer el Ecuador y especialmente la ciudad de Quito. En el aeródromo Mariscal Sucre recibieron al visitante, una comisión de la Universidad, integrada por el Decano de la Facultad, Dr. Manuel H. Villacís, el Subdecano Sr. Dr. José María Urbina, el Profesor de Psiquiatría, Sr. Dr. Julio Endara,

el Profesor de Fisiología, Sr. Dr. Teodoro Salguero Z., el Profesor de Anatomía, Sr. Dr. Antonio Santiana y el Prosecretario de la Universidad. El Profesor Lipschütz, durante su permanencia en Quito fué objeto de múltiples manifestaciones de aprecio; la Facultad de Medicina, en sesión solemne, tuvo a bien nombrarle Profesor Honorario, encargando al Profesor Dr. Antonio Santiana de la presentación del maestro.

Al día siguiente, la misma Facultad ofreció un banquete, en el que tomó la palabra a nombre de la Institución, el Profesor Dr. Teodoro Salguero. En los pocos días de permanencia en Quito, el Profesor Lipschütz dictó tres magistrales conferencias, una de ellas exclusivamente dedicada a la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Señor Profesor Dr. José Arce: Alto exponente de la Cirugía Argentina y destacada autoridad en la Universidad de Buenos Aires, pasó breves momentos por nuestra Universidad.—La Facultad de Medicina, por medio de su Decano, se hizo presente a su llegada. Más tarde le ofreció un banquete en los salones del Hotel Savoy, en dicho acto tomó la palabra el Sr. Dr. Carlos Bustamante, quien en apropiadas palabras dió la bienvenida al ilustre visitante.

Al despedirse, el Dr. Arce ofreció colaborar en nuestros Archivos Médicos y tenemos noticias de que sigue guardando para el Ecuador y para nuestros compatriotas la mayor estimación y aprecio.

Sr. Dr. Lay Martin: Miembro del mundialmente conocido Hospital de Johns Hopkins, arribó a nuestras tierras en misión de amistad y de un verdadero panamericanismo. El Dr. Martin, durante su larga práctica, ha llegado a perfeccionarse en el ramo de gastro-enterología, siendo en la actualidad una verdadera autoridad en la materia. En el Salón Máximo de nuestra Universidad, disertó con toda maestría sobre la etiología, clínica y tratamiento de las úlceras pépticas.

Hizo la presentación del conferencista, nuestro compañero de Facultad, el Sr. Dr. Estuardo Prado, quien en apropiadas frases, dió a conocer la magnífica labor que durante muchos años ha desarrollado el Dr. Lay Martin, en el campo de la Medicina.

Después de la conferencia el Dr. Martin fué agasajado con un banquete ofrecido por la Facultad, en cuyo acto tomó la palabra el señor Decano de la Facultad. El Dr. Martin se despidió deseando que pronto se organice en Quito el Instituto de la Nutrición.

Sr. Dr. Moleolm H. Soule: Profesor de Bacteriología y Director de los Laboratorios de Higiene de la Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan. Este notable científico norteamericano ha recorrido algunos países sudamericanos, buscando más datos en el campo de sus investigaciones sobre Bacteriología; especial interés ha demostrado por el problema aún no resuelto de la etiología y patogenia de la lepra. A su llegada a Quito, fué atendido por el señor Ministro de Previsión Social y en compañía del Dr. Rendón visitó el Leprocomio de Verde Cruz.—Con el deseo de recoger datos y opiniones, sostuvo una conferencia con el Profesor de Clínica, Dermatológica de nuestra Facultad, mostrándose muy interesado por conocer las formas clínicas predominantes de Lepra y las poblaciones más afectadas.—El Sr. Dr. Soule, a su regreso a los Estados Unidos, consiguió una beca para el Sr. Dr. Rendón, quien se encuentra actualmente en Estados Unidos, perfeccionándose en los estudios relacionados con la Lepra.

Sr. Dr. Nel Cardona: Profesor titular de Clínica Ginecológica en la Universidad de Medellín-Colombia. En compañía de sus discípulos, los alumnos del último año de Medicina de la Universidad de Medellín, arribaron a nuestra Capital, con el fin de estrechar nuestros seculares lazos de amistad con la vecina República de Colombia y con el afán de que el intercambio cultural entre las naciones amigas sea efectivo y real. Los señores Decano y Subdecano de la Facultad estuvieron a darles la bienvenida y facilitarles con su compañía la visita a todas las Instituciones Médicas de la Capital.—El Dr. Cardona tuvo ocasión de intervenir en una operación ginecológica, y a su vez los señores estudiantes colombianos pudieron apreciar la técnica de uno de nuestros compañeros: el Profesor de Clínica Quirúrgica, Sr. Dr. Carlos Bustamante P.

La Facultad de Medicina, tuvo el agrado de ofrecer un banquete, en el que tomó la palabra el señor Decano de la

Facultad, siendo contestado con las frases más cordiales por el Dr. Cardona y algunos de los señores estudiantes.

Señor Profesor Dr. Raimundo Bosch: Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Rosario-Argentina.— Gracias a las gestiones de nuestro amigo el señor Profesor Dr. Alejandro von der Becke, tuvimos el agrado de recibir en el seno de nuestra Corporación a este notable maestro, que ha dedicado los mejores días de su vida al esclarecimiento de los delicados problemas de la Medicina Legal. El Sr. Dr. Bosch es autor de valiosos trabajos relacionados con la materia que dicta y ha contribuido con su gran experiencia para que la justicia se encamine por vías más humanas y científicas.

El Sr. Dr. Raimundo Bosch, une a su gran valor científico, la simpatía propia del hombre leal, caballeroso y modesto. El cuerpo médico de la Capital pudo escuchar sus tres magistrales conferencias, que seguramente habrán dejado un saldo de sabias enseñanzas y de legítimas aspiraciones por una mejor distribución de justicia.

Con oportunidad de esta grata visita, se inauguró el Instituto de Medicina Legal, anexo a nuestra Facultad, siendo muy justicieramente nombrado el Sr. Dr. Bosch, Miembro Honorario de dicha Corporación. El H. Consejo Universitario y distinguidos colegas, le ofrecieron un banquete en el que tomó la palabra el señor Decano de la Facultad. El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, expidió un honroso Acuerdo y comisionó al Sr. Dr. Gabriel Araujo, Profesor de nuestra Universidad, para que haga la presentación del Profesor Bosch en su primera conferencia.

Sres. Dres. Félix Lairé y Juan Iturbe: Dos compañeros venezolanos, que se han distinguido en el amplio campo de la medicina, aunque siguiendo rumbos diferentes, el Sr. Dr. Lairé, es actualmente Ministro de Sanidad de Venezuela y el Sr. Dr. Juan Iturbe, un investigador de primer orden en el ramo de Parasitología. Esta embajada de la ciencia, ha servido para que nuestras relaciones culturales se encaminen por rumbos de una mejor compenetración y armonía; bien hizo el Excelentísimo Sr. Presidente de la República de Venezuela, en integrar su comitiva, con intelec

tuales de primer orden, que al mismo tiempo que prestigian la cultura del país, establecen lazos de íntima solidaridad con los diferentes sectores científicos del Ecuador. La Facultad de Ciencias Médicas de la Central, en sesión solemne tuvo el agrado de recibir en su seno a tan distinguidos visitantes; en dicho acto dieron la bienvenida el Sr. Rector de la Universidad Central y el Decano de la Facultad; el Sr. Dr. Juan Iturbe, en sentidas frases de confraternidad, agradeció el homenaje. Al siguiente día, tuvimos la satisfacción de escuchar la autorizada palabra del Dr. Iturbe, en una magnífica conferencia científica, ilustrada con proyecciones cinematográficas.

Sr. Dr. Oscar Miller. Especialmente invitado por el Sr. Ministro de Educación, llegó a Quito, después de una importante jira por varios países de América del Sur; el Sr. Dr. Miller es un ortopedista de primera clase; le interesan especialmente los casos de inhabilidad, ocasionados por la poliomielitis y que son susceptibles de rehabilitación mediante la Cirugía Ortopédica.

El Dr. Oscar Miller, es Cirujano Jefe del Hospital Ortopédico de Carolina del Norte; Jefe del servicio ortopédico del Hospital de Charlotte, Miembro de la Asociación Médica Norteamericana y del Colegio Americano de Cirujanos.—Su actual gira científica la efectúa bajo los auspicios del Instituto Infantil del Departamento del trabajo de los Estados Unidos y del Instituto Americano para la protección de la Infancia.

En los pocos días de permanencia en nuestra Capital, visitó en compañía de los señores Decano y Subdecano, los dos Hospitales de Quito, atendiendo a todos los pacientes que le fueron presentados por colegas ecuatorianos; demostró especial interés en relacionarse con los cirujanos de la Capital y nos ha ofrecido hacer las gestiones del caso para enviar dentro de corto tiempo, una misión de Cirujanos Ortopedistas, que podrían dar un curso de perfeccionamiento a nuestros colegas simpatizantes de esta rama de la Cirugía.

La personalidad del Dr. Miller, se destaca por su sencillez, su experiencia y su gran espíritu práctico.

Conclusiones de Tesis de
Doctorado presentadas en
1942

Por Guillermo Urrutia Morgan

El Cardiazol en el Tratamiento de la Esquizofrenia

I N T R O D U C C I O N

El trabajo sobre "El Cardiazol en el Tratamiento de la Esquizofrenia" que tengo el honor de presentar a la Honorable Comisión Examinadora, me fué sugerido como Tema de Tesis para optar el título de Doctor en Medicina, por mi Maestro Dr. Julio Endara.

Lo he desarrollado sin pretensión, por cierto, de aportar a la Especialidad nada nuevo, y más bien he querido demostrar lo que aquí se ha hecho, para la consecución de lo cual he tropezado con no pocas dificultades, tales como lo complejo del tema, el elevado precio y la escasez del medicamento, y la inconstancia de algunos de los pacientes para someterse a un tratamiento completo.

Los primeros trabajos se llevaron a cabo en Abril de 1938 en el Manicomio de Quito, bajo la acertada dirección del Dr. Julio Endara y siendo en ese tiempo Jefe del Servicio, el Dr. Alfonso Avilés R.

Lleguen hasta el profesor Dr. Julio Endara las manifestaciones más elocuentes de mi gratitud, porque a él debo gran parte de los conocimientos que he adquirido en esta especialidad; por su guía moral; por el grato afecto que me ha demostrado, y por la excelente literatura que tuvo a bien facilitarme.

Alcance también al Dr. Alfonso Avilés mis sinceros agradecimientos por su desinteresada y útil cooperación; por su gentileza; por su entusiasmo, y por su estímulo, ayudándome día a día en la prosecución de esta Tesis, la cual es el fruto de más de tres años de trabajo.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA Y DE LA CARDIAZOLTERAPIA

La terapéutica de la Esquizofrenia se vió favorablemente enriquecida cuando el médico húngaro Ladislao von Meduna, creó su método para beneficiar a los enfermos que se agrupan en esta entidad, y que llenan por lo menos el 50% de los Manicomios.

Von Meduna partió del concepto de que existe un antagonismo biopatológico entre la Epilepsia y la Esquizofrenia, y llegó a esta conclusión después de revisar muchas historias clínicas en las que le llamó la atención el encontrar que los accesos epilépticos rara vez se presentaban en los esquizofrénicos. Buscó entonces la manera de reproducir estos accesos artificialmente y empleó como primera sustancia para este objeto el alcanfor (solución al 25%), que luego lo substituyó por el Cardiazol (solución acuosa esterilizada al 10% de pentamet'ilenotetrazol); no continuó empleando el alcanfor por cuanto era mucha la cantidad necesaria para provocar un ataque y muy variable el tiempo en que éste se producía; en cambio, el Cardiazol ha llegado a ser el medicamento más comunmente empleado, tanto por la rapidez de su acción, como por la pequeña cantidad necesaria.

Cabe anotarse, desde luego, que la idea básica de von Meduna respecto de la contraposición entre la Epilepsia y la Esquizofrenia, ha sido posteriormente muy discutida, llegándose aún a sostener la posibilidad de un tratamiento de fondo de la Epilepsia, por medio de la convulso-terapia.

La denominación de Demencia Precoz fué creada por Morel en 1858, debiéndose a Kraepelin la concepción clínica que se rotuló bajo este nombre, y que posteriormente ha sido combatida, ya que por una parte estos enfermos no van fatalmente a la demencia, y por otra, tampoco es precoz, ya que se ve aparecer en sujetos que han pasado la pubertad, no siendo raro que se presente aún en los viejos.

Fué Bleuler el que substituyó el nombre de Demencia Precoz por el de Esquizofrenia (locura que separa), térmi-

no este último creado por Wolff y que actualmente es el más aceptado.

Desde entonces, el concepto de Esquizofrenia ha sido objeto de múltiples revisiones y controversias, tanto en lo que se refiere a la etiología como en lo que dice relación con la Anatomía Patológica y aún con la sintomatología.

En cuanto a su etiología, nada claro existe, aunque es indudable que la Esquizofrenia es una psicosis en la cual los antecedentes hereditarios y personales juegan un rol importante.

Los autores han discutido mucho sobre si es o no hereditaria. Así por ejemplo, Luxenburger, fundándose en investigaciones verificadas en gemelos, dice que existe una predisposición hereditaria para la Esquizofrenia, sujeta a modificaciones variables, a la acción de factores externos, etc.

Por otra parte, Wagner von Jauregg duda de que en la Esquizofrenia haya unidad heredo-biológica.

Glans, cree que no hay Esquizofrenia sin predisposición hereditaria.

Berze cree que pueden haber lesiones somáticas de valor etiológico y lesiones del plasma germinativo (lúes y alcoholismo).

Se ha encontrado muchas veces la coexistencia de Tuberculosis y Esquizofrenia y mucho se ha discutido también sobre este punto, pensando algunos que puede la primera ser causa de la segunda.

Lowenstein, en treinta muestras de sangre, obtuvo diez veces culturas del bacilo de Koch.

Courderc inoculó líquido céfalo-raquídeo de estos enfermos, en cobayos, siendo los resultados negativos.

Pío Alves Pequeño encontró que había un 70% de dementes precoces tuberculosos.

El profesor Ameghino, de Buenos Aires, ha demostrado que puede haber una demencia tóxica primitiva ligada a la tuberculosis.

Parece, según Roxo, que en la Esquizofrenia hay un disturbio profundo de la nutrición que culmina con la into-

*

xicación de las células cerebrales.

Así como su etiología no es clara, tampoco lo es su Anatomía Patológica ni su sintomatología.

El profesor Endara ha dicho que "hay una diversidad de causas capaces de determinar la aparición de psicosis

de carácter esquizofrénico, y siendo varias, es lógico que la anatomía patológica no sea unívoca y menos aún específica".

Y careciendo la Esquizofrenia de etiología bien delimitada, de anatomía patológica específica y de síntomas propios y bien definidos, actualmente no podemos decir que sea una entidad nosológica.

Tampoco diremos que es un síndrome, por cuanto excede a lo que entendemos por este término, desde luego que hay antecedentes hereditarios, suma complejidad en sus síntomas, los que no guardan correlación, y aún hay una variedad de formas clínicas por lo cual se ha dicho más bien que la Esquizofrenia es un tipo clínico.

Fué Schneider quien designó a esta psicosis como un tipo clínico, y Honorio Delgado lo ha definido diciendo que "entendemos por tal, no un mero conglomerado de cuadros clínicos inubicables dentro de otros casilleros de la sistemática psiquiátrica, sino la unidad ideal determinada por una serie de requisitos, de valor diferente, que se presentan reunidos como constelación variable en la realidad individual concreta, pero constante por lo común de la estructura de conjunto".

Dada la variabilidad de conceptos que sobre la materia han emitido los investigadores, y lo obscuro y complicado de su sintomatología, he creído conveniente hacer una enumeración de los síntomas encontrados en La práctica de mi Servicio psiquiátrico, encuadrándome dentro de la clasificación propuesta en las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico (Santiago de Chile, 4 de Enero de 1937).

CAPITULO II

SINTOMATOLOGIA

En su comienzo, podemos decir que hay en el paciente algo así como una parálisis de la personalidad. Siente algo extraño, como si presintiera que algo muy grave va a ocurrirle; es talvez el presentimiento que le indica la proximidad de su catástrofe mental. Pierde muchas veces el sueño, el apetito y se hace irritable. Más tarde se nota que

no hay coherencia ni proporción entre los estímulos y la manera de reaccionar ante ellos. Hócese presente, entonces, la disociación psíquica, en que existe ya un desligamiento de las ideas: si el enfermo está hablando sobre un tema, pasa a otro diferente sin percatarse de ello, sin que haya una relación asociativa entre las dos ideas y sin que exista una cohesión conceptual entre los términos del mismo tema.

Generalmente se encuentra acompañando a este síntoma, la asociación absurda de ideas, que se traduce por lo extravagante de los conceptos que ellos emiten. Así, una enferma nos habla de "el infierno cementósico de la castidad".

El esquizofrénico se distingue de otros enfermos mentales por el autismo. Se desconecta del mundo exterior y vive solo con su "yo". Sus preocupaciones internas no le permiten darse cuenta de lo que sucede a su alrededor, dando como consecuencia la pérdida del contacto con la realidad.

Algunos enfermos presentan la ambivalencia, que se traduce por presentarse tendencias opuestas al mismo tiempo: el sujeto ríe y llora simultáneamente, lo que es frecuente observar, o bien quiere y no quiere, etc.

No es raro encontrar en esta clase de enfermos, la llamada anestesia afectiva por la que se vuelven indiferentes hacia los estímulos afectivos que normalmente debían preocuparle. Un enfermo del Servicio permaneció indiferente al comunicársele la muerte de su madre.

He tenido oportunidad también de observar un síntoma que para Bleuler es patognomónico de la Esquizofrenia y que le denomina "la interceptación" que se reconoce por una privación repentina del pensamiento.

Entre los trastornos de la voluntad, tenemos el "negativísimo" con variadas manifestaciones tales como la "sitio- fobia" en que el enfermo se niega a ingerir los alimentos; el "mutismo" en que se niega a hablar; las "estereotipias de movimiento y de actitud" en que el enfermo repite un mismo movimiento o continúa con la misma actitud; la "inmundicia" en que se observa claramente un contraste entre la limpieza que tenía antes de enfermar y la suciedad en que gusta vivir después.

En ocasiones la sitiofobia se debe a "ideas delirantes": ya es una voz interior la que les dice que los alimentos es

tán envenenados, o han visto que la enfermera se ha sonreído, lo que interpretan como señal inequívoca de su muerte al ingerirlos.

Los "delirios", por lo demás, son muy variados. Así tenemos, por ejemplo, el llamado "delirio de influencia": es una fuerza extraña la que está minando su personalidad, su potencialidad o su organismo. Su pensamiento, dicen, es conocido por los demás, todo se lo adivinan; si hablan, dicen que lo que han dicho ha sido dictado por otra persona.

Otras veces toma la forma de "delirio persecutorio" en que se siente hostilizado por tal o cual persona o sociedad. Bien puede ser perseguido, como en este caso, o bien volverse perseguidor, lo que comporta, naturalmente, un grave peligro para la sociedad.

En el "delirio de grandezas" el sujeto cree poseer cantidades fabulosas en bienes o en dinero.

En el "delirio místico", el enfermo se cree poseído por Dios, o la Virgen, o los ángeles, y entonces adoptan actitudes y gestos en consonancia con esta modalidad. En ocasiones esta forma mística se mezcla con pseudo-percepciones procedentes de la esfera genital, especialmente en el sexo femenino. Una de las enfermas pasaba muchos días en actitud contemplativa; decíase esposa del Señor y que abortaba todos los meses.

Hay otras muchas clases de delirios tales, como el litigante, el reformador, el de invención, el hipocondríaco, etc., que los omito por no haber sido de observación personal.

Las "diluaciones", percepciones sin objeto pero aceptadas por el enfermo como reales, son también frecuentes de observarse en esta psicosis.

Más comunes son las "alucinaciones auditivas", encontrándose también las visuales, olfatorias, gustativas, cenestésicas, etc.

Dentro de esta función perceptiva, encontramos que el sentimiento-de lo exterior es, para los enfermos, algo enteramente nuevo. Así, al comer, pueden encontrar que el gusto de un plato ya conocido, es de sabor distinto.

En las mujeres es muy frecuente observar trastornos catameniales, entre ellos la amenorrea.

La memoria raras veces se altera.

Estos síntomas de la Esquizofrenia, no guardan en su aparición un orden cronológico y se les puede encontrar

además como síntomas en otras enfermedades mentales.

Hay grupos de síntomas que se les encuentra asociados con más frecuencia, lo que ha motivado la clasificación de formas clínicas, así tenemos:

La **forma simple**, que se caracteriza por: pérdida de la afectividad, pérdida de la iniciativa y asociación absurda de ideas. La personalidad se modifica profundamente; hay una decadencia intelectual. Son individuos muy distraídos, a tal punto, que no llegan a contestar a las preguntas que se les hace. Generalmente mal humorados, son incapaces de trabajar ni sostener una ocupación, por sencilla que sea.

En la **forma catatónica**, se encuentran como síntomas salientes el autismo, las estereotipias (de actitud, de movimiento, de palabras, de gestos, etc.), el negativismo, la sugestibilidad. Dominan las manifestaciones motoras, pero los músculos no se encuentran en hipertonía, siendo la rigidez de tipo voluntario.

En la **forma paranoide** encontramos los delirios sistematizados y son comunes las alucinaciones.

En la **forma hebefrénica**, los delirios no son sistematizados ni productivos. Hay en ellos manifestaciones en que demuestran un humor alegre o jocoso, pero al mismo tiempo soso y bobalicón.

Respecto del diagnóstico de la Esquizofrenia nada me parece más acertado que lo que ha dicho el Dr. Vivado Orsini: "en algunos casos es posible hacer el diagnóstico, pero por acabado que sea el estudio del enfermo y aún en posesión de valiosos datos anamnésticos, no siempre se puede asegurar honradamente este diagnóstico, especialmente de la variedad de Esquizofrenia".

Y en verdad, muchos casos los he encontrado bastante oscuros y más de una vez he dudado de si he estado o no tratando a un esquizofrénico propiamente tal, tanto más que se sabe que muchas psicosis presentan, especialmente al comienzo, síntomas esquizofrénicos, siendo entonces muy fácil un error de diagnóstico.

Volviendo a las palabras del Dr. Vivado Orsini, él admite que "aunque en ciertos casos la Esquizofrenia está clara, en otros en cambio sólo la observación prolongada permite asegurar el diagnóstico. Esto último tiene gran valor, ya que mientras más pronto se instituya el tratamiento, más posibilidades hay de obtener buenos resultados".

CAPITULO III

TECNICA DEL METODO

El Cardiazol, descubierto por el Dr. Schmidt, es un polvo cristalino, de sabor ligeramente amargo, en pequeñas cantidades carece de olor pero en mayor cantidad se le ha comparado al de la madera de guindo. Es muy soluble en el agua, en los lipoides y en los líquidos orgánicos. Ha sido empleado como excitador de la actividad nerviosa, como tónico circulatorio y cardiaco, ejerciendo influencias sobre los centros vaso-motores. Todos estos efectos se producen al emplearlo por vía muscular y en dosis mucho menores que las requeridas para la convulsoterapia.

Previo el examen físico del enfermo, con el objeto de evitar las contraindicaciones, cuales son los estados febriles y las afecciones orgánicas del corazón, y suprimiendo toda medicación sedante la víspera del día fijado para inyectar el Cardiazol, dejamos al enfermo en ayunas.

Colocamos al enfermo en decúbito dorsal e inyectamos 3 c.c. en las mujeres y 4 c.c. en los hombres de Cardiazol (Knoll), producto que viene en ampollas de 1 c.c. conteniendo cada una de ellas 0,10 grs. de pentametileno-trazol. La vía empleada es la endovenosa, inyectando la sustancia a una velocidad de 1 c.c. por segundo.

Procedemos a esperar el bostezo, que se presenta por lo menos esbozado, y entonces ponemos un corcho o bien una toalla doblada entre los arcos dentarios, a nivel de los molares, para evitar la mordedura de la lengua. Vigilamos luego al enfermo para prevenir o percatarnos de cualquier complicación que pueda sobrevenir en el transcurso del acceso.

Antes y después del ataque, contamos las pulsaciones al minuto.

Estas sesiones se repiten cada tres días. Si el ataque no se ha producido, se repite la inyección inmediatamente, elevando la dosis en 1 c.c. En las primeras observaciones, hacíamos esta repetición al día siguiente, pero el enfermo transcurría el día en excitación y la mejoría del estado mental era menos satisfactoria. Los investigadores que se han dedicado a estudiar este asunto encontraron que era prefe

rible hacer una segunda inyección, aumentada en 1 C.C., inmediatamente después de fallada la primera, pues, la eliminación del pentametenotetrazol se hace rápidamente. Nosotros hemos seguido esta indicación y hemos comprobado este aserto.

Aun cuando la técnica del tratamiento aconseja llegar hasta treinta accesos en caso de no haber *mejoría*, *nosotros no* hemos podido *alcanzar a* esta cifra, por la escasez del medicamento.

También se aconseja provocar dos o tres accesos después de remitir el cuadro morbozo, para consolidar los buenos efectos del tratamiento, lo que hemos hecho cada vez que ha sido posible.

CAPITULO IV

EL ACCESO CONVULSIVO

El acceso comienza entre 7 y 25 segundos después de terminada la inyección, según mis observaciones. Von Meduna ha señalado un máximo de 30 segundos, mientras Delgado ha indicado un promedio que varía entre 5 y 14 segundos.

El acceso se inicia con mioclonias faciales, que acompañan a la pérdida de la conciencia. Se observa parpadeo, que termina a veces con la oclusión palpebral y que marca el comienzo de la fase tónica.

Al mismo tiempo el paciente abre la boca; a veces bostezo, otras veces grita, terminando siempre en un fuerte trismus. Los globos oculares se desvían conjugadamente ya hacia arriba, ya hacia abajo, a la derecha, a la izquierda u oblicuamente. Lo más común es que esta desviación se verifique hacia arriba y a la derecha.

Los músculos de los miembros presentan contracturas, especialmente los extensores, participando también de esta contractura los demás músculos del organismo (músculos estriados). En esta fase que dura entre 10 y 20 segundos más o menos, algunos enfermos llegan aún al opistótonos. En la generalidad de los casos las contracciones son simétricas.

Viene a continuación la fase clónica, que es más larga que la anterior en la que se observan convulsiones de los músculos y en que hay alternativas de contracción y relajación .

En esta fase se ha observado a veces emisión de orinas.

También aquí se presenta la cianosis. En cuanto a la respiración, en la fase tónica se observa ligera apnea, la que vuelve a presentarse al final de la fase clónica y que alcanza algunos segundos. El final del acceso se marca por una expiración prolongada, continuando luego la respiración estertorosa.

Todo el acceso dura alrededor de un minuto o poco más.

Luego el enfermo queda dormido o entra en un período de agitación y obnubilación.

Muchos enfermos llegan a tener terror al tratamiento, quizás por probables alucinaciones sobrevenidas durante los accesos. Tienen muchas veces la sensación de muerte inminente.

De las complicaciones que se citan con este tratamiento, sólo se ha presentado en el Servicio la luxación de la mandíbula, que en una de las enfermas (caso N° 3) se repitió en cada ataque.

CAPITULO V

CASUISTICA

En este capítulo consignaré un resumen de las historias clínicas de los casos observados, dejando constancia de los datos más importantes y que guardan relación con esta Tesis.

CASO N° 1.

Néstor Jiménez.—22 años.—Universitario.—Latacun- ga.—Soltero.

A. H.—El abuelo materno sufrió de mal de Pott; el abuelo paterno alcohólico; padre igualmente alcohólico. Tanto el padre como la madre han padecido ataques. Cuando la madre estuvo encinta sufrió varios ataques con pérdi

da del conocimiento; habría soportado también algunos traumatismos provocados por su esposo.

A. P.—Tifoidea a los 10 años. Fué obligado a trabajar desde muy pequeño, demostrando ya en ese tiempo gran afición por el estudio. Recibía trato hostil de su padre, contribuyendo a que el niño se desarrollara tímido.

Desde setiembre de 1937 notaron sus familiares que tomó excesivo interés por la lectura, tuvo insomnios y luego una hiperexcitación nerviosa; se hizo extremadamente irritable y mostró aversión por sus familiares; habría tenido entonces frecuentes excesos sexuales. Su conversación la orientaba siempre hacia una lucha antireligiosa y hacia la reivindicación de los pueblos, lo que se desprendía, según él, de lo mucho que había leído. Llegó a pedir permiso en la Universidad, para sustentar una conferencia sobre el catolicismo y sus peligros. Hablaba de varios viajes que estaba organizando para diversos países. A algunos de sus amigos les pronunció discursos incoherentes. Recluido en el Manicomio en marzo de 1938, continúa con sus ideas reivindicadoras. También dice le falta el hígado, el que se lo han robado otros enfermos.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 7 meses.

El tratamiento se inicia el 19 de abril de 1938 y dura 77 días; sufre interrupciones por falta del medicamento. Se le provocan 11 accesos en 13 aplicaciones. Dosis inicial eficaz (D.i.e.) : 5 c.c.; terminal (D.t.) : 6 c.c.

Resultado: Remisión total. Lo he visto por última vez en octubre de 1940 encontrándose bien.

CASO N° 2.

Francisca Rengel.—25 años.—H. D.—Quito.—Casada.

A. H.—Madre habría sufrido ataques. Un tío tuberculoso .

A. P.—Menarquia a los 14 años. Casada a los 17 años, no había demostrado mayor cariño por su esposo, No tiene hijos.

Más o menos a principios de 1935 empezó a cambiar de carácter; insultaba a su esposo y demás familiares. Alucinaciones visuales y auditivas. En el asilo se muestra irritable, hiperquinética, anestésica afectiva; hace chistes vacuos y sosos.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: tres años y medio aproximadamente.

El tratamiento se inicia el 1º de junio de 1938 y se suspende después de 14 accesos en 18 aplicaciones.

Resultado: Nulo.

CASO N° 3.

Mercedes Garzón.—17 años.—Agricultora jornalera. —T umbaco.— Soltera.

A. H.—No se conocen.

A. P.—Tuvo un hijo de un cuñado suyo.

Su alteración mental comenzó a fines de febrero de 1938, a raíz del parto. Rechaza los alimentos. Se excita y habla incoherencias. En el Servicio se constata negativísimo. Estereotipias de actitud. Ambivalencia afectiva. Anestesia afectiva para con sus familiares. Mutismos episódicos.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: Dos y medio meses aproximadamente.

El tratamiento empieza el 16 de mayo de 1938 y dura 70 días, con 14 accesos en 20 aplicaciones. D.I.e. 4 c.c. D. T. 6 c.c.

Resultado: Alta bien.

CASO N° 4.

Medardo Pozo.—35 años.—Comerciante.—El Angel. —Casado.

A. H.—Sin importancia.

A. P.—Pleuresía a los 26 años.

A comienzos de abril de 1938, dicen sus familiares, el enfermo que habíase sentido ya fatigado, con insomnio, sin deseos de comer, se levantó un día haciendo algazara y les contó que personas desconocidas lo habían atacado en su dormitorio, pero que los esperaría a la noche siguiente para vengarse. Luego después se puso a escribir una larga carta llena de incoherencias, que dijo la enviaría al Presidente. Celaba a su esposa con cualquiera persona. En el Servicio se muestra irritable. Han vuelto a visitarlo una noche, pero vestidos de blanco, por lo que deduce que no son enemigos sino amigos de él. Hay alucinaciones auditivas; habla por radio con el Presidente exponiéndole sus quejas y dice escuchar las respuestas.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide. Duración: Un mes y medio.

El tratamiento empieza el 20 de mayo y dura 7 días, con 3 accesos en 3 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 c.c. Se le provocan 3 accesos más para consolidar el tratamiento.

Resultado: Remisión total. Hasta setiembre de 1941 sabía que se encontraba bien.

CASO N° 5.

Germana Sánchez.—23 años.—Religiosa de los SS. CC.—Píllaro.

A. H.—Se desconocen.

A. P.—Menarquia a los 14 años. Neumonía a los 12 años.

Su alteración mental se inició en diciembre de 1937 en circunstancias de haber sido encargada de un trabajo delicado en la ciudad de Cuenca. Supuso que no era persona grata para las otras Hermanas de Comunidad. Insomnio pertinaz. Se negó a tomar medicamentos, porque la querían envenenar. Posteriormente presentó un cuadro de excitación psico-motriz intenso, siendo trasladada al Manicomio. Aquí apreciamos: insomnio, sitiofobia, mutismo, autismo, estereotipia de actitud.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica. Duración: 11 meses.

El tratamiento se inicia el 14 de noviembre de 1938 y dura 55 días, con 12 accesos en 16 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 7 cc.

Resultado: Remisión total. Tuve noticias de esta paciente varias veces, la última en marzo de 1941, encontrándose bien.

CASO N° 6.

Luis Flores.—18 años.—Empleado.—Ambato.—Soltero .

A. H.—El padre tuvo un ataque sin pérdida del conocimiento .

A. P.—Sin importancia.

En Julio de 1938 el enfermo empieza a hablar cosas absurdas: es semi-mistofélico; el río es la llave del paraíso, etc., se excita fácilmente. Recluido, se observa ambivalen-

cía. No recuerda de sus familiares ni se interesa por ellos. Cree que está veraneando. Hay alucinaciones auditivas. Se ha adaptado rápidamente al asilo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica. Duración: 5 meses.

El tratamiento se inicia el 4 de diciembre de 1938 y dura 17 días, con 4 accesos en 6 aplicaciones. D. i. e. 4 c c. D. t. 5.

Resultado: Alta bien.

CASO N° 7.

Graciela Garaicoa.—18 años.—Estudiante normalista. —Guayaquil.— Soltera.

A. H.—Una hermana murió tuberculosa.

A. P.—Menarquia a los 13 años.

Sin motivo aparente, el 4 de diciembre de 1938 se despertó en el internado del Colegio dando gritos y hablando incoherencias. Traída inmediatamente al Manicomio, sigue en extrema excitación por 3 días más o menos. Insulta a las empleadas, y dice ser enviada de la Virgen; que en el corazón tiene una medalla obsequiada por ella. Días más tarde, se arrodilla y se mantiene en actitud de oración varias horas. La Virgen conversa con ella y le da instrucciones. Se observa ambivalencia. Autismo. Desaparece la agitación. Orientada en el tiempo y en el espacio. Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide. Duración: 44 días.

El tratamiento empieza el 17 de Enero de 1939 y dura 19 días con 4 accesos en 5 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 cc. Resultado: Remisión total. Ha continuado sus estudios.

CASO N° 8)

Adelaida Lozada.—32 años.—Empleada de fábrica.— Ambato.—Soltera.

A. H.—Padre alcohólico. Madre murió de una enfermedad cardíaca.

A. P.—Tiene dos hijos. Tifoidea a los 18 años.

Su alteración mental empieza a mediados de 1937 en su ciudad natal. Le persiguen los socialistas. Se fuga de su casa. Va a la iglesia y permanece ahí largo tiempo. Es preciso eliminar a los socialistas. Traída al Servicio, no mués-

tra ningún interés por sus hijos. La han envigdo sus enemigos. Al interrogarla se observa que hay interceptación, asociación absurda de ideas y confabulación.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide. Duración: Un año y medio.

El tratamiento se inicia el 24 de enero de 1939 y dura 61 días con 8 accesos en 13 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 6 cc.

Hay una mejoría aparente y es dada de alta, pero es traída nuevamente al Manicomio 10 meses después con un cuadro semejante al anterior.

Resultado: Nulo.

CASO N° 9.

Rosa Paredes.—29 años.—Religiosa de la Providencia. —Latacunga.

A. H.—No se conocen.

Hace un año y 8 meses, las compañeras de comunidad observaron que la enferma se retraía, se aislaba y permanecía muchas horas en actitud de oración. Luego se encerró en mutismo. Después de un año y medio deciden recluirla. Aquí continúa en mutismo y presenta estereotipias de actitud, de las que sale por momentos. Muestra suma pasividad, y no reacciona a ningún estímulo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica. Duración: Un año y 8 meses.

El tratamiento se inicia el 18 de junio de 1939 y dura 28 días, con 7 accesos y 8 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 cc.

Resultado: Remisión social. He tenido oportunidad de verla dos veces, la última hace 6 meses, y conservaba su pasividad y en parte su autismo.

CASO N° 10.

Mercedes Dávila de Moya.—46 años.—H. D.—Quito. —Casada.

A. H.—Se ignoran.

A. P.—6 hijos sanos. Hace diez años supo la muerte de una hermana a quien quería mucho, y habría sufrido una ligera confusión mental. Carácter bondadoso. Muy amorosa por su familia.

En diciembre de 1938 empezó por hablar incoherencias. Alucinaciones visuales: veía campanarios; un camino que de su ventana subía al cielo en donde veía ángeles. Alucinaciones auditivas: voces le decían que la iban a matar; conversaba con seres imaginarios. Se mantenía mucho tiempo mirando al cielo y sin moverse. Algunas veces se escondió en el sótano de su casa. Notaron que su carácter cambió fundamentalmente, llegando a maltratar a sus hijos sin motivo. Muy irritable. Después de muchos años de casada empezó a celar a su esposo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 10 meses.

El tratamiento se inicia el 4 de octubre de 1939 y dura solamente 16 días. D. i. e. 3 cc. D. t. 4 cc.

Resultado: Remisión total. La he visto 5 o 6 veces, la última hace unos 8 meses, encontrándose en perfecto estado.

CASO N° 11.

María Solazar.—28 años.—H. D.—Quito.—Soltera.

A. H.—Sin importancia.

En enero de 1939 se queja de insomnio. Se hace indiferente para sus familiares. Se encierra en mutismo. Traída al Servicio sigue el mutismo. Mantiene los ojos cerrados. En las noches se agita.

Iniciado el tratamiento el 8 de octubre de 1939, se provocan 2 accesos con 3 cc., pero el 15 de octubre al colocársele nuevamente 3 cc. la enferma sale de su mutismo y abre los ojos; explica que no los abre por cuanto le está prohibido mirar hacia arriba. Luego se excita por algunos minutos y vuelve a su mutismo. Al 8º acceso desaparece el mutismo. Las ideas que expresa son pueriles. Se muestra autista.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: 9 meses.

Se le hacen 16 accesos en 21 aplicaciones. D. i. e. 3 cc.

D. t. 6 cc. Hay una interrupción en el tratamiento después del décimo cuarto acceso por falta de medicamento.

Resultado: Remisión social.

CASO N° 12.

Elisa Montenegro.—18 años.—Empleada.—Quito.— Soltera.

A. H.—Padre murió de neumonía. Fué alcohólico.

A. P.—Menarquia a los 13 años.

En junio de 1939 la enferma se siente perseguida. Sus hermanos ponen veneno en las comidas. Ecolalia. Busca en su trabajo a un amigo de sus hermanos, con quien dice va a casarse. Lloro escandalosamente y el preguntársele el motivo no da ninguna razón.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 5 meses.

El tratamiento empieza el 17 de noviembre de 1939 y dura 63 días, con 10 accesos en 14 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 5 cc.

Resultado: Alta bien.

CASO N° 13.

Leticia Chamorro de Ordóñez.—51 años.—H. D.— Tu Icón.—Casada.

A. P.—Dos hermanos padecen de tuberculosis.

En agosto de 1939, y habiendo muerto un hijo poco tiempo antes, se negó a comer. Lloraba sin cesar. Se quejaba de cefaleas e insomnios. Trataba mal a sus hijos. Hablaba cosas absurdas: sus hijos querían poseer sus bienes, que según ella, eran enormes. Dromomanía. Una vez intentó suicidarse arrojándose desde un puente.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 5 meses.

El tratamiento empieza en enero de 1940 y dura 31 días con 5 accesos en 8 aplicaciones. D. i. e. 5 cc. D. t. 6 cc.

Resultado: alta bien.

CASO N° 14.

Luz María Donoso.—45 años.—H. D.—Riobamba.— Soltera.

A. H.—Madre muerta de ataque cerebral. Un hermano de carácter irascible.

A. P.—Cuando tenía 32 años habría presentado una alteración mental no bien precisada y que habría desaparecido espontáneamente.

Hace 6 años, a raíz de la muerte de su madre, cambió de carácter. Se hizo autista; retraída; no le gustaba conversar. Sus sentimientos religiosos se exaltaron. Hace 2

años creyó que en la pensión que se hospedaba la querían envenenar e hizo examinar un trozo de carne de su alimentación. Hace 6 meses manifestó que los judíos y los comunistas la iban a electrocutar con tres dinamos. La perseguían. Hacía negocios imaginarios. Quemó papeles y ropas porque estaban embrujados. Hablaba muy mal de su familia. En el Servicio se muestra muy irritable, todos son sus enemigos. Una empleada es hija de un sastre. Otra empleada la ha golpeado y la ha insultado.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 6 años.

El tratamiento empieza el 5 de febrero de 1940. Se le provocan 16 accesos en 21 aplicaciones. No se pudo continuar el tratamiento por gran resistencia de la enferma.

Resultado: Nulo.

'CASO N° 15.

María E. Benavides.—18 años.—H. D.—Túquerres.— Soltera.

A. H.—Un tío materno es parkinsoniano.

A. P.—Menarquia a los 14 años. Dismenorrea. Carácter bondadoso y afable.

Hace 3 meses, y habiendo tenido una desavenencia amorosa su familia notó que se hizo muy locuaz. Perdió el respeto a sus padres. Luego se dieron cuenta que hablaba cosas sin sentido y mezclaba hechos recientes con otros ocurridos algún tiempo atrás. Como la enferma se excitara decidieron internarla. Aquí se observa autismo. La enferma se dirige a seres imaginarios y conversa con ellos. No atiende a las preguntas que se le hacen. Se ensucia con sus propios excrementos. Pasada su excitación psico-motriz, responde a las preguntas, pero en forma absurda. Hay pérdida de la afectividad. Continúa en su mundo sin importarle la realidad. La memoria está conservada. A veces se observan alucinaciones auditivas.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 3 meses.

El tratamiento se inicia el 22 de setiembre de 1939 y dura 85 días con 24 accesos en 28 aplicaciones. D. i. e.

3 cc. D. t. 6 cc.

Resultado: Remisión total.

CASO N° 16.

Leticia Calvopiña.—22 años.—H. D.—Pujilí.—Soltera.

A. H.—Madre sufre de ataques, al parecer epilépticos.

Aproximadamente hace un año y tres meses se inició su alteración mental con negativismo; rehuía hablar y tomaba posiciones de las que salía después de muchas horas. Se hizo indiferente, tanto para su familia, como para el medio ambiente. Traída al Servicio, se observa estereotipia de actitud, flexibilidad cérica. Mutismo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

El tratamiento se inicia el 8 de octubre de 1939 y dura 33 días, suspendiéndose por falta de medicamento. Se provocaron 7 accesos en 10 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 5 cc. Desaparece la estereotipia y el mutismo, considerándola en mejoría es dada de alta. Vuelve después de un año y dos meses, pero con un cuadro distinto al anterior; hay autismo; alucinaciones auditivas y visuales, delirio de persecución, asociación extravagante de ideas, por lo que pienso ha pasado de la forma catatónica a la paranoide.

Resultado: Nulo.

CASO N° 17.

Noemí Narvárez.—16 años.—H. D.—Quito.—Soltera.

A. P.—Menarquía a los 14 años. Tifoidea hace un año.

El cuadro morboso se inició hace unos seis meses. Sus familiares notaron que se retraía. Lloraba sin saber por qué. Después entró en mutismo. Difícilmente la hacían comer. Más tarde observaron que a veces reía y lloraba simultáneamente.

Se hizo amanerada y repetía a veces los mismos gestos. Traída al Servicio se encuentra efectivamente que hay: mutismo, autismo, ambivalencia, sitiofobia, ecopraxia, a lo que se agregaron alucinaciones auditivas, demostradas por la actitud especial que adoptaba esta enferma.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 6 meses.

El tratamiento se inicia el 17 de diciembre de 1939 y dura 42 días, con 14 accesos en 16 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 7 cc. Después del tercer acceso, la enferma habla, pero no en forma correcta; no responde a las preguntas, sino que dice frases sin sentido. Poco a poco la enfer

ma entra en mejoría y su alta es dada después de los 14 accesos ya indicados, a los que se agregaron tres más, para consolidar el tratamiento.

Resultado: alta bien.

CASO N° 18.

Victoria Andrade.—28 años.—Quito.—Soltera.

A. H.—El padre es psicópata. Provoca grandes molestias a las empleadas del Servicio e incluso ha insultado soezmente a la Hermana de la Caridad.

La iniciación de su alteración mental se prolonga a más de 7 años, en que habría manifestado repudio por su familia; se habría dejado de preocupar por el medio ambiente; a veces se excitaba; salía a la calle y no volvía. Recluida, se constata indiferencia afectiva, autismo. Después de algún tiempo, logra fugarse pero es recluida nuevamente; demuestra pasividad, tendencia al exhibicionismo, erotismo. Dada de alta a petición de su padre, continúa con su dromomanía y demás síntomas.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: más de 7 años.

El tratamiento se inicia el 26 de diciembre de 1939 y se prolonga por 23 días, con 7 accesos en 11 aplicaciones. D. i. e. 5 cc. D. t. 8 cc. Se suspende el tratamiento, en parte por la excesiva resistencia de la enferma y también por faltar el medicamento. Con todo, me parece que no habríamos logrado éxito en este caso, aún alcanzando a 30 o más accesos.

Resultado: Nulo.

CASO N° 19.

Carmen Albán.—32 años.—H. D.—Pasto.—Soltera.

A. P.—Tiene varios hijos, al parecer sanos. Se ignoran más detalles.

Su cuadro morboso habría empezado hace unos 3 años, a raíz de la muerte de su conviviente; en un comienzo habría tenido una excitación psico-motriz pasajera, luego habría deambulado por las calles de Pasto pidiendo limosna, sin tener necesidad. Demostraba completa indiferencia por sus hijos, los que habrían sido recogidos por otros parientes. Traída al Servicio, se muestra indiferente; no le agrada con

versar, pero responde a las preguntas aunque dando respuestas pueriles y extravagantes. A veces soliloquios. Diagnóstico: -Esquizofrenia de forma simple.

Duración: 3 años.

El tratamiento se inicia el 11 de enero de 1940 y dura 67 días, con 16 accesos en 20 aplicaciones. D.i.e. 5 cc. D.t. 8 cc.

Resultado: nulo.

CASO N° 20.

Emma Cabrera.—25 años.—Empleada.—Tulcán.— Soltera.

A. P.—Siempre fué nerviosa, irritable, reservada.

Su alteración mental se inicia en setiembre de 1938 con insomnio, cefalea y falta de apetito. Aparecieron después pseudo-percepciones internas: "el estómago estaba cambiado", "el corazón estaba quieto". En el Servicio se muestra amanerada, ambivalente, autista. Presenta delirios diversos. Hipoafectiva. Continúa con pseudo-percepciones. Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide. Duración: un año y 5 meses.

El tratamiento empieza el 22 de febrero de 1940. Se provocan 12 accesos en 17 aplicaciones. D.i.e. 6 cc. D.t. 8 cc.

Resultado: nulo.

CASO N° 21.

Raquel Luna.—20 años.—H. D.—Alausí.—Soltera.

A. H.—Padre alienado.

Su alteración mental empieza a fines de 1938 con anomalías en su conducta: se quedaba en la cama toda la mañana; lloraba a solas; soliloquios; se reía sin razón; mal carácter. Traída al Servicio, se la encuentra orientada, atenta, pero sus contestaciones son incoherentes. Memoria conservada. Hipoafectiva.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: Un año más o menos.

El tratamiento se inicia el 28 de enero de 1940 con un total*de 16 accesos en 18 aplicaciones, consiguiéndose una ligera mejoría. Se preocupa por sus familiares. Dada de alta, reingresa después de dos meses, empeorada.

Resultado: nulo.

CASO N° 22.

Carmen Quevedo.—18 años.—Cuenca.—Cocinera.— Soltera.

Su cuadro morboso se inicia a mediados de 1939 con agitación, incoherencia y risas inmotivadas. Traída al Servicio presenta alucinaciones e ideas delirantes místicas: veía fuego sagrado en el altar en que se oficiaba la misa; era casada con Dios y abortaba todos los meses.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 9 meses más o menos.

El tratamiento empieza el 5 de marzo de 1940. Se provocan 8 accesos en 9 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 5 cc.

Resultado: Remisión total. Actualmente casada con un empleado del Hospicio.

CASO N° 23.

Rosa Matilde Palacios.—19 años.—Costurera.—Gua- randa.—Soltera.

A. H.—Un *primo hermano alienado*.

Su alteración mental empieza en junio de 1939 en circunstancias de encontrarse en la iglesia; se quedó largo tiempo en ese lugar orando, y decía que había sido enviada expresamente por Dios para salvar a los pecadores. En este estado continúa algún tiempo, hasta que los familiares deciden internarla por presentar un cuadro de agitación. Aquí sé le observa y se constata su delirio místico, además hay ambivalencia, anestesia afectiva y alucinaciones, especialmente visuales.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 10 meses.

El tratamiento se inicia el 8 de abril de 1940 y dura 74 días, con 21 accesos en 27 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 8 cc.

Resultado: Alta bien.

CASO N° 24.

Julia Maya.—52 años.—H. D.—Pasto.—Soltera.'

A. P.—Algunos trastornos psíquicos. Menstruación escasa desde los 15 años hasta los 46 en que se instaló la menopausia.

Hace un año y un mes, a raíz de un disgusto tuvo un "cque convulsivo con pérdida del conocimiento, el que no se ha repetido. Como medio de curación para este acceso, fué azotada. Siguió con insomnio, sofocaciones y se hizo irritable. Después ambivalente: quiere y aborrece al mismo tiempo. Aparecen luego ideas de persecución. Tiene que vengarse de una persona X. La comida está envenenada. Deja de comer algunos días. Anteriormente muy religiosa, reniega de todo credo. En el Servicio se muestra violenta, agresiva; destroza sus ropas; blasfema; continúa con su delirio de persecución, y se constatan alucinaciones visuales: ve sombraá y personas que no existen.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 1 año y un mes.

El tratamiento empieza en abril de 1940 y dura 45 días, con 1 1 ataques en 14 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 6 cc.

Resultado: Remisión social. Fué dada de alta a fines de junio de 1940. He sabido que será nuevamente traída al Servicio en fecha próxima (Diciembre de 1941).

CASO Nº 25.

Griselda Proaño.—16 años.—H. D.—Atuntaqui.—Soltera .

A. H.—Convive con su madre que es esquizofrénica antigua.

A. P.—Un cuadro confusional hace unos 3 años.

Su cuadro morbozo se inicia hace 8 meses con insomnio, pérdida de la afectividad, tendencia al exhibicionismo, canta largo tiempo, incoherencias. En el Servicio continúa con el cuadro anterior. No atiende a las preguntas que se le hacen. Hay asociación dificultosa de ideas. La memoria no está bien conservada. Ambivalencia y soliloquios.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: 8 meses.

El tratamiento se inicia el 3 de abril de 1940 y alcanza a 90 días, con 12 accesos en 21 aplicaciones. Recién se consigue provocar el ataque con 7 cc. de Cardiazol. D. t. 9 cc. Esta cantidad ha sido la más alta utilizada en este Servicio. Ligeramente mejorada, y no pudiéndose conseguir más medicamento, es dada de alta, pero antes de un mes reingresa con un cuadro parecido al anterior.

Resultado: nulo.

CASO N° 26.

Rafael Romo.—23 años.—Seminarista.—Ibarra.

A. H.—Eu abuelo murió de un ataque cerebral. La madre murió de una enfermedad pulmonar no bien precisada.

A. P.—Neumonía a los 19 años.—Pleuresía un año más tarde.

En el Seminario notaron sus compañeros que el enfermo se retraía y se quedaba muchas horas leyendo; rara vez les dirigía la palabra; más tarde ya no les contestaba. Posteriormente presentó estereotipias de actitud y de gestos. En el Servicio, se encuentra junto a las estereotipias, flexibilidad cérica, mutismo y sitiofobia, aunque este último síntoma no es muy *acentuado*.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: 4 meses más o menos.

El tratamiento se inicia el 22 de junio de 1940 y dura 42 días, con 11 ataques en 14 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 7 cc.

Resultado: Remisión total. En 1941 ha dado sus exámenes en buena forma.

CASO N° 27.

Eulalia García.—22 años.—H. D.—Cuenca.—Soltero

A. H.—La madre padece de reumatismo poliarticular agudo. El padre es alcohólico.

A. P.—Menarquia a los 14 años. De carácter orgulloso y retraído.

Habiendo sufrido días antes una desavenencia amorosa, una mañana de comienzos de julio de 1940, se puso a gritar en plena misa, continuando con un cuadro de agitación, luego alucinaciones auditivas e ideas de persecución. Ingresó al Servicio tranquila y hace un relato sin cohesión. Da respuestas inadecuadas por probable asociación defectuosa de ideas. Hay titubeo. Inventa neologismos. Continúa más tarde con sus ideas delirantes a las que se suma un delirio megalómano.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: Dos meses y medio aproximadamente.

Se inicia el tratamiento en setiembre de 1940 y dura 35 días, con 7 accesos en 8 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t.

4 cc.

Resultado: alta bien.

CASO N° 28.

Cecilia Yáñez.—20 años.—H. D.—La Magdalena (Guaranda).—Soltera.

A. H.—Madre murió tuberculosa. Un tío padece la misma enfermedad.

Su alteración mental empezó más o menos hace un año y tres meses, con insomnio; se quedaba en su cuarto y no quería salir de él, al preguntarle sus familiares el por qué, daba contestaciones pueriles; lloraba a menudo. Después presentó alucinaciones cenestésicas de carácter erótico; luego alucinaciones auditivas y delirios confusos. En el Servicio se constata hipoafectividad. Autismo. Soliloquios.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: Un año y tres meses.

El tratamiento se inicia en setiembre de 1940 y dura 26 días, con 6 accesos en 8 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 5 cc.

Es dada de alta visiblemente mejorada, pero es traída nuevamente 20 días más tarde con recidiva, por lo que se sigue el mismo tratamiento: nueva serie de 6 accesos. Continúa en observación en el Servicio por dos meses y nuevamente es dada de alta.

Resultado: alta bien.

CASO N° 29.

Isabel Bastidas.—16 años.—Estudiante.—Esmeraldas. —Soltera.

A. P.—Un cuadro pulmonar no bien definido a los 14 años.

Su alteración mental empezó hace 5 meses con incoherencias, risas inmotivadas y más tarde agitación. Traída al Servicio, desaparece después de algunos días la agitación. Se presentan alucinaciones. Confunde a las personas. Expresa ideas absurdas: es madre de 40 hijos y el menor tiene 24 años. El médico es su novio. Desde Esmeraldas le comunican lo que sucede en su casa. Oye las voces que la informan. Ríe escandalosamente. Otras veces se muestra afligida y no desea conversar ni responder a las preguntas. Hay pérdida de contacto con la realidad.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 5 meses.

El tratamiento se inicia el 28 de setiembre de 1940 y dura 64 días con 16 accesos en 22 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 9 cc. Junto con el caso N° 25 aquí se llegó a emplear también la dosis más alta, que fué de 9 cc. en este Servicio.

Resultado: alta bien.

CASO N° 30.

Rosa Duarte.—45 años.—H. D.—Iipiales.—Soltera.

A. H.—Un tío murió de una afección cardíaca. La madre ha sufrido varios ataques con pérdida del conocimiento.

Empezó su alteración mental hace unos 10 meses: cantaba y profería palabras soeces, se negaba a comer, se desnudaba, se excitaba especialmente en la noche y gritaba mucho. Traída al Servicio sigue con el cuadro anterior constatándose además, alucinaciones visuales: vé reyes y príncipes y, también delirios: ella es la mujer de un príncipe. Hay manifiesta incoherencia en sus expresiones. Su delirio no se sistematiza.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 10 meses aproximadamente.

El tratamiento se inicia el 2 de diciembre de 1940 y dura 54 días, con 10 accesos en 11 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 cc.

Resultado: alta bien.

CASO N° 31.

Dolores Cazares.—38 años.—Agricultora.—Ibarra.—Casada.

A. P.—Tiene 5 hijos. En el último parto, hace 7 meses de iniciarse el primer tratamiento, siguió un cuadro confusional. Traída al Servicio se constatan síntomas esquizofrénicos: indiferencia afectiva; ambivalencia; asociación absurda de ideas. Mezcla hechos recientes con otros antiguos. Soliloquios. No gusta contestar a las preguntas; está atenta sólo a su "yo" interior.

Iniciado el tratamiento, en junio de 1940 y contando su último hijo con 7 meses de edad, se le provocan 7 accesos en 9 aplicaciones, remitiendo los síntomas. D. i. e. 4 cc. D. t. 6 cc. Dada de alta en agosto de ese año, reingresa en setiembre de 1941, habiendo dado a luz otra vez en julio

de 1941. Se constata: indiferencia afectiva; ambivalencia: ríe y íora simultáneamente; *asociación absurda de ideas*. Además, había presentado tendencia a vagar por las calles.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Reiniciado el tratamiento por el Cardiazol a fines de setiembre de 1941, actualmente se lo continúa, y se llevan provocados 9 accesos estando la enferma muy mejorada: se preocupa ahora por la suerte de sus hijos; es atenta a las preguntas que se le hacen y contesta acertadamente. Reconoce ha estado enferma. Su memoria algo conservada. Creo que aquí podemos hablar de una Remisión social.

*

CASO N° 32.

Victoria Chávez.—40 años.—Pasto.—H. D.—Soltera.

A. P.—Tifoidea a los 25 años. Pleuresía 8 años después.

Su cuadro morbozo se inició hace un año y medio más o menos, con insomnio, falta de apetito; más tarde se negó a comer y adoptó una posición como de oración, la cual conserva hasta su ingreso al Servicio. Junto a esto se observa: mutismo; la enferma es quejumbrosa y al apartarle las manos, que siempre las mantiene en actitud de oración, vuelve a su anterior posición. En las noches se agita.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: Un año y medio aproximadamente.

El tratamiento se inicia a mediados de diciembre de 1940. Se provocan 27 accesos en 32 aplicaciones. Recién después de 24 ataques, se notó mejoría en esta enferma, sin embargo, es dada de alta en buenas condiciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 7 cc.

Resultado: Remisión total. Hace pocos días he conversado con un pariente y me ha manifestado que se encuentra bien y como si nunca hubiese estado enferma.

CASO N° 33.

Georgina Ruiz.—20 años.—Costurera.—Atuntaqui.— Soltera.

A. H.—La madre sufrió una fuerte caída estando ella en gestación.

A. P.—Menarquia recién hace 8 meses, coincidiendo con el comienzo de su alteración mental.

Sus familiares notaron que empezó a retraerse, no le gustaba hablar, se negaba a comer, las cosas que antes le gustaba hacer en su casa, ya no las hacía; más tarde confunde algunas personas y se hace indiferente para sus familiares; su madre cae enferma de cuidado y ella no se da por enterada. Traída al Servicio, se observa: negativísimo, tanto para hablar como para comer; llora mucho. Autismo. Indiferencia afectiva.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: 8 meses.

El tratamiento se inicia el 23 de enero de 1941 y dura 106 días, con 20 accesos en 26 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 8 cc.

Resultado: alta bien.

CASO N° 35.

María Velasco.—30 años.—Puembo.—Agricultora jornalera.—Soltera.

A. H.—Un abuelo alienado. Un primo sufre ataques epilépticos.

Se inició su alteración mental hace 6 meses más o menos con insomnio, falta de apetito; se hizo sumamente irritable; profería palabras soeces. Suma agitación. Ambivalencia. Unos pocos días mantuvo una misma posición, pero después vuelve a agitarse. Traída al Servicio, no guarda atención al ser interrogada. Hay pérdida de -contacto con la realidad. Autismo. Sus palabras no guardan ninguna conexión.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: 6 meses.

Se inició el tratamiento el 16 de febrero de 1941 y duró 78 días, con 18 accesos en 22 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 8 cc. —

Resultado: alta bien.

CASO N° 36.

Tirsa Chávez.—17 años.—H. D.—Pasto.—Soltera.

A. H.—Padre alcohólico; madre sufre una afección cardíaca.

A. P.—Tifoidea a los 12 años. Neumonía a los 14.

Esta paciente no guarda ningún parentesco con el caso N° 32, a pesar de proceder del mismo lugar. El comienzo, hace un año y medio más o menos, se habría marcado por agitación, indiferencia afectiva, anomalías en su conducta, cantos y lloros, frases incoherentes. Traída al Servicio, continúa en esa forma más o menos un mes, pero de repente adopta una actitud semejante a una estatua, la cual abandona sólo para comer. Esta estereotipia de actitud la conserva hasta iniciarse el tratamiento. Hay además autismo y mutismo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: Un año y medio.

El tratamiento se inicia el 5 de marzo de 1941 y dura apenas 18 días, sorprendiendo la rapidez con que esta enferma remite. En total, 4 accesos en 5 aplicaciones. No hubo más medicamento para consolidar el tratamiento. D. i. e. 3 cc. D. t. 4 cc.

CASO N° 37.

Laura Vinuesa Z.—18 años.—Carchi.—H. D.—Soltera.

A. H.—Una tía estuvo en el Manicomio.

A. P.—Sin importancia. No ha tenido hijos.

Su alteración mental empezó en abril de 1940, con excitación psico-motriz, tendencia al exhibicionismo, bailaba y cantaba inventando letras pueriles; decía ser casada y tener varios hijos. En el Servicio, se muestra un poco atenta, burlona, ríe y llora aunque no simultáneamente; interrogada por sus familiares, dice no conocerlos; al informarle falsamente la muerte de su madre, no se da por notificada; sus hijos son producto de relaciones con un fraile, después rectifica diciendo que son de un Jefe Político, y después de su marido (que no existe); mezcla hechos recientes con otros antiguos; tendencia a la confabulación. Después de 2 meses de internada, se hace muy retraída, gusta poco salir de su cuarto y en ocasiones se le sorprende en soliloquios. Aparece la ambivalencia: quiere y no quiere estar recluida. Han visitado el Manicomio personas entre las que venía el Encargado del Poder, con el objeto de saber de su salud. Aparecen algunos delirios sin sistematización: ha heredado una cantidad fabulosa de un señor X que se ha ido para Colombia; momentos más tarde no se acuerda de esta heren

cia y se queja de la pobreza de sus padres. Continúa con tendencia al exhibicionismo. A veces dice frases incoherentes .

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 11 meses.

Se inicia el tratamiento el 14 de marzo de 1941 y dura 35 días, con 8 accesos en 9 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 5 cc. Es dada de alta a fines de abril de 1941.

Resultado: Alta bien. Posteriormente, diciembre de 1941, he sabido que falleció un mes atrás con el diagnóstico de bronconeumonía, habiendo estado bien hasta entonces de su alteración mental.

CASO N° 38.

Isabel Moreno.—46 años.—H. D.—Latacunga.—Soltera .

A. H.—Padre muerto de afección cardíaca. Tuvo 7 hermanos, de los cuales uno murió con diabetes. Un primo hermano estuvo en el Manicomio.

A. P.—Cáncer del seno que ha sido operado tres veces. Menarquia a los 11 años. La menstruación suspendida hace dos años y medio.

Comienza su alteración mental hace un año más o menos, con preocupación profunda por su salud: todo le hacía mal; los dolores "se paseaban" por su organismo. Fué tratada con antireumáticos. Adoptó actitudes pasionales. Tendencia al exhibicionismo. Hace neologismos. Insomnio pertinaz. Hipermímica. Traída al Servicio, presenta alucinaciones auditivas y cenestésicas. Alguien le ordena desnudarse. Siente al demonio que ha entrado en su organismo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: Un año más o menos.

Se inicia el tratamiento en abril de 1941 y dura 36 días, con 8 accesos en 13 aplicaciones. D. i. e. 6 cc. D. t. 8 cc.

Resultado: Remisión social.

CASO N° 39.

Jorge Garzón.—32 años.—Joyero.—Quito.—Casado.

A. H.—Sin importancia.

A. P.—Neumonía. Gripes frecuentes.

Su alteración mental empezó en diciembre de 1938,

con insomnios, abulia e ideas persecutorias; los vecinos se habían confabulado para matarlo. Cuando salía de su taller, encontraba siempre a algunos de ellos que conversaban, y cuando lo veían, discretamente se separaban para no darse a comprender. Se hizo irritable. Insultaba a su mujer y llegó a creer que también estaba en connivencia con aquellos malos vecinos. Traído al Servicio, se constata su delirio. Es hipoafectivo y abúlico.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: Un año y dos meses.

Se inicia el tratamiento en los primeros días de febrero de 1940 y dura alrededor de dos meses, con 8 accesos en 8 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 cc. No se consolida el tratamiento y el paciente es dado de alta a mediados de abril de 1940. Sale bien, pero a los 10 meses más o menos, reingresa .

Habiendo asistido a las Guardias Nacionales, entró en agitación y se demostró locuaz; empezó a dar órdenes por su cuenta y ya en el Servicio, hacía marchar a los otros enfermos y les daba instrucciones incoherentes.

Hay demora en adquirir el medicamento y en octubre de 1941 recién se reinicia la Cardiazolterapia. Actualmente está en tratamiento, llevándose provocados el 10 de diciembre, 6 accesos y estando este enfermo muy mejorado. He conversado con él y reconoce haber estado bastante enfermo. Su memoria se conserva. Se preocupa por sus familiares y espera le concedan el alta en poco tiempo más.

Resultado: Remisión social.

CAPITULO VI

COMENTARIOS

La Cardiazolterapia, ha cambiado fundamentalmente el pronóstico de la Esquizofrenia, ya que considerada hasta hace poco como casi incurable, actualmente con este método se obtiene un alto porcentaje de remisiones.

Pero a pesar de que los resultados son bastante favorables, aún no se conoce el mecanismo íntimo por el cual se consigue, desde luego que la Cardiazolterapia carece de base científica. Así, el Profesor Endara afirma que "estamos

en los comienzos en cuanto se relaciona con el mecanismo íntimo del choque cardiazólico, a pesar de las investigaciones realizadas".

De técnica muy sencilla, la Cardiazolterapia está indicada a gozar del favor de los Psiquiatras, especialmente en aquellas psicosis en que ha sido indicada últimamente, como también en el inmenso grupo de enfermos que se agrupan dentro del cuadro de la Esquizofrenia. Entre sus formas clínicas, son la hebefrénica y la catatónica las que dan mejor resultado.

Las contraindicaciones señaladas han sido las afecciones orgánicas del corazón y las enfermedades febriles.

Aunque en la literatura se han registrado algunas graves complicaciones, en mis observaciones sólo he encontrado una de ellas, cual es la luxación del maxilar, que en el caso N° 3 se repetía en cada ataque, pero que era fácilmente reducida.

Al final de las 39 observaciones, que comprenden todas las verificadas en el Servicio desde abril de 1938 a julio de 1941, he encontrado que mientras con menos cantidad de Cardiazol se produce un acceso y mientras más baja se mantiene esta dosis con resultados positivos, hay mayores probabilidades de éxito.

Los resultados de estos 39 casos se resumen así: 9 remisiones totales; 15 altas bien; 5 remisiones sociales y 10 casos en que no se obtuvo mejoría. Siendo posible asimilar los catalogados "altas bien" con los catalogados "remisiones totales", tenemos 24 casos con éxito terapéutico (61 %).

CUADRO SINOPTICO DE LAS OBSERVACIONES

Caso	Forma Clínica	Duración	Resultado
1	Paranoide	7 meses	Remis. total
2	Hebefrénica	3 1/2 años	Nulo
3	Catatónica	2 1/2 meses	Alta bien
4	Paranoide	1 1/2 meses	Remis. total
5	Catatónica	1 1 meses	Remis. total
6	Hebefrénica	5 meses	Alta bien
7	Paranoide	44 días	Remis. total
8	Paranoide (reingresa)	18 meses	Nulo
9	Catatónica	20 meses	Remis. social

CUADRO SINOPTICO DE LAS OBSERVACIONES

Caso	Forma Clínica	Duración	Resultado
10	Paranoide	10 meses	Remis. total
11	Simple	9 meses	Remis. social
12	Paranoide	5 meses	Alta bien
13	Hebefrénica	5 meses	Alta bien
14	Paranoide	6 años	Nulo
15	Hebefrénica	3 meses	Remis. total
16	Paranoide (reingresa)	15 meses	Nulo
17	Hebefrénica	6 meses	Alta bien
18	Simple	7 años	Nulo
19	Simple	3 años	Nulo
20	Paranoide	17 meses	Nulo
21	Simple	1 año	Nulo
22	Paranoide	9 meses	Remis. total
23	Paranoide -	10 meses	Alta bien
24	Paranoide (reingresa)	13 meses	Nulo
25	Simple (reingresa)	8 meses	Nulo
26	Catatónica	4 meses	Remis. total
27	Hebefrénica	2½ meses	Alta bien
28	Hebefrénica	15 meses	Alta bien
29	Hebefrénica	5 meses	Alta bien
30	Hebefrénica	10 meses	Alta bien
31	Simple (reingresa)	7 meses	Remis. social
32	Catatónica	18 meses	Remis. total
33	Paranoide	4 meses	Alta bien
34	Simple	8 meses	Alta bien
35	Catatónica	6 meses	Alta bien
36	Catatónica	18 meses	Alta bien
37	Hebefrénica	11 meses	Alta bien
38	Paranoide	12 meses	Remis. social
39	Paranoide (reingresa)	14 meses	Remis. social

Según la forma clínica, los casos se distribuyen en:

Forma	Rem. total	Alta bien	Rem. social	Nulo	Total
Simple	0	1	2	4	7
Catatónica	3	3	1	0	7
Paranoide	5	3	2	5	15
Hebefrénica	1	8	0	1	10
	9	15	5	10	39

Asimilando los catalogados "alta bien"- a los de "remisión total", se obtiene el siguiente resultado:

Forma	Rem. total	Rem. social	Nulo	Total
Simple	1	2	4	7
Catatónica	6	1	0	7
Paranoide	8	2	5	15
Hebefrénica	9	0	1	10
	24	5	10	39

Entonces tenemos que: los hebefrénicos remiten en un 90%; los catatónicos en un 85%; los paranoicos en 53%; y los de forma simple en un 14%. Por tanto los resultados de este método son favorables especialmente para los hebefrénicos y para los catatónicos, siguiéndoles los paranoicos; en cambio, en la forma simple, el resultado es casi nulo.

Ahora, tomando en cuenta el resultado terapéutico de acuerdo con la antigüedad de la psicosis, tenemos:

Resultado	Hasta 6 meses	Hasta 18 meses	Más de 18 meses	Total
Rem. total	4	5	0	9
Alta bien	9	6	0	15
Rem. social	0	4	1	5
Nulo	0	6	4	10
	13	21	5	39

Igualmente, asimilando los "alta bien" a los "remisión total", tenemos:

Resultado	Hasta 6 meses	Hasta 18 meses	Más de 18 meses	Total
Rem. total	13	11	0	24
Rem. social	0	4	1	5
Nulo	0	6	4	10
	13	21	5	39

En cuyo caso obtenemos un 100% de remisiones en aquellos enfermos cuya alteración mental alcanza a menos de 6 meses de duración; baja a un 52% en los enfermos comprendidos entre 6 y 18 meses, y a 0% en los que pasan de 18 meses.

Pero en la práctica, cabe señalar que es muy difícil precisar cuando se inicia la alteración mental de un enfermo dado, ya que los familiares muchas veces son los últimos en apercibirse de ello.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES SOBRE 39 CASOS DEL MANICOMIO DE QUITO

- 1 .—La Cardiazolterapia ha llenado un vacío grande en la terapéutica psiquiátrica.
2. —Iniciado el tratamiento antes de 6 meses, da un 100% de remisiones.
3. —Este porcentaje baja al 52% en aquellos enfermos comprendidos entre los 6 y 18 meses.
4. —Baja a 0% en los enfermos que tienen más de 18 meses. Por tanto, las posibilidades de remisión están en razón directa al menor tiempo de iniciada la alteración mental.
5. —En enfermos de más de 18 meses, lo más que se consiguió en este Servicio fué una remisión social en un total de cinco pacientes.
6. —De acuerdo con las formas clínicas, los mejores resultados se obtuvieron en los hebefrénicos y catatónicos, siguiéndoles a continuación los paranoicos.
7. —En las formas simples el resultado es prácticamente nulo.
8. —En la forma hebefrénica se obtuvo un 90% de remisiones, siendo el otro 10% nulo.
9. —En la forma catatónica se obtuvo un 85% de remisiones y el 15% restante corresponde a remisiones sociales .
10. —En la forma paranoide se obtuvo un 53% de remisiones, un 14% de remisiones sociales y un 33% de resultado nulo.
- 11 .—Se pueden esperar mejores resultados en aquellos enfermos en que se consigue el acceso con dosis bajas de Cardiazol.
- 12.—Igualmente es de esperar buenos resultados cuando el enfermo es sensible, desde el punto de vista del acceso, a dosis bajas y no hay necesidad de aumentar la cantidad de Cardiazol, empleada la primera vez.

BIBLIOGRAFIA

- 1) César Juarros: "Diagnósticos y Tratamientos Psiquiátricos de Urgencia".—Madrid (Diciembre, 1928).
- 2) Emilio Mira y López: "Manual de Psiquiatría".—1935.
- 3) Julio Endara: "Clasificación de las Enfermedades Mentales y Posibilidad de Unificarla en Sudamérica".—Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico.—Santiago de Chile (Enero, 1937).
- 4) Honorio Delgado: "El Tratamiento de la Esquizofrenia por el Método de Von Meduna".—Su aplicación en un caso de parálisis general estacionaria.— (Diciembre, 1937).
- 5) Henrique Roxo: "Manual de Psychiatria".—Río de Janeiro (1938).
- 6) A. A. Low; I. R. Sonenthal; M. F. Blaurock; M. Kaplan and Irene Sherman: Metrazol Shock Treatment of the "Functional" Psychoses.— Archives of Neurology and Psychiatry (Abril, 1938) .
- 7) Baltazar Caravedo: "El Cardiazol en el Tratamiento de la Esquizofrenia".—Lima (Julio, 1938).
- 8) René Bustos Quezada: "Convulsoterapia de la Esquizofrenia Procesal".—A propósito de cinco casos clínicos.—Santiago de Chile (1938).
- 9) Gonzalo Bosch: "Tratamiento de la Esquizofrenia".—Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas.— (Marzo, 1939).
- 10) Honorio Delgado: "Tratamiento de la Esquizofrenia con Cardiazol e Insulina".—Jorn. Neu. Psiq. Panam.— (Marzo, 1939).
- 11) Julio Endara: "Tratamiento de la Esquizofrenia".—Jorn. Neur. Psiq. Panam.— (Marzo, 1939).
- 12) Samuel Ramírez Moreno: "Tratamiento de la Esquizofrenia".— Jorn. Neu. Psiq. Panam.— (Marzo, 1939).
- 13) Arturo Vivado Orsini: "Tratamiento de la Esquizofrenia".— Jorn. Neu. Psiq. Panam.— (Marzo, 1939).
- 14) Luis Martínez Dalke: "La Terapéutica Convulsivante en las Enfermedades Mentales".—Revista de Psiquiatría y Criminología. — Buenos Aires (Abril, 1939).
- 15) E. A. Strecker; B. J. Alpers; J. A. Flaherty and J. Hughes: "Experimental and Clinical Study of the Effects of Metrazol convulsions".— Archives of Neurology and Psychiatry (Mayo, 1939) .

- 16) León Reznikoff: "Evaluation of Metrazol Shock in Treatment of Schizophrenia".—Archives of Neurology and Psychiatry (Febrero, 1940).
- 17) J. Notkin; F. J. DeNatale; C. E. Niles and G. Wittman: "Comparative Study of Metrazol Treatment and Control Observations of Schizophrenia".—Archives of Neurology and Psychiatry (Febrero, 1940).
- 18) Carlos Lambruschini: "La Esquizofrenia tratada por los Métodos Actuales (Insulina y Convulsoterapia) —Aspecto clínico y médico-legal. Buenos Aires (Junio, 1941).

Ledo. Guillermo Jaramillo del Pozo

Contribución al Estudio de la Quimioterapia en las Infecciones Gonocócicas

CONCLUSIONES

Nuestra experimentación basada sobre 50 casos de pacientes tratados con los sulfamídicos (Diplomidil, Thiazomidil, Neo-Diplomidil y Neo-Thiazodimil "Life"), asociados a la vacunoterapia (vacunas antigonocócica mixta y Goneol "Life"), diagnosticados bacteriológicamente, controlados en su evolución y al final del tratamiento, nos permiten establecer algunas conclusiones, que hemos dividido en 5 partes para comodidad de exposición.

- 1.—Las que se refieren a las conclusiones generales;
- 2.—Las relativas a los resultados obtenidos en la gonorrea masculina;
- 3.—Las referentes a los resultados obtenidos en la gonorrea femenina;
- 4.—Los resultados acerca de los accidentes por la quimioterapia; y,
- 5.—Los resultados acerca de las reacciones por la vacunoterapia.

CONCLUSIONES GENERALES

- Que la terapia sulfamídica, asociada a la vacunoterapia, ha revolucionado el tratamiento de la blenorrea del hombre y de la mujer;
- 2.—Que la medicación quimio-vacunoterápica no necesita del concurso del tratamiento local, como los lavados de permanganato, especialmente en las uretritis agudas y sub-agudas del hombre;

3^o—Que esta clase de medicación rinde los mejores resultados en la blenorragia masculina que en la femenina, ya que para la última se necesita asociar en algunos casos las curas locales al tratamiento general;

—Que toda blenorragia se cura en un 84% con un solo golpe de medicación sulfamídica, y en un 8% con dos golpes, lo que arroja un 92% a favor de la terapia empleada;

5^o—Que es necesario insistir siempre en una cura de seguridad, sin embargo de la negatividad de los exámenes bacteriológicos, con un descanso prudencial de más o menos ocho días, para consolidar la medicación; y

6^o—Que el tratamiento por la quimioterapia sulfamídica y vacunoterápico debe ser siempre realizado bajo estricto control médico, debiéndose prohibir la venta de esta medicación sin receta del facultativo.

CONCLUSIONES SOBRE LOS RESULTADOS EN LA GONOCOCIA MASCULINA

1^o—Que las uretritis agudas han curado todas con un solo golpe de medicación, o sea el 100% de curaciones;

2^o—Que las uretritis sub-agudas curan en el 88,9% de los casos con un solo golpe, y el 11,1 % restante, a dos golpes de medicación, lo que suma también un porcentaje del 100%;

3^o—Que de las uretritis crónicas reagudizadas, el 60% cura a un solo golpe y el 40% a dos golpes, o sea el 100%;

4^o—Que todas las orco-epididimitis curaron con un solo tratamiento, o sea el 100% de positividad;

5^o—Que las prostatitis blenorragicas, curaron igualmente todas en un 100%, y

6^a—Que no se ha constatado ninguna negatividad en la gonococia masculina.

CONCLUSIONES SOBRE LOS RESULTADOS EN LA GONOCOCIA FEMENINA

1^o—Que en los casos de Endo-cervicitis sub-agudas, el 75% curaron a un solo golpe y el 25% fugaron del servicio sin acabar de controlar el tratamiento;

2^o—Que en los casos de Endo-cervicitis crónica, no fué posible controlar las enfermas por fuga, lo que da un 100% de *casos dudosos*;

3^o—Que las Endo-cervicitis acompañadas de uretritis dan un 100% de curaciones;

4—Que las Endo-cervicitis acompañadas de metritis crónica, arrojan un 100% de negatividad; y

5—Que las Vulvo-Vaginitis Infantiles curaron en el 100% con dos golpes de medicación.

CONCLUSIONES SOBRE LOS ACCIDENTES POR LA QUIMIOTERAPIA SULFAMIDICA

1^o—Que en nuestras observaciones no hemos constatado accidentes graves ni medianos por la medicación sulfamídica, o sea el 100% de negatividad de fenómenos tóxicos;

2^o—Que la terapia empleada arroja un 38% de accidentes leves que no impidieron la continuación de los tratamientos;

3- —Que el 62% de casos toleraron perfectamente la medicación, sin trastornos de ninguna clase;

4- —Que de los sulfamídicos administrados, los derivados thiadílicos (Thiazomidil) son los que menos accidentes producen, y los sulfamídicos piridínicos (Diplomidil), los que se manifiestan por accidentes leves, entre los que predominan las cefaleas;

5—Que de los sulfamídicos modificados con la vitamina C. y el factor PP. (Neo-Diplomidil y Neo-Thiazomidil), ambos son menos tóxicos que los anteriores, pero entre uno y otro es de mejor tolerancia el Neo-Thiazomidil; y

6- —Que en ningún caso asociamos a la medicación sulfamídica el empleo de otras sustancias, como bicarbonato de soda.

CONCLUSIONES SOBRE LAS REACCIONES POR LA VACUNACION ANTIGONOCOCICA

1^o—Que de las dos clases de vacunas empleadas, el Goneol rinde los mejores resultados en las blenorragias puras, sin asociación de otros gérmenes, especialmente en las uretritis agudas;

2^o—Que la Vacuna Gonocócica mixta tiene mejores indicaciones en la blenorragia asociada a otros gérmenes, y en las uretritis sub-agudas y crónicas;

3^o—Que de las complicaciones de la blenorragia, las orco-epididimitis son las que mejor se benefician con la vacunoterapia, volviendo a la normalidad al terminarse una cura de vacunas;

4^o —Que la administración de la vacunoterapia nos ha dado un 50% de medianas reacciones (ligeros escalofríos y reacción térmica de 37 a 38°), un 12% de fuertes reacciones (gran escalofrío y temperatura de 38°,5 a 40°), y el 38% restante que no han presentado ninguna reacción a las vacunas;

5^o—Que en cualquiera de las formas de blenorragia (agudas, sub-agudas, crónicas o complicadas), la reacción de las vacunas es indiferente a la forma de afección;

6^o—Que en todos los casos tratados, a la terminación de las vacunas desaparecían o se atenuaban los fenómenos locales (dolor, flegmasía), licuándose en la mayoría la secreción y disminuyendo en cantidad, siendo pocos los casos en que haciéndose más líquida aumentaba la secreción;

7^o—Que de todos los pacientes sujetos a esta medicación, ninguno presentó reacciones locales en el sitio de la inyección, a más del consiguiente dolor; y

8*—Que la asociación del Lactil a las vacunas produce excelentes resultados como medicación estimulante de las defensas orgánicas.

Ledo. Mariano Vargas B.

Conclusiones sobre 15 cobayos hembras que han copulado con 5 cobayos machos tuberculizados

- I. —Los ovarios tuberculosos no contagian su tuberculosis al óvulo.
- II. —..... La tuberculosis anula la acción ovular o la disminuye.
- III. —..... La tuberculosis y por lo menos la genital determina una forma de esterilidad.
- IV. —El medio folicular puede ser tuberculoso.
- V. —El óvulo no se infecta de tuberculosis.
- VI. —Por lo mismo el óvulo no es vector de la tuberculosis.
- VII. —Los segmentos genitales tuberculosos del hombre no contagian su tuberculosis al espermatozoide.
- VIII. —La tuberculosis y sobre todo la genital disminuye y debilita la espermatogenesis, por realizarse en medio enfermo.
- IX. —El medio canalicular puede ser tuberculoso y por lo mismo existe esperma tuberculizado o bacilospermia pudiendo el esperma en total acarrear la tuberculosis.
- X. —El espermatozoide no se infecta de tuberculosis.
- XI. —Por lo mismo el espermatozoide no es vector de la tuberculosis.
- XII. —El espermatozoide que ha alcanzado a desarrollarse bien puede fecundar.
- XIII. —La tuberculosis produce menos esterilidad en el espermatozoide que en el óvulo.
- XIV. —Un tuberculoso no contamina por vía sexual su tuberculosis cuando no hay bacilospermia y si lo hay lo hace raramente por la reacción ácida vaginal de la mujer, inapropiada para el bacilo.

XV. —Un tuberculoso puede tener un hijo no tuberculoso en mujer sana porque las células sexuales no llevan la tuberculosis.

XVI. —La tuberculosis no está ni en el óvulo, ni en el espermatozoide, ni* en el huevo en sus primeros días. Es decir que la tuberculosis está fuera del íntimo rol embriogénico de la especie humana.

XVII. —La tuberculosis hereditaria no se hace por vía sexual o germinal. La herencia tuberculosa viene de la madre antes que del padre.

XVIII. —La herencia tuberculosa se hace en la matriz cuando el huevo llega a la fase de embrión (III mes), esto es cuando se ha enriquecido de vellosidades, en que hay circulación fetoplacentaria, o intercambio de sustancias materno-fetales. Hasta tanto el huevo es inmune de tuberculosis.

Ledo. Max A. Rodríguez Witt

Conclusiones sobre la Micro - Reacción coloreada de Ide para el diagnóstico rápido de la Sífilis

Las conclusiones del presente trabajo, que se desprenden de por sí, tomando en cuenta la exposición que hasta aquí he hecho, pueden dividirse en dos grupos:

1º—**Conclusiones de orden científico;** y 2º—**Conclusiones de orden práctico.**

CONCLUSIONES DE ORDEN CIENTIFICO

Entre las Conclusiones de orden científico enumeraré las siguientes:

1 •—La Micro-reacción de Floculación Coloreada de Ide, posee un muy alto grado de Sensibilidad y Especificidad, controlados y comprobados mediante un balance comparativo cuidadoso con las reacciones de Wassermann, Kahn y Hinton.

2*—Esta Sensibilidad, que de acuerdo con mis observaciones resultó ser del 74,4%, es muy superior a la de la reacción de Wassermann que me dió un índice de Sensibilidad del 63,5%, pero es casi igual y por lo tanto equiparable, ya que su diferencia por ser tan pequeña resulta despreciable, con el índice de Sensibilidad de las reacciones de Kahn que fué del 75%, y la de Hinton que alcanzó al 73,7%.

3?—La Especificidad de la Micro-reacción de Ide en individuos sanos y normales, y en sífilíticos curados, así co

mo la de las reacciones de Wassermann, Kahn y Hinton, resultó ser, según mis observaciones, del 100 por 100.

4^o—La Especificidad de la Micro-reacción de Ide, en individuos no sífilíticos, pero afectos de otras enfermedades, especialmente al interponerse procesos maláricos, es del 98%, es decir inferior a la Especificidad de la reacción de Wassermann, que según mis observaciones fué del 99,35%, y de la de Kahn que fué del 98,7%, pero es exactamente igual a la de Hinton, es decir del 98%.

5^o—De acuerdo con esto, la Sensibilidad y Especificidad de la Micro-reacción de Ide (74,4% y 98%), son casi análogas a la Sensibilidad y Especificidad de las reacciones de Kahn (75% y 98,7%), y de Hinton (73,7% y 98%), lo que me permite concluir que la seguridad y fidelidad de las tres pruebas es análoga, dadas las pequeñas diferencias observadas, que pueden de consiguiente despreciarse, sin pecar de ultraísmo.

CONCLUSIONES DE ORDEN PRACTICO

Entre las conclusiones de orden práctico enumeraré las siguientes:

1^o—La Micro-reacción de Ide es la única reacción de floculación, que utiliza una gota fresca de Sangre Total, pudiendo por lo tanto practicarse inmediatamente después de obtenida la muestra, reuniendo por lo mismo, las mayores ventajas, bajo el punto de vista de la rapidez, en la obtención de los resultados.

2^o—Puesto que la Micro-reacción de Ide puede efectuarse con la Sangre Total, presenta la ventaja enorme sobre la mayoría de los otros procedimientos serológicos de no ser perturbada por los sueros hemolizados, siéndole completamente inocua la presencia de Hemoglobina en el material a examinarse.

3^o—Puede trabajarse también la Micro-reacción de Ide con Suero Sanguíneo, Líquido Cefalo-raquídeo, y exudados, siendo remarcable como una enorme ventaja específica del Ide, la uniformidad de su técnica, que no presenta ninguna variante en el modus operandi, frente a todos esos humores, siendo suficiente substituir el uno por el otro.

4^a—Los resultados obtenidos utilizando Sangre Total, Suero Sanguíneo, Líquido Cefalo Raquídeo y exudados, son sensiblemente iguales, por lo que es preferible practicar esta reacción utilizando Sangre Total, ya que es el procedimiento que mayores ventajas da, por la rapidez y facilidad en la obtención de la muestra, y claridad en la lectura de los resultados.

5^a—Sencillez completa de su técnica, que la pone al alcance de cualquier médico, sin que necesite para ello tener mayores conocimientos de Laboratorio.

6^a—Empleo de escasísimo material que hace posible el que se la pueda practicar en cualquier lugar, especialmente en los sitios alejados, como ciudades de provincia donde no hay la posibilidad de contar con laboratorios, siendo así de enorme valor para los médicos rurales.

7^a—Precisión en los resultados, ya que es equiparable a la reacción de Kahn, cuyo valor está fuera de toda discusión, y es universalmente aceptada como uno de los mejores Tests para el Sero-diagnóstico de la Sífilis.

8^a—Rapidez en la obtención de los resultados, siendo, sin lugar a dudas, la reacción que más rápidamente los da, siendo así de enorme importancia para los casos en que se necesita un resultado de urgencia, como por ejemplo en la elección de un hemodador.

9^a—Facilidad en la lectura de los resultados, que pueden apreciarse aún a simple vista, necesitándose tan sólo del pequeño aumento de una lupa o mejor aún del microscopio, los casos dudosos y negativos.

10^a—Muy bajo costo de la misma ya que un centímetro cúbico del Antígeno Concentrado de Ide alcanza cómodamente para 135 reacciones.

11^a—Posibilidad de practicar con ella reacciones en serie, con fines profilácticos, curativos, estadísticos, etc., en cualquier clase de agrupaciones.

12^a—Posibilidad de practicarse en los niños, en los obesos, en individuos con vasos esclerosados, en los neurópatas, y en todos aquellos individuos en los que por una causa u otra no se pueda extraer sangre por punción venosa, ya que se necesita tan sólo una gota de sangre que se obtiene por punción ya sea del lóbulo de la oreja, del pulpejo de un dedo, o del talón en los niños.

/

— 169 —

RESUMEN:

Con la Micro-reacción de Floculación coloreada de Ide, se propone así un nuevo método sero-diagnóstico para la Sífilis, al alcance de todo clínico, y cuyas características esenciales son: gran sencillez en su técnica, rapidez en la obtención de los resultados: menos de cinco minutos incluida la extracción de la muestra; escasa cantidad de producto a examinarse; y una sensibilidad y especificidad equiparables a las de las reacciones de Kahn y Hinton.

Ledo. Luis Vega Dávila

Profilaxis de los accidentes de la Raquianes-tesia con líquido Cefalo-Raquídeo y con Pneumorraquitis

CONCLUSIONES SOBRE 99 CASOS ESTUDIADOS

ACCIDENTES OPERATORIOS

1º—En las observaciones con profilaxis se ha presentado un caso de shock respiratorio, en 49 casos. Corresponde al 2,04%. En las observaciones sin profilaxis, no se ha presentado este grave accidente.

2º—Con profilaxis hemos tenido 9 casos de cefaleas, sobre 49 casos. Corresponde al 18,3%. Sin profilaxis no se ha presentado un solo caso.

3º—Con profilaxis se ha presentado un caso de escalofrío. Corresponde al 2,3%. Sin profilaxis ni un solo caso.

ACCIDENTES POST OPERATORIOS

1º—Con profilaxis hemos contado con 29 casos de cefaleas, sobre 49 casos. Corresponde al 59,1%. Sin profilaxis hemos tenido 16 casos en 49. Corresponde al 32,6%.

2º—Retención urinaria, en los 49 casos con profilaxis, se han presentado 4 casos. Corresponde al 8,1%. Sin profilaxis, no se ha presentado un solo caso.

3º—Escalofríos, hemos acusado 9 casos con profilaxis. Corresponde al 18,3%. Sin profilaxis 7 casos. Corresponde al 14,2%.

4º—En las observaciones con profilaxis, contamos con 4 casos de Raquialgias. Corresponde al 8,1%. Sin profilaxis, hemos tenido un caso. Corresponde al 2,3%.

5º—Por lo expuesto se deduce, que la profilaxis no tiene ningún provecho práctico en la Raquianestesia.

6º—Sería interesante seguir investigando la acción de la profilaxis, tan sólo en los pacientes hipertensos, en los cuales parece tener algún beneficio práctico.

Ledo. Bolívar Naranjo C.

La Reacción de Kopaczewsky: su valor en el Diagnóstico del Cáncer

CONCLUSIONES SOBRE 130 CASOS: 34 CANCEROSOS Y 96 TUMORES BENIGNOS Y OTRAS ENFERMEDADES

El análisis detenido y prolijo de las reacciones estudiadas, en cuanto a su técnica, sus relaciones con los enfermos y su frecuencia, nos hace sentar las siguientes conclusiones:

PARA LA REACCION DE KOPACZEWSKY

Primera.—Durante todo el tiempo de la reacción, la temperatura debe permanecer constante; pues sus modificaciones determinan resultados falsos.

Segunda.—Las cantidades de suero y ácido láctico, deben ser perfectamente dosificadas, pues, los excesos de ácido determinan modificaciones en el fenómeno de lacto- gelificación.

Tercera.—Los sueros que presentan hemolisis, por ligera que ella sea, deben ser rechazados.

Cuarta.—En los cánceres comprobados con reacción positiva, no existe relación entre la velocidad de gelificación y el estado más o menos avanzado de la neoplasia.

Quinta.—Tampoco existe relación entre el resultado de la reacción y la localización tumoral.

Sexta.—El índice de positividad en los casos observados corresponde a:

- | | | |
|--------|----------------|-----------------------------|
| a) | .—Cánceres | comprobados: 51,515% |
| b) | .—Tumores | benignos: 40,000% |
| c) | .—Enfermedades | diversas: 27,272% Positivos |
| falsos | | |
| d) | .—Individuos | normales: 7,407% |

En consecuencia:

Séptima.—La reacción de Kopaczewsky es inespecífica.

Octava.—La reacción de Kopaczewsky es poco sensible .

Novena.—La reacción de Kopaczewsky no constituye un dato decisivo en el diagnóstico de una neoplasia maligna.

PARA LA REACCION DE ROFFO

Teniendo en cuenta que no hemos practicado esta reacción sino en tumores cancerosos, las conclusiones a que hemos llegado son las siguientes:

Primera.—En los tumores cancerosos no existe relación estrecha entre esta reacción y la anterior.

Segunda.—Su porcentaje de positividad en cánceres comprobados es de 36,36% .

Tercera.—Su sensibilidad es menor que la de Kopaczewsky .

Cuarta.—Posiblemente, cuando se proceda a la ejecución de esta reacción con la ayuda del fotómetro Pulfrich, el índice de positividad y por consiguiente de sensibilidad, de esta reacción, aumentará en número.

Ledo. Ricardo González Alfaro

Conclusiones sobre “El Control de la administración Digitalica por medio del Electrocardiograma”

1) .—En todas las cardiopatías que presentaban un primer episodio de Insuficiencia circulatoria y algunos que eran por segunda o tercera ocasión, pero cuyas lesiones no muy intensas la acción de la Digitalina se traduce por elevación del voltaje y la vuelta a la normalidad de los complejos en el Electrocardiograma.

2) .—En los casos de lesiones intensas, los efectos beneficiosos se consiguen con dosis que llegan hasta las tóxicas manifestándose en el Electrocardiograma:

a) .—Aumento del diastole o Bradicardia.

b) .—Alteración del espacio S-T (intercalar) con tendencia a la negatividad.

c) .—Tendencia al bigeminismo por bloqueo digitalico.

d) .—Disociación aurículo-ventricular. Hubo 2 casos que por motivos de los enfermos y etc., no se pudieron controlar .

3) .—En los casos que hay alteración del espacio intercalar S-T., como signos de lesión coronariana, por la digital mejoran visiblemente. (Ej. Historia clínica N° 9, es evidente que estas lesiones no parecen ser orgánicas).

4) .—En todos aquellos que en la I Deriv. T, está negativo, y considerado como signo de trastornos miocárdicos, por la digital se ve claramente tomar la línea isoeléctrica, llegando en algunos casos a hacerse positiva y en otros quedarse isoeléctrica.

5) .—Hecho el diagnóstico clínico, el ortodiagrama y el electrocardiograma lo han corroborado, tomando gran valor el electrocardiograma en discriminar algunos casos entre fibrilación y aleteo y para precisar el sitio de la lesión.

ELECTROCARDIOGRAMA CONSIDERADO AISLADAMENTE

- 7) .—¿Se puede diagnosticar por el electrocardiograma? Sí. Especialmente los trastornos del ritmo y de la conducción .
- 8) .—¿Pronosticar? No. Pero sumados a los datos clínicos, sí.

DE LA DIGITALINA

- 9) .—La intoxicación se hace rápida por la digitalina, cuando hay lesión de cierta consideración en los órganos encargados de los emunorios.
- 10) .—No hay una dosis más o menos constante de intoxicación, la que es diferente para cada enfermo, y la variación es tal, que se modifica en el transcurso de la afección crónica en un mismo sujeto según la evolución.
- 11) .—Cuando las lesiones desde el punto de vista clínico son muy intensas, la digital y todos los tónicos cardiacos fracasan, llegándose algunas veces a no tener modificación y en otras verdaderos desastres. Son los casos de insuficiencia centrales irreductibles. El electrocardiograma acusa las alteraciones que no se modifican.

SUGERENCIAS

- 12) .—En todos los casos de cardiopatías, sea éste compensado o no y disponiendo el médico de laboratorio, debe éste documentarse siempre de la mayor cantidad de datos y especialmente de electrocardiogramas.
- 13) .—El electrocardiograma debe emplearse siempre que sea posible en todo enfermo que se administre digitalina, ya que, sólo él puede indicarnos el momento en que aparecen los síntomas tóxicos; síntomas que, por otra parte, en muchas ocasiones no pueden ser revelados clínicamente.

Ledo. César A. Serrano Cañadas

Fórmula Leucocitaria y Numeración Globular en la sangre de la embarazada a término, en la del recién nacido, en la del cordón umbilical y a los ocho días del nacimiento

CONCLUSIONES SOBRE 50 CASOS ESTUDIADOS

1 ■—En la mujer con embarazo a término, no existe leucocitosis digna de mención, y sólo en las primíparas se aprecian regularmente valores un poco elevados.

2^o—El escaso aumento está motivado por un incremento de los neutrófilos.

3*—La leucocitosis del embarazo es debida a un aumento de los procesos vitales.

4^o—El número de glóbulos rojos en la preñez a término permanece normal inalterable.

—En el recién nacido a término, existe generalmente una cifra elevada de leucocitos; siendo el valor medio de 15.000.

6^o—La leucocitosis del recién nacido, es debida a un aumento de los monocitos y eosinófilos; en algunos casos se nota también aumento de los linfocitos.

7^o—Esta leucocitosis tiene como causas en primer lugar los factores del parto, luego la completa variación de la alimentación y las condiciones del medio circulante.

8*—El número de glóbulos rojos en el recién nacido a término está aumentado: existe poliglobulia que se interpreta como fisiológica.

9—A los ocho días del nacimiento aparece un descenso de la leucocitosis; persiste también el aumento de monocitos y eosinófilos.

10^o—El número de glóbulos rojos también desciende en los ocho primeros días de vida extrauterina, de un término medio de nueve millones a siete millones.

11^o—En la sangre del cordón umbilical existe también leucocitosis, siendo el valor medio de diez mil por milímetro cúbico.

12^o—Esta leucocitosis tiene como interpretación los factores del parto.

13^o—El aumento de los leucocitos en la sangre del cordón está motivada por un incremento de los linfocitos y monocitos.

14^o—El número de glóbulos rojos en la sangre del cordón umbilical es relativamente igual al de la mujer con embarazo a término a la cual pertenece.

15- —El término medio de hematíes en la sangre de la embarazada a término, en nuestro ambiente es de 5'699.580 por milímetro cúbico; en el recién nacido a término: 8'906.320; en él mismo a los ocho días de nacido: 7'411.100; y en el cordón umbilical, de 6'250.080.

16- —El término medio de glóbulos blancos en la sangre de la embarazada a término, en nuestro medio es de: 6.822 por milímetro cúbico; en el recién nacido de: 16.618; y, en la sangre del cordón, de: 12.187 por milímetro cúbico.'

Ledos. Guillermo López Delgado y
Luis 6. Reyes Andrade

Exploración Funcional del Páncreas en las Hepatocolecistopatías

CONCLUSIONES SOBRE 20 CASOS

Por el mismo hecho de haber estudiado la secreción externa del páncreas y su disfunción en relación con las enfermedades hepatobiliares y por ser el sondaje duodenal procedimiento de exploración común para el páncreas y vías biliares, hemos creído del caso observar, a la vez, en lo posible, lo que dicha exploración puede brindar como medio de estudio de aquellas vías.

Por esta razón, estas conclusiones, que no pretenden ser absolutas, se refieren, por una parte al páncreas y, por otra, a las vías biliares.

PANCREAS

1®—En el 45% de las hepatocolecistopatías, hemos encontrado alteración parcial en déficit, de la secreción pancreática .

2²—En las hepatocolecistopatías, y especialmente en las litiasis, de preferencia con manifestaciones crónicas, el poder lipásico del jugo pancreático está disminuido. Esto nos demuestra la etiología hepatobiliar de las alteraciones pancreáticas.

3—El poder trípico de dicho jugo pancreático en las hepatocolecistopatías se halla normal o muy ligeramente disminuido. La glándula en estudio, al igual que otras de múltiples funciones, también puede afectarse en una de ellas, constituyendo el dispancreatismo.

4—La exploración funcional del páncreas por medio del eterograma, sin ser absoluta, es capaz de descubrir alteraciones leves de la glándula, con ausencia de los síntomas clásicos que los consideramos mejor de afecciones graves —esteatorrea, tumor y glucosuria—. Como consecuencia no debe esperarse síntomas cardinales como la esteatorrea, sin embargo de la disminución de su poder lipásico.

5[?]—La secreción interna del páncreas no se hermana con la disminución de la secreción externa en las colecistopatías. En ninguno de nuestros casos hemos encontrado alteración de la glicemia.

6[?]—El volumen del jugo pancreático está disminuido en las afecciones del páncreas que reconocen como causa una colecistopatía, especialmente con manifestaciones crónicas. El jugo obtenido en estas circunstancias es de una coloración más clara y coexiste, a su vez, con dicha disminución un poder lipásico en déficit.

7[?]—De los síntomas clínicos más comunes en las alteraciones funcionales del páncreas, es el dolor epigástrico con sus irradiaciones hacia la izquierda, el que con mayor frecuencia acompaña a la disfunción.

8[?]—En las colecistopatías con manifestaciones crónicas que hemos encontrado disminución del poder digestivo del jugo pancreático, como corolario, está presente el enflaquecimiento en la mayor parte de los casos.

9*—No creemos patognomónico de las pancreatitis al signo dolor ocasionado por la inyección de éter, pues, se lo encuentra en varios casos en los que no hay disfunción pancreática, como consta en nuestra casuística.

10[?]—Las afecciones hepáticas, como hepatitis e insuficiencias, sin participación de la vesícula y vías biliares, no comprometen al páncreas, o por lo menos, lo hacen en pequeño porcentaje.

11[?]—El 55 por ciento de los pacientes examinados y en los cuales se ha encontrado insuficiencia de la actividad pancreática, frisan en una edad que está por encima de los 40 años. El otro 45 por ciento hállase comprendido entre los 17 y 27 años. De entre las hepatocolecistopatías exploradas, el 45 por ciento corresponde a litiasis, de las cuales un 55 por ciento presentaron alteración funcional pancreática; el 30 por ciento a angiocolecistitis, con un 30 por ciento de alteración pancreática; el 5 por ciento a cirrosis hepática, con un 100 por ciento de alteración —aclaramos

que se trata de un solo caso que presentó insuficiencia de la actividad lipásica— ; el resto, o sea el 20 por ciento, corresponde a absceso hepático, hepatitis, sífilis hepática e ictericia parenquimatosa, en proporción similar, con un 0 por ciento de alteración.

12.—La exploración funcional directa del páncreas, es el método **menos sujeto a causas de error** en la investigación diagnóstica de las afecciones del órgano citado, frente a los múltiples procedimientos ideados con el mismo fin, sin pretender ver en ella la solución de un problema bastante olvidado, ya que sus resultados, toda vez que el páncreas unas veces suple a órganos vecinos y otras éstos acuden en su ayuda, son también relativos y, por lo mismo, de interpretación difícil.

VIAS BILIARES

1 •—En la gran mayoría de litiasis la prueba de Meltzer- Lyon ha sido negativa, pues no hemos observado la presencia de bilis B. en estos casos. Se comprende que esta negatividad es la consecuencia ya de un obstáculo mecánico, ya de una alteración anatómica o funcional.

2?—El sondaje duodenal, frente a la exploración de las vías biliares, aparte de su valor terapéutico, tiene un valor diagnóstico no despreciable, en tratándose de la permeabilidad de los conductos biliares.

3?—Por la mayor frecuencia de las litiasis en el sexo femenino, hemos apreciado también que la disfunción pancreática en la forma ya anotada, se presenta más comunmente en aquél. Esto corrobora a reconocer que las afecciones biliares son factores etiológicos de alteración pancreática .

4?—Como última conclusión, queremos hacer referencia al hecho de que las hepatocolecistopatías muy frecuentemente toman al páncreas alterando una o varias de sus funciones. De aquí la importancia de que todo examen clínico, especialmente de afecciones hepatobiliares, debe incluir el estudio del páncreas y, en caso necesario, extender también la indicación terapéutica para corregir, a su vez, estas afecciones que tan comunmente se acompañan.

Ledo-. José María Cisneros C

Estudio Anatómico - Patológico del Hígado en las Enfermedades Pulmonares

CONCLUSIONES SOBRE 50 CASOS CONTROLADOS

Con la relación que acabamos de hacer, basada en el estudio clínico de 50 casos controlados en la mesa de autopsias y referentes a las lesiones hepáticas y pulmonares de cada uno de ellos con la comprobación de cortes histológicos del hígado y pulmones, cuyos resultados constan en 100 placas con su respectiva numeración que las adjunto al presente trabajo, me permito hacer las siguientes **conclusiones:**

Primera.—En todos los casos observados, hay simultaneidad de lesiones hepáticas y pulmonares.

Segunda.—Entre las lesiones que más afectan los órganos respiratorios, se destaca, en primer término, la tuberculosis.

Tercera.—Entre los mecanismos de correlación fisio- patológica de las lesiones hepáticas y pulmonares, sobresalen en primera línea los factores: toxo- infeccioso y anoxé- mico, actuando por las vías arterial y venosa.

Cuarta.—La tuberculosis pulmonar y en general casi todas las infecciones graves localizadas en los pulmones, contribuyen poderosamente a la producción de degeneraciones de la célula hepática.

Quinta.—En casi todas las enfermedades observadas, el hígado responde con lesiones comunes a todas ellas: hepatitis o hepatosis.

Sexta.—La sintomatología abdominal, muchas veces predomina sobre la pulmonar, llevando a diagnósticos erróneos .

Séptima.—La sintomatología abdominal puede ser real o aparente, hallando su explicación, sobre todos los síndromes dolorosos, en las afecciones pleuro-pulmonares.

Octava.—Un gran porcentaje de casos de Hospital, necesita más atención al examen pulmonar, y centuplicar los cuidados terapéuticos preventivos y después curativos del hígado, dada la absoluta frecuencia de las correlaciones neumo-hepáticas.

Novena.—Ciertas manifestaciones pulmonares son producidas por lesiones hepáticas primitivas.

Se acabó de imprimir, el día
XVIII de marzo de MCMXLIV,
en los Talleres Tipográficos de
lo Universidad Central, siendo
Rector de ella el Sr. Dr. Julio
Enrique Paredes C. y Regente
de la Imprenta el Sr. Dn.
Alberto Araujo 2