

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

1045 R  
1081  
1083  
1086

1106  
1123  
1156

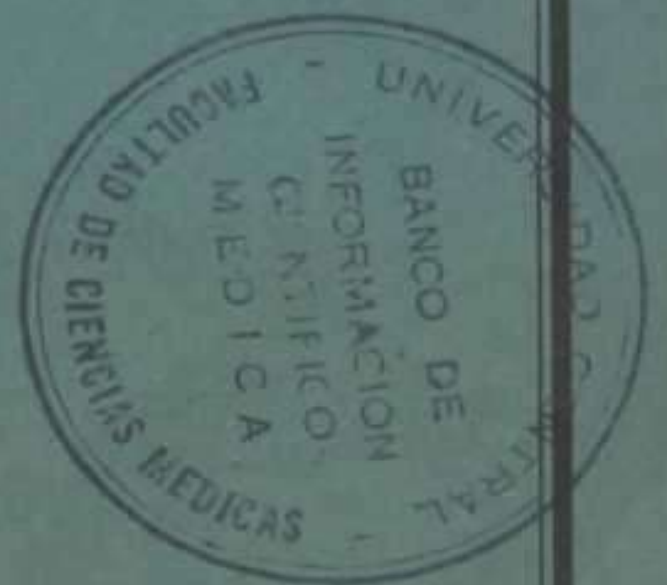


# ARCHIVOS

DE LA FACULTAD DE

CIENCIAS MEDICAS

VOL. X



QUITO - ECUADOR

Imp. de la Universidad

— 1 9 4 5 —

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

---



# ARCHIVOS

DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS MEDICAS

VOL. X

QUITO - ECUADOR  
Imp. de la Universidad  
— 1 9 4 5 —

## SUMARIO:

	Páginas
Editorial, por el Sr. Dr. Manuel H. Villacís, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas .....	5
SECCION CIENTIFICA	
Fracturas de la extremidad superior del fémur, por el Dr. Teodoro Salguero Z., Profesor de Fisiología de la Universidad Central .....	9
El síndrome colítico, por el Dr. Juan Francisco Orellana, Profesor Auxiliar de la Cátedra de Semiología .....	
Raza india y grupos sanguíneos, por el Dr. Antonio Santiana, Profesor de Anatomía de la Universidad Central .....	18
Ptosis Hepática, por el Dr. Arsenio de la Torre, Profesor Titular de la Cátedra de Semiología .....	31
Estrechez del Esófago, por el Dr. Sergio Lasso Meneses ...	37
SECCION ADMINISTRATIVA	
Proyecto General de Organización de la Facultad de Medicina, por el Dr. Manuel H. Villacís, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central .....	51
Comentarios a las "Reflexiones sobre las Viruelas", del Dr. Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo (1785), por el Dr. Virgilio Paredes Borja, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central .....	65
Reglamento para la concesión de Becas en Buenos Aires. .	79
El Profesor Wenceslao Tejerina Fotheriaghham, y la Pancreatitis Aguda.— Etiología Patogenia, por el Dr. Estuardo Prado, Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central .....	82
Conferencias de Cirugía Orthopédica de Paz y de Guerra. .	84
Sesiones del Consejo Directivo, por el Dr. Manuel H. Villacís	92
CRONICA .....	97
NOTAS NECROLOGICAS.....	99
RESUMENES DE TESIS DOCTORALES DE 1943 - 1944	
El Cuadro hemático durante el embarazo, por el Ledo. Gilberto Ruiz F .....	109
Estudio experimental de las modificaciones producidas por diversos radicales sulfamidados sobre la serie eritrocítica granulocítica y del valor porcentual de la hemoglobina, por el Ledo. Juan Colmenares Guedez	110

	Páginas
La Herencia Consanguínea, por el Ledo. Eduardo Herdoiza A .....	113
Importancia de la rectosigmoidoscopia en el diagnóstico de las afecciones del último tramo intestinal, por el Ledo. Oswaldo Rodríguez M .....	116
Estudio de la sangre en las Pirexias, por el Ledo. Francisco J. Coronel Coronel .....	122
El tratamiento de las dermatitis parasitarias por la Rotenona, por el Ledo. Celín Astudillo Espinosa .....	125
Dosificación de la Glucosa en la Sangre y en la Orina de las embarazadas en Quito, por el Ledo. Jorge A. Terán 127 Hígado y Vitamina K, por los Ledos. Sres. Fernando Mora E. y Leoncio C. Román .....	130
Investigación de la Rickettsia en el Tifus Exantemático local, por el Ledo. J. A. Cevallos Larrea .....	135
Parto médico a lo Kreis — Parto "Dirigido a lo Voron Pigeau", por el Ledo. Nélsón Jarrín Calderón .....	137
Deficiencia de calcio y fósforo en los suelos y sus efectos sobre el esqueleto, por el Ledo, en Medicina Veterinaria Sr. Hugo Páez Serrano .....	139
La reacción de Hinton para el diagnóstico de la Sífilis, por el Ledo. Luis Amador Pacheco .....	141
La Tuberculina en Oftalmología, por el Ledo. Jorge de la Torre D.....	143
Electrocardiograma y Pronóstico, por el Ledo. Francisco Breth .....	149
El Hepato - esplenograma en las afecciones hepato - espiénicas, por el Ledo. Luciano Ramírez R .....	153
Investigaciones de la Espiroqueta de Schuaidinn por punción de la Adenopatía Satelite, por el Ledo. Luis Rengel Sánchez .....	154
Cuadro hematológico y sus variaciones en los diferentes períodos de la Bartonellosis, por el Ledo. Fabio Meza Cabrera .....	159
Estudio comparativo de ciertas características dentales en los niños tuberculosos, pretuberculosos y sanos, por el Ledo. Luis Noboa Dillon .....	161
Equilibrio ácido - base en el embarazo, por el Ledo. A. Polibio Báez Araujo .....	163
Normas e indicaciones del tratamiento termal en los principales balnearios de la Región Interandina, por el Ledo. Max Ontaneda Pólit .....	167
La dieta de frutas crudas (manzanas y bananos) como tratamiento de las diarreas, por el Ledo. Dankmar Hachenburg .....	168
Médicos, ética y especie, por el Ledo. Darío Landázuri ...	172
La reacción de Takata - Ara en la metalúes, por el Ledo. Miguel A. Ortega H.....	187
Reacción rural "Briceño Rossi" para el diagnóstico serológico de la Sífilis, por el Ledo. Juan Tamayo R. . . .	189

## EDITORIAL

La centenaria Universidad Central del Ecuador, ha recorrido ya una larga etapa de su vida institucional sin que sus medios económicos ni materiales estén de acuerdo con su abolengo y prestigio; restos de un presupuesto mal conformado y una casona estrecha e incómoda, apenas han permitido una supervivencia difícil y pobre.

La Facultad de Ciencias Médicas, ha tenido que desenvolver sus actividades en forma desarticulada acomodando sus propias necesidades a las circunstancias de otras instituciones, que no siempre miraron con simpatía su intromisión en sus propias dependencias; esta anómala situación, tenía necesariamente que preocupar a las autoridades y es así, cómo se proyectó al mismo tiempo la construcción del nuevo Hospital "Eugenio Espejo" y la Escuela de Medicina; el primero llegó a concluirse hace muchos años, pero nuestra Escuela apenas sigue conservando el derecho de propiedad sobre los terrenos que muy previsivamente le fueron adjudicados.

En el año de 1943, el entonces Ministro de Educación, Sr. Dr. Dn. Abelardo Montalvo, a petición de este decanato, pidió al Congreso la suma de quinientos mil sucres, para la iniciación de los trabajos de nuestra Escuela, mas esta petición junto con el apoyo que personalmente conseguimos de parte de muchos legisladores, quedaron en el momento decisivo en el más completo olvido y falta de atención.

Ha sido necesario que una revolución de orden trascendental, traiga al poder a un hombre que guarda enormes simpatías por la causa universitaria, para que nazca en nuestros corazones una nueva y más positiva esperanza.

El Excelentísimo señor Presidente de la República, Sr. Dr. Dn. José María Velasco Ibarra, después de oír nuestra justa petición y por prestigio del propio país, ha ofrecido a este decanato todo su apoyo para la financiación y construcción de la moderna Escuela de Medicina, y, como base y principio de este apoyo ha señalado la cantidad de cuatrocientos mil sucres para la más pronta iniciación de los trabajos.

Sabemos que todavía nos esperan muchas dificultades y sinsabores, pero existe en todos nosotros la más firme voluntad para conseguir la satisfacción de nuestros anhelos, tanto tiempo guardados en nuestros corazones como esperanzas que algún día tendrían que plasmarse en la más halagadora de las realidades.

La Escuela de Medicina debe construirse, porque es un imperativo del momento, porque así ha decidido la voluntad del gobernante y las justas aspiraciones de la clase universitaria .

Desde las columnas de los Archivos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, nos es muy placentero presentar al Excelentísimo señor Presidente de la República, nuestros mayores agradecimientos, por el generoso apoyo a una obra que seguramente redundará en progreso de la Medicina Nacional y en beneficio del pueblo ecuatoriano.

El Decano de la Facultad,

**Dr. Manuel H. Villacís.**

## **Sección Científica**

Dr Teodoro Salguero Z,

## Fracturas de la Extremidad Superior del Fémur

i

De entre las grandes fracturas óseas, quizá ninguna más benigna en su elemento doloroso que la de la epífisis femoral superior, pero quizá también ninguna más severa en su pronóstico cuando no se ha hecho el diagnóstico con oportunidad y las cosas y el tiempo se han dejado pasar aconsejando apenas, el reposo, pues el paciente tendido en su lecho camina a grandes y firmes pasos hacia una invasión segura, de la que acaso no podrá salir, sino a costa de una intervención cruenta, para la que desgraciadamente no existe entre nosotros el ambiente propicio.

Estas fracturas se presentan especialmente en el anciano, sin embargo, todas las edades de la vida están expuestas a ella; pero mientras en el anciano generalmente el traumatismo que lo ocasiona es insignificante, en el niño en el joven y en el adulto éste es intenso. En efecto, en esta pequeña estadística que comprende sólo ocho casos los 7 corresponden a pacientes que pasaban de los 50 años y en todos ellos, la causa fué un tropezón o un leve resaca que les hizo caer. El otro caso corresponde a un individuo de 32 años que cayó de una altura de unos tres metros. De modo que es innegable esta predisposición moriosa del fémur anciano a fracturarse en su extremidad superior. Esta predisposición queda perfectamente explicada si nos fijamos en la Fig. 1 que nos enseña la arquitectura de la epífisis femoral y en la que hay que hacer notar la existencia de una zona senilmente débil, que va formándose a favor de la atrofia que sufre, con los progresos de la edad y a partir de los 60 años, el pilar externo de la ojiva



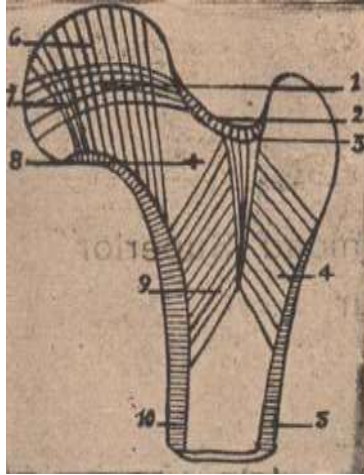


Fig. 1:05

Arquitectura del Cuello ^ mori 9:  
 Núcleo Central de la Gabeza ■  
 Lámina compacta supracerical  
 Cuña de la bóveda ^ 1  
 Pilar externo de la ojiva  
 Lámina compacta externa  
 Abanico de sustentación  
 Travéculas en jareo  
 Zona débil normal  
 Pilar interno de W ojiva 12:

femoral, como magistralmente lo ha demostrado Pierre Delbet, de quien tomamos la Fig. 1 .

A este mismo destacado orthopedista debemos la más científica clasificación de estas fracturas en tres grupos: fracturas por decapitación, fracturas transcervicales y fracturas cervicotrocanterianas cuyas características quedan señaladas en la Fig. 2 adjunta que la tomamos de Pierre Mathieu. Estos tres tipos tienen, podríamos decir, una etiología, una patogenia, una evolución y una sintomatología muy suficientes para diferenciarlas una de otra sin esperar Ja radiografía y darles el tratamiento adecuado & cada una de ellas., En efecto, el mismo P. Delbet. nos dice:~'. 'un sujeto de menos de 45 años tiene

4 chanzas sobre 1 de hacerse una fractura cervical y 1 chanza sobre 4 de hacerse una fractura

Un sujeto de más de 45 años tiene tantas chanzas de hacerse la una o la otra fractura. :>r o:

Un sujetó de más de 75 años.se hace casi siempre una fractura cervicp-trocanteriana".

De nuestros ocho casos, cuatro son cervico-trocanterianas y corresponden a mujeres de más de 65 años. Dos casos son de fracturas transcervicales y corresponden a mujer entre 45 y 50 años y dos son fracturas; por decapitación, correspondiendo la una a una señora de más de 60 años y la otra a un individuo de 32 años. De modo que por estos datos podemos añadir a los de P. Delbet, que la mujer tiene una marcada predisposición para las fracturas que nos ocupan

El esquema adjunto, también tomado del profesor Mathieu, nos explica la peculiar evolución de los fragmentos separados por el trozo de fractura, pues esta evolución es-



Arterias del Cuello y de la Cabeza F < g - 2 Femoral

Diferentes Tipos de Fractura del Cuello.

- 1 Decapitación
- 2 Fractura Transcervical
- 3 . Fractura Cervico - Trocanteriana

- 1 Arteria circunfleja posterior  
a, b, c, ramas mitricias del cuello y de la cabeza.
- 2 Arteria Circunfleja Anterior de la rama mitricia anterior del cuello.

tá condicionada en un 90% por la intensidad de irrigación que reciben estos fragmentos. Sobresale el hecho de que en las fracturas por decapitación y en las internas transcervicales, el fragmento externo puede seguir viviendo gracias a la irrigación dada por la arteria del ligamento redondo, en cambio las fracturas transcervicales típicas dejan el fragmento interno casi siempre sin una suficiente irrigación y por lo mismo la formación del callo óseo es problemática en ellas. Las cervico-trocanterianas tienen siempre buena irrigación y curan fácilmente. Así mismo la sintomatología es algo diferente, porque aunque en todas están presentes los cinco elementos capitales siguientes, éstos tienen sus peculiaridades en cada una de ellas:

<sup>19</sup> **Rotación externa de todo el miembro.**— Máxima en la fractura cervico - trocanteriana, a tal punto que el borde externo del pie asienta sobre la cama; incompleta pero constante, tanto en la fractura por decapitación como en la transcervical. Esta rotación es fácil de corregir pasivamente en las dos últimas fracturas e imposible de conseguirlo en la cervico - trocanteriana, en cambio en esta última, puede lograrlo activamente el paciente.

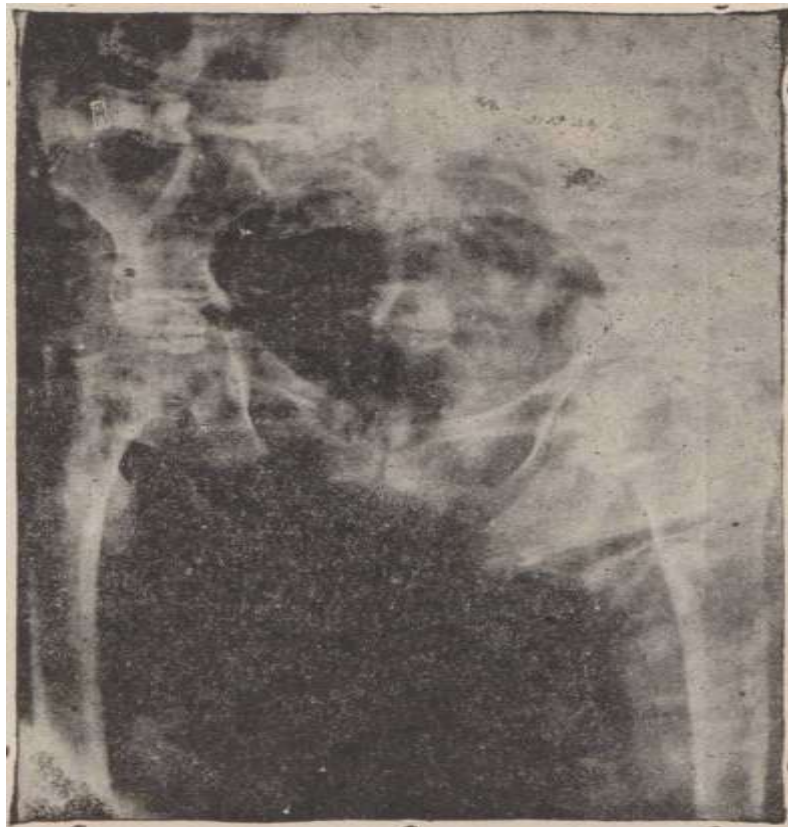
2<sup>9</sup> **Acortamiento del miembro.**— (Determinarlo por las medidas comparativas de ambos lados, del triángulo de Ogston Bryant o por la línea de Nelaton-Roser). Es fuerte, superior a tres, centímetros en las cervico - trocaterianas, es muy discreto en la transcervical y en la de decapitación, aunque en estas dos últimas puede aumentar posteriormente hasta hacerse muy apreciable a simple vista.

39 **Deformación de la región inguinal.** Este síntoma es máximo en la decapitación, en donde el extremo interno del cuello rotado hacia adelante forma una verdadera tumoración por fuera del sitio donde se siente latir a la femoral, constituyendo esto el llamado signo de Laugier. Este signo es poco manifiesto en la trans-cervical y falta en la cervico-trocateriana, en la que es substituido por una edema peritrocateriano más fácil de apreciar después de 24 horas de la fractura.

40 **Impotencia funcional.**—Esta es tan acentuada que Deibet y Basset se expresan así: "uno que no puede marchar con una fractura reciente y completa del cuello femoral". En efecto en todos nuestros casos hemos podido constatar que la impotencia funcional es tan profunda que a veces nos ha dado la impresión de que la pierna lesionada ya no pertenece a su paciente. Todos los movimientos que se realizan a favor de la articulación coxo-femoral están abolidos. Sin embargo en dos de nuestros pacientes que adolecían de fractura cervico-trocateriana era posible una ligera flexión del muslo sobre el abdomen y sobre todo una redresión voluntaria de su pié hasta cerca de la vertical, ya porque el elemento dolor era mínimo y ya, sobre todo, porque habían pasado ya muchos días en los cuales las enfermas habían buscado la forma de compensar su lesión. La literatura médica registra algunos casos de fracturas transcervicales, en los que fué posible la marcha, debido a que estas fracturas fueron "impactadas", es decir con penetración de los fragmentos, lo que, de paso sea dicho, es muy raro. De unos 40 casos que tuve oportunidad de ver en Europa, ninguno fué impactado. Por otra parte, la literatura médica, señala también la existencia de fracturas incompletas que permiten la marcha en los primeros momentos o días del accidente, pero que por este mismo hecho pasan desapercibidas y pronto se completan, llevando entonces sí a la impotencia funcional total.



Nº 1.—Fractura Cervico - Trocanteriana



N° 2.—Radiografía tomada después de la reducción



N° 3.—Radiografía tomada un mes después de la reducción

5<sup>o</sup> **Dolor.**—De intensidad muy variable a tal punto de no molestar a algunos pacientes (especialmente a los ancianos) y que arrancan gritos a otros. Este dolor es acusado a nivel del foco mismo de fractura, es decir asienta junto y por fuera de la arteria femoral, en la base superior creí triángulo de Scarpa en la decapitación, a unos dos traveses de dedo por fuera de este sitio en las transcervicales y sobre el trocánter mayor en las cervico-trocantéricas.

Por lo expuesto hasta aquí, se ve pues claramente, que el diagnóstico de estas fracturas es tan fácil, cuando se sabe buscar los elementos anteriormente enumerados, que hasta el médico clínico puede hacerlo, sin necesidad de recurrir a la radiografía, como sucedió con una paciente que nos fué enviada, con el diagnóstico preciso por el Sr. Dr. Julio E. Paredes. Naturalmente, antes de establecer este diagnóstico, debemos excluir las lesiones que dan una sintomatología semejante, como las fracturas altas de la diafisis femoral, así como las luxaciones de la cadera de origen traumático, los decolamientos de la epifisis femoral de antiguas coxa-vara y las fracturas cilioides, especialmente las de la parte superior de la cresta cilioides. Claro que para el especialista este diagnóstico diferencial es generalmente fácil, no así para el médico general, que por lo mismo está en la obligación de pedir inmediatamente una radiografía de frente y otra de perfil de la articulación coxo-femoral y formaciones vecinas. Hay que insistir en la necesidad de tener una radiografía de perfil, por cuanto sólo esta radiografía es capaz de revelar las fracturas incompletas de la extremidad superior del fémur.

Una vez establecido el diagnóstico, conviene no olvidar que el 99% de estas fracturas, y sea cualquiera la edad del paciente tienen tratamiento apropiado y curación segura ya sea por métodos incruentos, entre los que el de Withman nos ha dado siempre buenos resultados, o ya por métodos quirúrgicos, entre los que el de osteosíntesis con clavos de Smith-Petersen, tal como lo ejecuta Mathieu, nos parece el más adecuado.

Para corroborar lo que dejamos dicho, nos permitimos intercalar en este pequeño trabajo, dos radiografías. La primera nos muestra una muy manifiesta fractura cervico-trocantérica del fémur derecho, y la segunda nos muestra la perfecta consolidación de esta fractura, a tal punto que la extremidad lesionada parece completamente normal, sal

vo la presencia de una ligera fisura que marca el trazo de la fractura y que con la formación del callo óseo desapareció totalmente.

El caso corresponde a una señora de más de 70 años que fué tratada por nosotros en el Hospital Militar de esta ciudad por el método de Withman y que después de tres meses caminó perfectamente.



Dr. Juan Francisco Orellana  
Profesor Auxiliar de la Cátedra de  
Semiología

## El Síndrome Colítico

Con mucha frecuencia, por no decirlo a diario, encontramos en la práctica médica que, síntomas que corresponden a afecciones ano-recto: sigmoideas pasan confundidos con síntomas que forman parte del SINDROME COLITICO, por la única razón en omitir la investigación de sus signos diferenciados, por medio de la endoscopia intestinal. Por lo tanto, con la falta de esta clase de investigación, tenemos forzosamente que aceptar — empíricamente desde luego — la acepción pseudocientífica de COLITIS, cuando las materias fecales están en mayor número que lo normal o cuando se encuentra en su composición mayor cantidad de agua. Las Colitis desde, un punto de vista estrictamente científico, se comprueban cuando existe un estado anatomopatológico de la mucosa, estado que no lo podremos comprobar si no se recurre a. El examen endoscópico del último tramo del grueso, a fin de que, el empirismo vaya cediendo el campo a lo que en realidad debe ser lo estrictamente científico.

La Colitis Pseudo Membranosa llamada antiguamente > considerada en la actualidad. como un proceso alérgico digestivo, siendo en esencia una MIXORREA PROCTOCOLICA como le llama Ja Escuela\*, Alemana, ha sido definitivamente catalogada como una falsa colitis porque la emisión de moco o de membranas se hace por una mucosa intestinal normal vista a la endoscopia.

La Radiología misma de la que no es posible dudar de su inmenso aporte científico no puede demostrar alteradores intestinales, su mucosa sino cuando hay destrucción de ella o modificación, estructura de sus paredes. Un estado de fragilidad o de congestión de su mucosa, no puede demostrarlo; pero sí, lo hace la endoscopia intestinal.

Aún más, el síndrome, disenteriforme como tal, no puede, no debe determinar la acepción científico-clínico de CO-

LITIS mientras no se descubran los signos que ésta lo ha determinado, y si tales signos encontrados en la endoscopia demuestran la existencia de una colitis; éstas, endoscópicamente, tienen signos claros y precisos para ser diferenciadas entre sí. La existencia de ulceraciones, su forma, aspecto y localización son suficientes para el diagnóstico diferencial.

Por lo tanto, la Rectosigmoidoscopia es el recurso científico de primer orden para la comprobación de una verdadera o falsa colitis y en el último de los casos, para su diagnóstico diferencial.

Estos son los fundamentos, por los que en la Cátedra de Semiología además de enseñar el síntoma, se obligue a reconocer el signo o signos, en los cuales se apoyarán para formar un concepto claro y científico de las diferentes alteraciones de orden intestinal.

Lo mismo sucede, cuando en el síndrome intestinal, en lugar de predominar como síntoma directriz la diarrea, existe el estreñimiento, porque no pocas veces se comprueba que pequeñas fisuras anales, hemorroides congestionadas, rectitis catarrales provocan el espasmo anal y favorecen el estreñimiento, o son el resultado de obstrucciones de la luz intestinal por malformaciones, que no han sido siquiera sospechadas, peor descubiertas.

Guiados por las razones anteriores y siguiendo un procedimiento sistemático, en todos nuestros enfermos de cátedra afectos de alteraciones intestinales, se procede a practicar la endoscopia ano-recto-sigmoidea con la sola preparación previa del enfermo, como es corriente en todos los casos, de una limpieza del intestino grueso por medio de un lavado evacuante intestinal.

Así, en el paciente que presento, el examen del canal anal por medio del anoscopio no reveló nada de anormal. En la endoscopia por medio del rectosigmoidoscopio no se encontró nada de anormal en la ampolla rectal; pero, a una distancia de veinte centímetros, se apreció una tumoración de aspecto vegetante, de color rojo subido, que sangraba con suma facilidad y que comprendía toda la luz del tubo, impidiendo la progresión del mismo hacia arriba.

El color, la falta de pedículo, su friabilidad exagerada, su aspecto sangrante, fueron signos suficientes y seguros para determinar el carácter neoplásico de carácter vegetante de la lesión. El hecho de comprender toda la luz del tu-



**Nótese el anillo tumoral que constriñe el recto en el Iº estadio.**



**Nótese el anillo tumoral que constriñe el recto en esta imagen más avanzada.**

bo y el impedir la progresión del mismo hacia arriba, nos indujo a pensar que esta neoplasia comprendía todas las paredes del sigma en forma circular, formando una estenosis que impedía la progresión del aparato hacia arriba, y la distancia del tubo de veinte centímetros del ano correspondía de la región supra-recto-sigmoidea. Con estos fundamentos se determinó la existencia de un neoplasma de aspecto vegetante que comprendía todas las paredes del recto formando una estenosis de la luz intestinal y que correspondía a la región supra-rectosigmoidea, cumpliéndose así el aforismo de Morrison de que de cien cánceres del intestino noventa de ellos se manifiestan con diarreas alternadas con constipación y de que 69 corresponden a la región recto-sigmoidea, 29 a la ampolla rectal y 2 al canal anal.

Practicada la biopsia de la lesión para el estudio histo- patológico dió como resultado un adenocarcinoma.

Por todo lo que antecede, es fácil concluir que en complemento de la gastroenterología, en estos últimos años ha venido con bases firmes y seguras en su ayuda, el conocimiento de la PROCTOLOGIA.

Prof. Dr. Antonio Santiana

## **Raza India y Grupos Sanguíneos**

La relación de los primeros resultados de nuestros estudios de la isohemoaglutinación en la Raza India, que nos proponemos hacer hoy, nos obliga, para comprender su significado, a dar una síntesis de lo que se conoce actualmente sobre el indio americano para localizarlo, no sólo geográficamente, sino también en sentido étnico, antropológico e histórico. >!

Hay un punto sobre el cual todos los investigadores se hallan de acuerdo: me refiero a la procedencia no americana del indio y, también, al hecho de que no ha existido siempre en América una raza aborígen cuyos rasgos físicos sean los que la caracterizan actualmente. Debemos por tanto establecer quiénes fueron los primeros pobladores del mundo americano y cuáles sus componentes raciales.

Los estudios realizados hasta ahora demuestran que mientras el Antiguo Mundo estuvo poblado desde el principio del cuaternario, en América no apareció el hombre sino a fines de este período, o sea cuando se retiraron los ventisqueros. Por tanto, es de este lado que debemos buscar el origen del hombre americano. A partir de entonces las oleadas migratorias a América se extienden a través de toda la época neolítica y en el momento de su descubrimiento su civilización, considerada en su conjunto, no habría superado aún la era neolítica.

El estudio de los restos óseos es esencial para dilucidar el problema que nos ocupa. Se han encontrado en América tres tipos de cráneos: pequeño, dolicocefalo y alto, con cara corta y ancha, frente estrecha, nariz y órbitas medianas, bóveda palatina ancha y notable prognatismo alveolar, llamado paleoamericano, al que pertenece la raza de La- goa Santa. Este tipo se extiende a lo largo de casi todo el continente. Otro tipo lo constituye el cráneo platydolicocefalo, con frente achatada y estrecha, glabella y arcos suborbita-

dos prominentes. Está confinado en sur del continente. Por fin el tercero es el Cráneo braquicéfalo, característico de varios grupos americanos, especialmente de los esquimales. Mas estas son las formas antiguas de cráneos porque otra, mesaticéfala, es de aparición reciente. Estos tres tipos de cráneos están, por otra parte, estrechamente emparentados con el de Biasutti y Mochi dominante en la Melanesia; con los de Australia y con los de los Mongoles y Buriates de Asia, respectivamente.

Queda establecida por lo tanto la gran semejanza craneológica que existe entre las razas más antiguas de América y las de la Melanesia, Australia y una parte de Asia.

Correspondiendo a la distribución geográfica de la raza prehistórica paleo-americana, se encontraron al mismo tiempo elementos culturales melanesios en América en relación con todas las manifestaciones de la vida social: bodoqueras, hondas y arcos; puentes de bejuco, remos y decoraciones; casas construidas en los árboles, vestidos e instrumentos musicales, preparación de bebidas alcohólicas por masticación de tubérculos, pesca por medio de venenos, etc., y Nordenskiöld, que se ha ocupado mucho de este asunto, llega a la conclusión de que son elementos culturales melanesios los que establecen el paralelismo existente entre América y Oceanía, encontrándose éstos en toda la América y especialmente en la hoya amazónica y en Colombia .

La lingüística confirma los datos etnográficos, demostrándose, gracias a los trabajos de Sapir, que la familia lingüística Hoka, hablada en América Central y del Norte, tiene parentesco con el malayo-polinesio y en especial con el melanesio.

Confinados en el extremo meridional del continente, como el cráneo platydolicocéfalo, se encuentra en las razas primitivas que lo pueblan —los Ona, Turos, Patagones, Yahaganes y Alakaluf— elementos etnográficos cuya semejanza con los de las razas primitivas de Australia es evidente. Como los australianos los fueguinos ignoran la alfarería, usan abrigo de piel y construyen chozas en forma de colmena. Las ceremonias religiosas de ambos pueblos presentan una similitud extraordinaria.

La lingüística confirma también aquí estas semejanzas. La lengua fueguina Chon, como lo ha demostrado el Padre Schmidt, presenta con las lenguas australianas simi

litudes evidentes y muy numerosas, especialmente con los dialectos hablados en la mitad Oriental de la isla.

Una clara semejanza etnográfica no se ha podido establecer hasta ahora entre los esquimales y los pueblos americanos braquicéfalos, con los Asiáticos del extremo Oriental del continente. Sin embargo, parece que Sapir ha podido ya encontrar el parentesco de las lenguas americanas del Grupo Na-Dené con el Sino-Tibetano. Tenemos que añadir que investigaciones relacionadas con este tema están todavía en curso. Sin embargo, la impresión general que produce el indio americano en cuanto a su aspecto físico, y muy especialmente el esquimal, no deja lugar a dudas sobre su parentesco con ciertos pueblos asiáticos, especialmente, como lo ha señalado Hrdlicka, los de Siberia, Sakalin y Filipinas.

Son pues caracteres craneológicos, étnicos y lingüísticos, los que han permitido establecer el parentesco existente entre las razas americanas, sean éstas fósiles o modernas, y los pueblos que viven en las islas oceánicas del pacífico, en Australia y en una parte del continente asiático. Por tanto el hombre americano ha tenido este triple origen. Está reconocido por todos que desde Asia, constituyendo a partir de la retirada de los hielos a fines del Cuaternario la inmigración más antigua, arribaron al continente americano en forma de oleadas sucesivas y persistentes, los primeros pobladores de América, siguiendo el camino catenario de las islas aleussianas y del estrecho de Behring.

La inmigración melanesia ha debido cruzar el mar Pacífico haciendo escalas sucesivas en sus numerosas islas para alcanzar el continente americano. Esto no es nada extraordinario si se toma en cuenta que los melanesios fueron excelentes navegantes. Esta inmigración es, según todos los indicios, la más moderna y la más persistente y difundida en América .

En cuanto a la inmigración australiana, cuyas pruebas son al parecer muy claras, se desconoce hasta ahora la ruta que haya debido seguir. Según el antropólogo portugués Mendes Correa llegó a América por el camino de la Antártida, teoría ésta que ha sido seriamente impugnada por el antropólogo argentino Imbelloni.

Cuando se observa de un modo general la masa indígena americana, llama la atención ese "aire de familia" que la caracteriza en todas partes. Llamen la atención, en efec



to, la identidad de la pigmentación de la piel y de los ojos, de la distribución pilosa, la frecuencia del ojo mongólico, la anchura de los pómulos y el prognatismo alveolar. Esto es lo que ha inducido al gran antropólogo americano Hrdlicka a sostener su teoría de la unidad racial del indio. Pero cuando del examen de esos caracteres se pasa al estudio detenido de los restantes, apoyándolo sobre medidas y números, entonces la unidad racial del indio se desvanece. No se puede hablar más de una unidad de la raza americana, como tampoco de la unidad de la raza blanca. Entre un ona y un amazónido, un maya y un patagón, existen tantas diferencias como entre un sueco y un italiano. Las razas, como la ha demostrado Imbelloni, se superponen en un territorio determinado estratificándose como las capas geológicas. La capa basal americana está, según Rivet, constituida por los elementos asiáticos, que como hemos dicho antes han sido los primeros en llegar a América. Es a ellos a los que se deben los rasgos comunes del indio; mas, en una época posterior, o quizá simultáneamente, han intervenido en el poblamiento de América nuevos contingentes migratorios con los aportes australiano y melanesio, resultando con ello una mezcla que ha conducido al polimorfismo somático, lingüístico y étnico que presentan actualmente los pueblos aborígenes americanos. Tal polimorfismo fué favorecido por el hecho de encontrarse los inmigrantes en un medio completamente nuevo que, incluso, favorecía las mutaciones.

#### **Panorama ecuatoriano del indio**

El conocimiento del origen y de la cultura de las razas indígenas del Ecuador, reviste la más alta importancia no sólo desde el punto de vista del interés nacional sino que también continental. Gracias a su posición geográfica, el Ecuador se encontraba en el camino obligado de las tres grandes corrientes migratorias que llegaron al continente y por eso formó, como Max Uhle lo ha señalado, el segundo foco más importante de civilizaciones antiguas, después del primero que se encontraba en Centroamérica. Por esto es el Ecuador entre los países sudamericanos el más interesan-

te para el conocimiento de la historia de las antiguas civilizaciones americanas y de su constitución racial.

Las varias inmigraciones que recibió el país se efectuaron siempre por el mar. Los mayas, el pueblo que al parecer sembró el germen de las más altas culturas centro y sudamericanas, tenían una capacidad expansiva tal que les permitió llevar influencias en tiempos diversos y a través de regiones muy lejanas. Navegando por el Golfo de Méjico, el Caribe y el Pacífico, llegaron al Ecuador, recorrieron el litoral y penetraron en la meseta andina. Una cuestión que está por averiguarse es la de saber si los inmigrantes al territorio ecuatoriano, americanos o extracontinentales, se establecieron alguna vez en las islas de Galápagos. Por las razones mencionadas, estuvo en el Ecuador el punto crucial de las culturas que surgían en el continente. Además de las influencias mayas, recibió el país influencias de origen colombiano, y fueron tan marcadas éstas que casi todas sus poblaciones antiguas pertenecieron a la raza chib-cha (Uhle). La influencia incásica se impuso en forma de conquista política. Desde el Este, de la gran hoya amazónica llegaron también ciertas influencias no bien conocidas aún pero no menos indudables, entre las cuales se destaca la invasión jívara a la provincia de Loja.

Como resultado de las influencias culturales y de las inmigraciones descritas, como también de la configuración del territorio ecuatoriano donde las cordilleras y sus nudos de enlace lo fragmentan en numerosos y pequeños valles donde todo favorece el localismo, a consecuencia de estos hechos estuvo poblado este territorio por las siguientes tribus indias: los Quillacingas, Pastos, Caranquis y Quitus, en el norte; los pansaleos y puruhás en el centro; los cañaris, paltas y malacatos en el sur; en la costa los cayapas y demás pueblos de la llamada por Jijón "Confederación de Mercaderes". Cada una de estas tribus se componía de varias parcialidades que constituían pequeños núcleos sociales regidos por un cacique. A esta diversidad social correspondía una gran variedad de las lenguas que, según el Sr. Jijón, se hablaban en número de trece, por lo menos, en el territorio ecuatoriano.

Aunque en el Ecuador precolombino se pueden distinguir dos tipos fundamentales de cultura, la de la sierra y la de la costa, ésta en ninguna parte era uniforme. Existían numerosas variedades, que guardaban cierto paralelismo-

—; con la multiplicidad de la organización social y de las lenguas.

Veamos ahora hasta qué punto confirma la craneolo-

5 □ los hechos que dejamos consignados. Según Max Uhle la población de la Sierra era dolicocefala y en parte mesocefala, en tanto que en la Costa dominaba la braquicefalia; por tanto en el Ecuador, como en toda la región oeste del continente sudamericano, se encontraban las dos ramas c-tropológicas principales de la raza americana.

Según Jijón y Caamaño se encuentran en nuestro país tres formas fundamentales de cráneos: dolicocefalos y altos del tipo de Lagoa Santa, que han sido hallados sólo en la margen del río Jubones; Braquicefalos y altos, característicos de los Quillacingas, y mesaticefalos y altos, propios de los Quitus y Pansaleos.

Nosotros, en la colección de más de 100 cráneos modernos Imbabureños del Instituto de Anatomía, hemos encontrado los tipos siguientes: cráneos dolicocefalos y entre ellos algunos del tipo paleoamericano, si bien no con las características correspondientes a una raza pura; uno platy-dolicocefalo, o sea australoide; cráneos braquicefalos y, finalmente, cráneos mesaticefalos, que constituyen la mayoría. Estos datos, que se pueden hacer extensivos a todas las características del neurocráneo y del cráneo visceral, nos revelan la gran heterogeneidad del material craneológico moderno de Imbabura y nos sugieren la idea de la multiplicidad del origen racial de sus aborígenes. Bien podemos pues decir que hemos encontrado un "caos craneológico," que guarda cierta relación con el "caos etnológico" que había descubierto Wolf en nuestro país en el siglo último, y con esa diversidad de pueblos de que habla Uhle y de lenguas que ha encontrado Jijón.

Aunque en Imbabura —la provincia más representativa del Ecuador precolombino— y en nuestra colección craneológica hemos encontrado todos los tipos de América, ningún espécimen presenta en forma pura, ni en el conjunto de la organización ni en las partes; son siempre formas intermedias, formas mixtas que revelan que el mestizaje de la raza india es la modalidad normal en nuestros días; mestizaje que ya existía, si bien menos acentuado, en la época anterior a la conquista española. Es el resultado

de la acción de los factores primordiales que hemos señalado antes: corrientes migratorias llegadas al continente y posición geográfica del Ecuador.

#### **Los grupos sanguíneos en la raza india**

Nos corresponde ahora establecer cuál es la relación que guardan los hechos consignados con la conocida reacción de isohemoaglutinación, o también cómo ésta ha contribuido a dilucidar el problema del origen y de la constitución racial del hombre en América.

Debemos ante todo —aunque sea conocido por todos— decir que se trata de un rasgo físico que no se presta a la medida geométrica, como la totalidad de los caracteres somáticos de los cuales se ocupa la Antropología física. Hay en este rasgo cierto sentido fisiológico, un carácter dinámico que constituye una avanzada de la Antropología al campo, poco explorado aún, de la fisiología racial.

La reacción serológica para el estudio de los Grupos Sanguíneos nos interesa, en efecto, para ampliar el conocimiento antropológico de los pueblos, es decir nos importa determinarla en las grandes masas, en tanto que para el médico sólo vale el factor individual.

Dadas las relaciones íntimas —podemos decir la continuidad— que existen entre el órgano y la función, entre morfología y fisiología, se dejaba entrever desde hace tiempo que las diferencias físicas existentes entre los diversos grupos raciales deben incluir también diferencias de carácter fisiológico, dinámicas, que no por exteriorizarse tan claramente como aquellas dejan de existir realmente.

Hace tiempo J. Pi-Suñer en los mapuches de Chile y Benedick y Stegerda en los mayas del Yucatán comprobaron que el valor del metabolismo mínimo era igual en los dos grupos y a la vez diferente del de las razas blancas. Nosotros, al buscar las causas de la distribución pilosa característica del indio, hemos aludido a las diferencias raciales que probablemente ofrece el funcionalismo testicular. La isoaglutinación tiene, pues, además del aspecto morfológico, cierto carácter funcional, estableciéndose a la vez, en este sentido, diferencias raciales.

No habiendo hecho todavía la elaboración de los datos retenidos en las provincias del sur del país, daremos aquí inicio una COMUNICACION PRELIMINAR de los resultados encontrados en el resto del mismo, bajo la forma de los tres capítulos siguientes. Presentaremos, por fin, un cuadro que resume tales resultados.

A. **La Raza Observada.** Los Indios del Ecuador, cuyos caracteres físicos corresponden a los de los pueblos ANDINOS de von Eickstedt y José Imbelloni en su clasificación general de los aborígenes americanos, se diseminan en el territorio de un modo desigual, formando importantes núcleos en ciertos lugares y desapareciendo casi completamente en otros.

Según nuestras observaciones, las diferencias que existen entre sí las diversas agrupaciones indias entre las reales se realizó nuestro trabajo son, aparentemente al menos, más de carácter étnico que antropológico, es decir se refieren a costumbres y dialectos. Nuestros indios son en general de talla baja o mediana, pigmentación oscura, cabello liso con distribución infantil-feminoide, cara ancha y pómulos salientes, torso encorvado, tórax redondo, mancha mongólica y pliegue ocular mongólico casi constante en los

últimos años de la vida. Los caracteres craneanos en los indios actuales de Imbabura son, según nuestras propias reservaciones, en su mayoría intermedios o mixtos, es decir revelan la confluencia de diversos aportes raciales, lo que

por otra parte en relación con el pasado prehistórico de los primitivos habitantes del Ecuador. Sabemos hoy que durante largo tiempo estuvo el país sometido a influencias

— pacíficas, que se ejercían por medio de penetraciones lentas y pacíficas, o bruscamente por la guerra. Las más conocidas entre aquellas son las de origen chibcha y centroamericano, y entre éstas la invasión incásica y la penetración incaica a la Provincia de Loja.

B. **Material y Métodos.** Las series examinadas se componen de indios puros bien seleccionados. Es posible, sin

dudarlo, que se hubiera deslizado entre ellos alguno u otro mestizo; pero siendo su número tan pequeño no altera esencialmente los resultados. En la preparación de los especímenes intervenido personalmente. Empleamos siempre material de laboratorio esterilizado al autoclave, y en cada

vaso recogimos la sangre donada por varios individuos pertenecientes al mismo grupo sanguíneo. Procediendo así, hemos obtenido un suero dotado de medianas propiedades aglutinantes. Preparamos siempre, además de los sueros A y B, el O, que lo hemos empleado para el control de los anteriores fundándonos en el hecho de que este suero aglutino los hematíes de la sangre en los grupos restantes A, B y AB. La prueba hecha con este suero que, excepto en la campaña del Oriente, no dejó de emplearse en ningún caso, no falló nunca, contribuyendo así de un modo muy eficaz a la exactitud de los diagnósticos. Por otra parte los sueros fueron siempre preparados tres o cuatro días antes de hacerse la investigación y controlados durante la misma por medio de individuos de grupo conocido o de sangre-testigo citratada. De cada individuo se tomaron tres gotas de sangre por picadura aséptica del lóbulo de la oreja. Fueron luego sometidas a la acción de los sueros mediante mezcla y agitación. Las reacciones, en los casos en que el individuo pertenecía a uno de los grupos A, B o AB, empezaban generalmente a los diez segundos y eran nítidas al minuto. En todos los casos en los cuales no se producía reacción aglutinatoria alguna la placa fué observada durante diez minutos.

C. **Los resultados obtenidos.** Lo que llama primero la atención al examinar en su conjunto nuestras series, es la igualdad de los valores porcentuales en ellas. Se advierte sin embargo que tal semejanza, característica de las series de la **serranía** (Imbabura, Chimborazo, Cotopaxi, Tungu-ranua y Pichincha) con 93.5 a 95.2 de O, 3.1 a 4.5 de A, y 0.8 a 1.7 de B, disminuye un tanto al considerar tales series en relación con las de la **hoya amazónica** (Napo-Pastaza). Aquí los valores porcentuales de O, A y B son 97,93; 1.80; 0(21 %. Debemos consignar también el hecho de que en la última región los valores de A y B sólo empezaron a manifestarse mucho después de haber tomado las primeras doscientas observaciones, lo que demuestra la necesidad de examinar sistemáticamente el mayor número posible de individuos .

Nosotros no hemos encontrado un porcentaje tan alto de A como Matson y Schrader en los indios norteamericanos Blackfeet y Blood, ni de B, como G. Rohm y Golden en los fueguinos y carayá sudamericanos. La gran mayoría de

los individuos pertenece al grupo O, que llega a los 98 y aún ~~100~~ por cien y en un sólo caso desciende a ~~88,8~~ por cien. Sin embargo podemos afirmar que de un modo general, en las grandes masas indígenas americanas la propiedad sanguínea O no se presenta como única, sino junta a las propiedades A, B y AB, que se exteriorizan siempre que la observación comprenda series bien numerosas. Ya mencionamos que los caracteres craneanos de nuestros indios son, en la mayoría de los casos, intermedios o mixtos, y este estado intermedio se exterioriza también en la presencia de los grupos A, B y AB, en la mayoría de las series. La tesis sostenida por el ilustre antropólogo argentino Imbelloni sobre la pluralidad de los grupos sanguíneos de los aborígenes americanos, se ve confirmada por los hechos que aportan nuestras investigaciones, sin perjuicio para el hecho definitivamente establecido que el grupo O es el que prevalece en forma sorprendente en el indio americano.

Ya desde aquí quiero exteriorizar mi sincera gratitud a mi excelente colaborador el Profesor Agregado de la Cátedra de Anatomía, Dr. José D. Paitan, por la muy valiosa ayuda que me ha prestado.

C U A D R O

GRUPOS SANGUINEOS. RESULTADOS

Región Imbabura

Otavalo		Atuntaqui		San Pablo	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
O. — 781	95,24	O. — 174	88,77	O. — 60	96,77
A. — 29	3,53	A. — 14	7,14	A. — 1	1,61
B. — 6	0,73	B. — 5	2,55	B. —	
AB. — 4	0,48	AB. — 3	1,53	AB. — 1	1,61
Total. .	820	Total. .	196	Total	62

Espejo	San Rafael	Human
N <sup>o</sup> %	N <sup>o</sup> %	N <sup>o</sup> %
O. — 99 98,01	O. — 139 98,58	O. — 123 98,4
A. — 2	A. — 2	A. — 2
1,98	1,41	1,6
B. — .....	B. — .....	B. — .....
AB. — .....	AB. — .....	AB. — .....
	Total. . 141	Total.. 125

Cómputo total en la Provincia de Imbabura

N <sup>o</sup> %	
O. — 1.376	94,53
A. — 50	3,46
B. — 11	0,76
exa- AB. — 8	0,55
	Número total de minados . . 1.445

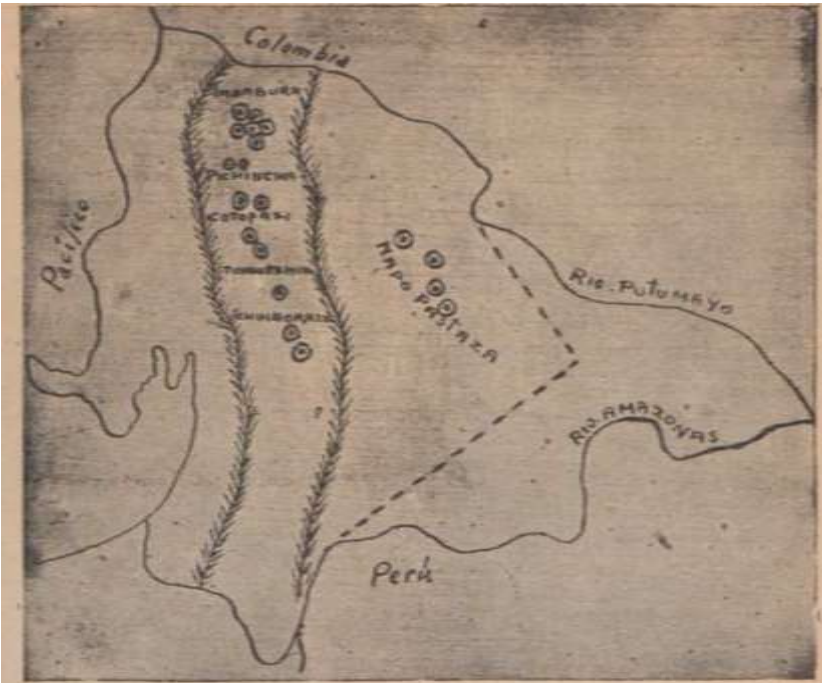
**Región Pichincha**

Calderón		Nayón Cómputo total en la Provincia			
N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
O. — 1 69	96,57	O. — 207	95,39	O. — 376	96,1
A. — 4	2,28	A. — 5	2,30	A. — 9	2,2
B. — 1	0,57	B. — 4 *	1,84	B. — 5	1,2
AB. — 1	0,57	AB. — 1	0,46	AB. — 2	0,5
Total.	175	Total. . , 217		Total. .	392

**Región Cotopaxi**

Latacunga		Saquisilí		Cómputo total en la Provincia	
N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
O. — 922	95,24	O. — 454	94,97	O. — 1.376	95,15
A. — 37	3,82	A. — 12	2,51	A. — 49	3,388
B. — 9	0,92	B. — 11	2,3	B. — 20	1,383
AB. — 0	0	AB. — 1	0,20	AB.	
Total.	. 968	Total. . 478		Total. .	1 .448





Ecuador. Lugares donde se realizó la investigación.



FIG. 1.—Indio de Calderón (Pichincha).



FIG. 2.—Indio de Otavalo (Imbabura).



FIG. 3.—Indio de Cicalpa (Chimborazo).



FIG. 4.—India de Colta (Chimborazo).



FIG. 5.—Indios de Eoza (Oriente).

— **Región Tungurahua**  
Ambato

	N <sup>o</sup>	%
O.	1.051	93,5
A.	53	4,71
B.	19	1,69
AB.	1	0,08
Total..	1.124	

**Región Chimborazo**

Riobamba		Cicalpa		Cómputo total en la Provincia	
O.	%	O.	%	O.	%
N <sup>o</sup> — 1.075	94,54	— 259	94,87	N <sup>o</sup> — 1	94,6
A. — 50	4,39	A. — 13	4,76	A. — 63	4,46
B. — 10	0,87	B. — 1	0,36	B. — 11	0,78
AB. — 2		AB. —		AB. — 2	0,14
Total.	0,17	Total.	0,273	Total..	1,41

**Región Ñapo - Pastaza**

Archidona		Cotundo		Tena	
N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
O. — 521	97,93			O. — 217	100
A.	— 9			O. — 153	95
217 A. — 8	4			1,69 Total..	
B.	—				
2	0,37			Total..	161
AB. —					
Total..	532				

Ñapo		Cómputo total en la región	
N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
O. — 34	100	O. — 925	97,987
		Total..	34
		A. — 17	1,80
		B. — 2	0,211
		Total de individuos examinados..	944

COMPUTO GENERAL EN TODAS LAS REGIONES

	N <sup>o</sup>		%
O.	6.438		95,23
A.	—	241	3,56
B.	—	68	1,00
A.B.	13	0,19	

Número total de examinados. . . 6.760

Dr. Arsenio de la Torre.  
Profesor Titular de la Cátedra de Semiología

## Ptosis Hepática

**Hígado flotante.—Hígado desplazado.—Hígado móvil**

Por ptosis hepática entendemos el descenso del hígado hacia la cavidad abdominal, abandonando su posición normal, netamente subdiafragmática.

Anatómicos, histólogos y clínicos, han demostrado poco interés por el estudio minucioso de este proceso patológico, considerado como raro.

En 1754, Heister, y en 1804 Portal, ya hicieron su descripción incompleta. Cantani en 1866 trató de explicar su patogenia. Leube en 1894 y Tandler en 1908, fueron los primeros que autopsiaron cadáveres de enfermos fallecidos con dolencias diversas, pero en los cuales se encontraba presente la Ptosis hepática. Posteriormente, Eppinger de Viena, también prestó atención al asunto.

El vocablo ptosis implica desplazamiento del órgano y alargamiento de los ligamentos que lo sostienen a los órganos vecinos. Sin embargo, en los casos hasta ahora autopsiados no se ha comprobado el alargamiento de la Vena Cava Inferior entre la cara superior del hígado y la cara inferior del diafragma: se la ha encontrado igual a 4 cms., dimensión normal. Sabemos la íntima unión que existe entre el Hígado y la Cava Inferior: al desplazarse aquel debería elongar a su vena solidaria. Y, esto no sucede. En la necropsia únicamente se ha comprobado un ligero alargamiento del ligamento falciforme y de los triangulares, que realmente no son medios fijadores o de sostén del hígado. En consecuencia, la necropsia no aclara la patogenia del proceso; no existen alargamientos de los ligamentos hepáticos. Tandler en 1908 en el protocolo de autopsia del ca

so estudiado por él, entre otras cosas, sin mayor importancia, decía lo siguiente: abierta la cavidad abdominal se descubre al hígado como que hubiese girado alrededor de su eje transversal; la zona posterior hepática, se encuentra muy hipertrófica.

Después se invocó al tipo Asténico como causa primordial para la presentación de Ptosis hepática.

Este tipo constitucional, llamado también Hipomesenquimatoso, presenta como fenómeno llamativo gran laxitud del tejido conjuntivo y pobreza en fibras elásticas; es decir, mayor capacidad para la elongación del sistema ligamentoso de sostén. Y, sin embargo, la práctica comprueba que la Ptosis hepática no es privativa del Tipo Asténico hipomesenquimatoso, en el cual encontramos, indudablemente, la mayoría de las visceroptosis: gástrica, cólica, cecal y renal.

En el Asténico, cuya conformación corporal damos por sabida, con cúpulas diafragmáticas generalmente más elevadas, pareciera que el hígado se amoldara a su continente. En realidad su diámetro vertical parece crecer; el borde inferior se palpa por debajo del punto medio xifoumbilical; también se palpa una extensión notable de la cara anterosuperior del órgano; y la zona de matitez absoluta se encuentra aparentemente acrecentada. Sin embargo, el volumen total de la glándula no ha aumentado. Palpando en posición sentada, que es cuando obtenemos la posición más baja del diafragma y, por tanto, del hígado; o, en posición de pié, que nos proporciona también una situación baja, intermedia entre la de decúbito supino (posición más alta del diafragma) y la sentada, observamos que la masa hepática se vuelve más accesible a nuestros dedos, porque ha sufrido un ligero descenso ortostático fisiológico, demostrando una clara movilidad respiratoria, indicando que continúa solidaria con el diafragma. Ha sucedido también, que gran parte de la cara superior convexa, se ha transformado en cara anterior. Aquí, por tanto, el hígado ha modificado su forma; por decirlo así, se ha hecho longilíneo.

En el tipo pícnico, el diámetro transversal hepático aparentemente ha aumentado; su diámetro vertical se ha acortado; el borde hepático se palpa, si bien en mayor extensión en razón de la mayor abertura del ángulo epigástrico, muy por encima del punto medio xifoumbilical; el

área palpable de la cara, anterosuperior convexa, es muy reducida. Es un hígado transversal, echado; por decirlo así, se ha hecho brevilineo. Aquí también, el hígado se ha amoldado a su continente.

Esto demuestra, indudablemente, que la glándula hepática es una masa plástica y moldeable.

La plasticidad del hígado se demuestra también de otras maneras. En las hernias umbilicales congénitas se han encontrado mamelones hepáticos surgidos de la superficie del hígado y unidos a la glándula. En las hernias diafrágicas derechas se han visto prolongaciones coniformes partidas de la cara superior. El hígado emite también mamelones hacia los divertículos anormales vecinos a él. Recordemos también las huellas que se forman en la superficie hepática cuando la glándula es largamente comprimida por un derrame ascítico contra la cara interna de las costillas. Otra prueba más de la plasticidad activa del hígado la tenemos en el llamado "Hígado entallado", hoy de rara observación, porque la mujer ha abandonado ya el corset y no está de moda la cintura estrecha. Y, por último, el lóbulo de Riedel de la Colelitiasis, es otra manifestación más de la plasticidad hepática y de su poder hiperplásico, unas veces vicariante, y otras, regenerativo; no es posible entablar discusión ni plantear dudas sobre la actividad hiperplásico regenerativa del hígado, que es asombrosa.

De todo lo expuesto, es lógico concluir con Tandler, que el hígado crece en el sentido de la menor resistencia y se atrofia en los puntos donde está sometido a una presión ininterrumpida. Lo principal, es la plasticidad activa del órgano, que es proporcionalmente directa con la capacidad hiperplásica.

Para Tandler no existe una verdadera Hepatoptosis, sino una deformación hepática. El hígado crece y se desarrolla hacia el sitio que le ofrece menor resistencia. Por que, al denominado Hígado flotante o Ptósico, se lo ha encontrado en las grandes flacideces de la musculatura abdominal, en las eventraciones postquirúrgicas especialmente, y en las hernias de la pared anterior. Es, por tanto, la discontinuidad parietal, la causa más llamativa, según la opinión de Tandler.

Pero analicemos los hechos más hondamente. Sabemos que la presión que ejerce la musculatura abdominal se reparte en todas direcciones en el interior de la cavidad,

y es la fuerza más efectiva que mantiene a las visceras en su sitio, presión que tiene su antagónica en la actividad diafragmática inspiratoria. Si la presión abdominal tiende a elevar el hígado, la contracción diafragmática lo hace descender. La presión abdominal puede aminorar por la discontinuidad parietal, pero en cambio la actividad presora del diafragma no decrece. En este desnivel de presiones en juego debemos reconocer una gran causa funcional para la presentación de la Ptoxis hepática: el hígado desciende hacia la cavidad abdominal, hacia donde existe menor presión.

Tandler dice haber encontrado muy hipertrófica la zona posterior del hígado. He transcrito textualmente sus palabras. En la región lumbar el órgano apenas si tiene desplazabilidad; no tiene ambiente para demostrar su poder hiperplásico. Y sin embargo, se hipertrofia. Es un argumento contra la teoría de Tandler. La hipertrofia posterior hepática tiene su explicación: los movimientos del hígado se ejercen teniendo como eje casi inmóvil la parte posterior; lumbar, que actúa como agente irritativo hiperplásico. Clínicamente, los enfermos acusan dolores dorsolumbares en Ortatismo, que se explican fácilmente por lo que acabamos de decir.

En conclusión: la discontinuidad de la pared, y la hipopresión abdominal constituyen la patogénesis de lo que hemos de seguir llamando Hepatoptosis, por ser un término consagrado por el uso, y por representar, siquiera en parte, una realidad anatomoclínica. Existe el descenso del órgano, no, por flacidez o alargamiento de sus medios de sostén como se había creído; y puede también coexistir la deformación hepática, como opina Tandler.

El diagnóstico de los grandes Hepatoptosis es fácil. No voy a insistir en su sintomatología, por ser muy conocida: descenso del límite superior de la matitez hepática que se hace muy notorio en posición sentada o de pié; ya en decúbito supino se palpa el hígado por debajo del reborde costal; con el borde mirando hacia delante; se lo puede enganchar y hacerlo dibujar bajo la pared estando el enfermo sentado o de pié, el borde inferior desciende francamente, llega casi hasta la cresta iliaca; si se hace acostar al enfermo es posible reponer al órgano al hipocondrio y aparecerá matitez o el límite hepato pulmonar ascenderá. **La** movilidad respiratoria hepática, lógicamente, es muy reducida. Radioló



gicamente se observa aumento de espacio hépatodiafragmático, como si hubiese un pequeño neumoperitóneo; el colón puede interponerse entre el hígado y la pared abdominal derecha (signo de Chilaiditis).

Hace algunos años, sistemáticamente, he palpado el hígado, comparativamente, en decúbito supino y en posición sentada. Y esto me ha permitido señalar ciertos datos que creo de interés para el diagnóstico de las hepatoptosis poco marcadas. En esta última posición el hígado desciende normalmente, pero debe conservar su movilidad respiratoria solidaria con la actividad diafragmática. Si la desplazabilidad respiratoria decrece o no se efectúa (la energía de la actividad muscular puede juzgarse por el grado de la tensión abdominal respiratoria) aboga a favor de ptosis hepática.

A la palpación he encontrado también un dato muy llamativo, ostensible ya en decúbito supino, y aún más en posición sentada o de pié: la gran dificultad para palpar netamente el borde inferior. Se explica ya por la interposición colónica y también, porque en la hepatoptosis, dicho borde, por el basculamiento del órgano, mira hacia abajo y un poco hacia atrás, y tanto, que permite palpar la cara anterior en gran extensión y con toda nitidez. Las dos técnicas palpatorias que aconsejo son: la del enganche de Mathieu, y la de Gilbert, inclusive la variante para la palpación del borde posterior. La de Chauffard, o las técnicas defectuosas de aplicación de las dos manos de plano sobre la pared abdominal, rechazan el hígado ptósico contra los planos posteriores, y no permiten localizar el borde, que es lo importante. Recordemos de paso, que la localización del borde anterior normal, por su consistencia, es bastante difícil de palpar; tanto, que muchas veces no podemos localizarlo.

Además, debo mencionar otro signo más, que, como los dos ya descritos, no lo he visto mencionado: la posibilidad de introducir fácilmente nuestros dedos entre la pared costal y el hígado. Sabemos que en una hipertrofia hepática de algún volumen, esto es bastante difícil, y en algún caso, imposible.

Opino que en las Hepatoptosis, en los casos avanzados y muy crónicos, hay siempre estasis en las suprahepáticas, que va a reflejarse ingurgitando el hígado, determinando a la larga su endurecimiento cirrótico, como si se tratara de

una éstasis cardiaca; por esos es que, el borde a la larga se pone duro, afilado. También, a la larga el vaciamiento de la porta en el hígado se encuentra impedido: aparecerán hemorroides, ascitis.

La sintomatología funcional acompañante está en relación directa con el ortostatismo (1); desaparece o se atenúa con el decúbito supino. Lo cual constituye un signo importante para el diagnóstico diferencial. No puedo detenerme más en la exposición del cuadro clínico, la relación que guarda la hepatoptosis con las otras Visceroptosis, ni en el tratamiento (2).

La hepatopexia ha resultado ineficaz. Una buena faja abdominal de sostén, es realmente útil, tan útil que las molestias desaparecen muy rápidamente, lo que no observamos en las otras Visceroptosis.

Agradezco a los colegas y estudiantes que me han escuchado, y pongo a su consideración, estos trabajos de la Cátedra a nuestro cargo.

/

(1) Tanto, que muchas molestias pueden englobarse en el "Síndrome hipo-tónico ortostático" o en el "Síndrome Abdominal Ortostático", tan admirablemente descrito por el profesor Roberto Novoa Santos, en su última e inconclusa obra "Patología Postural", en la cual el autor no se ocupa de la Ptosis hepática.

(2) La Visceroptosis no se encuentra en los animales cuya actividad se ejerce en posición horizontal. Solamente se la ha encontrado en el hombre cuya actividad se desarrolla en posición orto.

Dr. Sergio Lasso Meneses

## Estrechez del Esófago

### Síntesis de la Conferencia sustentada ante la A. M. Q. de Quito y en el Salón de Higiene de la Universidad Central

Dentro del programa anualmente desarrollado por la Asociación Médica de Quito, y en su Calendario de trabajos y disertaciones, consta mi nombre; ésta es la razón por la cual vengo en esta fecha señalada con algunas observaciones de clientela privada, para someterlas a vuestra ilustración y elevado criterio.

Para entrar en materia, séame permitido refrescar los conocimientos anatómicos: del esófago diré: es un conducto músculo membranoso, aplanado en el sentido antero posterior, colocado longitudinalmente detrás de la tráquea, delante de la región pre-vertebral y encargado de transmitir los alimentos desde la faringe hacia el estómago.

El cartílago cricoides, el cuerpo de la 6<sup>a</sup> vértebra cervical o 15 centímetros medidos desde la arcada dentaria, señalan su iniciación: ahí está la boca del esófago. La 1<sup>a</sup> vértebra dorsal y la 7<sup>a</sup> articulación condro-esternal izquierda son miras de su final, de su esfínter terminal, del epicardios .

La longitud y el calibre de este conducto guardan proporción: 5, 16 y 2 centímetros de longitud por 15,22 y 16 milímetros de calibre. Estas dimensiones, el borde superior del esternón y el diafragma, quizá dieron razón a la Escuela Francesa para dividir topográficamente el esófago en tres zonas y estudiarlas separadamente.

La dirección de este conducto no es de impecable verticalidad. Se dobla hacia adelante, tanto a la izquierda como a la derecha; sale de la línea media como esquivando el eje; he ahí la razón por qué algunos cirujanos lo buscan por la derecha y otros lo atacan por la izquierda.

Organo muy relacionado está siempre detrás de la tráquea; ambos guardan relaciones mediatas y se codean con la aorta, las venas ácigos, el conducto torácico, el recurrente izquierdo, los dos neumogástricos, etc., etc.; y digo relaciones mediatas, porque estos órganos del mediastino posterior se aflojan de las pleuras y de sus nobles vecinos merced al laxo tejido circundante y a su gran elasticidad.

En mis lecciones de Anatomía Aplicada, más de una vez insistí en el paralelo morfológico de ciertos órganos; dije entonces y ahora me ratifico, que no es el cadáver la única fuente de investigación y estudio del anatomista; a los datos obtenidos en los tejidos muertos, estáticos, transformados por los medios de conservación, hemos de añadir otros más completos, más precisos y que nos enseñan las formas in-vivo. En tratando del estómago y del esófago recalqué la valía de los estudios radiológicos y fotométricos.

El esófago lleno y en posición daría la forma de una salchicha de 26 centímetros de longitud, con más de cien centímetros cúbicos de capacidad y con tres escotaduras correspondientes a sus naturales estrecheces.

Al seccionar el esófago se advierten sus dos capas: la muscular con la orientación de sus fibras y la mucosa medio separada de aquella por la celulosa. Estructura valiosísima para la explicación de ciertos fenómenos.

En este instante afluyen a mi mente con intensa asociación las ideas de la Escuela Rumana de Turnesco acerca del mesenterio: los estudios del simpático en el estómago y esófago, del gran Leriche y recuerdo con viveza las palabras de Laignel Lavastine: "hay que separarse un momento de la descripción anatómica y hacerlo **pensando fisiológicamente**"

Os invito señores a proceder así; veamos en el esófago un órgano ya contráctil o dilatado y dueño de sus fibras así lisas como estriadas.

¿Cómo puede estrecharse el conducto esofágico? Es obvio suponerlo. Los aquí presentes lo saben mejor que yo; sin embargo, diré: cualquiera de sus vecinos exteriores ya sea por su volumen o por adherencias, aplastarán al conducto; cualquier defecto en las paredes esofágicas producirá el mismo resultado y si en su luz crece un pólipo, ingresa un cuerpo extraño o se presenta un reflejo, también se observarán identidad de fenómenos.

El estrechamiento del esófago, nos dicen los clásicos, es una disminución de calibre de este conducto, ligada a una lesión orgánica de sus paredes y susceptible de mejorar bajo la influencia de un tratamiento apropiado.

En medicina pocas veces se define, pero, he aquí una buena definición; todos los términos están medidos; por eso me he permitido escribirla en la pizarra y fijándonos en ella, ya podemos eliminar el cáncer, los espasmos y las compresiones de vecindad.

### ETIOLOGIA

Descartadas las antedichas causas, prescindo de algunas divisiones y subdivisiones de los autores, paso a enumerar las más generales, a saber:

**Cáusticos.**—Sean éstos ácidos, bases o sales, el hecho es que hay similitud en la acción. Aclararé con un caso: algunos años há, cuando estuve de guardia en uno de nuestros hospitales, fui llevado de urgencia a la carrera Ambato. Una señorita había ingerido tres pastillas de sublimado. Llegué una hora quince minutos después del incidente. Introduje un tubo de Faucher en el estómago y practiqué un gran lavado con leche, a continuación introduje seis claras de huevo y retiré el tubo. Hice todo lo aconsejado en tales envenenamientos y la citada señorita mejoró; tuvo algunos días signos de nefritis y persistió una cialorrea y una disfgia por mucho tiempo. Tuvo signos de estenosis esofágica por espacio de ocho meses y al fin curó.

**Traumatismos externos.**—Cualquier trauma en la región cervical puede producir estrechez en el esófago. Algunos pugilistas han presentado temporalmente el fenómeno. Las heridas de guerra, sean producidas por armas blancas o por proyectiles, y aun cuando no hayan perforado el esófago, han producido estrecheces cicatriciales. Las últimas publicaciones americanas lo comprueban.

**Líquidos hirvientes.**—Junto a los cáusticos y a su tremenda acción química, deberíamos colocar esta otra causa

de esofagitis aguda. Ha llegado hasta mis manos una publicación con una estadística de jóvenes ingleses que por haber ingerido té hirviendo fueron atacados de esofagitis y algunos presentaron el cuadro de la estrechez.

**Hielo seco.**—Conocida de todos es la acción de este poderoso medio. Nuestra gente poco educada y nada conocedora del hielo seco, ha usado más de una vez para reemplazar al hielo ordinario. He visto dos casos de enorme escara a causa de haber usado una bolsa de hielo seco sobre el vientre.

Hay necesidad de educar especialmente a nuestros niños quienes juegan haciendo cigarritos de papel con hielo seco e introduciéndose en la boca para gozar con el humo desprendido. Asistí una vez a la ingestión de un trozo del mencionado hielo que adherido a la mucosa esofágica terminó por ulcerarla, experimentando el muchacho las consecuencias de su imprevisión e ignorancia.

**Cuerpos extraños.**—Las víctimas preferidas, por así decirlo, por los cuerpos extraños, son los niños y los alienados. Broches de camisa, alfileres, imperdibles y muchísimos otros objetos han causado gravísimos trastornos por idénticos mecanismos.

**Traumatismos internos.**—Así los llamo para diferenciarlos de los externos, a las faltas cometidas sea para la exploración o para la extracción de cuerpos extraños. La falta de técnica en el empleo del extractor de Kirmisson o el uso de olivas han determinado inflamaciones y erociones las que han producido estenosis del conducto.

**Esofagitis aguda.**—Las grandes infecciones como la tifoidea, erisipela, difteria, escarlatina, viruela, herpes, etc., etc., juegan papel importantísimo en la afección que nos ocupa, como lo demuestran las estadísticas de casi todas las latitudes.

**Esofagitis crónica.**—El origen de ciertos estrechamientos lo tendríamos en la sífilis, tuberculosis y actinomicosis. Salta a la vista esta causa etiológica y no hace falta ni explicación semiológica.

**Úlcera simple del esófago.**—Consultando alguna literatura médica me encontré con los estudios de Debove y Renault y una tesis de Benez quien reunió 15 observaciones. He querido solamente hacer una cita y me reservo para el instante de la discusión.

## ESTUDIO CLINICO

**Interrogatorio.**—Como en pocos casos, el interrogatorio le servirá al médico, máxime si topa con una persona de regular cultura. Los antecedentes personales, los episodios agudos con sus síntomas salientes nos darán el esquema anatómico y podremos reconstruir desde la esofagitis aguda hasta el período de estado en el que encontraremos los siguientes síntomas:

**Cialorrea.**—Síntoma inconstante en la esofagitis y muy marcado cuando se trata de un cáncer en evolución o cuando se trata de espasmos. Algunas veces a este síntoma se añade el mal aliento y un olor sui géneris cuando hay epi- telioma.

**Dolor.**—Algunas veces falta o se presenta solo en los momentos de la deglución y es fijo y variable según los sitios de localización, en los casos de úlceras y cáncer.

**Disfagia.**—Este si es un signo infaltable; en muchos casos se presenta intermitente desde el período de iniciación hasta el de estado, diferenciándose en el cáncer, en donde va en rápida progresión creciente.

**Regurgitación.**—Después de la cialorrea a veces solo nocturna suelen presentarse de tiempo en tiempo regurgitaciones sin náuseas, casi sin esfuerzo, poco abundantes y ordinariamente alimenticias.

**Vómitos esofágicos.**—Cuando el esófago se distiende retiene alimentos; estos fermentan y por encima del obstáculo se forma algunas veces atro estómago; tal la cantidad de materiales devueltos al exterior en aparatosa convulsión.

**Hemorragias.**—Aparte de las que se presentan prematuramente en los casos de tumores malignos, también son dignas de atención las hemorragias a veces espontáneas, o provocadas por el vómito en los casos de grandes erosiones, soluciones de continuidad de la pared, en los infartos de la mucosa o después de repetidos o mal ejecutados cateterismos .

### ESQUEMA ANATOMO PATOLOGICO

¿Qué grado tiene la estrechez? Con nuestra fantasía contestaremos a la pregunta y nos diremos: si es ligera la estrechez apenas existirán granulaciones hacia la luz del conducto; si es grande y profunda, supondremos también alteración similar en el conducto el que aparecerá como manga de saco invertida.

¿Cuál el sitio de la estrechez? Pensaremos al momento en la ley de Andral y Hunter: el estrechamiento en general se hace en los extremos del conducto y yo completaría: los cuerpos extraños se quedan en el estrechamiento bronco - aórtico.

¿Qué número de estrecheces hay? Von Hacker presentó una curiosa estadística de estrecheces en cuya lista se encuentra: la **única**, más frecuente y la **múltiple**, más rara.

**Medición de la estrechez.**—Antes de practicar la medición por los métodos corrientes, tendremos presentes los datos de Anatomía Aplicada; y antes de buscar la extensión de la estrechez, con nuestra imaginación seguiremos las complicaciones locales que pueden presentarse y los órganos cuya función puede menoscabarse.

### DIAGNOSTICO

Todos sabemos cuán necesario es el diagnóstico y sin fijarlo no se pueden dar indicaciones a conciencia. El diagnóstico de probabilidad lo fundamentaremos en el interrogatorio, en los síntomas arriba enumerados y en nuestra



primera observación clínica llevada a efecto según las reglas generales.

Después de haber ejecutado nuestra inspección, palpación, percusión, auscultación, etc., iremos a las demás exploraciones físicas y combinaremos con los datos de laboratorio para sentar nuestro diagnóstico de certeza, lo más pronto posible.

Un ojo clínico sacará enorme provecho si observa adenopatías, tumoraciones o cualquier trastorno funcional en los órganos del mediastino. Un buen oído acaso percibirá el especial y cadencioso ruido del líquido que pasa a través de una estrechez, si de antemano se ha ejercitado en oír el que produce un esófago normal.

**Cateterismo.**—Es operación simple pero delicada y como en todos los casos, si no es especialista y si no la ha ejecutado otras veces no la podrá ejecutar con corrección y será mejor abstenerse, salvando, eso sí, las circunstancias.

El cateterismo en buenas manos dará preciosos datos y si hace falta, se recurrirá a los otros dos procedimientos: la radiografía y la esofagoscopia .

**Radiografía.**—En nuestros medios este procedimiento es lo más valioso, y lo más rápido. Cualquiera de nuestros radiólogos nos pondrá a tiempo sobre la pista del diagnóstico y cualquiera de nosotros sabrá pedir la interpretación de la plancha radiográfica.

**Esofagoscopia.**—Procedimiento precioso de diagnóstico, permite la visión y la maniobra directa y está indicado en casi todos los casos.

El esofagoscopio se ha perfeccionado tanto que se puede decir, él solo puede llevarnos al diagnóstico de certeza. No todos los cuerpos extraños interceptan los rayos X, y éstos no determinan si el cuerpo extraño está en el esófago o en la tráquea; en consecuencia, salta a la vista la diferencia .

## PRONOSTICO

El diagnóstico de certeza nos llevará como de la mano al diferencial y nuestro criterio asentará el pronóstico en la

causa: cáncer, tumores diversos, cáusticos, espasmos, me- ga-esófago, dolico-esófago, divertículos diversos, etc., etc.; estas causas relacionadas con las complicaciones locales o generales darán precisión en el pronóstico.

### TRATAMIENTO

El tratamiento, como es natural, ha de ser causal; algunas veces bastará el medicamentoso; en otros casos ha de recurrirse a la dilatación metódica; habrá otros susceptibles de aplicación de radium; en fin, otros serán esencialmente quirúrgicos; antes de ir a las grandes operaciones; se empleará la ESOFAGOSCOPIA que evita maniobras ciegas y operaciones peligrosas; pues las estrecheces cicatriciales infranqueables, las estenosis espasmódicas graves se curan con este medio de intervención y de exploración a la vez.

Y en los casos en donde todo ha fracasado, todavía queda la técnica quirúrgica para retirar el esófago, y reemplazarlo con otro o con el estómago del mismo paciente; es preferible una operación audaz a otra paliativa; y en el dilema de morir por cáncer o por una intervención, quizá al resolver lo segundo, por lo menos se abre las puertas a la esperanza y no se pone vallas al desenvolvimiento humano.

### CASUÍSTICA

OBSERVACION I.—Voy a resumirla en pocas palabras. Se trataba de un íntimo amigo mío, era un intelectual y un artista. No obstante la delicadeza de la salud, su peso había guardado siempre relación con la talla. De improviso se inició una disfagia; cuando me consultó diagnosticué estrechez del esófago, que inmediatamente fué comprobada a los rayos X. Como la disfagia fuese aumentando rápidamente, y habida cuenta del diagnóstico fijado, indiqué tratamiento quirúrgico; mi paciente lo rechazó y me pidió que sólo le calmara los dolores y que esperaría el final pacientemente. La radiografía tomada un mes después de la primera, enseñó el calibre del esófago reducido a una pipeta capilar. Tres meses después era el esqueleto viviente que

pintara Gangolphe. Emaciado. Huesos y piel. Sus ojos vivos, perdidos en las cuencas de las órbitas, exteriorizaban toda su inteligencia y toda la angustia del que se muere de hambre. Sus oídos estaban siempre atentos a todo lo que le rodeaba sin perder un sólo detalle y conservó su presencia de ánimo y su entereza de carácter hasta el último instante. Duró seis meses doce días desde mi diagnóstico.

OBSERVACION II.—Esta observación tiene algún interés desde el punto de vista de la evolución general de los tumores.

En el Archivo del Hospital San Juan de Dios de esta ciudad y en el tomo correspondiente al primer semestre del año 1932, consta la Historia Clínica de éste mi antiguo paciente cuya copia es como sigue:

El 27 de mayo ingresó con estado general bueno, pulso normal.

La enferma relata que hace un mes poco más o menos sintió una tumoración en el seno izquierdo, pero no le ha dolido ni ha tenido ninguna molestia. Hoy siente algo de malestar y dolor.

**Examen.**—Seno voluminoso y colgante. Por la palpación se nota una masa dura, no adherente a los plános profundos pero sí a la piel.

No hay muchos ganglios en la axila.

Operación 20 de mayo. Extirpación de la glándula, vaciamiento total de la axila, sutura y drenaje capilar.

Operadores: Estupiñán y Lasso.

Retiro de puntos: junio 7 .

Diagnóstico post-operatorio: Cáncer del seno.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia .

Alta: el 14 de junio de 1932. Muy bien.

En el ocaso del año próximo pasado viene a mi consulta esta enferma. Los antecedentes quirúrgicos de hace 1 1 años, la edad y la sintomatología del momento, me deciden a diagnosticar cáncer del esófago. La radiografía comprueba mi aserto y aquí está una de sus copias. Prevenida del pronóstico, la familia provoca una junta médica y por indicación de la hermana de un distinguido colega de la Facultad, asiste también el Sr. Dr. Fisch, quien, como tiene de

clarado ya el tema de su tesis ante la Honorable Facultad de Medicina, me solicitó el caso para tratarlo con sangre placentaria y llenar así los demás puntos de su trabajo en marcha. A los allí presentes les hice observar la longitud y la nitidez del antiguo corte operatorio y como es natural cedí mi cliente ipso-facto.

OBSERVACION III.—Hace momento había hecho notar las causas de la estrechez del esófago y como para que no falte un ejemplo, esta tercera observación se reduce solamente a presentar la radiografía de un caso en el que un aneurisma de la aorta produce una estrechez. El conocido radiólogo Sr. Dr. A. Terán Costalle, dice:

"En la radioscopia del tórax, no encuentro lesiones pulmonares. El corazón está aumentado de volumen, lo mismo que la aorta ascendente y descendente, la cual presenta **dilatación aneurismática**.

El esófago, presenta una estrechez a nivel del cayado de la aorta, por encima de esta estrechez el esófago está muy dilatado y se encuentra también gran **divertículo** por tracción situado tras del cayado de la aorta y hacia la izquierda. Estos datos pueden verse en dos radiografías, una oblicua anterior derecha y en otra frontal".

El señor de la referencia vino a mi consulta privada y como en mi examen encontré que el caso pertenecía a un distinguido colega de la Facultad, me excusé de tratarlo. Las radiografías me las proporcionó el Sr. Dr. Terán Costalle .

OBSERVACION IV.—Se trataba de un joven perteneciente a una distinguida familia de la localidad. El minucioso examen clínico practicado demostró excelente estado de salud. Los exámenes de laboratorio dieron datos negativos. Previas las radiografías y las diferentes exploraciones, se llegó a la conclusión de estrechez esofágica de origen cicatricial, dilatable y alta. Un connotado especialista en Guayaquil le había pasado algunas olivas pero le dolía mucho.

Cuando inicié mi tratamiento, (sólo por amistad con la citada familia) el paciente se alimentaba nada más que con líquidos y eso tomándolos a pequeños sorbos.

Mi tratamiento fué simple y sencillo. Al interior usé a intervalos Geneserina y Atropina. Exteriormente cocai-

nizaba el paladar y me valí de una simple sonda de Thomson que traje de la Clínica Mayo. Medí la estrechez, me hice cargo de las distancias y metódicamente fui hinchando la ampolla de la sonda. A los treinta y seis días de este tratamiento cedió la estrechez. Fui distanciando los períodos de dilatación y hace un año cinco meses suspendí todo tratamiento; el enfermo se encuentra en las mejores condiciones así para ingerir alimentos líquidos y sólidos como para ejecutar cualquier trabajo.

OBSERVACION V. — Gracias a la delicadeza de la enferma, quien ha venido hasta aquí con la mejor voluntad, puedo presentar el caso cuyo tratamiento no es definitivo todavía y cuyos datos son los siguientes:

Antecedentes hereditarios: negativos.  
Antecedentes personales: sólo reumatismo.

La afección se inició sin antecedentes en agosto del año próximo pasado y principió con cialorrea, náuseas, sensación intermitente de asfixia y ligera disfagia.

La primera radiografía la practicaron en setiembre de 1943 y enseñó una estenosis X. Instituido un tratamiento anti-espasmódico, cedió el accidente y la enferma volvió a la ordinaria alimentación. Pero 20 días después, bruscamente vino otra vez una disfagia, acompañada de un dolor retro-esternal y con vómitos alimenticios, sensación de fatiga y cialorrea nocturna.

Instituido el mismo tratamiento anterior, fracasó; se vuelve a practicar otra radiografía y la comida opaca se detiene encima del diafragma y demora mucho tiempo. La enferma se desnutre. La balanza acusa la pérdida de 23 libras en el lapso de 40 días. Las asfixias se le presentan con intermitencia y algunas noches se despierta y se encuentra bañada la cara y mojada la almohada por un líquido salido a través de la boca y de las fauces.

La tercera radiografía es tomada en diciembre del mismo año, con el fin de resolver definitivamente sobre el caso. Dicha radiografía enseña casi lo mismo que la anterior.

Con un nuevo tratamiento se obtiene alguna mejoría: cesan los dolores retroesternales, calman las asfixias, y el vómito se presenta menos frecuente.

En enero del presente año, el Sr. Dr. Terán Costalle, con la gentileza de amigo y sin cobrar nada a la paciente, verifica un examen y dice: "En el examen radiológico del esófago de la Sra. I. de Vergara, se observa que la papilla de contraste penetra normalmente hasta el cardias en donde se detiene, provocando una dilatación del esófago supra- cardial, una vez llena esta dilatación y de cuando en cuando pasa la comida opaca al estómago por un calibre disminuido. Los contornos de la estrechez son regulares y aún en ella se observan movimientos peristálticos. Los signos radiológicos corresponden a una estrechez parcial del cardias, probablemente de origen espasmódico".

Desde el mes de enero hasta el instante de presentarla, no ha vuelto a ser radiografiada ni se le ha hecho ninguna dilatación; el tratamiento ha sido esencialmente medicamentoso, porque la ingestión de alimentos ha ido en gradual mejoría; sin embargo, como dije al principio, no he declarado el caso curado sino en tratamiento. Y al someterlo a vuestra consideración no sólo espero cooperación de los profesionales aquí presentes, sino también una real labor social de esta nuestra Asociación Médica.

(Véase la ilustraciones y gráficas).



Nº 5.840.—p. Terán G.

Nº 5.841. — p. Terán G.





Nº 5.842.—p. Terán G.



Nº 5872  
21-10-43  
P. Terán G.

Nº 5.872.—p. Terán G.



**Sección Administrativa y  
Crónica**

Dr. Manuel H. Villacís  
Decano.

## Proyecto General de Organización de la Facultad de Medicina

### 1. FACULTAD: —ESTRUCTURACION GENERAL DE LA

I' Sección docente.

ESCUELA DE MEDICINA J

Sección administrativa

" ODONTOLOGIA.

" ENFERMERAS.

" OBSTETRICIA.

" FARMACIA.

INSTITUTO DE ANATOMIA Y MORFOLOGIA.

" MEDICINA LEGAL Y CRIMINOLOGIA. "

PATOLOGIA EXPERIMENTAL,

" BOTANICA.

" HIGIENE Y FISIOLOGIA.

" LA NUTRICION.

" MEDICINA TROPICAL.

" MEDICINA SOCIAL.

### 2.—LOCALES:

Escuela de MEDICINA: (Anexo al Hospital Espejo).

J' Sección docente. (H. Espejo)

" ODONTOLOGIA -J

" social. (U. Central)

" " ENFERMERAS: Actual local. (H. Espejo).

Maternidad.

" OBSTETRICIA: Escuela de enfermeras.

" FARMACIA: Escuela de Medicina.

INSTITUTO DE ANATOMIA: Escuela de Medicina.

" " MEDICINA LEGAL: Hospital San Juarf de Dios.

" PATOLOGIA EXPERIMENTAL: Esc. de Medicina. " "

BOTANICA: Escuela de Medicina.

" HIGIENE Y TISIOLOGIA: H. S. Juan de Dios.

" " LA NUTRICION: Escuela de Medicina.

" MEDICINA SOCIAL: Escuela de Medicina.

" MEDICINA TROPICAL: Escuela de Medicina.

SECCION DE BIENESTAR ESTUDIANTIL: Escuela de Medicina.

### 3. —AUTORIDADES DE LA FACULTAD. Orden

jerárquico:

Junta de Facultad.

Consejo Directivo (5 Profesores y 2 Estudiantes).

Decano.

Subdecano.

Consejos Ejecutivos: Director, Subdirector, y 1 estudiante.

### 4. —PROFESORADO. (Escalafón).

1. Médico de Sala o Profesor Auxiliar. (Reglamento especial).

2. Profesor Agregado. (Reglamento especial).

3. Profesor Titular. (Jefe de Servicio).

### 5. —CONEXIONES DE LA FACULTAD CON ENTIDADES EXTRA-UNIVERSITARIAS.

Asistencia Pública: representante directo de la Facultad.

Hospitales: Directores y personal técnico por nombramiento directo o terna de la Facultad.

Maternidad: Director de la Facultad.

Hospicio y Manicomio: Director de la Facultad.

Servicio Médico-Legal de Policía: Director de la Facultad, ad-honorem.  
Sanidad.— Sanciones legales de la Facultad.  
Sanidad Rural. (Ministerio de Previsión Social); Egresados — equipo —  
local — sueldos.

## 6.—LABORATORIOS.

Centralización. (Escuela de Medicina)

Modernización total.

Ampliación.

l' Horario adecuado.

Personal mínimo.

Reglamentación

Expertos técnicos. (Preparadores)

Tarifas. (Para el público).

## 7. —PLANES DE ESTUDIOS MEDICOS EN 6 AÑOS,

Eliminar el Preparatorio.

Eliminar materias de enseñanza secundaria refundiendo: la Física en

Fisioterapia, la Botánica en Farmacología,

la Química, reducir a la Química Biológica, con profesor de la Facultad  
y médico.

Dejar en un año la Anatomía y la Histología.

Programas sintéticos y fundamentales.

## 8. —CONDICIONES DE INGRESO.

Las existentes.

Vacunación contra el tifus.

Examen de ingreso.

Admisión de los alumnos "aprobados".

Pases. (Reglamento especial).

Ingreso de alumnos extranjeros sólo al principio del año.

## 9 —ESTUDIANTES

Ecuatorianos.

f Grancolombinos.

Extranjeros De países con intercambio de títulos.

[ De países sin intercambio de títulos.

## 10. —ASOCIACIONES ESTUDIANTILES.

Asociación de Estudiantes de Medicina.

. " " Odontología.

OFICIALES: I

l // //

Farmacia.

Enfermería.

f Científicas. De

cursos. SECCIONALES: -j

Hospitalarias.

Deportivas.

[ Artísticas.

- |  |  |
|--|--|
| ASOCIACIONES<br>DE EXTENSION<br>UNIVERSITARIA"<br><br>(3 últimos años) | 1. — Puestos de socorro.<br>2. — Conferencias públicas de higiene y salubridad.<br>3. — Inspectores ad-honorem de higiene y sanidad.<br>4. — Defensa de la ciudad. (Distribución por barrios). |
|--|--|

## 11.—BECAS.

Limitadas en número.

Reglamentadas. (Concurso de mereci-

UNIVERSITARIAS:

1 mientos).

Parciales.

[ Totales.

f Nacionales, **i**

DE OTRAS INSTITUCIONES:

Extranjeras

f Por concurso.

Contrato

^ Fianza.

## 12. —GRADOS DE MEDICINA.

1.—CLINICA MEDICA Y CLINICA QUIRURGICA.

(dos pruebas con intervalo de 48 horas).

2. —CLINICA DE ESPECIALIDADES.— Con derecho de parte del estudiante a elegir especialidad.



3. —DOCTORADO.—Grado de tesis. Tribunal de acuerdo con el trabajo y mayor solemnidad.

### **13.—CURSOS DE POST-GRADUADOS.**

Duración corta.  
Tiempo de vacaciones.  
Personal capacitado.  
Contribución económica suficiente por los alumnos.

### **14.— PUBLICACIONES DE LA FACULTAD.**

f ANALES.

f Comisión directiva.

PROFESORADO: < j ARCHIVOS: -j Semestral.

[ Colaboración obligatoria.

[.BOLETINES: \$ Escuela dental.

/Centro anti-tuberculoso.

I' Boletín "Asociación Escuela de Medicina".

ESTUDIANTES: ■]

I Variados.

### **15.— PREMIOS.**

OFICIALES.— (Eugenio Espejo).—Reglamento.  
ACCIDENTALES.

**Proyecto de Plan de Estudios de la Facultad de Ciencias Médicas, elaborado por el Decano, con el objeto de reducir los estudios a seis años, y que se permite poner a consideración de los señores miembros de la Facultad:**

#### **1er. Año.—MORFOLOGIA:**

Anatomía Descriptiva y Disección.  
Histología y Anatomía Microscópica.  
Embriología.

#### **2º Año.—FISIOLOGIA:**

Fisiología.  
Física Médica.

Química Biológica (médica) .  
Parasitología.  
Bacteriología.

**3er. Año.—PATOLOGIA:**

Patología médica (interna).  
Patología quirúrgica (externa).  
Anatomía Patológica.  
Farmacología.

**4º Año.—TERAPEUTICA Y SEMIOLOGIA:**

Terapéutica.  
Toxicología.  
Técnica operatoria y Anatomía Topográfica,  
Semiología y Clínica Propedéutica.  
Electro - radiología y Fisioterapia.

**5º Año.—CLINICA MEDICA:**

Clínica Médica.  
Pediatría y Puericultura.  
Clínica psiquiátrica y neurología. Endocrinología y  
dietética.  
Medicina tropical.  
Clínica Dermatológica y Sifilografía.

**6º Año.—CLINICA QUIRURGICA:**

Clínica quirúrgica.  
" Obstétrica.  
Ginecológica.  
Urológica y Venereología.  
Cirugía infantil y ortopédica. Higiene y  
fisiología.  
Medicina legal.  
Oto-rino-laringología y oftalmología.

### PLAN DE ORGANIZACION Y ACTIVIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL

Lo Facultad de Ciencias Médicas estará constituida por las siguientes Escuelas: Medicina, Odontología, Enfermeras, Obstetricia y Farmacia. Esta última podría incluirse en nuestra Facultad por la íntima correlación de sus estudios; pero, si más tarde llegara a tener la categoría de una Facultad, de hecho sería independiente, aunque colaboradora con las demás entidades universitarias y especialmente con la Facultad de Ciencias Médicas.

Además de las Escuelas anteriormente enumeradas, la Facultad debe propender a sostener y a incrementar los siguientes institutos:

- 1<sup>o</sup>—Instituto de Anatomía y Morfología;
- 2<sup>o</sup>—Instituto de Medicina Legal y Criminología;
- 3<sup>o</sup>—Instituto de Patología Experimental;
- 4<sup>o</sup>—Instituto de Botánica;
- 5<sup>o</sup>—Instituto de Higiene y Tisiología;
- 6<sup>o</sup>—Instituto de Medicina Tropical; 7<sup>o</sup>—  
Instituto de la Nutrición;
- 8<sup>o</sup>—Instituto de Medicina Social.

El Instituto de Patología experimental, serviría a todas las cátedras y además podría encargarse de la provisión y sostenimiento de los animales de experimentación. Sería de suma importancia para el conocimiento y experimentación de los productos químicos y biológicos que puede producir nuestra Universidad y también para el control de los artículos comerciales.

El 5<sup>o</sup> Instituto sería el de Higiene, no habría sino que seguir la misma orientación actual; es decir preocuparse del estudio de los problemas higiénicos, entre los cuales tiene capital importancia el estudio de la tuberculosis.

Teniendo en cuenta el alto vuelo, que en estos últimos años han tenido los problemas médico sociales, creo indispensable la estructuración de un instituto especial, que es-

tudie nuestros problemas y que al mismo tiempo prepare a los funcionarios médicos, que esta clase de servicios requiere. Este Instituto se encargaría del estudio de las enfermedades profesionales, de los incapacitados legales, los accidentes de trabajo, de los seguros de la vida, de regímenes hospitalarios y de los problemas de salubridad.

De acuerdo con la alta importancia que tienen actualmente los estudios sobre la nutrición, es también necesaria la creación de un Instituto especial.

**Local.**—Es de imprescindible necesidad centralizar todas las dependencias de la Facultad en un solo local convenientemente situado y que tenga la suficiente amplitud para todas sus dependencias tanto docentes como administrativas. Nada más adecuado para el objeto que el amplio lote de terreno que la Universidad posee junto al Hospital "Eugenio Espejo". En el edificio a construirse podrían funcionar: la Escuela de Medicina, la de Odontología, la de Farmacia y los Institutos anexos.

La Escuela de Odontología tendría dos secciones: docente en la Escuela de Medicina y otra de atención social en el centro de la ciudad. La Escuela de enfermeras seguirá funcionando en el local que actualmente posee, que a más de ser cómodo y bien situado, es conveniente que tenga una relativa independencia con respecto a las demás escuelas.

La Escuela de Obstetricia podría desenvolverse en la moderna Maternidad auxiliada por la cercana Escuela de Enfermeras.

El Instituto de Anatomía debe seguir en su propio local, ampliando un poco más sus dependencias y procurando utilizar el material de trabajo (cadáveres) del otro Anfiteatro, en su propio local.

El Instituto de Medicina Legal, hasta que tenga vida propia, puede seguir anexo al Instituto de Criminología, pero evacuado por los enfermos el Hospital "San Juan de Dios", deberían trasladarse a este lugar dichas dependencias y entonces sería conveniente que el Instituto de Medicina Legal tenga su pabellón propio, así se utilizaría el material criminológico, el de autopsias y reconocimiento y podría iniciarse la formación del museo criminológico, que serviría además para la cátedra de Historia de la Medicina, ubicada en su proximidad.

Opino por la creación en nuestra Escuela de una sección que se llamaría "Sección Estudiantil", en la que se podrían instalar las oficinas de las diferentes asociaciones estudiantiles, con fines instructivos, recreativos y de mutuo auxilio en caso de enfermedad; adquisición de materiales y de libros y revistas.

**Profesorado.**—Debe ser mejor remunerado y mejor garantizado en su estabilidad. La categoría de Profesor Titular, implica una preparación amplia, por lo mismo en estos nombramientos deben tenerse en cuenta todos los antecedentes del candidato y efectuarse por promoción. Esta preparación debe iniciarse desde la época estudiantil, disponiendo que los cargos de externos y de internos del Hospital, se haga por concurso de méritos y conocimientos técnicos; de internos podrían ascender a Médicos de Sala, de ahí a Jefes de Servicio, Profesores Agregados, más tarde a titulares y por último a profesores honorarios; estableciéndose así la verdadera **carrera del catedrático**. La Facultad sería la encargada de formular los respectivos reglamentos para cada una de las promociones y la Junta Central de Asistencia Pública, otorgaría el nombramiento para el personal hospitalario elegido por la Facultad, facilitándose de esta manera la conexión entre el Hospital, el cuidado de los enfermos y la docencia.

**Autoridades.**—El orden jerárquico de autoridades en la Facultad debe establecerse como sigue, yendo de las más altas a las de menor importancia: 1<sup>º</sup> Junta de Facultad; 2<sup>º</sup> (Consejo Directivo); 3<sup>º</sup> Consejos Ejecutivos; 4<sup>º</sup> Decano; 5<sup>º</sup> Subdecano; 6<sup>º</sup> Director de Escuela y 7<sup>º</sup> Directores de los Institutos.

El Consejo Directivo debe estar integrado por el Decano, Subdecano, un Profesor de la Escuela de Medicina, uno de Odontología y otro de las demás Escuelas. En lugar de un solo representante estudiantil, sería justo aumentar un representante más por las otras escuelas ( en forma alternativa). Los Consejos Ejecutivos, regirían la vida interna de cada Escuela, dando cabida a un representante estudiantil; la vida docente y administrativa de la Facultad sería fácil encarrilar mediante la acción combinada de estos organismos, regulados por la autoridad del Decano.

Las Juntas de Facultad quedarían solamente con la obligación de reunirse para los nombramientos, actos académicos y reuniones científicas.

#### **Conexiones de la Facultad con otras Entidades extra-universitarias**

Tanto para el mejoramiento de la docencia como también para el mejor cuidado de los enfermos, la Facultad necesita tener estrechas correlaciones con otras entidades de asistencia médica.

1<sup>o</sup>—En la Junta Central de Asistencia Pública el representante de la Facultad debe ser elegido por un tiempo determinado por la misma Facultad de Medicina y no como se ha acostumbrado, por el Ejecutivo.

En segundo lugar, es conveniente para la armonía de la enseñanza y de la asistencia médica, que todos los cargos técnicos relacionados con el ejercicio de la medicina, sean provistos previa la opinión de la Facultad, es decir que estos nombramientos los haga en Consejo Directivo ya sea directa o indirectamente. Se entendería por cargos técnicos: los Directores de Hospital, Maternidad, Hospicio, Leproco- mio; los nombramientos de Médicos de Sala, de Jefes de Servicio y de internos, externos y enfermeras. La parte administrativa, sería de la exclusiva incumbencia de la Junta Central.

2<sup>o</sup>—Servicio médico - legal de Policía. Creo necesario para el mejor aprovechamiento de nuestros alumnos y también para una mejor distribución de la justicia, que el profesor de Medicina Legal de la Universidad, tenga el nombramiento de Jefe del Servicio médico - legal de Policía; de esta manera el material de trabajo contribuiría a la enseñanza y además facilitaría la formación de un museo especial, que no dejaría de prestar servicios a la misma justicia.

3<sup>o</sup>—El Hospicio, la Maternidad y el Hospital de infecto contagiosos, deben tener una estructuración semejante a la de los hospitales, en forma tal, que parte de sus labores estén controlados y desempeñados por funcionarios dependientes de la Facultad de Medicina. En estos establecí-

mientos se enseña medicina especial y necesita el estudiantado tener amplia libertad para sus prácticas y estudios.

**4<sup>o</sup>—Sanidad.**—En realidad la esfera de acción de nuestra Facultad, tiene pocos puntos de contacto con la administración sanitaria, pero es clamoroso que el ejercicio ilegal de la Medicina en todos sus ramos, se realice a vista y paciencia de todos los profesores, sin que nuestras peticiones tengan la debida atención y sin que recaigan inmediatamente las sanciones legales sobre un buen número de delincuentes.

Además nuestra Facultad puede colaborar con la Sanidad en la investigación y esclarecimiento de sus problemas, como ha tenido a bien hacerlo en varias ocasiones. Los estudiantes de los dos últimos años podrían desempeñar con eficiencia las funciones de inspectores ad -honorem de Sanidad y de Higiene, con ventajas económicas para dicha Institución. En términos generales, los estudiantes universitarios, no deben ser empleados; pues el tiempo de que disponen no es suficiente para el desempeño de dos funciones que casi siempre tienen incompatibilidad de horas.

#### **Ministerio de Previsión Social.**

Existe la mejor voluntad de nuestra Facultad, en colaborar con ese Ministerio, para la resolución de sus grandes problemas, especialmente en lo que se refiere a la Medicina rural, la prueba de ello está, en su último reglamento dictado con este objeto. Podrían actuar los alumnos egresados, siempre que ese Ministerio llene las necesidades económicas y materiales del caso, como son sueldos suficientes, equipo terapéutico y quirúrgico adecuado y locales convenientes.

**Planes de Estudio.**—Lo ideal sería tener un plan de estudios que rija por igual en todas las Universidades del Ecuador y en las de los demás países con las cuales tenemos intercambio de títulos y certificados. Actualmente hay un ambiente muy propicio para esta unificación y el anterior Embajador de Colombia hizo a petición de este Decanato las primeras gestiones.

Mientras tanto creo conveniente disminuir el número de años de estudio; este anhelo está en la conciencia de todos los miembros de la Facultad y debemos llegar a una solución favorable. Es posible reducir todo el estudio a seis años; pero para ello es indispensable eliminar: 1<sup>º</sup> el curso preparatorio; 2<sup>º</sup> algunas materias de enseñanza secundaria y, 3<sup>º</sup> efectuar el estudio de la Anatomía Descriptiva y la Histología en un año. Si seguimos sosteniendo la tesis de que la Anatomía debe dictarse en dos años, no podemos reducir el tiempo, porque todas las materias subsiguientes no caben en los 4 años restantes. Todo el problema se reduce a una equilibrada formulación de programas y a una orientación docente más fundamental y sintética de parte de los profesores.

**Condiciones de Ingreso.**—Pueden prevalecer las existentes, añadiendo como condición obligatoria la vacunación contra el tífus, en el curso del primer año, para que sus efectos no vengán a intercalarse con los de la vacunación antitífica, que se efectúa al principio del curso.

El examen de ingreso es necesario, para la mejor selección de nuestros futuros alumnos; esta prueba debe ser rendida ante un tribunal idóneo, comprensivo y justo. Es la verdad que muchos bachilleres, llegan a la Universidad sin la preparación suficiente y por lo tanto en inferioridad de condiciones para seguir los estudios de enseñanza superior. Según mi opinión sólo deben ingresar los estudiantes que salieren aprobados con las notas de 8 a 10 (entendiéndose que las calificaciones establecidas son de 1 a 10); sin embargo se podría dar mayor elasticidad, pero nunca menos de 7. El Ecuador necesita de muchos médicos más y creo que por lo pronto no es de temerse la sobreproducción profesional, sino más bien la escasez de locales y de materiales de enseñanza, para cursos demasiado numerosos.

**Estudiantes.**—Tenemos que dividirlos en dos grupos principales: 1<sup>º</sup>—Ecuatorianos y extranjeros; de estos últimos tenemos que hacer una diferenciación: estudiantes provenientes de países que tienen intercambio de títulos y estudiantes que proceden de naciones con las cuales no guardamos esta clase de relaciones, los primeros deben ser tratados en igualdad de condiciones que los ecuatorianos; los



restantes deben tener derechos universitarios más elevados y su número tiene que ser limitado.

Hay que cultivar la formación de entidades estudiantiles, las que se pueden dividir en tres clases: oficiales, seccionales y de labor social. Las primeras son reconocidas por las autoridades universitarias y tienen toda la categoría de ser representativas; en este grupo estarían: 1<sup>o</sup>—La Asociación de Estudiantes de Medicina; 2<sup>o</sup>—La Asociación de Estudiantes de Odontología; 3<sup>o</sup>—La de Farmacia, y, 4<sup>o</sup>—De Enfermeras', con sus Estatutos y Reglamentos especiales, procurando que la elección de sus respectivos Directorios, se haga por cursos y no por votación individual directa. Las Asociaciones seccionales comprenderían: las sociedades científicas, de cursos, deportivas, artísticas y de hospital. Todas deben ser atendidas, pero especialmente hay que cultivar el deporte y en este sentido deben tener toda la atención posible de parte de profesores y autoridades. La última entidad estudiantil que necesita formarse es la de "labor social", entendiéndose por tal, la que propende al bien de todos los asociados; en este sentido los estudiantes de los últimos años pudieran hacerse cargo: 1<sup>o</sup> de los puestos de socorro existentes; 2<sup>o</sup> de ciclos de conferencias de índole higiénica y preventiva; 3<sup>o</sup> de inspectores an-honorem de higiene y salubridad, y 4<sup>o</sup>, del cuidado y atención de los diferentes distritos de la ciudad en caso de grandes catástrofes, guerras, etc.

**Laboratorios.**—Considerados aisladamente cada uno de nuestros laboratorios, resultan anticuados, incompletos y mal situados. Construida la Escuela de *Medicina*, se pueden centralizar todas estas dependencias, resultando así un laboratorio médico bastante aceptable y sobre todo de efectivos resultados para la enseñanza. Por lo demás, la Universidad tiene que disponer de una fuerte cantidad de dinero para la renovación de útiles y aparatos de sus laboratorios. Actualmente se encuentra en trámite un pedido de más o menos 40.000 sucres, que vendrá en parte a llenar las necesidades más apremiantes.

**GRADOS.**—Desechada por la Facultad, la prueba teórica correspondiente al grado de Licenciado, no queda otra forma *que efectuar pruebas prácticas* suficientes, que indiquen

la capacidad profesional del estudiante. Opino porque estas pruebas se reduzcan a tres, en el orden siguiente:

La 1ª que versaría sobre Clínica Médica y Quirúrgica, con el examen inmediato de dos enfermos (uno de clínica y otro de cirugía), reuniéndose el tribunal después de 48 horas, para la discusión final de los casos. La votación sería a base de 1 a 10; mínima 7 para ser aprobado.

La 2ª que se recibiría previa aprobación de la anterior, versaría sobre clínica de especialidades, en las mismas condiciones que la anterior, pero en este caso se puede dejar a elección del candidato una especialidad.

3- De incorporación o sea la de Doctor, se reduciría a la discusión de la tesis, para la que el Decano convocaría un tribunal de 5 miembros, que conozcan de cerca la materia objeto de la tesis. A este grado debe darse toda la solemnidad del caso, como es de rigor en todas partes.

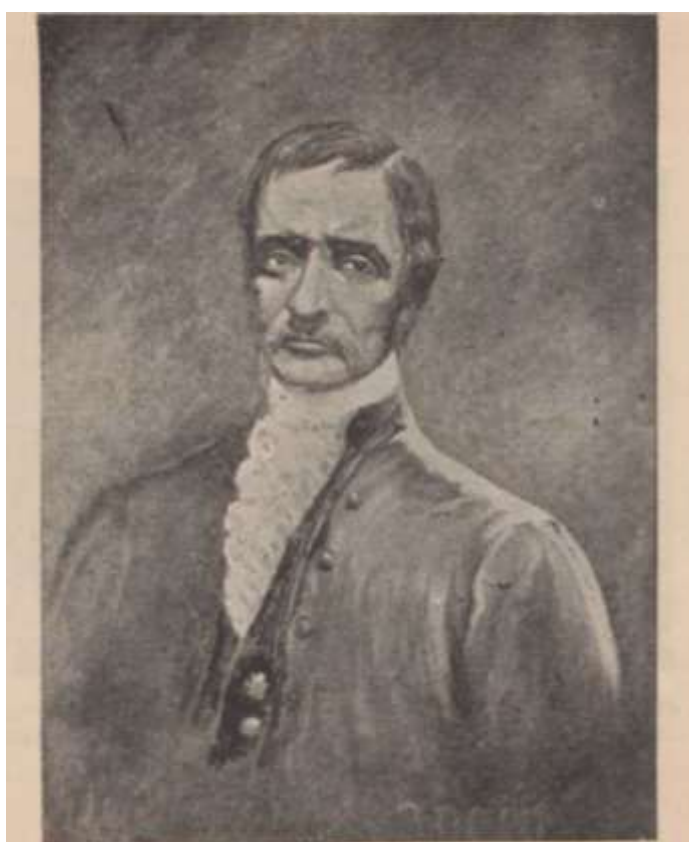
**Curso de Post-graduados.**—Constituye uno de los anhelos de la Facultad, para cuya realización se necesita:

1º Personal suficiente; 2º medios económicos y, 3º material de enseñanza bastante completo.—Es posible que estas tres condiciones se llenen en lo futuro, mientras tanto, las autoridades de la Facultad deben seguir laborando por una pronta y feliz realización. Desde ahora creo indispensable que los alumnos interesados deben contribuir económicamente a estos cursos con derechos de matrícula, algo elevados en forma tal que cubran por lo menos el 50% de los gastos.

Acogiendo la sugerencia estudiantil, sería útil para nuestra Medicina, el nombramiento de una comisión encargada del estudio de la Farmacopea Nacional, la que tendría que colaborar con otras comisiones de la Facultad de Ciencias.

No puedo terminar este pequeño trabajo, sin pedir dos importantes decretos de parte del Ejecutivo: 1º.—Una nueva Ley de Educación Superior, y, 2º.—La derogación del Decreto Legislativo que permite la obtención de títulos a los profesionales extranjeros, graduados en ciencias médicas.

En esta forma dejo cumplida la Comisión que el H. Consejo Universitario, tuvo a bien confiarme y me suscribo del señor Rector, muy atentamente,



1.—Retrato de ESPEJO por el pintor quiteño José Miguel Mur-  
gúctio, que se conserva en el Salón de Actos de la  
Universidad Central.



2.—ACTO CONMEMORATIVO del CXCVII ANIVERSARIO DEL NACIMIENTO DE ESPEJO, organizada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central y la Asociación Médico - Quirúrgica de Quito.

Dr. Virgilio Paredes Borja  
Profesor de la Facultad de Medicina

## **Comentarios a las “Reflexiones sobre las Viruelas”, del Dr. Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo (1785)**

“Vale más que haya escándalo y que no se falte a la verdad” — esta máxima de San Gregorio, en cita latina, se lee al comienzo de “El Nuevo Luciano de Quito—, en ella se refleja la contextura moral, las rectas intenciones y el ánimo combativo de Eugenio Espejo, porque amaba la verdad sobre todas las cosas y nada le detenía cuando trataba de probarla: ni la altura de los personajes, ni la delicadeza de las situaciones, ni los viejos prejuicios populares a los que atacaba sin piedad tanto como a las injusticias sociales de su tiempo. Esta conducta le obligó a ser uraño, austero,, a valerse de su talento, de su erudicción y de sus dotes literarios para manejar la sátira hiriente, despiadada, despectiva y mordaz, pero siempre con fines constructivos y con afanes de perfección; quería que las cosas marchen mejor en la lánguida vida colonial y para obtenerlo había que criticar con fuerza, con hombría, con decisión. Consecuencia: Espejo se llenó de enemigos, se quejaron los betlemitas, se quejaron los médicos y hasta el mismísimo Dr. Bernardo Delgado, Teniente de Protomédico de Quito; hablaron mal de él las altas autoridades civiles y los adinerados, obligando al Presidente Villalengua y Marfil el hacerle saber que sería prudente y bien visto por la autoridad que Espejo abandone el territorio de la Audiencia; Espejo sale diciendo que acata las órdenes de Su Excelencia, pero se queda en Riobamba —¿qué es lo que le detiene?—. En Riobamba se encuentra con que los curas del lugar sufren la extorsión despiadada de ciertos gamonales, Espejo estudia la causa, sus ojos pequeños y brillantes hallan enseguida la indeleble huella de la injusticia, y olvida el viaje, no se

acuerda de que su desobediencia puede acarrear la ira del Presidente de la Audiencia, y allí se queda a defender a los curas atacados injustamente. Escribe la "Defensa de los Curas de Riobamba", el hombre que salía al exilio se vuelve juez y defensor de indefensos. La máxima latina de San Gregorio guía sus actos y su conciencia en las "Cartas Rio- bambenses", para él no hay la indecisión ni el disimulo: la verdad ante todo, tal era su lema, por eso le dijeron que tenía "carácter irascible y temperamento bilioso"; por eso murió pobre y enredado en un juicio, habiendo podido vivir con relativa comodidad y dejar bienes de fortuna con el ejercicio de la medicina, porque eran sus servicios muy solicitados y habían contados médicos en su tiempo y sí incontables empíricos y charlatanes; por eso fue dos veces perseguido (1788 - 1795) y casi un año encarcelado, y por eso fué "la primera víctima del patriotismo americano" según frase de González Suárez.

En el año de 1785 una grave epidemia de sarampión tenía alarmados al Cabildo Civil, al Cabildo Eclesiástico y al pueblo de Quito. La ciudad tenía por ese año no más de unos 20.000 habitantes; la epidemia hizo tres mil víctimas. El Cabildo Civil organizó, con el Eclesiástico, inmediatas obras de socorro que nos demuestran a través de los años, el afán y abnegación de los Cabildos coloniales por defender la salud de los pobladores. Se repartió la ciudad en sectores, cada sector se encargó a un médico titulado, se instalaron boticas con el despacho gratuito de medicamentos para los pobres, se distribuyó ropas y alimentos, se cuidó de las buenas condiciones de su alojamiento, en fin, una obra de socorro bien organizada y servida con amor; Espejo nos describe cómo trabajaba el Obispo Monseñor Blas Sobrino y Minayo, hasta quedar agotado, en la ejemplar obra de socorro encomendada al Cabildo Eclesiástico.

El Cabildo Civil creyó oportuno reunir a todos los médicos de la localidad, para hablar y discutir sobre la manera de combatir con éxito la epidemia; durante la reunión, en la que de tanto hablar y discutir nada lógico se pudo concluir, se anunció haber recibido un libro titulado "Método

seguro de preservar a los pueblos de las viruelas"; su autor el Dr. Francisco Gil, Cirujano del Real Monasterio de San Lorenzo y su sitio, e individuo de la Real Academia Médica de Madrid. El libro era una novedad que se enviaba de España a los Cabildos de ultramar con el objeto de que se apliquen sus preceptos, ya que la viruela venía haciendo serios estragos sobre todo en los indios de los dominios de su Católica Majestad. Como no hubiesen dos médicos acordes en juzgar sobre el asunto, el Cabildo comisionó al Dr. Espejo para que presente un informe escrito sobre él y, sobre todo, para que opine si el aislamiento de los enfermos, como único medio de impedir el contagio y la propagación de la viruela, podía aplicarse con éxito en la epidemia de sarampión que se estaba combatiendo.

Espejo acepta la comisión que tantas contrariedades le van a ocasionar y se pone inmediatamente al trabajo: observa la situación, medita, se da cuenta de los resentimientos que va a levantar su informe si se ajusta estrictamente a la verdad, pero no duda, la máxima de San Gregorio, tan acomodada a su temperamento combativo e impetuoso sirve de guía a su trabajo, y presenta el tan esperado informe con el título de "Reflexiones sobre la viruela, importancia y conveniencia que propone Don Francisco Gil, Cirujano del Real Monasterio de San Lorenzo y su sitio, e individuo de la Real Academia Médica de Madrid, acerca de un método seguro para preservar a los pueblos de las viruelas".—Quito, (1785). Conocido el informe del Dr. Espejo se desata la tormenta: se quejan los médicos por haberles dicho que "se limiten a prescribir ojos de cangrejo y sangrías" —algo así como si hoy se nos acusara de limitarnos a prescribir solo vitaminas y la extirpación del apéndice vermiforme—; se quejan amargamente las comunidades por haber escrito que los conventos de Quito son focos de infección; se quejan los betlemitas por haberles dicho que muchos de ellos no tienen vocación ni maneras, por haber salido de la marina para entrar en la orden, conservando todavía los modales y vocabulario de los veleros; se quejan los hacendados porque habla de ocultamiento de víveres para fines nada honestos ni edificantes. ... El Cabildo llama a Espejo y le propone que, dado lo valioso de su informe, suprima en el manuscrito las injurias y ciertos detalles que lastiman personajes e instituciones respetables; Espejo no cede: la verdad ante todo, no le importan los resentidos. El Cabildo rechaza el

informe y Espejo se ve en el caso de hacerlo circular manuscrito, dentro y fuera de la Audiencia. El trabajo de copias es monótono y fatigante, el informe circula en Quito, en Lima, en Madrid, en Roma... Pero no hay solo quejas sino también alabanzas: los jesuitas desterrados aprecian el gran valor del informe, personajes de valía defienden a Espejo y lo alientan.

¿Cuál es el verdadero valor científico de las "Reflexiones"? ¿Cuál es el verdadero valor de Espejo como médico? Trataremos de contestar a estas preguntas.

Hasta fines del siglo pasado la obra de Espejo se conservaba en manuscritos, excepto las "Reflexiones" que fué impresa en la segunda edición de la "Disertación Física Médica" del Dr. Gil, como apéndice, siendo este el primer escrito de Espejo dado a la imprenta, en Madrid. Hay dudas sobre si las "Reflexiones" publicadas en él apéndice de la obra del Dr. Gil hayan sido modificadas por su autor. No conocemos da segunda edición del libro del Dr. Gil, que es un impreso muy raro. En las "Memorias de la Academia Ecuatoriana de la Lengua".—Tomo 1?— se publica en Quito en el año de 1844 casi todo el texto de las "Reflexiones", quedando una pequeña parte sin imprimirse. El prólogo para la publicación de los escritos de Espejo, que con tan buen juicio comenzaba con la mejor de sus obras, lo escribe Pablo Herrera. El Municipio de Quito encarga a González Suárez la edición de los escritos de Espejo, edición en la que estaba empeñado el docto Arzobispo de Quito. Se publican dos tomos correctamente impresos con el título de "Escritos de Espejo".—Quito, 1912. En el tomo 2° se publica las "Reflexiones" con la meticulosidad y esmero que acostumbraba González Suárez, conservando todas las citas del original, comentado los errores de dichas citas y añadiendo no pocas del Editor, siempre juiciosas y estrictamente ajustadas a la verdad histórica. Termina con "Observaciones", en las que hace el elogio mesurado, serena y desapasionado de las "Reflexiones", a la que considera la mejor obra de Espejo y un documento revelador del atraso de la Audiencia de Quito en la segunda mitad del setecientos.

En tiempos de Espejo había muy pocas posibilidades de comprar libros, la erudicción estaba refugiada en los conventos, no había aliento para los civiles estudiosos, quienes tenían que recurrir a los frailes para tener acceso a los



libros, que los conservaban en magníficas bibliotecas los dominicos, franciscanos y mercedarios; los jesuítas tenían dos bibliotecas: la del Colegio de Quito y la de la Universidad de San Gregorio Magno, esta última pasó a nuestra Universidad después de la expulsión de los jesuítas por Carlos III; la primera era magnífica: instalada en amplio y bien iluminado local, adornada con estatuas talladas por imagineros quiteños, con anaqueles pintados y dorados conteniendo 40.000 volúmenes, daba un efecto de solemnidad y elegancia que invitaba al estudio y a la serena especulación. La censura de libros, esa como "lista negra" de la inteligencia, no permitía el ingreso de todo impreso en los dominios españoles de América, pero el afán de aprender y la curiosidad de los estudiosos han burlado en todo tiempo a la censura, y así vemos como en la segunda mitad de setecientos se podía consultar, en biblioteca de convento, los "Ensayos", de ese gascón amante del buen vivir y hondo pensar que fué el señor de Montaigne, quien enseñó el arte de dudar al mundo moderno.

¿Y el ambiente intelectual?—Contados estudiosos, religiosos la mayoría. Entre la gente de alcurnia había quienes hacían honor a su posición, interesándose por las ciencias, las letras y las artes, manteniendo estrecha amistad espiritual y favoreciendo a los hombres de talento, así fueron el Marqués de Maenza, el Marqués de Selva Alegre y el Conde Casa Jijón, señores en el verdadero sentido de la palabra.

En este ambiente intelectual escribe Espejo las "Reflexiones", su libro más importante, y el único que escribió sobre tema médico.

La manera de escribir de Espejo carece de flexibilidad, abunda en digresiones, no acierta a dar unidad al escrito, pero es vigoroso y trasluce intensa fe en los motivos que aborda, porque cree firmemente en el acierto de mucho de lo que ha leído. Es un erudito enciclopédico, doctorado en medicina, derecho y teología, procura convencer haciendo alarde de su vasta erudicción, abunda en citas ¡atinas, algunas erradas según confrontaciones hechas con cuidado por González Suárez, quien se empeñó en darnos a conocer un Espejo tal como fué, sin deformaciones inspiradas por un patriotismo mal entendido.

La vida universitaria de Espejo fué corta: dos años de estudio, según los reglamentos de la época. No había cáte

dras de Anatomía ni de Fisiología, la Patología y la Clínica se enseñaba en aforismos, luego se obligó a la asistencia al hospital, una vez por semana, "para aprender a tomar el pulso". Espejo aprendió el arte de curar en nuestro tres veces centenario hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, luego denominado de San Juan de Dios, en donde pasó su niñez, aprendiendo de su padre, cantero venido de Cajamarca, quien prestaba servicios de sirviente y ayudante en las curaciones y atenciones médicas a Fray José del Rosario. Fray José enseñó a Espejo todo lo que sabía, Espejo atendía diariamente en el hospital, estudiaba, tenía talento, llegando a conocer y practicar bien el arte médico; su experiencia hospitalaria le llevó a burlarse de los médicos teorizantes y a satirizar a uno de ellos, diciendo que una ocasión que le presentaron una copa de orina del cliente para que lo analizara como físico, se la bebió, creyendo que era "mistela".

Espejo fué el más destacado médico quiteño de su época, así pensó el Cabildo Civil cuando le encargó informar sobre la obra del Dr. Gil, pero de ésto a las apreciaciones de quienes nunca le han leído, que son la mayoría, hay fundamental diferencia. Espejo fue observador, el primero entre nosotros que abordó temas sociales bajo el aspecto médico, basado en sus hasta hoy exactas observaciones; el primero que se interesó en la lucha racional contra las enfermedades infecciosas, defendiendo el aislamiento de los enfermos; el primero que trató en sus "Reflexiones" sobre puntos de Historia de la Medicina, con importantes datos sobre la historia de la viruela, la peste, la lepra y el lúes; el primero en señalar la reforma de la enseñanza médica y el primero en señalar los gravísimos defectos de higiene pública y privada en que hasta hoy vivimos; ésto, unido a su gran fe en las obras de la inteligencia, su erudición, su espíritu combativo, su hombría, su perseverancia en el amor a la verdad y su odio a la farsa, forman la gloria de Espejo como médico.

Espejo comienza sus "Reflexiones" afirmando que "a nadie debe admirar que los conocimientos se deban más a la casualidad que a la meditación". Habla de la viruela como enfermedad contagiosa y afirma que el aire, con sus propiedades físicas, "atrae hacia sí los efluvios variolosos, que los dispara a todos los cuerpos humanos". Alaba el aislamiento como único medio de evitar la propagación del mal

varioloso, defendiendo el método del Dr. Gil, y criticando a quienes afirmaban que el contagio de la viruela se debía a que "la ciudad no estaba amurallada".

Enseguida pasa a enumerar las razones por las cuales hay que evitar la propagación de la viruela: 1ª Porque hay que obedecer a la autoridad real "entregándole voluntariamente parte de nuestra libertad", dice —con lo que defiende el principio del orden en la lucha contra las enfermedades— cita a Platón y a la Biblia (cita esta última equivocada, según González Suárez); 2ª "Porque debe conservarse a toda costa la hermosura" y nos hace conocer su ideal estético, que, a semejanza de el de Montalvo, es el cánón griego de regularidad, orden, proporción y simetría. Nos da interesantes datos relacionados con la mortalidad en la epidemia de 1875, estableciendo comparaciones entre la mortalidad por sarampión y por viruela, observando en esta última mayores complicaciones. Estudia ligeramente la sintomatología de la viruela y el sarampión, citando a Hipócrates; 3ª "Porque hay que preferir el bien general al particular", razonamiento fundamental en la moderna lucha cantra las enfermedades infecciosas.

En las "Reflexiones" hallamos juicios certeros respecto a la forma como debe hacerse una lucha sanitaria en nuestro pueblo, comenzando por la tarea de convencerlo, a fin de conseguir su colaboración y que no oponga dificultades a las autoridades.

Las observaciones de Espejo respecto a la epidemiología de la viruela en la Audiencia de Quito son importantes: anota la rareza del mal en tiempos de los galeones, en donde las epidemias se sucedían más o menos cada 20 años, luego los períodos se acortan y son de doce años, siendo cada vez más frecuentes en los siguientes, registrándose epidemias en 1757, 1763, 1764, 1766. La gran epidemia de 1764 impresionó hondamente a Espejo, en ella perdió a un hermano suyo quien falleció de viruela confluyente.

Los datos que contiene el libro de Espejo respecto a la Historia de la Medicina son numerosos, hace gala de erudición, interesándose vivamente en ésta rama humanística de las ciencias médicas. Es, como manifestamos ya, el primero entre nosotros que ha tratado la Historia de la Medicina, y con bastante lucimiento, en relación con las fuentes de información que estuvieron a su alcance.

La viruela es enfermedad antiquísima, originada posiblemente en el Lejano Oriente, de donde pasó a la meseta del Irán, Arabia, la costa del Mediterráneo, Africa, Europa, el territorio actual de la Unión Soviética. La viruela fue traída a la América, según conoce el mismo Espejo, por un esclavo de Pánfilo de Narváez, quien desembarcó en la costa Mejicana a la cabeza de una expedición punitiva contra Cortés, expedición que fué vencida con armas de la diplomacia, que las manejaba Cortés con tanta habilidad como las del militar, a las que tuvo también que recurrir. La viruela se propagó con rapidez en territorio mejicano, haciendo terrible mortalidad entre los nativos y luego se extendió por todo el continente americano. La descripción más clara y verídica de la sintomatología de la viruela nos ha dejado Rhazes (de Bagdad) entre los siglos noveno y décimo en su "Discurso sobre la peste" escrito en árabe. Rhazes admite el contagio y dice que la viruela tuvo su foco original en Alejandría en tiempos de Mahoma.

En la historia de la viruela Espejo nos demuestra sus aficiones y vasta ilustración en Historia de la Medicina. Cita a Tucídides, quien describió la epidemia de Atenas en su "Historia de la Guerra del Peloponeso", y, sobre la misma epidemia cita a Lucrecio. Cita a Barchusio, Schulizio, Frieud y L' Clerk como historiadores de la medicina, elogiando a éste último. Admite que lo más posible es que la viruela haya venido de Etiopía, extendiéndose a Egipto y Arabia, coincidiendo con la opinión de James y Marín Lister quienes creen que la viruela no fué conocida de los antiguos y tuvo su origen en Arabia. Al final acaba por afirmar que es muy difícil conocer el origen del mal varioloso. Rhazes es citado con respeto por Espejo, quien admite que los árabes fueron los primeros en hacer una completa descripción de la viruela. Cita el "Discurso sobre la Peste" del célebre médico árabe, sin manifestarse enemigo del arabismo, como lo fueron algunos médicos españoles de su tiempo, como Martín Martínez.

González Suárez en "Escritos de Espejo", al comentar en informe de Espejo sobre las viruelas, y Gualberto Arcos en "La Evolución de la Medicina en el Ecuador", elogian con admiración a Espejo como que se anticipó a Pasteur al señalar el origen microbiano de las epidemias. En efecto, Espejo dice: "El aire no produce enfermedad sino partículas o corpúsculos que contiene. Habrá momento en el que el

aire se atosigue de éstos y entonces la epidemia será universal". Esto fué escrito casi un siglo antes de Pasteur.

Examinemos con detenimiento el asunto: Rhazes, citado por Espejo, fué el primero en hablar de "corpúsculos que flotan en la atmósfera" como origen de las epidemias, y los médicos árabes de los siglos noveno y décimo aceptaban esta teoría; se tuvo la idea de que existía un mundo de seres infinitamente pequeños antes de que Leeuwenhoek los descubra al microscopio en el seiscientos; se tuvo idea de que estos "corpúsculos", como los llamaban los médicos árabes, flotaban en la atmósfera y producían las epidemias antes de que Pasteur pruebe que los microbios son los causantes de ellas en el siglo pasado. Con los microbios ha pasado lo que con el planeta de Leverrier: que fué descubierto por el cálculo antes de ser visto con el telescopio.

El mismo Espejo cita a Sanctorio, quien al hablar de la peste dice "el fermento de la peste es muy sutil" —y afirma que "el microscopio ha descubierto un mundo nuevo"— cita a Berilio, quien ha observado "gusanillos en las postillas de la viruela" y a Pedro de Castro en "las bubas de la peste napolitana".

Espejo no podía haberse anticipado a Pasteur después de haber dejado constancia en sus "Reflexiones", con toda buena fé, de las fuentes de donde tomó sus datos para escribir sobre los "corpúsculos" o partículas que brotan en la atmósfera" y que son la causa de las epidemias. La bacteriología tiene su fuente en la cultura árabe, que tuvo la intuición del microbio, y en Leeuwenhoek que lo pudo observar y estudiar con su microscopio.

Espejo habla en sus "Reflexiones" de como el calor y la humedad favorecen la propagación de las enfermedades, no por ellos mismos, sino por los insectos que se desarrollan, pudiendo ser dichos insectos la causa de la propagación de la viruela. Hablar de los insectos como agentes transmisores de enfermedades más de cien años antes de Bruce, y de que Manson inspire a Sir Ronald Ross su fé en el estudio de las moscas como agentes transmisores de enfermedades infecciosas, nos parece algo muy digno del talento de Espejo como observador y como médico.

Espejo conocía la inoculación como método de prevenir la viruela y la cita en sus "Reflexiones" diciendo que "se aplica en los niños tiernos", pero no se detiene en el asunto,

ni lo comenta, ni mucho menos lo aconseja; en su plan se reduce a defender el aislamiento de los variolosos. La historia de la inoculación antivariólica es antiquísima, como la de la viruela. Conocida en el Extremo Oriente, sirviéndose de las escamas de los enfermos, aplicadas en las fosas nasales, la vemos aparecer luego en Circasia en forma de inoculación, con alfileres, del contenido de las pústulas de los enfermos bajo la dermis de los niños a quienes se trata de prevenir de la viruela, con todo éxito, siendo un método de aplicación popular. Lady Montague, esposa del embajador inglés en Constantinopla se impresiona con el método, muy usado entre los otomanos, y lleva la noticia a Londres. El ginebrino Teodoro Tronchin que vivió entre los años de 1709 a 1781 aplicó el método; el toscano Angelo Gatti, profesor en Pisa, hizo su propaganda en Paris en 1761 y publicó un folleto en 1763 y luego en Bruselas en 1764, es decir veinte y cuatro años antes de haber escrito Espejo las "Reflexiones" (1785). Gatti presentó su método a la Academia y esta lo discutió ampliamente, alcanzando gran éxito en Paris; en Italia tuvo gran difusión. La inoculación estuvo muy difundida en tiempos de Espejo, debiendo señalarse con el método se lo aplicaba sirviéndose de una aguja y no dejaba de ocasionar molestias, debido a infecciones secundarias. No obstante su vasta ilustración médica, es más segura que Espejo no conoció el folleto de Gatti, a quien hubiese citado, dada su inclinación a citar lo que leía.

El plan de Espejo para conseguir que no se propague la viruela lo formula con aplicaciones al sarampión y otras epidemias. Es juicioso, bien meditado, demostrando espíritu de observación de la ciudad en que vive, de sus virtudes y defectos. Es el primer plan de lucha sanitaria elaborado entre nosotros y muchas de sus observaciones son hasta hoy de actualidad, contiene bien meditados preceptos de higiene pública y privada; Espejo es nuestro primer higienista.

Sobre el principio del aislamiento propuesto por el Dr. Gil, debemos recordar que el aislamiento de variolosos conocieron los árabes, y que el aislamiento de enfermos en caso de epidemias fue defendido por Fracastor en el Renacimiento. Fracastor, el fundador de la sanidad pública, fué un personaje enciclopédico, como la mayoría de las grandes figuras científicas de su tiempo: astrónomo, médico, poeta,

filósofo y una de las más destacadas mentalidades en la Historia de la Medicina. Espejo funda su lucha sanitaria en la práctica del aislamiento y enumera los problemas a resolver en el campo de los hechos, aquí nos hace conocer sus dotes de médico práctico y de sagaz observador. Los problemas son: Aire Popular; Comida y Bebida; Limpieza local de Quito y Limpieza personal de Quito; luego de analizar cada problema por separado, enuncia los remedios, que él llama, para resolver el problema. Se sirve, como vemos de un método lógico y ordenado.

**Aire Popular.**—Trata de higiene urbana y nos da a conocer importantes datos sobre aseo de lugares públicos y manera de conservarlos.

**Comida y Bebida.**—Es de los primeros en apuntar las pésimas condiciones alimenticias del pueblo: "la gentulla está que parece tener alma de lodo", dice. Hace notar los efectos de la alimentación insuficiente afirmando que "malos alimentos favorecen las enfermedades". Nos cuenta como en 1841 - 42 el hambre mató gran número de gentes.

Respecto al problema alimenticio hace una bien observada apreciación al afirmar que el pueblo tiene el mal hábito de buscar sólo patatas y maíz y no cambia de alimentos, motivando dificultades, en ciertas épocas, a los productores, es decir no hay lo que llamamos alimentación balanceada. Nos da la impresión de un pueblo en hipoalimentación y miseria fisiológica.

**Limpieza local de Quito.**—Habla de la falta de higiene en los monasterios y en los lugares sagrados, dice que "en ningún lugar de la ciudad se viene a padecer, no digo una peste, sino una muerte súbita, que dentro de las iglesias más frecuentadas", debido a que ahí se da sepultura a los cadáveres, aconsejando hacer un cementerio en el Ejido Norte.

**Limpieza personal de Quito.**—Las enfermedades más extendidas en Quito en tiempos de Espejo son el mal venéreo, la tisis, el sarampión, la viruela.

Al hablar de la sífilis aborda el hasta hoy bastante aclarado problema del origen precolombino del lúes. Cita a los sevillanos Rodrigo Diacio y Nicolás Monardes, quienes afirman que el mal fue llevado a Europa en 1492. Martín Lister, citado por Espejo, también habla del origen americana

no de la sífilis, pero Espejo afirma que ya fué conocida en los tiempos de Hipócrates.

Hoy se tienen datos precisos de que la sífilis era endémica en la Pinta, quien padecía de sífilis. Hay noticia en Haití cuando llegó Colón. El médico portugués Díaz de Isla escribe haber curado a Martín Alonso Pinzón, pruebas de su aparición en el sur de Francia en 1494, antes de invadir Nápoles, y de que arribaron a Barcelona marinos enfermos de sífilis contagiada en las Antillas —en 1494—.

Admite el contagio de la tisis y dice haber descubierto que una planta de esta provincia llamada "cristal" da buenos resultados en su tratamiento.

Habla de casos de lepra por él examinados, el primero de ellos cuando trabajaba en el hospital, en donde su padre sometió al enfermo al aislamiento.

Para las enfermedades epidémicas aconseja el aislamiento en una Casa de Salud Pública, que es el mismo concepto moderno de hospitalizar enfermos contagiosos.

Critica la pésima organización hospitalaria, en servicios asistenciales, alimentos, medicinas y ropas. Con buen criterio, para su tiempo, y dadas las condiciones de la ciudad a fines del setecientos, aconseja sacar el Hospital fuera de la ciudad, criterio que hoy, naturalmente, no tiene razón de ser. En servicios asistenciales defiende el que se haga con mujeres, no religiosas sino civiles, en lugar de los frailes betlemitas. Espejo nos asombra proponiendo semejante reforma en 1785, cuando en los hospitales sólo asistían a los enfermos los religiosos, en este sentido viene a ser el orientador hacia la moderna enfermería.

Al hablar de los malos médicos, Espejo se empeña en que sus colegas sean ilustrados, prácticos, laboriosos. Defiende la amplia cultura general como indispensable al buen médico, problema éste de gran actualidad, hoy que los llamados hombres prácticos se empeñan en apartar de nuestras Universidades todo aquello que no tenga fines de aplicación en el ejercicio profesional, transformándola en un conjunto de escuelas de prácticos, sin ninguna cultura general, desechando los conocimientos humanísticos que son el alma de la cultura universitaria.

Recomienda el conocimiento de idiomas: latín, griego, francés. Espejo traducía y leía el latín y el francés.



Nos hace conocer la para nosotros importante bibliografía médica de fines del setecientos, que se podía consultar en Quito.

Alaba las "Instituciones Médicas" de Boerhaave, a quien lo llama el Euclides de los Médicos. Boerhaave llena con su saber los conocimientos clínicos de la mayor parte del setecientos, su fama corre por toda Europa, Espejo lo aprecia con merecimiento. Alaba a Hipócrates y dice que en la Biblioteca de San Fernando hay un texto griego de los "aforismos", personalmente posee una traducción de Anuncio Foessio. Recomienda "La Medicina Racional" de Federico Hoffmann, la "Anatomía de Heister" con láminas de Cowper, las "Observaciones Médicas" de Sydenham, el "Tratado de la Viruela" de Marín Lister, el "Diccionario Médico" de Jammes y los "Aforismos" de Sanctonno, critica el "Examen para Cirujanos" de Martínez. Según estos datos bibliográficos Espejo fué, en doctrina médica, un ferviente "boerhaavista" como gran parte de sus colegas de ultramar.

Critica duramente los métodos de enseñanza médica de su tiempo, sin ninguna práctica hospitalaria, sin profesores científicos, sin libros, viéndose obligados los estudiantes a leer lo primero que encuentran a mano. Encuentra inaceptable la facilidad de doctorar y los pocos años dedicados al estudio médico.

Con acierto propone una reforma de métodos de enseñanza, de tribunales examinadores, de personal docente formado con tres médicos traídos de Madrid, de autoridad con un Teniente de Protomédico dependiente del Protomédico de la capital Virreinal, de ejercicio profesional que debe ser vigilado por el Cabildo quien debe reprender a los falsos médicos y fomentar el estudio serio de la medicina. Debe estudiarse la Anatomía, hacerse disecciones, estudiar la Fisiología y la Botánica. Como se ve, las reformas propuestas por Espejo nos muestran al médico ilustrado, al práctico en el ejercicio de su profesión, al reformador de la enseñanza médica de su tiempo. Las "Reflexiones" de Espejo son un valioso aporte al progreso médico nacional.

Hemos tenido la suerte de presentar este "Comentario a las Reflexiones de Eugenio Espejo", gracias a la benevolencia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central y del cuerpo médico de Tungurahua, dependiente de la Federación Médica Nacional, a quienes tenemos el

alto honor de representar en este severo acto conmemorativo, con esta primera actividad de la Cátedra de Historia de la Medicina, de reciente fundación en nuestra Universidad .

Hemos tratado de presentar un Espejo sin espejismos. Fué un amargado, dictó un impresionante testamento en el que no reconoce sino deudas; su único legado fué el de sus sueldos, nunca pagados, como primer bibliotecario público. No pidió, como Montalvo, que su cuerpo sea adornado con flores; ni pidió, como Luis Martínez, que lo entierren bajo un árbol centenario, fué sepultado en el Cementerio de El Tejar y sus restos se han perdido.

## **Reglamento para la concesión de Becas en Buenos Aires**

La duración de las becas otorgadas a becarios extranjeros, será de DIEZ MESES, a contar desde el 1<sup>º</sup> de Marzo, y le importe será de \$ 5.000 más o menos. Los gastos de traslado correrán por cuenta de la Comisión.

Estas becas no se otorgarán a estudiantes, ni para completar cursos de graduación, sino a profesionales, artistas e investigadores, de reconocida y notoria autoridad en la materia, y cuyas tareas en el ejercicio de la beca serán de positivo beneficio para la cultura recíproca de ambos países.

Los aspirantes deberán ser mayores de 25 años y menores de 45. Deberán ser nativos del país que los propone. Deberán elevar a la Comisión un informe cada dos meses, sujetándose a las demás disposiciones que se adopten sobre este particular. Asimismo, deberán presentar un informe general al expirar el plazo de la beca.

Juntamente con- el nombre de los aspirantes propuestos, se deberá remitir a la Comisión, antes del 31 de Octubre, los antecedentes de cada candidato a beca, la nómina de los trabajos que haya publicado y demás elementos de juicio, así como una exposición de motivos y un plan circunstanciado de la labor que proyecta realizar en la Argentina .

El plan a que se refiere el artículo anterior, podrá versar sobre cualquier rama de la investigación científica o de la creación artística, incluyéndose además cualquier asunto de investigación tecnológica o económica de utilidad para el desenvolvimiento de los países americanos, como ser problemas concernientes a la explotación de sus riquezas, al aprovechamiento de sus fuerzas naturales, al perfeccionamiento de sus instituciones sociales, etc.

La Comisión Nacional de Cultura puede resolver la publicación de los trabajos de los becarios, si así lo considerase oportuno, o retirarle el beneficio y carácter de becario por razones de no cumplimiento.

#### **Reglamento para la concesión del premio "Eugenio Espejo"**

1<sup>o</sup>—El premio "Eugenio Espejo" es costado por el profesorado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, y se otorga anualmente a los dos mejores estudiantes de la Facultad, uno de la Escuela de Medicina y otro de la de Odontología;

2<sup>o</sup>—Se considera hábiles para obtener este premio a todos los alumnos que hayan alcanzado por lo menos el 90% de notas, del total de calificaciones en 7 años de estudio para Medicina y 5 años para Odontología;

3<sup>o</sup>—Se excluyen las calificaciones del Curso Preparatorio;

4<sup>o</sup>—Los alumnos hábiles presentarán ante el Jurado Calificador un certificado de asistencia hospitalaria, durante los cursos, a partir del 4<sup>o</sup> año de estudios. Este certificado deberá ser legalmente refrendado por el Jefe del Servicio hospitalario al cual han estado subordinados en su asistencia o presentarán los nombramientos que atestigüen haber desempeñado internados o externados en los hospitales.

En lo que se relaciona a los estudiantes de Odontología, la asistencia a la Clínica Dental se tendrá por práctica hospitalaria y la certificación será conferida por el Director de la Escuela;

5<sup>o</sup>—Los alumnos que hubieren reunido las condiciones anteriormente indicadas, deberán someterse a un concurso práctico que versará sobre la discusión y examen de un enfermo en cualquiera de los servicios hospitalarios, examen que se lo hará ante una "Comisión Examinadora" que será nombrada por el Consejo Directivo de la Facultad y presidida por el Decano o Subdecano de la misma;

6<sup>o</sup>—Las calificaciones de esta prueba serán enviadas en sobre cerrado, al Jurado Calificador, para que éste declare al vencedor, para lo cual deberá tomar en cuenta, además, la labor de investigación científica desarrollada du

rante la vida estudiantil, (conferencias, publicaciones, trabajos prácticos, etc.), lo cual deberá ser comprobado por el aspirante;

1°—Es condición indispensable para la obtención del premio "Eugenio Espejo" haber realizado los estudios universitarios en la Universidad Central y de manera ininterrumpida, exceptuando los casos de enfermedades, calamidad doméstica u otras circunstancias de fuerza mayor, legalmente comprobadas;

8<sup>9</sup>—En caso de empate entre dos o más alumnos, decidirá la suerte;

9°—El Jurado Calificador será designado cada año por el Consejo Directivo de la Facultad;

10.—El concurso se realizará en la primera quincena de noviembre y el premio será entregado al vencedor en la sesión inmediata de la Junta de Facultad;

11.—El premio consistirá en un Diploma, y en la suma de MIL SUCRES para el estudiante de Medicina y el de OCHOCIENTOS SUCRES para el de Odontología;

12. — Todos los alumnos que hubieren intervenido en el concurso a que se refiere el número quinto, recibirán un Diploma en el que se deje expresa constancia del aprovechamiento obtenido en sus años de estudio;

13. — La "Comisión Examinadora" y el Jurado Calificador para los estudiantes de Odontología, nombrará esta Escuela; debiendo sujetarse en lo demás a este Reglamento.

Dado en la Sala de Sesiones del Consejo Directivo, en Quito, a 12 de abril de 1944.

El Decano.

El Secretario.

CERTIFICO: que el presente Reglamento fué aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, en sesión de 12 de abril de 1944.

El Secretario General.

Dr. Estuardo Prado

## **El Prof. Wenceslao Tejerina Fotheringham, y la Pancreatitis Aguda.-Etiología Patogenia**

El problema de la Pancreatitis aguda ha sido estudiado en forma ponderada por el Prof. Wenceslao Tejerina Fotheringham, de la Facultad de Medicina de Rosario, quien con profusa documentación y con amplios y numerosos experimentos, aporta sapientes conclusiones a tan difícil capítulo de la Patología.

Con esmero y meticulosidad revisa las causas más próximas y de mayor frecuencia y probabilidad para la aparición de la pancreatitis aguda. Concede importancia capital a la litiasis biliar —esto último de gran significación para nosotros, por la frecuencia con que existe en nuestro medio—, a la infección y a los traumatismos; sin descuidar, por lo demás, las influencias de la edad, del sexo, de la parotiditis epidémica, del alcoholismo, de la obesidad, etc., y de todos aquellos elementos que dan morfología propia a la llamada constitución diatésica, incomparablemente descrita desde antiguo por Dieulafoy, como muy bien hace notar el autor.

Discurre magistralmente alrededor de estos tópicos y con observaciones clínicas y severa experimentación, sustenta y da supremacía a aquellos factores etiológicos.

Luego de consideraciones anatómicas preliminares aborda en forma ordenada, metódica y convincente el mecanismo patogénico de la pancreatitis; punto oscuro, que ha sido bastante dilucidado por los trabajos del Prof. Tejerina. Y de esta manera plantea en forma objetiva, las diferentes teorías que tratan de explicar la "génesis de la enfermedad", que se puede concretar en agentes: mecánicos, circulatorios, citolíticos y formas mixtas. Al referirse a la participación del estasis duodenal, del reflujo biliar y

a la acción citolítica de la bilis, expresa que estos factores carecen de eficacia por sí solos. Cobran importancia efectiva si se acompañan de la infección que hace "estallar rápidamente la pancreatitis aguda".

Estos son los conceptos fundamentales sostenidos por el distinguido Prof. argentino, cuyo contenido está cimentado en numerosos hechos experimentales concienzudamente controlados y conducidos con escrupuloso empeño científico.

El libro del Prof. Tejerina Fotheringham, es una valiosa contribución a la bibliografía médica de actualidad. Para nosotros y para nuestra patología local constituye una orientación y un estímulo para el estudio de la pancreatitis aguda, que en realidad, ha sido hasta ahora una enfermedad que ha merecido poca atención y que por lo mismo ha pasado desapercibida en nuestro ambiente científico.

Que la lectura de la obra que comentamos, despierte interés para el estudio en referencia y sirva de norma a los médicos investigadores para el esclarecimiento de todo lo relativo a la pancreatitis aguda en la Medicina Ecuatoriana.

Terminamos esta ligera nota bibliográfica felicitando al autor de tan interesante y novedoso relato al XIV Congreso Argentino de Cirugía.

## Conferencias de Cirugía Orthopédica de Paz y de Guerra

Este es el título de la interesante obra en inglés que hemos tenido oportunidad de leer por gentileza del señor Decano, a quien le fuera enviada por el eminente cirujano orthopedista James E. Thomson, Presidente del Curso de Instrucción de Cirugía Orthopédica y Director Técnico de la mencionada publicación. Es un elegante volumen formado por los doce mejores trabajos, seleccionados de entre más de un centenar de los que fueron presentados al mencionado curso y puestos a consideración de la "Onceava Asamblea Anual" de Cirujanos Orthopedistas de la Academia Americana, reunida en Chicago, del 17 al 21 de Enero de 1943.

En todos estos valiosos capítulos, dedicados cada uno, a una diferente región anatómica, de entre las más frecuentemente lesionadas, sin descuidar los fundamentos anatómicos y fisiológicos indispensables para su mejor comprensión, se hace una suscita pero clara y completa exposición de la técnica consagrada como la mejor para satisfacer en general los fines de la cirugía orthopédica, es decir: la más perfecta y rápida reparación tanto anatómica como funcional de las regiones anatómicas dañadas por las violencias exteriores.

Como cada uno de estos capítulos encierra el prestigio de los muy experimentados especialistas que los sustentan y de las instituciones en donde se han trabajado, y como también, todos y cada uno de ellos está fuerte y ampliamente documentado, sus conclusiones son un valioso y firme aporte científico a la cirugía orthopédica, y constituyen una magnífica pauta a seguirse por el especialista que frecuentemente tendrá que intervenir en casos semejantes. Siendo la Cirugía Orthopédica una ciencia relativamente nueva, es



natural que disponga de varias técnicas de valor semejante para la resolución de un mismo problema terapéutico y es natural también que el especialista poco experimentado y el cirujano general encuentren en no pocas ocasiones alguna dificultad en decidirse por tal o cual método, que al decir de su autor es el mejor, de modo que todo aporte a esta ciencia, máximo si es de la talla del que se ofrece en esta obra, que involucra la experiencia de cientos de casos proporcionados en corto tiempo, a favor de la hecatombe mundial desencadenada por la barbarie nazi - japonesa, significa una duda menos para el cirujano tratante y una esperanza más y muy bien fundada para estos pacientes que de otro modo irían a engrosar el número de los inválidos de antaño.

Empieza la obra con un capítulo consagrado a la cirugía de la mano, a cargo del Dr. Sterling Bunnell de San Francisco. Es un capítulo que por circunstancias ajenas a la voluntad del autor no se ha publicado completo y sólo contiene las principales técnicas empleadas en la sutura de tendones, formaciones tan frecuentemente destrozadas en las heridas de la mano. Aunque ninguna de estas técnicas es nueva, todas tienen el mérito de hacer resaltar la enorme importancia que para el buen éxito del tratamiento tiene el prescindir de dejar entre los cabos a suturar, ningún material extraño que impediría con toda seguridad su unión.

**El Segundo Capítulo** a cargo de más de una docena de distinguidos cirujanos, entre los que sobresalen H. Earle Conwell de Alabama, el Profesor de Cirugía Orthopédica Philip D. Wilson de New York, el comandante Herbert L. Pagh de San Diego, etc., hace un estudio bastante completo de las fracturas de la extremidad inferior, tomando como núcleo de la exposición, 93 casos de fracturas compuestas atendidas en el Hospital Naval de San Diego. Aparte de las indicaciones generales que hace con gran precisión, y que están encaminadas a salvar ante todo la vida del paciente víctima de un choc traumático y de una herida infectada, expone las enormes ventajas que trae el uso de la férula de Steader para la reducción y mantención de los fragmentos de estas fracturas. Esta férula no exige el concurso de un centro quirúrgico bien montado ya que su colocación es muy simple, en cambio asegura el éxito de fracturas abiertas; naturalmente es insustituible porque permite un total control del segmento lesionado, permite una reducción justa; rígi

da e ininterrumpida inmovilización de los fragmentos, movilización rápida y activa del paciente y un precoz restablecimiento de la función perdida, evitando al mismo tiempo el uso de cuadros de reducción, de enyesados, de tracciones y poleas, de inmovilizaciones largas y de control largo y meticuloso por parte del personal de hospital, convirtiéndose así en un método ideal para casi todos los tipos de fracturas de los huesos largos. Y decimos de los huesos largos, porque con el mismo éxito se la ha usado para toda clase de fracturas de los huesos del antebrazo, del brazo, así como del codo y de la extremidad distal de los huesos de la pierna.

En este gran capítulo, también se trata del gran éxito obtenido por el método de la esteosíntesis con placa, en los casos de formación de pseudo-artrosis en el curso del tratamiento de muchas fracturas, por los antiguos métodos. También se dedica un párrafo muy bien documentado al tratamiento de las fracturas del astrágalo, tan frecuente en los accidentes de aviación, especialmente entre los paracaidistas. Se ponen las indicaciones precisas para recurrir a la astragalectomía o la artrodesis, buscando siempre el método que permita al paciente hacer un uso casi normal de su pie operado.

**El Tercer Capítulo**, que debe ser muy interesante, por tratar de las lesiones de los nervios y de su tratamiento, según indica el sumario, no ha sido aún publicado, de modo que esperamos que lo sea, quizá en un folleto complementario del volumen que nos ocupa.

**Capítulo Cuarto.**— Comprende cinco subcapítulos sustentados por ortopedistas de la talla del Mayor General Norman T. Kirk de Washington; de Philip D. Wilson de New York, Campbell Thomson de Washington, etc. Este capítulo encierra las opiniones más recientes sobre el tratamiento de extremidades que deben ser amputadas, sobre el sitio donde debe amputarse, el método a seguir en esta amputación y los conceptos directrices para la indicación de tal o cual tipo de prótesis tanto temporaria como permanente. Se hace hincapié en el método de amputación por el sistema de guillotina que es insustituible en los casos de herida infectada y en los casos de miembros severamente traumatizados, en los que pelagra la vida del paciente, por ser su ejecución simple y sumamente rápida y por permitir una

desinfección completa del sector del corte. Naturalmente, esta técnica exige un post-tratamiento muy cuidadoso y ante todo la tracción permanente, por medio de cintas de esparadrapo de la piel circunvecina de la sección cruenta, para poder ganar colgajos cutáneos que posteriormente y cuando haya granulado lo suficiente la herida, permitan su cerramiento adecuado. En este mismo capítulo se pone de relieve lo ninguna modificación favorable que sufren en su evolución los muñones infectados en los que se ha cerrado la superficie cruenta, a pesar del uso extenso de los sulfa- minados en cualquiera de sus formas farmacéuticas.

**Capítulo Quinto.**—Se destacan en este capítulo los trabajos de Ralph K. Ghormley de Rochester, de Roy G. Pur- ling de Washington, de Forest Smith de New York, et£., todos ellos neurocirujanos de nota. Consta aquí uno de los \* cuadros más completos de las posibles causas que pueden ocasionar la lumbalgia y la ciática, enfermedades éstas sobre las cuales mucho se ha avanzado en los últimos 30 años gracias al concurso de la cirugía ortopédica y de las mejores técnicas radiográficas, a tal punto que sólo un pequeño porcentaje de estos enfermos queda sin diagnóstico y sin tratamiento eficaz. También se indican los métodos más adecuados para tratar cada uno de estos casos, desarrollando con alguna extensión las técnicas de la extirpación del disco intervertebral en protrusión, que con tanta frecuencia es causa de lumbalgias muy rebeldes y dolorosos.

**Capítulo Sexto.**—Sostenido por experimentados cirujanos y profesores, este capítulo está dedicado a la patología y a la cirugía de la cadera. Intervienen en él orthope- distas de la talla de Oscar Miller de Carolina del Norte, de Hermán C. Schum de Wisconsin, de Dallas B. Plemister de Illinois, etc. Se pasa en él revista a las principales enfermedades de la articulación coxo - femoral, haciéndose en ellas eco de las escuelas francesa y alemana en lo relacionado a la marcada inclinación morbosa de la extremidad superior del fémur, por las particulares y desventajosas condiciones de irrigación sanguínea que presenta. Constituye una novedad en este capítulo la técnica de artrodesis de la cadera indicada por J . Warren White, quien hace uso de largos clavos de Smith - Petersen que van desde el trocánter mayor hasta la parte más gruesa de la parte superior del

acetábulo. La idea es original posiblemente de Watson Jones, como lo asegura White, pero suya es la originalidad de haberla empleado no sólo para el tratamiento de las artritis degenerativas como lo hacía Jones, sino para todos los casos en que está indicada la artrodesis, con la enorme ventaja de que siendo en esencia una artrodesis intra-articular, su realización es completamente extra-articular, adaptándose por lo tanto aún a los enfermos más agotados y a los individuos en crecimiento, en quienes todas las técnicas de artrodesis intra-articular traen serios retardos y desvíos del desarrollo de los huesos operados.

**Capítulo Séptimo.**—A cargo de casi una docena de cirujanos de la reputación de Alien Voshell de Marylandia, de Wallace Duncan de Nebraska, de Wilson de New York, este capítulo está consagrado al estudio de la rodilla, pero sólo desde un punto de vista quirúrgico, haciéndose hincapié en los tratamientos cruentos de las lesiones de los huesos, cartílagos y ligamentos de esta articulación. Se destacan las nociones relativas al tratamiento fisioterápico post-operatorio, que permite una rápida reparación funcional de esta articulación tan morbosamente inclinada a la anquilosis.

**Capítulo Octavo.**—En éste se estudian con bastante detención los complejos y graves procesos patológicos que se desarrollan en las quemaduras de alguna extensión. En la patología de las quemaduras, el Dr. A. W. Farmer de Toronto, considera a la piel como un verdadero órgano de múltiples y aún mal conocidas funciones, pero todas ellas de tanta importancia, que su déficit lleva rápidamente a la muerte. Indica las estrechas relaciones de la piel con las cápsulas suprarenales y pone por consiguiente de relieve la enorme importancia del tratamiento con extractos cortico-suprarenales, de las quemaduras extensas. Harkings de Michigan, estudia el tratamiento fisiológico de las quemaduras severas. Pone de manifiesto la enorme importancia del tratamiento por medio de transfusiones de plasma sanguíneo, del choc que con toda frecuencia y con mayor o menor precocidad se presenta en estos pacientes. Pasa revista de los principales medicamentos usados localmente en tales casos indicando sus ventajas e inconvenientes. Pen- dleton de California indica extensamente su método de tratamiento de quemaduras severas por lo que él llama "méto-

do al aire libre con cera de parafina". En sus numerosos casos señala grandes éxitos y subraya la prescindencia que ha hecho del uso local de las sulfas para evitar las infecciones de las zonas quemadas, administrándolas en cambio por vía oral. Finalmente, Kirkhan de San Diego, indica su técnica de reconstrucción plástica de las zonas quemadas, usando un procedimiento muy semejante al de Inselin. La lectura de este importantísimo capítulo no lleva al convencimiento de que un buen porcentaje de defunciones, de cicatrices viciosas, y de queloides pueden evitarse si se sigue este método de tratamiento.

**Capítulo Noveno.**—Está dedicado a las deformaciones del pié. Interviene una media docena de especialistas: Emil Hauser de Illinois, lo hace con su disertación sobre "Consideraciones terapéuticas paliativas en las deformaciones transitorias y permanentes de la estática del pié". Pasa revista de los diferentes vendajes, aparatos de prótesis (plantillas ortopédicas) calzado ortopédico, que constituyen magníficos recursos para el tratamiento de estas dolencias. El Dr. Warren White de Carolina se ocupa de los "Procedimientos quirúrgicos, sus indicaciones y resultados finales en el tratamiento de las deformaciones del pié". El Dr. Miller de Carolina del Norte, se ocupa de "Una operación plástica del pié plano", la cual ha venido a sustituir a más de las 25 propuestas para la resolución de este problema, indicando que la intervención consiste en reseca la cabeza y el cuello del astrágalo deformado, siendo según el caso, necesario o no, complementar la intervención, provocando la soldadura del cuneiforme con la base del primer metatarsiano.—El Dr. White crea un nuevo síndrome sacado del estudio de una enorme cantidad de naufragos que habían quedado a la deriva en las heladas aguas del Atlántico, denomina a este síndrome "Pié de Inmersión". Señala que ya se presenta en los casos de inmersión por muchas horas, en aguas de menos de 8 grados centígrados y que al quitar las botas a los pacientes, el pié se presenta hinchado, blanco céreo y con algunas zonas de color violeta y que poco después de liberado este pié se vuelve rojo, hiperhémico, caliente, aumentando mucho su hinchazón. Hace hincapié que en el tratamiento hay que tomar todas las medidas conducentes a disminuir el metabolismo de este pié por un reposo absoluto y por un calentamiento adecuado que no exceda de 32

grados centígrados, "de lo contrario el pié puede considerarse como perdido".

**Capítulo Décimo.**— Trata del "Diagnóstico diferencial de la Patología de los huesos". Participan cuatro especialistas y las lecciones están patrocinadas por el "Comité de Tumores Oseos" de la Academia Americana de Cirujanos Orthopedistas.

Hace un estudio extremadamente completo de este gran capítulo de tumores de los huesos, tan poco conocido por una buena mayoría de cirujanos, poniendo especial atención en los múltiples recursos que existen para poder hacer un buen diagnóstico diferencial entre los verdaderos tumores y todas las lesiones que pueden simularlos. Recomienda basar el diagnóstico especialmente en el examen microscópico de las biopsias, indicando su principal mantenedor, Henry Meyerding de Minnesota, cómo una larga experiencia y un detenido examen clínico nada pueden a veces, sin la ayuda de un buen examen biopsico. Carpanter MacCarthy, Profesor de Patología de Minnesota, presenta una muy útil nomenclatura y clasificación de los tumores óseos, recurriendo a la embriología y tomando en cuenta las detenciones y desviaciones de la evolución de la célula ancestral o histiocito.

**Capítulo Undécimo.**— Se refiere a la "Cirugía Reconstructiva de la Extremidad Superior traumatizada". El profesor de Cirugía orthopédica de Iowa es el único en tomar a su cargo este interesante capítulo en el que se indican las enormes ventajas del tratamiento cruento en todos los casos de luxación crónica irreductible tanto de la articulación del hombro, como de la acromio - clavicular, del codo, de la muñeca, etc.

**Capítulo Duodécimo.**— No ha sido publicado, y por el sumario, sólo sabemos que estuvo dedicado a la "Anatomía Quirúrgica de las Extremidades superior e inferior.

**Capítulo Décimo Tercero.**— Estudia "El trauma que complica las lesiones orthopédicas". Interviene más de media docena de cirujanos y en casi todos los trabajos se hace especial estudio del choc que complica al trauma, coincidiendo todos ellos en indicar cómo la determinación de la

disminución del volumen sanguíneo, causa de este choc, puede ser reconocida, antes de que aparezca el cuadro clínico correspondiente, por medio de la determinación del volumen porcentual de la parte líquida y sólida de la sangra en el hematocrito. Esta misma determinación da las bases para un tratamiento tanto profiláctico como curativo, por medio de las transfusiones de plasma sanguíneo.

Felicitemos al mencionado Congreso de Chicago y esperamos que la publicación comentada sea una verdadera ayuda para nuestros colegas.

Dr. Manuel H. Villacís

## Sesiones del Consejo Directivo

SINTESIS GENERAL DE ENERO A JULIO DE 1944.

### Sesión del 31 de Enero

Se niega la petición de los alumnos del Primer Año de Odontología, que piden la exoneración de los estudios de Física y Química, por la razón de que los estudios de estas materias se desarrollan desde el punto de vista de su aplicación a la Medicina.

Se aprueban las siguientes denuncias de tesis:

—"Las substancias pirogénicas y su eliminación de las soluciones inyectables".—Ledo. Johannes Meth.

2<sup>a</sup>.—"La formación de opsoninas y aglutininas después de la administración bucal de bacilos tíficos muertos".— Ledo. Martín Rosenthal.

y—"La leche ócida de Marriot como alimento en el lactante".— Ledo. Robinson Arapé.

4<sup>a</sup>.—"El amoníaco fecal en el diagnóstico de las dispepsias intestinales".—Ledo. Guillermo Azanza.

Se solicita al Consejo Universitario, el apoyo económico necesario para el viaje y estudios que el Sr. Dr. Leopoldo Arcos, va a efectuar en Estados Unidos sobre el ramo de Tisiología.

Se acepta la renuncia de la Directora de la Escuela de Enfermeras, Srta. Kathleen Logan, agradeciéndole los servicios prestados en su cargo.

Se solicita a los señores profesores doctores Benjamín Wandemberg y Pablo Arturo Suárez, informen al Consejo Directivo sobre proyectadas excursiones científicas, con el



objeto de efectuar un mejor reparto de la asignación presupuestaria.

El señor Decano informa de las gestiones efectuadas ante los representantes diplomáticos de Colombia y Venezuela, encaminadas a conseguir la unificación de planes de estudios de Medicina en las naciones que formaban anteriormente la "Gran Colombia".

Se acepta el informe favorable del Procurador de la Universidad, sobre la solicitud del Sr. Dr. José M. Hirch, quien desea incorporarse al Cuerpo Médico ecuatoriano.

Se conoce y aprueba, previo informe del señor Subdecano, el nuevo Reglamento de la Escuela de Enfermeras.

#### **Sesión del 10 de Febrero**

Integra el Consejo Directivo el nuevo Representante estudiantil, Sr. Antonio José Alvarez. A petición del señor Decano se agradece al Sr. Celi Román, anterior Delegado estudiantil, por su magnífica labor en el seno del Consejo.

Se aceptan las siguientes denuncias de tesis:

1- — "Tratamiento de la gastroenteritis infantil indeterminada, por la sulfaguanidina".—Ledo. Luis G. Camocho.

2<sup>o</sup>—"La Electroshock-terapia".—Dr. José M. Hirch.

y—"El fósforo en la sangre".—Ledo. Eduardo No-boa G.

4<sup>o</sup>—"La aplicación de la vacuna B.C.G. en el niño de Quito".—Sr. Luis Andrade.

/ El Consejo Directivo cree oportuno cerrar las inscripciones para grados, a todos los médicos extranjeros, que se han acogido al nuevo Decreto Legislativo. De acuerdo con la misma Ley de Educación Superior del Gobierno Dictatorial de 1938, se suprime el grado de Licenciado y se encarga al señor Decano y al Director de la Escuela Dental, de la nueva reglamentación de grados e incorporaciones.

Se aprueba y pasa al Consejo Universitario el nuevo Reglamento Interno del Instituto de Anatomía.

Se solicita al Sr. Dr. Luis A. León, el informe respectivo de sus labores en Venezuela.

#### **Sesión del 1<sup>o</sup> de Marzo**

El señor Decano presenta a consideración del Consejo Directivo, el nuevo Reglamento de grados, de acuerdo con

la Ley de Educación Superior del año de 1938. Se aprueba dicho proyecto y pasa a conocimiento del Consejo Universitario .

#### **Sesión del 12 de Abril**

El señor Decano hace conocer que se ha ofrecido a la Facultad de Ciencias Médicas, una beca por parte de la Commonwealth Foundation, habiéndose solicitado al señor Decano que hiciera la designación de la persona que debe ser merecedora de esta beca; pero que había creído conveniente que sea hecha por el Consejo Directivo. — El Consejo Directivo resuelve, después de amplia deliberación, conceder dicha beca al Sr. Dr. José Modesto Portilla; quien deberá suscribir un contrato con la Universidad, antes de entrar en el goce de aquélla, para reglar las obligaciones del beneficiado.

Se aprueba el acuerdo formulado por el señor Decano, con motivo del Centenario del nacimiento del Ilustrísimo Arzobispo de Quito, Sr. Dr. Federico González Suárez.

#### **Sesión del 24 de Abril**

Se aprueba el reglamento del premio "Eugenio Espejo", creado por el profesorado de la Facultad de Ciencias Médicas para el mejor estudiante de Medicina y de la Escuela de Odontología.

Se lee una nota de agradecimiento de la Asociación Médica Argentina, en contestación a la condolencia presentada a dicha Institución y al pueblo argentino por el señor Decano de nuestra Facultad, con motivo del terremoto de "San Juan".

Se aprueban las siguientes denuncias de tesis previas al Doctorado en Medicina:

—"Analgesia caudal continua en el parto", por el Ledo. Sr. Mario Celi.

2®—"La Hormona de la maduración folicular y su valor en el diagnóstico de los trastornos ováricos y tumores del aparato genital de la mujer".—Ledos. Sres. Miguel Guerrero y Luis A. Vaca.

3?—"El peso y la talla del recién nacido a término en la Maternidad de Quito".—Ledo. Luis A. Toro.

4<sup>?</sup>—"La síntesis del ácido hipúrico a partir del ácido benzoico en las hepatopatías".—Ledo. Antonio J. Alvarez.

5—"Diagnóstico precoz del shock por el hematocrito".—Ledo., Luis F. Aguinaga.

6<sup>?</sup>—"Determinación del volumen sanguíneo por el hematocrito".—Ledo. Lucía Juditlj Egas.

Se aprueba la excursión científica que bajo la dirección del profesor de Medicina Tropical, Dr. Luis A. León, efectuarán los alumnos de Séptimo Año, a la Región Oriental.

#### **Sesión del 2 de Junio**

El Consejo Directivo felicita al Sr. Dr. Carlos R. Sánchez, distinguido miembro de la Facultad, quien ha sido nombrado Ministro de Educación, en el nuevo régimen gubernamental.

Se pide que la Secretaría envíe un voto de aplauso al Sr. Jaime Ribadeneira, por el éxito de la campaña anti-palúdica. En igual forma se pronuncia el Consejo Directivo, con respecto al Dr. Eduardo Flores, Profesor Agregado de la Facultad, por su valioso aporte científico en la dirección de numerosos trabajos de tesis de grado.

Se aprueban las siguientes denuncias de tesis:

1- —"Anestesia Quirúrgica por Pentothal sódico".— Ledo. Miguel Eduardo Yépez.

2- —"La reacción bioquímica diagnóstica para el paludismo".—Ledo. Ulpiano de Labastida.

Se nombra Directora de la nueva Escuela de Enfermeras, a la Srta. Dorothy Foley, enfermera norteamericana, contratada para el efecto.

Termina la sesión reglamentando las pruebas finales del año escolar de 1943 a 1944, y fijando para el 3 de julio la conferencia científica reglamentaria, que le corresponde dictar al señor profesor Dr. Arsenio de la Torre.

#### **Sesión del 23 de Junio**

Se autoriza al Sr. Dr. Geza Fisch, para que publique su tesis doctoral.

Se aceptan las siguientes denuncias de tesis:

1<sup>?</sup>—"Reacción de Chediack".—Ledo. Luis E. Dávila.

2<sup>?</sup>—"Digitalina y tensión arterial".—Ledo. Arquímides Dorado.

3<sup>?</sup>—"La imagen del fondo del ojo en el síndrome de la hipertensión endocraneal".—Sr. Luis O. Salazar.

4- —"Intradermo reacción para el diagnóstico del paludismo, utilizando como antígeno el pigmento, producido por el plasmodium gallinaceum".—Ledes. Sres. Jaime Ballesteros y Alberto Endara.

Se conoce el plan de nueva estructuración y de aspiraciones de la Facultad, elaborado por el señor Decano, el que es aprobado y pasa a conocimiento del Consejo Universitario .

#### **Sesión del 14 de Julio**

Se niega la renuncia presentada por el señor Director de la Escuela de Odontología, Dr. Isauro Garcés.

Se aprueban las siguientes denuncias de resis:

V—"Prueba del Aldrich y Mac Clure en Obstetricia". —Sr. Guillermo Ortega.

2<sup>?</sup>—"Determinación de la excitabilidad muscular en el embarazo, por la corriente farádica".—Ledo. Oswaldo Tro- <sup>ya</sup> .

3<sup>?</sup>—"Investigación de bacilos del género Shigella en las infecciones".—Sr. Carlos Mosquera.

4- —"Valor diagnóstico de la reacción de Mester en el reumatismo, con la modificación de Guiampietro Vacarez- 7<sup>a</sup>".—Ledo. Ernesto A. Bucheli.

5<sup>\*</sup>—"Estudio estadístico de la sífilis en los afiliados de la Caja del Seguro".—Sr. Efraín Zabala.

6<sup>?</sup>—"Glutationemia normal y en la embarazada".— Ledos. Luis A. Ortiz y Hugo Darquea.

LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD  
CENTRAL,

#### **Considerando:**

1<sup>?</sup>—Que el día de hoy 13 de abril se conmemora el Primer Centenario del nacimiento del Ilustrísimo Sr. Dr. Dn. Federico González Suárez;

2<sup>o</sup>—Que es un deber de las Instituciones culturales del país, enaltecer la memoria de los ciudadanos, que con su

virtud, saber y patriotismo, han contribuido a la grandeza de la Patria,  
%

**Acuerda:**

1º—Adherirse al justo homenaje que tanto los Poderes Públicos, como el Ecuador entero, presentan a la memoria del eximio patriota y esclarecido hombre de ciencia;

2º—Expresar al Comité Central "González Suárez" el testimonio de su aplauso;

3º—Concurrir en corporación, en nombre de la H. Facultad, a los oficios públicos y actos conmemorativos del día 13, y,

4º—Publicar este Acuerdo por la prensa.

Dado en la Sala de Sesiones de la Facultad, en Quito, a 13 de abril de 1944.

**Dr. Manuel H. Villacís,**  
Decano.

**Dr. Francisco Páez R.,**  
Secretario General.

**CRONICA**

**Sesión Solemne de la Facultad de Ciencias Médicas y la Asociación Médico - Quirúrgica de Quito, con motivo de las Bodas de Plata Profesionales de los Sres. Dres. Pablo Arturo Suárez y Carlos R. Sánchez.**

En la tarde del 20 de Mayo del año en curso el llamado Salón Máximo de la Universidad Central resultó mínimo para recibir la selecta concurrencia que había acudido a la significativa ceremonia preparada por la Facultad de Ciencias Médicas y la Asociación Médico - Quirúrgica de Quito, , en honor y como pleitesía rendida a dos maestros, cuyos veinticinco años puestos al servicio de la juventud y de la Patria habían transcurrido ya: eran los Sres. Dres. Pablo Arturo Suárez y Carlos R. Sánchez.

El público era numeroso y selecto. El señor Decano de la Facultad de Medicina, Sr. Dr. Manuel H. Villacís, inició

el solemne acto visiblemente emocionado; a través de sus cálidas frases se observó la trayectoria y ruta seguida por los Catedráticos hasta llegar a sus Bodas de Plata. Hubo análisis sereno y justicia en las apreciaciones vertidas.

A continuación el prestigioso Secretario de la Asociación Escuela de Medicina, Sr. Horacio Yépez, en un bien traído discurso, trazó la silueta de los maestros como a grandes brochazos y fué frenéticamente aplaudido.

Después de un solemne silencio en la sala, principió el Sr. Dr. Carlos Sánchez su discurso de agradecimiento a las dos Entidades, y habló de su compañero y de cómo iniciaron desde 1919 su labor ininterrumpida de veinticinco años de Cátedra, puestos al servicio de la juventud y de la Patria. Discurso magistral. Cada acápite una enseñanza para maestros y discípulos. Frases entrecortadas, verdaderas sentencias; otras admonitivas y otras como síntesis de programas; hay de todo en este discurso atrayente y digno de leerse las veces que se pueda.

Y para terminar esta tarde inolvidable y buena, como para cerrar con broche de oro, el Sr. Dr. Pablo Arturo Suárez había preparado su Conferencia sobre "Hipoalimentación en el Ecuador". El proscenio del máximo salón estuvo lleno de aparatos, jaulas con diferentes animales, frascos, cuadros gráficos, proyectores, etc., etc. Las palabras del gran investigador quedarán vibrando por mucho tiempo en los oídos de los que le escuchamos.

#### **Sesión Solemne en honor de Eugenio Espejo.**

A iniciativa de la Asociación Médico - Quirúrgica de Quito la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central colocó el retrato del gran precursor Eugenio de Santa Cruz y Espejo a la cabecera de su histórico salón. Hicieron uso de la palabra el señor Rector Dr. Julio Enrique Paredes, el Sr. Dr. Enrique Garcés a nombre de la Asociación Médica de Quito, y el Sr. Dr. Virgilio Paredes Borja.

#### **Sesión Solemne en honor de Roberto Koch.**

Con motivo del Centenario de Roberto Koch y también a iniciativa de la Asociación Médico - Quirúrgica de Quito, hubo Sesión Solemne en la que tomaron parte las Entidades

ya citadas e hicieron uso de la palabra: por la Universidad Central el Sr. Dr. M. Eduardo Bejarano; por la Asociación Médico - Quirúrgica de Quito el Sr. Dr. Sergio Lasso Meneses. El Sr. Dr. Enrique Garcés leyó una semblanza cuya publicación fué hecha en la prensa de la Capital.

#### **Visita del General Le Dantec a la Universidad Central.**

El 17 de noviembre el señor Vicerrector de la Universidad Central, Sr. Dr. Julio Endara, presidió la recepción que hiciera la Facultad de Ciencias Médicas al eminente francés, cirujano y profesor, General Le Dantec.

#### **Notas necrológicas.**

Héctor Estrella y Gilberto Ruiz. Prematuramente desaparecieron del escenario de la vida. Jóvenes cuyos opimos frutos se principiaba a cosechar, dejan estelas de luz y sombras de duelo en sus hogares. Vayan para las familias distinguidas de ambos colegas, nuestra sentida condolencia.

Alfonso Cobo Donoso. — El espiritual colega del "Eugenio Espejo"; uno de los fundadores de la Asociación Médico - Quirúrgica de Quito, en un trágico accidente automovilístico se rindió a la muerte. Muy estudioso y muy jovial, poseyó una selecta biblioteca y estaba al tanto del movimiento médico mundial. Notable clínico, deja un gran vacío entre sus colegas de la Capital.

Luis Barberis Jaramillo. — Presidente de la Cruz Roja Ecuatoriana y tan conocido en los círculos sociales capitalinos, bruscamente dejó de existir y todas las Entidades públicas y privadas rindieron su último tributo al noble amigo, desprendido ciudadano y médico que legó todo su material para los niños de la Entidad que dirigía con todo entusiasmo y con todo amor.

En otra parte publicamos el discurso del Dr. Sergio Lasso Meneses, tomado de "Ultimas Noticias".

### **Lamentación por la muerte del Dr. Luis Barberis**

El doctor Sergio Lasso Meneses, en momentos de la inhumación de los restos del que fué doctor Luis Barberis Jaramillo, Presidente de la Cruz Roja Ecuatoriana, habló de las virtudes y grandes ejecutorias del compañero y amigo con estas significativas frases:

'Con la celeridad del relámpago se propagó la fatal noticia: Luis Barberis ha muerto.

En nuestra ciudad capital descienden al sepulcro diariamente muchos conocidos. Un muerto más para el mundo nada significa

Gota de rocío que cae en la inmensidad del mar. Atomo que se pierde en el espacio infinito!

Mas, hoy que la Patria necesita fuerzas de cohesión, tenemos que lamentar esta nueva e irreparable pérdida nacional. Luis Barberis Jaramillo, el apasionado soñador, el verdadero coordinador, el apóstol del compañerismo, con su fé y con su cruz en alto se ha ido hacia las sombras del misterio.

La Sinceridad, la Lealtad y la Nobleza están de duelo!

Jovial y generoso supo cambiar en sonrisas las lágrimas de sus amigos. Talento original, dueño de simpatías por lo elegante y sensitivo, caballeroso en sus maneras, franco en su sentir y en su pensar, orador dulce y castizo, persuasivo, dominador y atrayente.

Hombre de protocolo y de mundo, todo lo consiguió para las Instituciones que tuvieron la suerte de ser por él dirigidas. Pujante, sus ideas fuerzas las transformó a voluntad y fué el creador de las nuevas y fecundas orientaciones de los estudiantes universitarios ecuatorianos.

Mi compañero en el Colegio, en la Universidad y en la vida! Fuiste modelo de hombre!

Luis Barberis Jaramillo ¡Yo te lloro porque te amé mucho y porque nuestras almas adoraron unos mismos ideales!

Más de una vez me llamaste hermano y hoy te digo con el poeta:

Descansa hermano en la tierra.

Descansa de los huracanes de la vida.

Descansa de la envidia, de los humanos odios,

de las calumnias que atisban y hieren.

Descansa de la sangre y del oro.





**Dr. LUIS BARBERIS JARAMILLO**  
PRESIDENTE DE LA CRUZ ROJA ECUATORIANA  
† el 3 de Noviembre de 1944

Descansa de las injusticias y de las tiranías.  
Descansa de las infamias y de las negruras del mundo. Descansa  
en paz.....”

**DISCURSO DEL Sr. Dr. SERGIO LASSO MENESES EN LA SESION  
CONMEMORATIVA DEL CENTENARIO DE R. KOCH**

Señor Rector de la Universidad Central,  
Señor Decano de la Facultad de Medicina,  
Señor Presidente de la Asociación Médica,  
Señoras, Señores:

En lo más alto de nuestra fantasía, como izada al tope, hoy flamea la bandera de la Ciencia, de la ciencia sin límites y sin fronteras. Este día memorable encontrará a los profesionales de la medicina ocupando sus puestos; unos lucirán su arte que es color y luz, bajo las ruinas y los escombros humeantes todavía; otros estarán transportándose, despedazada el alma, a través del eter o bajo las superficies marinas, dedicando a sus semejantes toda su ciencia y su talento; allá estarán otros sobre la tierra tostada por el sol; y aquí estamos nosotros a la sombra de esta casona, esperando el turno de entregar la vida para que la vida se haga.

Hoy, más que en otras ocasiones, unos pocos o quizá todos, evoquen la Gloria estereotipada esta vez en un ser humano que en la vida respondió al nombre de Roberto Koch. Cien años ya, toda una centuria, como lluvia imperceptible de ceniza, lo separan de nosotros; pero, decidme señores, qué es una centuria y qué un hombre, y cuál el significado de una vida dentro del espacio insondable e infinito.

Cuando los ojos de Koch brillaban a través de las lentes del microscopio y dentro de los cristales de su laboratorio, en un día como éste, las retinas de sus bellos ojos aprisionaron al agente causal de la más grande pandemia universal; su genio, como el sol, alumbró para la humanidad entera.

Los grandes acontecimientos de la Historia tienen sus iniciadores y sus continuadores; el gran descubrimiento del

agente causal de la PESTE BLANCA ya tenía dueño y el bacilo tomó su nombre; pero se imponían varios detalles muy necesarios para el reajuste del hecho trascendental: en un rincón de Barcelona estaba el incomprendido y despreciado FERRAN y fué él quien, con su espíritu diamantino, descompuso la luz de la verdad y por cada una de sus aristas reflejó enseñanzas y nuevos derroteros.

Tal la iniciación de los conocidos y ponderados acontecimientos; tal el brillo de una aurora redentiva; la humanidad se ha beneficiado; bastante se ha hecho en cien años de lucha y de trabajo; pero la batalla continúa sin tregua y las fuerzas oponentes son innúmeras; queda todavía por buscar y encontrar las armas que deban aniquilarlas.

Así lo han comprendido los hombres de ciencia de todas las latitudes y en el planeta se han multiplicado los centros de Investigación Científica, los de Protección Social, los Sanatorios, Preventorios, etc., etc., cuyo número es tan inmenso y su obra tan multiforme, que intentar sólo una enumeración resultaría utópico.

Por manera que es mi intento reducirme a mi propia pequeñez; quiero hacer abstracción de los hechos mundiales o continentales de mi época; quiero dejar para los mejor preparados, aún los comentarios acerca de los asuntos de esta índole, verificados por una pléyade de investigadores en mi propio país, cuya cronología corresponde a la Historia .

En San Francisco de Quito, hacia el Sur y en las faldas de la colina del Panecillo, se alza el Decano de los Hospitales de América, apellidado San Juan de Dios. Por los claustros de sus vetustas paredes cruzó el precursor de la libertad de América, el primer periodista, el médico quiteño Eugenio de Santa Cruz y Espejo. Por los anchos corredores de esta casa colonial han pasado la flor y nata de los médicos interioranos y junto a la pileta de agua transparente y cristalina han posado eminencias del saber médico.

Ese hospital ha sido la escuela de varias generaciones y sus anchos muros todavía son testigos de singulares acontecimientos.

Era una mañana límpida y despejada; la ciudad despertaba con el ruido de los radios y la vocinglería de los anunciadores de periódicos; era un 25 de abril, fecha histórica entre nosotros, jornada gloriosa de estudiantes. . . .

Y el 26 de abril de 1938 hay un pensamiento, hay un hombre, viene una convocatoria y se reúnen en un recodo del vestíbulo del Hospital San Juan de Dios el Profesor Pablo Arturo Suárez y un puñado decidido de muchachos; ese hombre les traza el camino, alza la diestra y con ademán de unción les dice: adelante hacia ¡a meta visible en las azules lejanías. En silencio van pasando uno tras otro los muchachos y estampan sus firmas en la PRIMERA ACTA, Yépez, Cornejo, Portilla, Chamorro, Toro, Arcos, García, Bilbao, Palacios, Dávalos y Romero. Ha nacido el "Centro de investigaciones Científicas".

Los pocos hombres que iniciaron los trabajos se dividieron en 4 grupos; posteriormente aumentaron unos y otros y por último se organizó el "Centro de Estudios sobre Tuberculosis", con Directorio, Vocales, Socios Fundadores, Socios Ingresados.

Apenas han transcurrido cinco abriles y ya varios de sus fundadores se han dispersado; otros como Hugo Bilbao, de espaldas al Pichincha, ha caído frente al mar Caribe como una flor que abre sus pétalos, exhala su fragancia y se inclina hacia la tierra; rindió su tributo en tierra de libertadores .

Decía que apenas han transcurrido cinco abriles, y ya se han cosechado opimos frutos: la vivienda de los obreros, la alimentación, los presupuestos familiares, las toxemias, los ingesta, los excreta, todo ha sido minuciosamente estudiado por los primeros grupos y en el primer año de labores se formó el primer volumen de publicaciones.

Pero donde se observa obra original y de aliento es en las Tesis previas al Grado de Doctor y se me permitirá citar siquiera algunas.

Descartados los eruditos trabajos de los Sres. Dres. Suárez, Bejarano, Yépez, Arsenio de la Torre, Neptalí León, Terán Gostalle, llaman la atención en orden de aparición:

1°—"Tratamiento de la Tuberculosis por la Tuberculina", de Leopoldo Arcos.

2°—"La Vacuna Antituberculosa B. C. G.", por Rodrigo Dávalos.

3°—"Control Anatómico Histopatológico de cobayos vacunados con B. C. G.", perteneciente al Dr. Portilla.

4°—"Tuberculosis Hereditaria", del Sr. A. de la Torre.

5°—"Técnica de la Tuberculinoterapia" .

6º—Experimentos para diferenciar los bacilos humano, bovino y aviario, etc., por Luis A. Cartagenova.

Sin comentario quiero transcribir unos párrafos del maestro modelo de cultura vivificante y virtud humana, quien, después de hablar del apoyo recibido del extranjero por la labor realizada, dice:

"Hoy, los fenómenos de la alimentación, de la vivienda, de la adaptación al ambiente físico, ya no son, ni deben ser meros capítulos de fisiología y de una enseñanza catequística y de sólo valor académico, sino deben estimarse como factores esenciales que intervienen decididamente en el progreso de un país y en el bienestar colectivo. Cada uno de estos problemas constituye en un país organizado y progresista y normalmente administrado un programa político de un verdadero estadista. Así una política sana de alimentación, supone un incremento y protección de la agricultura, de las vías y medios de transporte, del consumo fácil, seleccionado y favorecido de ciertos alimentos. Una acción coordinada administrativa en tal forma, provocan un ascenso simultáneo de los niveles de vida y de progreso firme, no de un progreso alocado, unilateral y muchas veces sólo de palabra y mixtificado. El alumno de Higiene debe, pues, prepararse para la obra administrativa y política del mañana, en la que puede ser actor, aprendiendo a mirar lo real y a buscar lo factible, lo armonioso y conveniente, dentro del propio panorama".

Los incansables investigadores de quienes bastante ya me voy ocupando, como para cambiar de tema y cuando la PESTE NEGRA asomó amenazante, fueron a su encuentro, terciaron en la lucha y se cubrieron de gloria: Suárez, Villagómez, Miño y el grupo de estudiantes al servicio de estos conocidos y distinguidos conciudadanos. No sólo se dominó el mal sino que la investigación fué más allá de lo conocido, como lo atestiguan las siguientes palabras del distinguido bacteriólogo Sr. Dr. Aníbal Villagómez: "EXAMEN DE GARGANTA.—Es, Sr. Dr. Suárez, en esta fase de la investigación, en la que se consiguió un rotundo éxito, tanto más significativo, cuanto que en la literatura que sobre Peste en América existe —por lo menos de la que he dispuesto— no he visto mencionado antes otro hecho similar. Para proceder ordenadamente pondré en su conocimiento, primero la marcha de la investigación y luego de comentarlo, en relación con su importancia, pediré a Ud. se sirva ha-

cerle trascendental a las Autoridades Sanitarias, tanto del país como del exterior".

Como es natural suponer, estos trabajos levantaron polvareda. ¡Ah, si los principios éticos modelaran las conciencias con rigidez inflexible! Pasteur tuvo su vía crucis; y al Pasteur de América, el hombre del mosquito, al gran Carlos Finlay, le tildaron hasta de loco. El símil a través de la Historia es el mismo y lo que decimos de los hombres podemos aplicarlo a las sociedades y a los pueblos. Naciones donde viene a menos el ideal, la ética y la moral, son llamadas a desaparecer o van a la decadencia. Recordemos a Roma la gran nación que se convierte en reina del Universo, cuando los principios éticos llegan a reflejar la severa austeridad de sus costumbres populares. Alto nivel moral tuvo cuando sus águilas pasearon por el mundo subyugando pueblos para su imperio. Fué la época de Lucrecio y de Regilo y de Virginio; fueron los exponentes máximos de ética social de un pueblo que herido en lo que constituye el nervio de su pujanza y de su grandeza, arrojó del trono salpicado de ignominia, a aquellos que no trepidaron en manchar su frente con el signo indeleble de la infamia.

A este mismo pueblo lo volvemos a contemplar a través de la Historia en la época opuesta a la anterior, en tiempo de Agripina, decadente y rendido a los pies de una Mesa- lina .

Paralelismos en la evolución y en la historia. ¡O se levantan los pueblos al máximum de potencialidad, desarrollando energías latentes, o se hunden marchitos y atrofiados en su contextura orgánica cuando han perdido la ética y la moral!

Señores: la ASOCIACION MEDICA DE QUITO, consecuente con sus postulados, después de observar el torrente de los hechos, apreciando el aliento y la pujanza de esta Universidad y con la sencillez que es su característica, ha querido hacer público y notorio su aplauso, así al dignísimo Profesor Sr. Dr. Pablo Arturo Suárez, firme como una roca en sus convicciones, como también a los que han tenido la gloria de acompañarlo. La Asociación Médica de Quito hace los más fervientes votos porque ese espíritu de lucha, no decaiga jamás y que estos honrados y leales investigadores sean fanal que ilumine con purísimos destellos el avance de la Medicina Nacional.

Resúmenes de Tesis Doctorales  
de 1943-1944

GILBERTO RUIZ F.

## "EL CUADRO HEMATICO DURANTE EL EMBARAZO"

### C O N C L U S I O N E S

#### Sobre 90 casos.

— En QuitQ, durante el embarazo, no existe descenso del número de glóbulos rojos, encontrando mejor poliglobulia, con una media aproximada de 7.000.000 por milímetro cúbico.

2?— Existe descenso de hemoglobina durante el embarazo, con una media aproximada de 80%.

3— Existe anemia durante el embarazo de tipo hipocrómico.

4?— El valor globular está por debajo de 1, con una media aproximada de 0,80.

5— No hemos encontrado otro tipo de anemia.

6\*— La fórmula leucocitaria se mantiene normal con respecto a la mujer no gravídica.

7?— Existe un ligero aumento en el número de leucocitos desde el primer mes del embarazo con una media aproximada de 9.000 leucocitos por milímetro cúbico.

8?— La eritrosedimentación en el embarazo está aumentada desde el primer mes, existiendo un progresivo aumento en los meses subsiguientes y llegando a su máximo en el último mes del embarazo. (Ratificando la tesis que existe sobre este asunto del Dr. Gonzalo Avilés).



**ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LAS MODIFICACIONES PRODUCIDAS  
POR DIVERSOS RADICALES SULFAMIDA- DOS SOBRE LA SERIE  
ERITROCITICA GRANULOCITICA Y DEL VALOR PORCENTUAL DE  
LA HEMOGLOBINA".**

\*

**C O N C L U S I O N E S**

1<sup>?</sup>—Los sulfamidodos hacen la expresión de su toxicidad, sobre todos y cada uno de los elementos sanguíneos en los cuales hemos investigado.

1<sup>?</sup>—La sulfanilamida en ratones normales produce una disminución del número de hematíes; disminución del número de leucocitos y del valor porcentual de la hemoglobina, permaneciendo la fórmula leucocitaria sin modificación apreciable.

3<sup>?</sup>—En este mismo grupo la Vitamina C actúa disminuyendo la acción tóxica de la sulfanilamida sobre el valor porcentual de la hemoglobina.

4<sup>?</sup>—El factor P. P., no trae modificaciones, sobre lo anotado en el N<sup>?</sup> 2.

5- —La combinación de la Vitamina C y del factor P. P. actuando con la sulfanilamida, se demuestra ventajosa porque evita la disminución de los hematíes y del valor porcentual de la hemoglobina.

6- —En los ratones en avitaminosis "A" y "D" la acción tóxica de la sulfanilamida es mayor, en el sentido de lo anotado en el primer grupo. La acción de la Vitamina C, del factor P. P. y de ambos asociados, tienen la misma significación, que en los ratones normales.

7- —Los ratones a temperatura baja condicionada presentan una mayor labilidad a la acción tóxica de la sulfanilamida. La Vitamina C, el factor P. P. y ambos asociados

influyen en lo misma forma que lo consignado en los números 3 y 4.

8<sup>?</sup>—La sulfapiridina en los ratones normales, determina baja del número de hematíes, del valor porcentual de la hemoglobina y del número de leucocitos. La fórmula leucocitaria revela una marcada neutropenia con línfocitosis.

9<sup>?</sup>—La acción de la Vitamina C, del factor P. P. y de los dos a la vez, asociados a la administración de la droga, se manifiestan en igual forma que cuando actúan simultáneamente con la sulfanilamida.

10<sup>?</sup>—Los ratones en avitaminosis "A" y "D", bajo la acción de la sulfapiridina, presentan modificaciones de su cuadro hemático iguales a la de los ratones normales inyectados con esta misma droga.

11<sup>?</sup>—La Vitamina C, el factor P. P. y la asociación de ambos en la administración de la droga, tienen igual significación que lo anotado en el número 9.

12- —En los ratones a temperatura baja condicionada, la sulfapiridina tiene una mayor actividad tóxica sobre los elementos sanguíneos, especialmente sobre el número de leucocitos a los cuales los disminuye considerablemente; ocasionando en la fórmula leucocitaria modificaciones que se traducen por una acentuada neutropenia con línfocitosis.

13- —El sulfathiazol en los ratones normales, no altera el número de los hematíes, el valor porcentual de la hemoglobina apenas disminuye, pero en cambio hay aumento del número de leucocitos y su fórmula indica una intensa neutrofilia con marcada linfocitopenia.

14\*—La Vitamina C asociada a la droga, impide la disminución antes anotada del valor porcentual de hemoglobina .

15<sup>?</sup>—El factor P. P., no tiene influencia manifiesta.

16 *KX*—La combinación de la Vitamina C y del factor P. P. administrados con el sulfathiazol, dan el mismo resultado que cuando se administra con la Vitamina C sola.

17\*—En los ratones en avitaminosis "A" y "D", la administración del sulfathiazol solo o asociado con la Vitamina C, con el factor P. P. y con la Vitamina C y el factor P. P. juntos, no trae modificaciones al cuadro hemático.

18- —En los ratones a temperatura baja condicionada, el sulfathiazol determina solamente una disminución en el número de leucocitos, manteniendo la fórmula leucocitaria normal.

19<sup>?</sup>—En estos mismos ratones, la Vitamina C actúa modificando la leucocitopenia ocasionada por la administración de la droga sola.

20<sup>?</sup>—El factor P. P. y la Vitamina C y ambos asociados, al ser administrados en asocio con el sulfathiazol no traen modificaciones de las alteraciones anotadas en la administración de la droga sola.

21<sup>?</sup>—De los tres radicales usados en nuestra experiencia, es la sulfapiridina la que tiene una mayor acción tóxica sobre los elementos sanguíneos; en orden decreciente le sigue la sulfanilamida y finalmente el sulfathiazol que parece ser el menos activo para modificar el cuadro hemático.

22\*—De las Vitaminas asociadas a estos radicales, es la Vitamina C la que tiene mayor valor como desintoxicante en la sangre; el factor P. P. y la combinación de ambos no se traducen como de gran influencia.

23—Dada la importancia, el valor terapéutico y la frecuencia de la administración de las drogas sulfamídicas, sería satisfactorio para nosotros que nuestro estudio se complemente con investigaciones posteriores.

Ledo. EDUARDO HERDOIZA A.

## "LA HERENCIA CONSANGUINEA"

### C O N C L U S I O N E S

Revisando los casos encontrados en mis observaciones correspondientes a la identificación de los grupos sanguíneos en 94 familias, citaré los resultados obtenidos y que a continuación expongo:

1.—En 50 familias, he encontrado que los dos progenitores pertenecen al grupo IV de Moss o O Internacional, por tanto, no posee aglutinógenos de ninguna clase, los hijos pertenecen por entero al mismo grupo sanguíneo IV, es decir, que los padres no pueden transmitir a sus hijos sino el carácter O, o sea la inexistencia de aglutinógenos en los hematíes .

2<sup>o</sup>—Uno de los progenitores pertenece al grupo II y el otro al grupo IV, desde este momento se muestran evidentes los efectos de la disyunción de los caracteres hereditarios en 20 familias examinadas, considerando que por el un lado tenemos el grupo IV O, aglutinógenos y por otro, el grupo II aglutinógeno A, en casi todos los descendientes predomina el grupo II, es decir, la presencia del aglutinógeno A, según la combinación O)A=A grupo II; por tanto el carácter II es dominante.

Sin embargo he encontrado casos dentro de esta misma observación, en que una parte de los hijos pertenece al grupo materno O y la otra al paterno A.—Ejemplo: Abuela grupo número IV con los siguientes caracteres somáticos: cabello negro y lacio, ojos negros, piel morena, nariz recta, mediana estatura, tipo constitucional pícnico.

**Abuelo**, grupo sanguíneo número II; con los caracteres somáticos siguientes: cabello negro, ondulado, ojos cafés, piel blanca, nariz recta, mediana estatura, tipo constitucional pícnico.

**Hijos** .—De seis hijos, cuatro tienen el grupo sanguíneo número dos paterno y dos el grupo número IV materno. Los caracteres somáticos de estos seis hijos son variados: cuatro de él los se parecen al padre con piel blanca, cabellos negros y ondulados, ojos cafés, y dos a la madre, perteneciendo todos él los al tipo pícnico.

Al reunirse uno de los hijos del tipo IV con otro cónyuge del mismo tipo, todos los hijos de esta segunda generación son también grupo número IV, reafirmando la primera conclusión .

Examinado este caso, vemos que los dos primeros progenitores, difieren no solamente desde el punto de vista del grupo sanguíneo, sino también por caracteres somáticos numerosos; al reunirse estos individuos heterocigóticos que difieren por varios caracteres, los hijos presentarán una independencia de los caracteres, dominando uno de él los como si no existiesen los restantes.

3- — Ambos progenitores son del grupo II, los hijos heredan el aglutinógeno A, es decir, son del mismo grupo, según he encontrado en 24 observaciones.  $A - A = A$ .

4<sup>?</sup>—Un progenitor es del grupo III y otro es del grupo IV, el carácter B es dominante, los hijos pertenecen al grupo III—B.

5<sup>?</sup>—Un progenitor es del grupo IV, O aglutinógeno y otro es del grupo I, AB aglutinógenos; los hijos presentarán las siguientes combinaciones: AO—AO—BO—BO—, es decir, AA y BB; pertenecerán por mitad al grupo 11 y 111; ninguno de ellos pertenecen al grupo de los padres. Ejemplo: Madre grupo IV, Hijo grupo II; Padre grupo I .

6<sup>9</sup>—Ambos progenitores son del grupo I AB, los hematíes contienen ambos aglutinógenos, son posibles, por ende, las siguientes combinaciones: AA—AB—BA—BB; según Mendel la cuarta parte pertenecen al grupo II, las dos cuartas partes al grupo I y la cuarta parte restante al 111 . De éste no he tenido sino un caso: padre I y madre I grupo. . . , hijo grupo 11 .

Según las conclusiones anteriores los padres del grupo O, sólo pueden transmitir a sus hijos el carácter O; el carácter A y B son dominantes.

El grupo AB, puede transmitir a sus hijos el mismo carácter AB o uno de sus dos aglutinógenos, resultando en este caso los hijos con un grupo sanguíneo diferente.

En virtud de esta transmisión hereditaria, sometida a normas, los grupos sanguíneos no se encuentran igualmente repartidos en los diferentes pueblos humanos, constituyen caracteres raciales más o menos definidos.

En el indio ecuatoriano predomina el grupo IV. En la población de Quito, según las observaciones hechas en la gente medio, he encontrado los siguientes porcentajes:

Grupo AB .....	1 %
Grupo A .....	22 %
Grupo B .....	4 %
Grupo O .....	73 %

Para terminar, sintetizaré en un cuadro las observaciones anteriormente expuestas, de suerte que, conociendo la sangre del padre y la madre, deduciremos fácilmente el grupo sanguíneo del hijo, adquiriendo esto mayor importancia todavía, si tomamos en cuenta que, conociendo el grupo sanguíneo de la madre y del hijo, podemos deducir a qué grupo corresponderá el padre:

GRUPOS	PADRE	MADRE	HIJO
Grupo S Nº	IV (O)	IV (O)	IV (O)
	II (A)	IV (O)	II (A)
	II (A)	II (A)	II (A)
	III (A)	IV (O)	III (B)
	I (AB)	IV (O)	II (A) 50%-III (B) 50%
	I (AB)	I (AB)	II (A) 25% - III (B) 25% I (AB) 50%

Se podrá efectuar toda clase de uniones de los grupos sanguíneos que se prestarían a un análisis detenido, pero me parece suficientes los que he indicado, por encontrarse en nuestro medio con la mayor frecuencia.

Ledo. OSWALDO RODRIGUEZ M.

**"IMPORTANCIA DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA EN EL  
DIAGNOSTICO DE LAS AFECCIONES DEL ULTIMO TRAMO  
INTESTINAL"**

**C O N C L U S I O N E S**

**Sobre 40 casos estudiados**

Nuestra corta experiencia, en el terreno de la Proctología, nos ha permitido sintetizar una serie de conclusiones, unas de orden técnico y otras de orden clínico.

El número de observaciones llega sólo a 40, debido a que hemos escogido, entre los numerosos enfermos, aquellos que más se prestaban para la demostración práctica. A continuación exponemos la lista diagnóstica que corresponden, por su orden, a las historias clínicas adjuntas.

- N<sup>9</sup> 1.—Adeno-sarcoma del recto .
- N<sup>9</sup> 2.—Ano-rectitis hemorroidaria, con fisura.
- N<sup>9</sup> 3.—Ano-rectitis hemorroidaria, con papilomas.
- N<sup>9</sup> 4.—Ano-rectitis hemorroidaria, con prurito.
- N<sup>9</sup> 5.—Hemorroides de 2<sup>9</sup> y 3er. grado.
- N<sup>9</sup> 6.—Hemorroides de 2<sup>9</sup> con fisura.
- N<sup>9</sup> 7.—Hemorroides de 3er. grado y diarrea tóxica.
- N<sup>9</sup> 8.—Fisura simple.
- N<sup>9</sup> 9.—Fisura simple y diarrea tóxica.
- N<sup>9</sup> 10.—Fisura simple con pólipo centinela.
- N<sup>9</sup> 11.—Fístula isquio-rectal completa.
- N<sup>9</sup> 12.—Trombosis hemorroidaria externa.
- N<sup>9</sup> 13.—Trombosis hemorroidaria interna.
- N<sup>9</sup> 14.—Síndrome de hipertensión portal.
- N<sup>9</sup> 15.—Sífilis intestinal (Chancro anal).
- Nros. 16 - 17.—Rectitis aguda catarral.

- N<sup>o</sup> 18.—Recto-sigmoiditis.  
Nros. 19 - 20 - 21 - 22 - 23.—Recto colitis amebiana. Nros. 24 - 25.—Recto colitis amebiana, complicada. Nros. 26 - 27.—Colitis ulcerosa grave inespecífica.  
N<sup>o</sup> 28.—Colitis ulcerosa grave con fístula.  
N<sup>o</sup> 29.—Linfogranuloma del recto.  
N<sup>o</sup> 30.—Oclusión por fecaloma rectal (Disquinecia) . N<sup>o</sup> 31.—Prolapso rectal completo extrangulado.  
N<sup>o</sup> 32.—Recto-rragia por escara (inyección esclerosante) .  
N<sup>o</sup> 33.—Tuberculosis intestinal - rectal.  
N<sup>o</sup> 34.—Cicatriz viciosa proliferante del recto.  
N<sup>o</sup> 35.—Dolico-mega del recto y sigma.  
N<sup>o</sup> 36.—Enfermedad de Addison.  
N<sup>o</sup> 37.—Vólvulo por dólido-sigma .  
N<sup>o</sup> 38.—Tumoración del sigma.  
N<sup>o</sup> 39'.—Tuberculosis intestinal (alta) .  
N<sup>o</sup> 40.—Sífilis intestinal?

Los enfermos examinados han presentado uno o varios síndromes asociados.—El resumen es el siguiente:

Tumor: 8 casos.  
Dolor: 13 casos.  
Hemorragia: 26 casos.  
Secreción: 15 casos.  
Prurito: 8 casos.  
Estreñimiento: 4 casos.  
Diarrea: 9 casos.  
Diarrea falsa: 13 casos.

De los 40 examinados, 5 han dado datos negativos al examen endoscópico; es decir, que en el 12,5% el segmento rectá-sigmoide ha estado normal.

#### CONCLUSIONES TECNICAS:

1?—Los tubos que hemos empleado, son de fabricación nacional, de luz reflejada y están adicionados de una lente y un aparato insuflador.



2<sup>?</sup>—En ningún caso hemos sufrido ningún accidente doloroso y nunca ha sido necesaria la anestesia general ni local.

3<sup>?</sup>—Como preparación previa hemos acostumbrado enema de agua hervida 4 horas antes del examen, repetido en los casos de falta de limpieza.

4<sup>?</sup>—Sólo en los casos de grandes diarreas, hemos dado dosis pequeñas de opio, la víspera del examen.

5\*—La posición que hemos preferido, por facilitarnos el examen ha sido la genu-pectoral; pero en la mayoría de las mujeres hemos empleado la posición de Taila.

6<sup>?</sup>—Siempre hemos efectuado el tacto rectal, antes de introducir el tubo, a fin de darnos cuenta del tono del esfínter, de la temperatura local, de posibles lesiones del ano y de su canal y de la dirección que debíamos darle al instrumento .

7@—La insuflación es un recurso inocuo, que ha facilitado notablemente nuestros exámenes.

8<sup>?</sup>—Siempre asociamos las imágenes endoscópicas a los cuadros clínicos observados y siempre que hemos podido y que el caso lo ha requerido, recurrimos a las investigaciones bacteriológicas, citológicas y radiológicas.

9<sup>?</sup>—De los cuarenta casos examinados, 28 han sido diagnosticados simplemente por el examen endoscópico; los 12 restantes han necesitado del concurso de los especialistas.

#### CONCLUSIONES CLINICAS:

—Los enfermos del tubo digestivo, en su porción terminal, son bastante numerosos. El hecho de que la mayoría de estos pacientes no necesitan ser atendidos en servicios hospitalarios, hace indispensable la creación de centros especializados que permitan el correcto diagnóstico y la atención médica ambulatoria.

2<sup>?</sup>—Como en el segmento terminal del intestino grueso, las afecciones revisten, con relativa frecuencia, caracteres de malignidad (el cáncer del recto comprende el 80% de los cánceres de todo el intestino) es preciso efectuar precozmente los exámenes necesarios — especialmente endoscópico— que permitan sentar diagnósticos correctos y precoces .

Es lamentable la observación de que todos los cánceres del recto diagnosticados hasta la fecha en nuestro medio, han llevado meses de evolución y por lo tanto, ninguno ha estado en condiciones de ser intervenido. Este fracaso doloroso para nuestra medicina, es la demostración más gráfica del descuido y la repugnancia con que la mayoría de los médicos observa a las lesiones recto-sigmoideas.

Naturalmente, que los enfermos tienen también parte de la culpa, ya que por un mal entendido pudor o decidía, temor o ignorancia, no se prestan a los exámenes proctológicos.

3\*—El valor absoluto de la rectoscopia para el diagnóstico del cáncer de recto, debe inducirnos a nunca prescindir de esta forma de exploración, en todos los exámenes del tubo digestivo.

4<sup>2</sup>—En las colitis ulcerosas graves inespecíficas, que seguramente no son raras en nuestro medio (7% de nuestros casos) la exploración endoscópica es el medio más útil y seguro para llegar al diagnóstico; permitiendo además seguir las diferentes fases evolutivas de la enfermedad y descubrir sus complicaciones.

5<sup>a</sup>—En las recto-colitis amebianas, el valor diagnóstico de la rectosigmoidoscopia es muy grande, ya que nos permite observar el aspecto, intensidad y extensión de las lesiones.

El síndrome disenteriforme, por demás conocido: diarrea, sangre, moco, pujo, es por lo general etiquetado entre nosotros, como una colitis amebiana y para esto, basta que el examen de las heces haya revelado la presencia de amebas o de sus quistes. Muchas veces el resultado del tratamiento emetínico es nulo, pero nuestro criterio no varía a pesar del fracaso. Todavía no queremos comprender que ese cuadro sindrorrtático, puede tener y tiene muchas otras explicaciones etiopatogénicas.

6\*—En presencia de todo síndrome disenteriforme, de proctorragias que pongan de manifiesto lesiones confusas y de diarreas sintomáticas de origen incierto, es indispensable efectuar: 1<sup>o</sup> el tacto ano-rectal y 2<sup>o</sup> la endoscopia exploradora .

7—Las Hemorroides pueden escapar a la exploración digital y muchas veces, sólo podemos ponerlas en evidencia por medio de la rectoscopia. Esta no sólo permite localizarlas con precisión, sino también revelar el estado de la mu

cosa que las cubre. La rectitis hemorroidaria es la complicación más frecuente (5 casos nuestros).

Estas hemorroides, que estamos acostumbrados a tomarlas muy simplemente, son causa a veces, de errores muy graves como en el caso N<sup>o</sup> 1 en el que se confundió un Cáncer por paquetes hemorroidales. Seguramente el síndrome: tumor, dolor y sangre hizo pensar, sin mayor examen, en esta sencilla lesión y la enferma fué sometida al tratamiento acostumbrado.

Otras veces, al comprobar la presencia de verdaderas hemorroides, se les atribuye a él las todo el cuadro clínico, sin pensar que concomitantemente pueden existir otras lesiones de mayor importancia.

8<sup>a</sup>—En el caso de las fístulas, la investigación del orificio interno es difícil y sólo con el anoscopio podemos localizar la salida del pus, al presionar el orificio externo (caso N<sup>o</sup> II). Esta forma de examen es particularmente eficaz en las fístulas internas llamadas ciegas; en las que el origen del pus que se derrama en el momento de la defecación no puede revelarse sino por el examen directo.

9<sup>a</sup>—En los cuadros de estreñimiento pertinaz, acompañados de meteorismo, dolor y retortijones, el examen endoscópico presenta grandes ventajas, porque constituye el medio más rápido y simple para el diagnóstico del dolico-mega del recto y sigma (caso N<sup>o</sup> 35). En otras ocasiones en los cuadros de oclusiones bajas, por disquinesia rectal, no sólo sirve para asegurar el diagnóstico, sino para efectuar la extracción del fecaloma.

10<sup>a</sup>—Junto a los casos en los que la rectosigmoidoscopia hace evidente el diagnóstico, hay otros en los que la investigación está dificultada; pero aún entonces, valiéndonos de este medio, podemos obtener trozos del material dudoso, secreciones, raspados, etc. y efectuar los exámenes histológicos y bacteriológicos necesarios.

11<sup>a</sup>—Cuando la endoscopia alcanza su objetivo, es mejor que la radiografía, porque ésta, sólo da el perfil de la lesión sin indicar su naturaleza. Pero en cuanto a la apreciación de la extensión de la lesión, la radiografía es muy superior a la rectoscopia que a veces no puede vencer estenosis inflamatorias o neoplásicas.

12<sup>a</sup>—Maestros consagrados, como Bensaude, Bacon y Bonorino, opinan así de la objetivación proctológica:

"La experiencia ha demostrado que la rectosigmoidoscopia, es un complemento indispensable, para el diagnóstico de gran número de afecciones no sólo de esta zona, sino de todo el tubo digestivo".

"El médico igual que el cirujano, deben tener un amplio conocimiento de su valor y técnica; porque hoy día es inadmisibile el hecho de que se formulen regímenes y medicamentos en las afecciones gastro intestinales,, sin este examen previo".

"La endoscopia es sin duda alguna, el procedimiento explorativo más perfecto, para el reconocimiento de las lesiones de los segmentos bajos del intestino grueso, que por otra parte son los más afectados, en el mayor número de los casos".

FRANCISCO J. CORONEL CORONEL.

## ESTUDIO DE LA SANGRE EN LAS PIREXIAS

### C O N C L U S I O N E S

#### Sobre 100 casos examinados

De los casos examinados y de las técnicas empleadas hemos sacado las siguientes conclusiones:

A) .—En la investigación de los gérmenes pertenecientes al grupo col i tífico la homocultura en bilis es el medio de elección. Lo contrario sucede en la investigación de los cocos patógenos a donde la hemocultura en agar-sangre es primordial.

B) .—La hemocultura es fundamental .y debe ser empleada sistemáticamente, en especial en todos los procesos infecciosos incipientes a donde el cuadro clínico por lo general no está todavía definido. Esto es cierto particularmente en el primer septenario de la tifoidea cuando las reacciones de aglutinación son negativas por no existir todavía anticuerpos específicos.

C) .—Debemos pedir hemocultura en todo enfermo cuya temperatura es alta y cuya causa no conocemos, ya que se puede tratar de tifoideas, paratíficas o septicemias atípicas, cuyo diagnóstico sólo el laboratorio puede realizarlo.

D) .—Debemos prevenirnos y estar alertas contra las bacteremias pasajeras, las cuales dan un resultado positivo y sin embargo el enfermo mejora enseguida; esto es raro, pues sólo lo hemos encontrado en un caso.

E) .—De los exámenes realizados en los casos de tifoidea diagnosticados clínicamente hemos obtenido los siguientes datos:

a) .—Enfermos sospechosos de tifoidea: 1<sup>9</sup> semana de evolución: 9 casos examinados, 5 hemoculturas positivas. Porcentaje: 55% .

b) .—Enfermos sospechosos de tifoidea: 2-semana de evolución: 14 casos examinados, 3 hemoculturas positivas. Porcentaje: 27%.

c) .—Enfermos sospechosos de tifoidea: 3<sup>a</sup> semana de evolución. 3 casos examinados, ninguna hemocultura positiva.

F) .—Las escuelas extranjeras han obtenido los siguientes porcentajes de hemocultivos positivos:

a) .—La escuela francesa, con Busquet, ha obtenido un 100% positivo.

b) .—La escuela francesa, con E. Sergent, ha obtenido:  
En la primera semana 80 a 95% de hemocultivos positivos.  
En la segunda semana 50 a 70% de hemocultivos positivos.  
En la tercera semana 40 a 50% de hemocultivos positivos.  
En la cuarta semana 30% de hemocultivos positivos.

c) .—La escuela alemana, según Klemperer, obtiene un 50 a 90% de hemocultivos positivos.

d) .—La escuela alemana, con Schmitz y Abel, ha obtenido:

En la primera semana 36,9% de hemocultivos positivos.  
En la segunda semana 36% de hemocultivos positivos.

e) .—La escuela americana ha obtenido con Coleman y Buxton:

En la primera semana 93% de hemocultivos positivos.  
En la segunda semana 79% de hemocultivos positivos.  
En la tercera semana 56% de hemocultivos positivos.  
En la cuarta semana 32% de hemocultivos positivos.  
Estos resultados sólo se aplican a la fiebre tifoidea.

G) .—De los 8 casos de neumonía examinados no hemos obtenido ningún hemocultivo positivo. Jochmann de la escuela alemana ha obtenido un 33% de hemocultivos positivos. Nuestro resultado creemos se debe atribuir a la aparición de las sulfanilamidas que no dejan evolucionar la neumonía como en la época antigua.

H) .—Ningún hemocultivo positivo hemos obtenido en los 13 casos de tifus examinados. La literatura extranjera está de acuerdo con este resultado.

I) — De los 31 casos examinados por sospechar estados sépticos hemos obtenido 8 hemocultivos positivos o sea un 25% positivo.

J).— Por fin, el hallazgo del hematozoario nos permite asegurar el diagnóstico del paludismo. En este caso las hemoculturas no tienen ningún valor. Hemos encontrado el hematozoario en un 86% de los casos. Al realizar el examen hematológico de los enfermos de paludismo nos ha llamado la atención la forma peculiar, aunque no absoluta, ni exclusiva, de sedimentación. En un 45% de los casos palúdicos encontramos en la primera hora una caída que alcanza a 90 mm. o más, caída que no guarda absolutamente proporción en la segunda hora, ya que aquí la velocidad disminuye notablemente siendo muy chica la diferencia obtenida entre la primera y segunda hora de sedimentación. Esta manera de sedimentar sólo la hemos encontrado en un 11% de los otros casos examinados.

Ledo. CELIN ASTUDILLO ESPINOSA.

## "EL TRATAMIENTO DE LAS DERMITIS PARASITARIAS POR LA ROTENONA"

### C O N C L U S I O N E S

#### Sobre 99 casos.

En el tratamiento de las dermatis parasitarias por la rotenona, efectuado en menos de un centenar de casos de los Hospitales, escuelas, prisiones, etc., se ha podido llegar a las conclusiones que a continuación exponemos:

P—La Rotenona tiene acción tóxica sobre los animales de sangre fría .

2?—'La toxicidad se efectúa por vía de ingesta y por contacto.

3?—En los animales de sangre caliente la Rotenona no tiene actividad por vía de contacto.

4<sup>a</sup>—Sin embargo, la aplicación de Rotenona en los bovinos determina la reacción de un humor de mayor toxicidad que el medicamento empleado in vitro.

5<sup>^</sup>—Para las pediculosis: capitis, vestimenta y pubis, la Rotenona obra con enorme poder tóxico. Se puede emplear para la desinfección de los vestidos.

6- —Para el Sarcoptes Escabies, la solución de Rotenona tiene tal poder insecticida, que bien puede considerársela como específico.

7\*—A porcentajes menores del 3% de Rotenona no hay peligro de emplear en cualquier piel, por delicada y suave que sea.

8\*—En los casos tratados por la Rotenona no hemos encontrado sino un número muy reducido la presencia de dermatis irritativas, las que han curado espontáneamente o con la aplicación sencilla de polvos inertes.



9<sup>?</sup>—Para el tratamiento del Escabies por la Rotenona no es de imprescindible necesidad el baño corporal y la desinfección de los vestidos, pues es muy poca la ventaja (en cuanto a la rapidez de curación) de la aplicación medicamentosa sobre el enfermo sujeto a las prácticas higiénicas que sobre él se lo aplica tal como llega a la consulta.

10<sup>a</sup>—Han sido suficientes cuatro o cinco fricciones del medicamento para la curación del Escabies en el 60% de los casos, de 5 a 10 en el 30% y más de 10 fricciones y resultados negativos en un 10% de los casos.

11<sup>a</sup>—Para un Escabies generalizado y en forma de eczema que afecta gran parte del cuerpo, es suficiente para la curación una cantidad de 80 cc. de substancia como total.

12<sup>?</sup>—La solución rotenónica empleada por nosotros (Calminal Life), tiene la ventaja de no manchar los vestidos, no producir mal olor y sobre todo curar las infecciones secundarias: piodermitis, etc., que son las complicaciones más frecuentes del Escabies.

13- —En las dermatitis producidas por parásitos vegetales, el resultado no es efectivo; en el número de casos que hemos probado no ha dado resultados muy manifiestos de mejoría a pesar de las numerosas fricciones de Rotenona .

14- —En otras zooparasitosis (Trombidiosis, pulex irritans, tunja penetrans, etc.) la Rotenona es muy activa, pero sería de idear un dispositivo conveniente para su aplicación .

15<sup>a</sup>—La Rotenona ha dado magníficos resultados en el tratamiento de la parasitosis intestinal.

16<sup>?</sup>—Por ser la Rotenona el principio activo de una serie de plantas numerosas y abundantes en el Ecuador, como en los demás países de la América Meridional, se podría conseguir en cantidades suficientes para hacer una campaña antiparasitaria en todos los cuerpos colegiados, que por razón de la aglomeración están expuestos al contagio.

17—El cultivo del Barbasco debe ser incrementado, así como las investigaciones de los efectos antiparasitoides de la Rotenona, pues son innúmeras las indicaciones que se hacen de tan preciosa droga.

Ledo. JORGE A. TERAN.

**"DOSIFICACION DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE Y EN LA ORINA  
DE LAS EMBARAZADAS EN QUITO"**

C O N C L U S I O N E S

**Sobre 220 casos.**

1—La glicemia en el embarazo entre nosotros oscila desde 0.50 a 1.20 por mil, habiendo predominio entre 0.60 a 1.00, siendo más escasas las cantidades de 1.00 a 1.20 y mucho más de 0.50 a 0.60%, en cuyos casos se notan serios trastornos hipoglicémicos.

1?—Entre nosotros es indiferente la época del embarazo para que haya mayor o menor glicemia, ya que tanto en la primera como en la segunda mitad, he encontrado glicemias relativamente altas como bajas.

3?—He encontrado un 4.5% en la segunda mitad del embarazo, las cuales oscilan entre 1.30 a 1.90%, por supuesto, que han coincidido con ausencia de glucosuria.

4?—En la primera mitad del embarazo se ha encontrado un 7.2% con hiperglicemias que oscilan entre 1.25 a 2.50%; de éstas, la mitad (4 casos) con hiperglicemias sin glucosuria, y la otra mitad (4 casos) con hiperglicemia y glucosuria; de los cuales 2 han abortado en La Maternidad, y tiene el uno de éstos 3 abortos seguidos, con el efectuado en La Maternidad, 4.—El mismo caso tiene una glicemia

de 2.50% y glucosuria 10%. El otro: glicemia, 1.40%, glucosuria 5 gr. % y dos abortos seguidos. El tercer caso: glicemia, 1.65, glucosuria 6 gr. % y abortos seguidos (caso particular del Dr. G. Sánchez). El último caso tiene 1.25 de glicemia; glucosuria, 2 grs. %, abortos 2.

5<sup>?</sup>—La glucosuria gravidica, entre nosotros, oscila desde 0.50 a 3 grs. %, descartando las anteriores con cifras altas de glucosuria (5, 6 y 10 grs. % )

6<sup>@</sup>—El porcentaje de las glucosurias gravidicas encontrado es de 19 a 20%, cifra alta si consideramos que las cifras dadas por autores extranjeros es de 5% y de 10 y un poco más para otros. Este porcentaje es tomado exceptuando las 4 glucosúricas e hiperglicémicas.

7\*—Sería muy conveniente hacer investigación de glucosa en la sangre y en la orina de las embarazadas, con el objeto de averiguar hasta dónde influye la diabetes en nuestro medio en el porcentaje de fetos muertos, macerados, etc. Por supuesto, acompañando esto del examen clínico y demás pruebas al respecto.

—Hacer como temas de tesis los siguientes puntos para completar este trabajo: La curva de la glicemia en el embarazo.—Glucosuria provocada (Alimenticia, adrenalínica y florideínica) en el mismo.—Dosificación de la glicemia antes del parto, en el parto y en el puerperio.—Hacer un control sistemático de todas las enfermas que han presentado glucosuria e hiperglicemia o una de las dos.—Un estudio de las que abortan con frecuencia, dan fetos muertos, macerados, deformes, gigantes, etc., haciéndoles resecciones serológicas, dosificación de glucosa en la sangre y en la orina y demás exámenes para delimitar la influencia de la Sf. y de la Diabetes.

9<sup>?</sup>—Además de un estudio semiológico del hígado, del páncreas, de las glándulas endocrinas y riñones, hacer los exámenes de laboratorio funcionales indispensables y hasta el momento practicables para conocer hasta qué grado han sido capaces de tolerar el avance de la gestación, ya que por sus complejas funciones y por su intervención en los variados complejos metabólicos merecen ocupar un lugar destacado en la mujer gravidica.

PORCENTAJES DE GLICERINA Y GLICOSURIA EN EL EMBARAZO

		Glic. Glucos.		Glic. Glucos.		
De	0.50 a 0.59	3.6%	0.0%	3.6%	0.0%	O.Vo
De	0.60 a 0.69	30.0%	6.36%	21.1%	1.81%	
De	0.70 a 0.79	22.7%	0.0%	26.3%	9.0%	
De	0.80 a 0.89	14.5%	2.72%	22.8%	5.45%	
De	0.90 a 0.99	10.9%	1.81%	8.1%	2.72%	
De	1.00 a 1.10	10.0%	0.90%	7.2%	3.36%	
De	1.11 a 1.20	0.9%	0.0%	5.4%	0.90%	
De	1.20 en adelante		>			
«	lante	7.2%	3.36%	4.5%	0.0%	„

✓

mitad del embarazo.  
2ª mitad.

Ledos. FERNANDO MORA E. y LEONCIO C. ROMAN.

## "HIGADO Y VITAMINA K"

### C O N C L U S I O N E S

#### Sobre 25 casos

Con la experiencia adquirida mediante nuestro estudio y por nuestras observaciones, queremos sentar dos aspectos en nuestro Capítulo de Conclusiones: Primero, lo que hemos observado respecto a pruebas funcionales del hígado; y segundo, lo que la terapéutica con Vitamina K se refiere.

Respecto a la funcionalidad del hígado, a pesar de lo que hasta aquí se ha investigado, queda aún mucho por aclararse; la verdadera causa de esto la encontramos, tanto en la enorme diversidad de pruebas funcionales propuestas, como a la divergencia en los resultados obtenidos. Falta, por tanto, una técnica completa de estandarización simple para averiguar la funcionalidad del hígado.

No se puede concluir nada sobre funcionalidad hepática, investigando determinada prueba; es el conjunto de algunas de ellas lo que nos acerca a la verdad.

Veamos lo que hemos recogido en nuestras experiencias:

1<sup>o</sup>—La determinación del tiempo de coagulación por medio del sistema empleado (Vidrio de reloj), la encontramos sencilla, sumamente práctica y adaptable a las condiciones de nuestro medio.

Hemos encontrado aumentado el tiempo de la coagulación en el 100% de los enfermos escogidos, de los cuales los tiempos más altos correspondían a la cirrosis, y luego en orden decreciente conseguían la ictericia grave, colelitiasis crónicas, paludismos y amebiasis crónicas, cáncer y en

menor grado angiocolitis, angiolecistitis y en un caso de congestión pasiva del hígado.

2<sup>o</sup>—El tiempo de protrombina de Howel, o sea el método de la recalcificación del plasma oxalatado, método no difundido entre nosotros y digno de que sea ampliado su estudio para poder obtener la cifra media normal, de donde partirían temas sugestivos para nuevas observaciones sobre variantes patológicas. Por fácil y rápida realización y por la veracidad de sus resultados, debería emplearse sistemáticamente en todos aquellos enfermos en los que se desea saber el estado de coagulación sanguínea o mejor explicado, en aquellos cuadros en que se sospecha baja del nivel de la protrombina.

En los enfermos observador, **el tiempo de protrombina marcha de acuerdo con el tiempo de la coagulación.** Lo encontramos aumentado en el 95.8% de los enfermos. Como el tiempo de la coagulación, su aumento está en relación directa al daño sufrido por el parénquima hepático.

3<sup>o</sup>—Respecto a la prueba de Hijmans van den Berh, ampliamente conocida, no haremos sino corroborar lo que ya está consagrado: es una de las pruebas más eficientes para investigar la función biliar.

4<sup>o</sup>—La prueba de Takata Ara, con la modificación de Van Ginkel, la hemos encontrado positiva en el 76% de los casos, de los cuales la interpretación semiológica sería la siguiente: fuertemente positiva en el 100% de los casos de cirrosis hepática, en las que se presentan floculado inmediato en todos los tubos. Se presenta positiva, asimismo, pero menos intensa, en los casos crónicos de colelitiasis, hepatitis palúdicas y amebianas, en ictericia grave. Por regla general, la prueba de Takata Ara es positiva en todos aquellos casos en los cuales hay lesión parenquimatosa del hígado; es una prueba sensible, verídica y el mejor de los medios para aclarar el diagnóstico entre la cirrosis y los cánceres hepáticos; en estos últimos se presentó negativa, en el 100% de los pacientes.

Cabe en este punto una aclaración: Hay una relativa diversidad de criterios en la interpretación de la prueba; algunos autores y una parte de las observaciones realizadas entre nosotros hacen una clasificación arbitraria quizá respecto al grado de positividad de la prueba: la clasificación en positiva, cuando hay floculado en las concentraciones elevadas 1 : 32; 1 : 16; 1 : 8 ; débilmente positiva con flocu-

lados siquiera en dos tubos; y negativa cuando no hay floculado en ninguna. En lo primero, estamos de acuerdo; pero en la segunda y tercera interpretación, estamos en discrepancia. No hemos tenido la ocasión de ver los 8 tubos sin floculado, ni en los casos normales con que nos iniciamos aprendiendo la técnica; siempre encontramos floculado en los tubos 1 y 2, de ahí que nosotros tomemos como positiva a la prueba, cuando hay no sólo enturbamiento sino verdadero floculado hasta en las concentraciones elevadas

1 : 8; 1 : 16; 1 : 32; y negativa en el resto de los casos.

La prueba de Weltman, marcha completamente de acuerdo con la de Takata Ara; su positividad o negatividad la encontramos en los mismos casos que la reacción anterior: en positiva en el 72% de los enfermos.

Esta prueba, como la de Takata Ara, tiene el enorme valor de ser constante, lo que aseveramos ante los resultados obtenidos en los pacientes sometidos a dos controles sucesivos .

Si tratamos de buscar el estado funcional hepático, nada mejor que junto a otras pruebas, solicitar la prueba de Weltman, que por sencilla, por su poco costo y más que nada por su veracidad, no debiera ser olvidada en nuestros medios hospitalarios.

6<sup>9</sup>—La prueba de la hemoclasia digestiva de Widal y Abramí, es una prueba inconstante; no creemos merezca todo el valor que ha querido dársele, ménos podemos creer en la modificación del grado de positividad, de acuerdo al grado de lesión del hígado. No existe correlación entre los datos de tensión arterial y glóbulos blancos, y, por último, la hemos encontrado positiva en casos normales de ensayo, como negativa en lesiones hepáticas comprobadas.

Corresponde anotar ahora el segundo aspecto de nuestras Conclusiones. Controlados los pacientes por medio de las pruebas que acabamos de indicar, fueron sometidos a experiencias con Vitamina K, lipo e hidrosoluble a dosis de 36 miligramos, obteniendo en el control después de la terapéutica lo siguiente:

1<sup>9</sup>—El tiempo de coagulación que estuvo aumentado en el 100% de los pacientes en observación, desciende al 20% de los mismos.

2<sup>9</sup>— El tiempo de protrombina de Howel, que antes del tratamiento se presentaba en el 95,8% de los casos positiva, desciende después de éste al 20,8% . Marcha de acuer

do al tiempo de la coagulación: en las lesiones degenerativas del hígado, la Vitamina K no consigue disminuir su tiempo.

3<sup>o</sup>—La prueba de Takata Ara se mantiene constante y se presenta positiva en el 72% de los casos.

4<sup>o</sup>—También la prueba de Weltman se mantiene constante, sufre ligeras modificaciones y asciende al 76% de los pacientes.

5<sup>o</sup>—La hemoclasía digestiva de Widal, que era positiva en el 84% de los casos, en el segundo control se presenta positiva en el 96% .

De lo expuesto en nuestra Tesis, y de estos últimos datos anotados, se deduce que:

1<sup>o</sup>—Se requiere de un buen estado funcional del hígado para la producción de protrombina, y por tanto el mantenimiento del tiempo normal de la misma, como el del tiempo de la coagulación.

2<sup>o</sup>—En la cirrosis, litiasis biliares crónicas, paludismos y amebiasis de largo tiempo de duración, cánceres, hay una concentración baja de protrombina y por tanto encuéntrase aumentado el tiempo de protrombina y el de coagulación.

3<sup>o</sup>—Las lesiones medianas del hígado con hipoprotrombina franca, responden muy bien a la administración de Vitamina K sintética, a dosis altas.

4<sup>o</sup>—Los cuadros de hepatopacientes con degeneración parenquimatosa difusa, no responden a la terapéutica con Vitamina K, a las dosis que hemos empleado.

5<sup>o</sup>—En la hipoprotrombinemia, que acompaña a lesiones hepáticas no graves, la dosis propuesta por autores americanos, de 4 a 6 mlgs. diarios, la encontramos de acuerdo. Nosotros hemos tratado la tendencia hemorrágica avanzada, con 6 mlgs. diarios en unos casos y con 12 mlgs. en otros, con magníficos resultados, de los cuales hemos hablado al exponer el descenso de porcentajes en los tiempos de coagulación y protrombina.

6<sup>o</sup>—La Vitamina K liposoluble, 2 metil 1,4 naftoquinona, da muy buenos resultados; tiene sólo el inconveniente de ser muy doloroso al inyectarla . La otra forma que hemos empleado, es decir la Vitamina K hidrosoluble, K5, 2 metil 1,4 naftohidroquinona, sodiosulfonato, da también buenos resultados y lleva la ventaja de no ser doloroso como la anterior y difundirse más rápidamente.



7<sup>o</sup>—Las indicaciones terapéuticas de la Vitamina K, están relacionadas con la hipoprotrombinemia, y su administración tenderá hacia la prevención y tratamiento de la misma.

8<sup>o</sup>—Se puede tomar la falta de respuesta de los tiempos de coagulación y protrombina, a la administración de Vitamina K, a altas dosis, como prueba funcional hepática. La falta persistente de respuesta, a pesar de dosis masivas, indica una insuficiencia hepática seria, de mal pronóstico: los enfermos que no mejoraron sus tiempos con la terapéutica, fallecieron a plazo relativamente corto.

9<sup>o</sup>—Convencidos de que un trabajo de tesis debe dar margen a la mayor investigación posible, nos permitimos sugerir dos estudios, nuevos en nuestro medio y que tendrían un enorme interés práctico. Nos referimos: primero, a la importancia que tendría la aplicación de Vitamina K en el pre y post operatorio de los pacientes, sobre todo en la cirugía de las vías biliares, previo el control de la tendencia hemorrágica que puede ser buscada por el método sencillo y práctico de la recalcificación del plasma oxalatado de Howell; y segundo, investigar si una mujer en trabajo de parto que reciba Vitamina K en su forma natural o sintética, aumenta el nivel de protrombina tanto en ella como en el niño, y si esta medicación puede reducir la tendencia hemorrágica del recién nacido. La forma de administración sería: a la madre, más o menos 48 horas antes de que dé a luz; y si no ha podido dársele a ésta, bastaría una inyección con un equivalente de 2.400 unidades curativas pollo, que se ha preconizado para impedir o corregir permanentemente la hipoprotrombinemia neonatorum.

Ledo. J. A. CEVALLOS LARREA.

**"INVESTIGACION DE LA RICKETTESIA EN EL TIFUS  
EXANTEMATICO LOCAL**

**C O N C L U S I O N E S**

**Sobre 9 casos clínicos serológicamente diagnosticados**

1<sup>o</sup>—Después de una prueba experimental que comprende hasta el sexto pase y de un total de 60 cobayos inoculados y reinoculados, consigno que no se ha podido aislar Ric- kettsias, ni he podido conseguir que el virus, comprometido en el tifo endémico de la Sierra ecuatoriana, tome condiciones biológicas experimentales en el cobayo; supongo que se debe a los siguientes factores:

a) .—A mi poca práctica en esta clase de investigaciones, que son sumamente delicadas, como lo comprueba los trabajos realizados por Castañeda, en México; Mackiavello, en Chile, y los recientes trabajos realizados en la Argentina por los bacteriólogos: Sordelli, Manzullo, Riesel y Ferreri.

b) .—Por los escasos y reducidos medios de laboratorio con los que se cuenta entre nosotros.

c) .—A una resistencia biológica de nuestros cobayos para impedir que se manifiesten signos claros de la enfermedad en ellos.

d) .—A la poca o ninguna adaptabilidad biológica de nuestro virus, para manifestarse en el organismo de nuestros cobayos.

2<sup>o</sup>—Es muy posible, según las reacciones térmicas que se han presentado en mis animales de experimentación, así como un discreto edema escrotal en once cobayos inoculados, que el virus de la localidad urbana de Quito se comporte en forma de cierto modo inaparente y que por falta de recursos para provocar el menoscabo de las defensas polimor

fo-nucleares de los animales de experimentación, haya dado lugar a la ausencia de Rickettsias en el cerebro y vaginal de los cobayos y en el peritoneo y pulmón de las ratas blancas.

3º—La falta de presencia del virus experimental puede ser ocasionada, por la inmunidad espontánea de los enfermos, que prestaron el inóculo para la experimentación; la sangre de estos enfermos con reacción, de Weil-Feliz positiva, en el momento de inocularse, establecía ya la existencia de elementos protectores, por haber hecho ya una enfermedad benigna, con seguridad por la inmunidad espontánea .

/

Ledo. NELSON JARRIN CALDERON.

**"PARTO MEDICO A LO KREIS" — PARTO "DIRIGIDO A LO VORON  
PIGEAUD"**

**C O N C L U S I O N E S**

**Sobre 65 casos.**

1—La bolsa de las aguas en realidad parece no desempeñar papel benéfico para el trabajo, cuando el parto ha comenzado.

2®—Los partos terminan en relación directa con el momento en el que haya hecho la punción de las membranas.

3<sup>?</sup>—La ruptura artificial sistemática en la aplicación tanto del "Parto médico" como del "Parto dirigido", no sólo que no trae alteraciones de ninguna naturaleza, sino que al contrario los partos se ven beneficiados grandemente en relación con el tiempo de duración del trabajo.

4<sup>?</sup>—La medicación antiespasmódica favorece en tiempos cortos la dilatación completa del cuello, sin alterar la intensidad ni ritmo de las contracciones, dando más bien a la enferma considerable alivio en cada dolor y haciendo desaparecer completamente los dolores interfásicos tan frecuentes .

5<sup>?</sup>—El beneficio sobre el acortamiento de los partos se deja notar más claramente cuando se administra la medicación ocitócica, puesto que ésta en presencia de la medicación antiespasmódica logra contracciones tan eficaces que la dilatación completa cervical y el progreso de la presentación se realiza en tiempos más cortos.

6<sup>?</sup>—Las dosis empleadas de los ocitócicos no acarrear por sí solas distocias de contracción por exceso.

7<sup>?</sup>—Los dolores que la enferma aprecia en presencia de la pituitrina son más intensos, rítmicos y de duración hasta de un minuto, pero gracias al antiespasmódico, éstos des

aparecen rítmicamente también dejando francos reposos a la parturienta.

8<sup>?</sup>—La dificultad de contar con enfermas en la Maternidad desde el primer momento que aprecian los dolores, hace imposible llegar a concluir con el tiempo de duración total de los partos aplicados de los dos sistemas artificiales.

9<sup>?</sup>—El "Parto médico" es un valioso método que debe ser puesto en práctica no sólo por el especialista, sino por todo médico práctico.

10<sup>a</sup>—El "Parto dirigido" es mejor método aún, pero éste debe quedar únicamente para el dominio del especialista .

1 —Si el "Parto médico" acorta realmente el trabajo del parto, el "Parto dirigido" lo acorta mucho más aún, especialmente en las primíparas, porque éste actúa no sólo sobre la dilatación cervical, sino aún sobre la expulsión. En las multíparas ambos sistemas más o menos tienen igual valor por haberse acortado de antemano el período expulsivo largo de las primerizas.

12<sup>a</sup>—Para el tiempo de duración de cada uno de los partos, en cada uno de los sistemas y con cada una de las dilataciones encontradas, consúltese el cuadro de cómputos promediales del Capítulo VIII.

Ledo. HUGO PAEZ SERRANO.  
(Medicina Veterinaria)

## "DEFICIENCIA DE CALCIO Y FOSFORO EN LOS SUELOS Y SUS EFECTOS SOBRE EL ESQUELETO"

### C O N C L U S I O N E S

— Que la mayor parte de los terrenos cultivados, tienen en un grado de acidez variable, pocos alcalinos, pero siempre pobres en cal.

2<sup>?</sup>—Siendo ácidos los terrenos, dan una vegetación insuficiente como alimentación del ganado (yerbas ácidas).

3<sup>?</sup>—Que la improductibilidad y degeneración del ganado tiene relación directa con la desmineralización de los suelos.

4<sup>?</sup>—Que el empobrecimiento de nuestros suelos es debido a las siguientes razones:

a) .—A la extensiva explotación de los terrenos con métodos primitivos, sin la consiguiente administración de abonos; de origen animal en cantidad insuficiente, no se usan abonos sintéticos ni verdes.

b) .—A la falta de renovación y rotación de cultivos.

c) .—A los deficientes y mal practicados métodos de riego, en relación a la topografía, altura, ambiente y clima.

5<sup>?</sup>—La presencia de sales minerales en la alimentación del ganado se relaciona directamente con la productibilidad zootécnica de éstos (leche, grasa, carne, lana, etc.) .

6<sup>?</sup>—Que las enfermedades de carencia, caracterizadas especialmente por la osteofibrosis, osteomalacia y raquitismo, son producidas por las deficiencias fosfo-cálcica.

7- —Estas enfermedades no se presentan cuando la relación o proporción fisiológica de estas dos sustancias subsiste; pero el raquitismo y la osteomalacia se presentan al desequilibrio cálcico y la osteofibrosis al desequilibrio del fósforo.

8<sup>?</sup>—Las especies bovina, ovina, son más susceptibles a la deficiencia del calcio y la quina a la del fósforo.

9<sup>?</sup>—Las enfermedades citadas son debidas a deficiencias de sales en el organismo y no tienen origen infeccioso. Pudiendo más bien el calcio actuar como desinfectante y antitóxico .

10<sup>a</sup>—El aumento en las diversas producciones zootécnicas sigue a la administración de estas sales.

1 —La deficiencia de calcio provoca en las hembras esterilidad, y, en las mismas en estado de gestación pueden provocar el aborto.

12<sup>?</sup>—La deficiencia de calcio en el organismo tiene repercusiones patológicas en todos los órganos y sistemas.

Ledo. LUIS AMADOR PACHECO.

## "LA REACCION DE HINTON PARA EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS"

### C O N C L U S I O N E S

De las observaciones efectuadas y los resultados obtenidos de la Reacción de Hinton, se desprenden las siguientes conclusiones:

#### **Ventajas:**

1<sup>?</sup>—Ser una reacción de fácil ejecución debido a la sencillez de su técnica, puesto que es más sencilla que la de Kchn Standard y mucho más todavía que la de Wassermann.

2<sup>?</sup>—Tener antígeno propio y fácilmente preparable en cualquier Laboratorio medianamente cómodo, a costa de poco trabajo y un valor reducido, sin tener necesidad de importarlo del extranjero.

3<sup>?</sup>—Ser de lectura fácil y precisa aún con poca práctica, ya que su porcentaje de reacciones dudosas es bastante reducido.

4- —Duración considerable del indicador glícerinado en la refrigeradora, ya que según mis observaciones, ha pasado hasta quince días en la refrigeradora sin que se alteren los resultados.

5<sup>?</sup>—Tener una sensibilidad mayor que la de Wassermann y Kahn Standard (13,25% más que la de Khan Standard y 20,75% más que la de Wassermann) ya que en 400 casos de sifilíticos clínicamente comprobados me ha dado: Hinton.. 93,75% de sensibilidad; Khan Standard, 80,50% y Wassermann, 73%.



6°— Tener una especificidad relativamente inferior a la de Khan Standard e igual que la de Wassermann (0,78% que la de Khan Standard) ya que en 260 reacciones en individuos sanos, he obtenido un porcentaje de 99,23% de especificidad para Khan y 98,45%, para Wassermann y Hinton.

• 7°— Utilizar escaso material, y por lo mismo, ser muy económica.

8ª— Ser de mucha utilidad para el tratamiento de la sífilis, por ser la primera en aparecer y la última en desaparecer, en relación con la de Wassermann y Khan Standard, según se desprende de los controles realizados en individuos recién infectados y sifilíticos sometidos al tratamiento específico.

• 9°— Constituir una relación complementaria de las de Wassermann y Khan en el diagnóstico de la sífilis en cualquiera de sus formas y aún como sustituto de ellas, dada la mayor sensibilidad y la concordancia en su especificidad.

10°— Recomendar su uso a todo médico, estudiante y Laboratorista de nuestro país, y aún de los países extranjeros que no la conocen todavía, por sus magníficos resultados y fácil ejecución.

#### INCONVENIENTES:

1°— Ser de lectura tardía, por necesitar de una incubación muy larga (16 horas), por lo cual no puede ser utilizada en los casos urgentes, de transfusión sanguínea por ejemplo; pero si se tiene en cuenta que la sífilis es una enfermedad de evolución lenta, este no es un inconveniente para dejarla de usar en la determinación de aquella.

Ledo. JORGE DE LA TORRE D.

## "LA TUBERCULINA EN OFTALMOLOGIA"

### C O N C L U S I O N E S

**Sobre un total de 60 casos, 30 tratados en la forma estrictamente indicada.**

Además de los casos estudiados con algún detenimiento, justo es que mencione a los que habiendo concurrido al Dispensario, no han continuado su tratamiento por causas ajenas al Servicio. Estos enfermos se hallan incluidos entre los correspondientes al capítulo que me ocupo, y han dado a la reacción tuberculínica pruebas positivas. Estos casos son 7.

Además, durante mi práctica en el Servicio de Oftalmología y Otorinolaringología, a sugerencia del jefe, Dr. A. Zambrano, se han hecho controles tuberculínicos y curas de un modo bastante irregular en unos 25 enfermos, obteniéndose halagadores resultados. Por este motivo he tratado de llevar a cabo una tarea que tenga una regularidad más estrecha y un control más minucioso por los diferentes medios de exploración clínica.

En el resultado final del tratamiento, no se ha tomado en cuenta la terminación obligada del ciclo de la dosis tuberculínica; de allí que antes que nada, vamos a llevar a cabo una clasificación de los enfermos que han intervenido en el presente trabajo.

Tenemos dos grupos de enfermos: 1) Los que han terminado su tratamiento, o los que han hecho la mayor parte.

2) Los que han recibido exclusivamente pequeñas dosis o mas bien dicho una pequeña cantidad de inyecciones y que luego se retiraron por causas ajenas a nuestro control.

Al primer grupo de enfermos pertenecen 19, al segundo grupo pertenecen en cambio solo 11. Estos en cuanto a los resultados se hallan agrupados así:

(19)		(11)	
Curaciones	12	Curaciones	7
Mejorías	6	Mejorías	3
Negativos	2	Recidivas	1

En el total se obtiene lo siguiente:

Curaciones:	19	.....	63,3 %
Mejorías:	9	.....	30
Negativos:	1	.....	3,03 "
Recidiva:	1	.....	3,03"

Beneficiados en total	.....28	.....	93,3 %
No beneficiados	.....2	.....	6,7 %

Por los datos que anteceden nos informamos de que la terapéutica tuberculínica ha dado lugar a resultados bastante halagadores en las observaciones que se han revisado.

Para iniciar el tratamiento tuberculínico, se ha partido de la individualización de la lesión; y así, a más del aspecto clínico general de la lesión, se ha tomado en cuenta las modificaciones pulmonares, la reacción a la tuberculina y en determinados casos a las reacciones serológicas.

De modo que en esta forma, se obtuvo una certeza casi completa de que se iba a actuar en terreno de significación específica. (T. B.).

Ahora bien, todas las lesiones oculares o en su mayor parte, a excepción de 2 (25 y 26), han correspondido a manifestaciones benignas, pues se ha tratado de afecciones de carácter alérgico y no han correspondido a focos bacilíferos.

Estas manifestaciones de carácter benigno, no siempre fueron individualidades aisladas sino en ciertas circunstancias, fueron afecciones que marcharon conjuntamente con lesiones pulmonares de curso y de pronóstico desfavorable.

Como alguna vez se mencionó, en el transcurso del desarrollo del presente trabajo, a estas manifestaciones hay que saberlas dar su verdadero valor porque:

1) Se encuentran ubicadas en un órgano donde las defensas son sumamente escasas, y porque las pequeñas lesiones ya intervienen en forma preponderante en la economía fisiológica.

2) Porque vienen a constituir señales de alarma, de un desencadenamiento de la infección tuberculosa en la mayor parte de las veces, a nivel especialmente del aparato pulmonar; pudiendo estar tomados otros órganos de la economía.

3) Con el objeto de llevar a cabo un tratamiento adecuado, o sea uno que tenga como base esencial el punto de vista etiológico, ya que de descuidarse, las adenopatías inflamatorias van a evolucionar hacia el parenquima pulmonar mismo con las consecuencias que se conocen.

#### **Motivos por los que he seguido la técnica corriente de la aplicación de la tuberculina.**

Como toda especialidad, la Oftalmología se ha valido en la mayor parte de las veces de medios propios para el diagnóstico y el tratamiento de las diferentes afecciones, por lo adecuado a la realidad y la técnica especial que requiere.

En el presente trabajo, sin tratar de alejarme de la realidad en mención, pues los casos que se han estudiado se encontraban marcados bajo el denominador común de **tuberculosis**, he procedido de acuerdo con el método terapéutico preconizado por Neuman y que desde el trabajo de tesis del Dr. Arcos (1939) se ha venido utilizando sistemáticamente en el Dispensario Antituberculoso de esta ciudad.

Esta determinación la he tomado teniendo en cuenta lo

\* siguiente:

1) Una buena parte de los enfermos, eran sujetos con afecciones pulmonares específicas que directamente se venían a beneficiar con la terapéutica mencionada; pues eran entidades que estaban indicadas como tipos especiales para el tratamiento tuberculínico bajo la forma corriente.

2) Por la vigilancia que se ha mantenido al paciente, con el objeto de que las manifestaciones focales tan frecuentes, no se presenten. (Pues son enfermos que se han controlado de cerca en el Dispensario y en las respectivas consultas de ojos).

3) Por la benignidad de la lesión, a excepción de dos casos (25 y 26) corioretinitis.

### **Resultados que se han obtenido**

Si revisamos los porcentajes de tratamiento, de hecho vamos a sacar como consecuencia: los resultados bastante halagadores que se han obtenido mediante la tuberculín-terapia por el método preconizado por Neuman. Esto obedece a lo siguiente:

A que se han tratado especialmente afecciones de orden alérgico - tuberculoso, antes que verdaderos focos bacilíferos. De allí que aún a las primeras inyecciones ya se observan beneficios en el curso de la enfermedad. Los casos que no se han beneficiado, con retroceso del proceso (25 y 26); se deben a que constituían lesiones proliferativas a nivel de membranas de muy delicada constitución, como son la retina y la coroides, que con muchas facilidades llegan a la atrofia, a menos de que la enfermedad sea muy incipiente y los medios terapéuticos sean sumamente oportunos. En estos casos lo que regularmente se consigue es mantener el proceso en cierto límite y evitar que se pierda en forma definitiva la capacidad de la visión. En órganos tan vitales como son los ojos, conseguir esto ya es una conquista, y por lo tanto habría que contentarse con lo mencionado.

En cuanto a las reacciones de carácter general, mencionaré que durante todo el tratamiento no se ha presentado.

Las reacciones focales se han presentado en forma excepcional (Casos: I, II 15) pero mediante la persistencia en la dosis a administrarse o mediante la suspensión de una sesión de tratamiento y reemplazo con un antiflogístico' (leche intramuscular) se ha conseguido eliminar estas pequeñas complicaciones.

Por todos estos cambios favorables me atrevo a aconsejar el **procedimiento general**, sin temor a que ciertas manifestaciones de carácter focal, vengán a opacar los resultados tan halagadores del método. Esto no quiere decir que vayamos a descuidar la terapéutica sintomática local (uso de anteojos protectores, oclusión del ojo afectado mediante apósito compresivo y antiséptico, fomentaciones calientes, atropina en los casos de reacción del iris, etc.) La medica-

ción de carácter general, con el fin de levantar las defensas del paciente, no debe tampoco ser descuidada.

Toda la terapéutica indicada vera contribuir a que los resultados sean exentos de complicaciones y a beneficiar la eliminación de la incipiente afección tuberculosa, completando por lo tanto la estímuloterapia tuberculínica.

Ahora bien, creo que en el sentido de orientación ecológica, se ha dado un pequeño paso, ya que de hecho se ha venido a incluir en el casillero de INFECCION TUBERCULOSA, a entidades que más que nada se las había tratado como afecciones de carácter local y sin repercusión orgánica, en las que la mediación local había sido el fundamento de la cura, habiendo hecho en uno u otro caso, una tentativa leve de tratamiento general a base de estimulantes que elevaron el estado general del paciente; pues habíase tenido en cuenta solo el factor predisponente mas no el determinante.

Además, la investigación radiológica que se ha hecho, ha venido a revelar un índice de incidencia tuberculosa pulmonar notable; de allí que como labor de carácter preventivo y por lo tanto social, no se deben subestimar estas lesiones oculares, que hacen ostensible como hemos comprobado un estado pulmonar afectado.

Los porcentajes que se han obtenido en el presente trabajo, tomando en cuenta la relación de las lesiones oculares tuberculosas con las lesiones pulmonares son las siguientes:

Enfermos oculares T. B. con lesión pulmonar activa 14 (46,6%).

Enfermos oculares T. B. con proceso pulmonar calcificado 5 (16,6%).

Enfermos oculares T. B. con pulmones normales 10 (33,3%).

En general, se puede decir a base de esto, que de 30 enfermos que se han observado, 19 han presentado manifestaciones pulmonares y sólo 10 no las tienen; o sea que es una proporción de 2 a 1.

#### **Preceptos que se deben seguir en la cura Tuberculínica Oftalmológica.**

1 ) Selección minuciosa de los casos a tratarse, mediante el examen clínico oftalmológico, pruebas tuberculínicas, radioscopia, investigación serológica en caso de que exís-

tan dificultades. El uso de la microscopía ocular sería un buen procedimiento en caso de diagnóstico de carácter dudoso.

2) No despreciar el método tuberculínico preconizado por Neuman para la práctica corriente de la tuberculosis en general, con las reservas del caso.

3) Controlar muy de cerca a los casos en tratamiento que presentan reacciones de carácter focal; en caso de que se presentaren suspender momentáneamente (1 o 2 sesiones) el tratamiento y aprovechar de los antiflogísticos (leche v. g.) que benefician por la proteínoterapia específica.

4) Realizar en el curso del tratamiento una radioscopia de control con el objeto de ver el estado del parénqui- ma pulmonar lesionado y su evolución.

5) Llevar la curva del peso del paciente.

6) Antes de que abandone definitivamente el paciente el tratamiento, someterlo nuevamente a un control radiológico.

7) Iniciar prescripciones higiénicas para lo posterior.

8) Llamar a control oftalmológico al paciente, luego de uno o dos meses de haber terminado el primer ciclo de tratamiento.

FRANCISCO BRETH.

## ELECTROCARDIOGRAMA Y PRONOSTICO

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

#### Sobre 50 Casos

1<sup>?</sup>—Hemos estudiado 50 enfermos graves de clínica interna 23 de ellos cardíacos, 27 con otras afecciones que frecuentemente interesan al corazón. Tratando de establecer pronóstico de vida a corto plazo. Disponemos de 55 observaciones pronósticos, dado que en 5 casos controlamos el pronóstico dos veces en diferentes fechas.

2<sup>?</sup>—Las observaciones fueron divididas en 4 grupos según la concordancia o discrepancia de las indicaciones pronosticas del ecg por un lado, y el pronóstico clínico y la evolución de la enfermedad por el otro. Los pronósticos, tanto clínico como ecgícos, hemos clasificado como favorables, desfavorables y dudosos.

3\*—Nunca hemos utilizado el ecg como un método pronóstico independiente, sino que siempre hemos estudiado su valor para el pronóstico en unión lógica con los demás métodos de la clínica y del laboratorio. A pesar de haber seguido esta norma, podemos manifestar que fueron observados casos excepcionales en los que ecg tuvo valor casi absoluto en el sentido pronóstico.

44\*—Del total de las observaciones hemos deducido las siguientes conclusiones:

a) La mayor importancia pronostica del examen ecg-íco fué observada en los casos clínicamente dudosos. El valor pronóstico del ecg fué mayor en enfermos primitivamente no cardíacas y mucho menor en las afecciones del corazón. Se ha tratado más arriba de dar una explicación satisfactoria de este hecho al parecer paradójico.



b) La concordancia de la clínica con el ecg en el sentido pronóstico confiere un alto grado de seguridad a la predicción.

c) Hubo solamente tres casos en los cuales se oponían directamente el pronóstico clínico y el ecgíco. En dos de ellos se había equivocado la clínica, sanando el uno y falleciendo el otro, de acuerdo con la predicción ecgíca. En un caso solamente, se equivocó el ecg al pronunciar una sentencia desfavorable en una enferma con pulmonía y bloqueo de rama derecha de origen sifilítico. La enferma curó de su pulmonía.

d) El ecg resultó dudoso y falló por consiguiente, en 11 casos en los cuales ha sido difícil establecer un pronóstico sin ayuda del ecg. Esta imperfección del método ecgíco resultó debida en la mayoría de los casos, a factores que notoriamente intervienen en la interpretación de la curva ecgíca y que se discuten en detalle en este trabajo.

e) En todos los fallecidos se registró un ecg anormal antes de la muerte, inclusive en los enfermos que lo tuvieron normal en estado precoz de la enfermedad. Las alteraciones del ecg en estos últimos enfermos fueron registradas uno o dos días antes del fallecimiento, pero posiblemente fueron presentes ya algún tiempo antes del último examen ecgíco.

El ecg no nos indica cuanto tiempo durará la llamada fuerza de reserva del corazón, pero puede avisarnos cuando la fuerza de reserva está al punto de agotarse.

f) El ecg no puede darnos un informe de confianza acerca del estado anatómico de los vasos del corazón: un ecg registrado casualmente en un enfermo 90 minutos antes de la aparición brusca de los síntomas de un infarto de miocardio no permitió sospechar la inminente oclusión del vaso.

g) • Exámenes ecgícos seriados son altamente superiores a los ecg únicos en cuanto al valor pronóstico.

h) Contrariamente a lo indicado en la literatura, el ecg demostró un valor pronóstico considerable en las 9 pulmonías que hemos observado.

i) El bloqueo de rama, aún el de origen sifilítico, es un signo ecgíco de un valor pronóstico sumamente inseguro. Lo mismo se puede decir del pequeño voltaje del ecg en las tres derivaciones de los miembros.

j) La medicación digitalíca destruye inmediata y totalmente el valor pronóstico del ecg.

k) Fuera del terreno pronóstico, han sido observados tres casos de interés casuístico: un caso de ritmo nodal a consecuencia de un paro sinusal (N<sup>o</sup> 27), y un caso de alternante eléctrico (N<sup>o</sup> 49) y un caso de fenómeno hasta ahora no descrito que está en relación con la producción de extrasístoles ventriculares (N<sup>o</sup> 44).

(

#### **Problemas que quedan por resolver en el futuro**

Lejos de haber querido solucionar problemas de la electrocardiografía en el campo delimitado por el título de este trabajo; nos declaramos plenamente satisfechos si hemos logrado plantearlos. Las cuestiones del pronóstico en el terreno de la electrocardiografía están, desde luego, estrechamente ligadas con los problemas de la técnica y del diagnóstico que están todavía esperando su solución.

La electrocardiografía se parece en muchos aspectos a un niño que recién empieza a caminar. Nos parece que sus próximos pasos deben ser dirigidos sobre todo hacia el cumplimiento de las tareas siguientes:

—Aclaración de las relaciones entre la producción de potenciales eléctricos y especialmente los diversos accidentes del ecg por un lado y el quimismo del músculo cardíaco por otro lado, en condiciones normales y patológicas, creándose así una electrocardiografía funcional.

1<sup>a</sup>—Estudio de las corrientes eléctricas "totales" producidas por el corazón, a base del registro simultáneo de 4 o más derivaciones en series grandes de individuos sanos y enfermos.

3<sup>a</sup>—Registro de las corrientes procedentes del sistema específico de conducción, sobre todo del nódulo sinusal y del nódulo aurículoventricular.

4<sup>a</sup>—Análisis exacto y determinación cuantitativa de los factores extracardíacos que intervienen en la conformación del ecg en cada caso.

5<sup>o</sup>—Delimitación más segura de lo normal y de lo patológico en la interpretación de los trazados.

6<sup>a</sup>—Estudio de las variaciones del ecg que se producen en el transcurso de las diversas épocas de la vida de un individuo normal.

7<sup>o</sup>—Estudio de la patología de la onda U y de la onda T auricular.

8<sup>a</sup>—Observaciones ecgíficas seriadas de la función cardíaca durante la evolución de todas las enfermedades que pueden comprometer al corazón.

9<sup>a</sup>—Elaboración de síndromes mixtos clínico - electrocardiográficos de valor diagnóstico o pronóstico (según el esquema de síndrome diagnóstico mixto: oclusión coronaria).

10<sup>a</sup>—Definición de la llamada fuerza de reserva del corazón y estudio de sus manifestaciones electrocardiográficas.

Existen desde luego numerosas relaciones de cada uno de los 10 problemas enumerados con los demás; de modo que la solución o la perfección de uno de él los beneficiará seguramente a algunos o a todos los otros. Esto se refiere particularmente a los adelantos de la electrología médica a la que agradecemos por el invento ingenioso del electrocardiógrafo y por la creación de toda una nueva ciencia importante fundada en él.

Ledo. LUCIANO RAMIREZ R.

## EL HEPATO - ESPLENOGRAMA EN LAS AFECCIONES HEPATO - ESPLENICAS

### C O N C L U S I O N E S

1) El hepatograma presenta una reacción de tipo lin- foide, que coincide con el esplenograma, en las cirrosis hepáticas, paludismos agudos y crónicos. En la enfermedad de Weil se encuentra en el espleno - hepatograma, una reacción eritroblástica.

2) Por lo tanto, en dichas afecciones, jo mismo da hacer un hepatograma que un esplenograma.

3) En las mismas afecciones se encuentra en el esplenograma una pequeña reacción mieloidea, menos constante en el hepatograma.

4) El esplenohepatograma en el paludismo, se caracteriza además Dor la ausencia o disminución de monocitos.

5) De las diferentes formas de paludismo, en la determinada por el Plasmodium Falciparum, es en donde se halló más pigmento hemático en el espleno - hepatograma.

6) Las parasitosis intestinales determinan también una eosinofilia en el esplenohepatograma, que coincide con el hemograma, siendo a veces más manifiesta en el hepatograma.

7) En los procesos anémicos encontrados, determinados por paludismo agudos o crónicos, generalmente asociados a parasitosis intestinales, se observó siempre en el espleno - hepatograma, formas jóvenes o inmaduras de hematíes, indicando que la anemia era de tipo regenerativo.

8) La espleno - hepatomegalia de origen palúdico, es la más frecuente en nuestro medio.

9) La punción esplénica y la hepática, realizadas conforme indica la técnica, no determinaron accidente alguno.

Ledo. LUIS RENGEL SANCHEZ.

**INVESTIGACION DE LA ESPIROQUETA DE SCHAUDINN POR  
PUNCION DE LA ADENOPATIA SATELITE**

**C O N C L U S I O N E S**

Clasificando los casos'obtenidos tenemos que se distribuyen en la siguiente forma, de acuerdo con su diagnóstico de certeza:

SIFILIS:

Chancro Duro (puro) .....	15 casos
Chancro mixto .....	4 "
Lesiones cutáneo-mucosas .....	1
Chancro blando .....	1
Lesiones banales .....	2 "
Casos no diagnosticados, y sólo catalogados por la observación clínica .....	2 "

25 casos

Se anota un caso en que además del chancro duro, hay uretritis gonocócica.

En síntesis, de los 25 casos, VEINTE Y DOS han sido de sífilis, UNO de chancro de Ducrey y DOS han sido afecciones banales de los genitales.

Concretándonos al estudio de las lesiones primarias encontradas:

De veinte casos clasificados como chancro sífilítico o mixto, una vez establecida la sospecha clínica; los medios de diagnóstico que nos ofrece el laboratorio, empleándolos

simultánea o sucesivamente, contribuyen a decidir el diagnóstico en los siguientes términos:

Sólo por investigación del exudado en . . .	9 casos
Sólo por investigación en el jugo gangl. . .	7
Ha coincidido en ambas investigaciones en	2 "
Han fracasado las investigaciones anteriores y el diagnóstico se lo ha obtenido por el empleo de las seroreacciones, en . .	1

Por consiguiente, podemos deducir los siguientes valores porcentuales:

Las investigaciones de la espiroqueta de Schaudinn en el exudado de la lesión primaria, nos ha dado resultados positivos en: 45 %

La misma investigación, realizada en el jugo ganglio- nar ofrece otros casos de positividad que llegan a ser el 35 % .

Sumando todos los casos diagnosticados por el empleo conjunto de ambos medios de investigación, tenemos que de los VEINTE CASOS, los DIECIOCHO han recibido un diagnóstico de certeza; por tanto, su empleo conjunto, podrá ofrecernos un elevado porcentaje de seguridad que llega al 90 % .

Desde luego, todos estos datos deberán ser tomados con la relatividad que corresponde al reducido número de casos examinados, a pesar de haberlos buscado tanto en los Servicios Sanitarios Civiles como Militares y, además, teniendo en cuenta que, las investigaciones se han hecho siempre sobre la base de una firme sospecha clínica y que, todos los casos en que no se tenía tal certeza han sido desechados, con el objeto de circunscribir el trabajo al diagnóstico de la lesión sífilítica primaria.

Por otro lado, el empleo conjunto de la ultramicroscopio y las preparaciones coloreadas, es otro de los importantes factores que debe ser tomado en cuenta para tales investigaciones, pues así aumentamos las probabilidades de acertar. Afirmar cuál de los dos medios de examen es el mejor, no es posible en términos abstractos, y siempre deberemos referirlos a determinado criterio. Por el trabajo realizado, me inclino a creer, que todo laboratorista deberá capacitarse en el empleo del ultramicroscopio, en forma que no tenga dificultades técnicas y, en un caso determinado, como el

de la investigación de la espiroqueta, pueda recurrir a todos los medios de investigación.

Respecto a los métodos de coloración, la preferencia por tal o cual, será una consecuencia de las ventajas que de acuerdo con un criterio personal, se señalen, para uno de él los. De los métodos que he empleado: el Giemsa Lento y el Fontana-Tribondeau, he llegado a preferir éste, porque me permite distinguir la espiroqueta con más facilidad que el Giemsa, puesto que, la impregnación argéntica le hace resaltar, en tanto que con el otro, no obtiene un contraste marcado .

Finalmente, debo referirme a la necesidad de hacer repetidas investigaciones cuando, establecido el diagnóstico clínico, las primeras investigaciones sean negativas; procurando, en los sucesivos exámenes eliminar las posibles causas de error.

Una vez hechas estas breves consideraciones, podemos formular las conclusiones fruto del presente trabajo, en los siguientes términos:

I. — EN EL ORDEN CLINICO:

1<sup>o</sup>—Siendo muy difícil hallar formas típicas, cuadros nosológicos completos, de la esclerosis inicial, el diagnóstico debe ser el resultado de un minucioso examen de conjunto, antes que de la exaltación de ciertos signos, tomados aisladamente .

2<sup>o</sup>—Las complicaciones inflamatorias, por gérmenes de asociación y aún el fagedenismo, son relativamente frecuentes, contribuyendo a hacer aún más difícil el diagnóstico clínico.

3<sup>o</sup>—El tiempo transcurrido desde la aparición de la lesión externa hasta el examen médico, excede generalmente de los TREINTA DIAS, estando autorizados, por tanto, a recurrir al diagnóstico serológico, en ausencia de otros medios .

Esta misma consideración nos permite rechazar la idea del tratamiento de prueba establecido sobre las concepciones del llamado tratamiento abortivo, puesto que, habiendo transcurrido ese lapso, la sífilis es ya una infección generalizada y no ganamos mucho tiempo con establecer el tratamiento unos días antes o después, debiendo más

bien, poner toda nuestra atención en la exacta determinación del diagnóstico.

4°—Respecto a los caracteres clínicos adoptados con predilección, en las observaciones efectuadas, encontramos lo siguiente:

a) La localización genital es predominante y en los casos por nosotros examinados, exclusiva.

b) Las lesiones puras son generalmente únicas; cuando se hallan en mayor número, corresponden frecuentemente a formas mixtas o complicadas.

c) En los casos de complicación de las formas induradas, la adenopatía satélite pierde algunos de esos caracteres, haciéndose ligeramente flegmósica: doloroso, suave y poco movable.

## II. — EN EL ASPECTO MICROBIOLÓGICO:

1°—La punción ganglionar se revela particularmente útil, en los siguientes casos:

a) Para la investigación de la espiroqueta en las formas complicadas por gérmenes de asociación, fimosís, etc.

b) Cuando el empleo de tópicos y el tiempo transcurrido, han hecho que los gérmenes ocupen los estratos profundos de la lesión externa, haciendo que la investigación directa sea estéril.

c) Cuando la esclerosis inicial se halla en vías de cicatrización.

2°—Del examen comparativo de las dos formas de investigación: la que se practica en la exudación, nos da un índice absoluto más elevado de positividad; pero, en los casos anteriormente enumerados, es generalmente negativa.

Por tanto, si bien la investigación en el jugo ganglionar tiene un valor diagnóstico absoluto, menor del que aporta la investigación en la exudación, si la juzgamos a través de los casos en que está particularmente indicada, su valor es manifiestamente superior.

En definitiva, para los fines de la práctica médica, podemos formular la siguiente indicación: cuando la investigación microbiológica, hecha en la exudación fuese negativa y persistiere la sospecha clínica, deberá recurrirse inmediatamente a la punción ganglionar.



3<sup>9</sup>—En estas investigaciones, el diagnóstico se hace exclusivamente con el hallazgo de la forma espiral descrita por Schaudinn - Hoffmann.

111 .—EN EL ASPECTO SOCIAL:

1<sup>9</sup>—Es digno de anotarse el hecho de una incidencia cada vez mayor de la sífilis entre los campesinos, que nos permite afirmar el hecho incontrastable de una diseminación creciente en el medio rural.

2<sup>9</sup>—La ignorancia y miseria en que la mayor parte de la población se debate, hacen que la lesión externa sea llevada a la consulta médica sólo cuando no ha cedido espontáneamente a la múltiple terapia doméstica, habiendo dejado pasar hasta 3 y 4 meses, con la consiguiente agravación del pronóstico; y lo que es peor, permitiendo la suposición de un gran número de casos de chancro sifilítico, que debido a su benignidad o evolución fugaz, no recibe ninguna atención médica.

3<sup>9</sup>—Salta la noción, como un corolario, de las anotaciones anteriores, de que la lucha antivenérea no está bien hecha, ni aún a título de ensayo y que su replaneamiento debe ser integral y urgente; porque toda pérdida de tiempo o lenidad, compromete el futuro biológico del país y el destino de la Ecuatorianidad.

Ledo. FABIO MEZA CABRERA.

## "CUADRO HEMATOLOGICO Y SUS VARIACIONES EN LOS DIFERENTES PERIODOS DE LA BARTONELLOSIS"

### C O N C L U S I O N E S

1<sup>?</sup>—La anemia que presenta la Bartonellosis es frecuente y severa en una gran mayoría de la forma hemática o septicémica y se caracteriza por la intensa rapidez de su desarrollo.

2- —El proceso bartonellósico, muestra signos de intensa actividad eritropoyética, en relación proporcional a la intensidad de la anemia.

3<sup>?</sup>—La mayor actividad eritropoyética durante el período de anemia es responsable de las alteraciones morfológicas del hematíe circulante (anisocitosis, poikilocitosis y policromasia) y de la aparición en la sangre circulante de formas inmaduras de los eritrocitos (reticulocitos, normo- blastos, megaloblastos)

4<sup>?</sup>—La concentración leucocitaria por m. m. 3 en la bartonellosis se encuentra en los límites de variación normal y debe considerarse como infección secundaria cuando se aprecia una leucocitosis intensa.

5<sup>®</sup>—Hay disminución del número de plaquetas que es proporcional al mayor grado de anemia.

6—La anemia bartonellósica, como toda anemia, empieza por hipocromía y se establece en hiperocrómica que persiste aún en la regeneración eritrocítica hasta cerca de 4 millones por m. m. 3.

7<sup>?</sup>—La fórmula hemo-leucocitaria presenta cierta relación general con la evolución de la infección bartonellósica. Durante el período de mayor anemia ocurre una "reacción regenerativa" moderada y una "reacción degenerativa" más

intensa, que persiste aún, en menor grado, en la concentración normal de hematíes.

8<sup>?</sup>—La "desviación derecha" o "crisis hermética" corresponde con ciertas variantes a la desaparición o disminución del parasitismo y los signos de una destrucción globular anormal.

9\*—La utilización de los datos hematológicos en el pronóstico de la fase hemática bartonellósica, se dificulta por el aparente estado de alergia de los enfermos, que los hace susceptibles al desarrollo de infecciones secundarias que siempre es de grave significado.

10<sup>?</sup>—La fase histioide o eruptiva, se presenta con concentraciones hemáticas diversas, ligera eosinofilia y monocitosis.

11<sup>?</sup>—El diagnóstico de bartonelosis en la fase hemática es mediante la observación de la sangre al microscopio para descubrir las bartonellas.

12<sup>?</sup>—El procedimiento de investigación empleado por coloración de Leishman, demuestra que la morfología de la bartonella varía con el tiempo de evolución de la enfermedad febril, así: bacilar, cocobacilar y desaparece de la sangre circulante en forma cocoide.

13—De la anterior conclusión se desprende que al observar una preparación de sangre coloreada, según la morfología que presenta la bartonella, se puede calcular el tiempo aproximado de la enfermedad.

14<sup>?</sup>—Se atribuye a la forma cocoide el mayor grado de malignidad, que la explico porque tal forma morfológica, siendo la final del proceso anemiante, empeora el estado general llegando al máximo de desglobulización del enfermo desde los 18 a los 25 días de enfermedad.

Ledo. LUIS NOBOA DILLON.

**"ESTUDIO COMPARATIVO DE CIERTAS CARACTERISTICAS  
DENTALES EN LOS NIÑOS TUBERCULOSOS, PRETUBERCULOSOS  
Y SANOS"**

**C O N C L U S I O N E S**

De los trabajos realizados, podemos deducir que:

1<sup>o</sup>—Existe un manifiesto retardo en la erupción dentaria en los niños escolares comprobados de tuberculosis latente o evolutiva.

2<sup>o</sup>—En los niños escolares comprobados de tuberculosis evolutiva positiva se manifiesta mayor retardo en la erupción de los caninos y segundos molares.

3<sup>o</sup>—Se manifiesta persistencia de las piezas temporarias, especialmente de los molares temporarios e incisivos laterales.

4<sup>o</sup>—Las piezas anteriores son las que se hallan en mala posición, siendo en consecuencia defectuosa la implantación .

5<sup>o</sup>—En los molares temporarios, premolares y molares permanentes es menos marcada la mala posición dentaria y menos defectuosa su implantación.

6<sup>o</sup>—Se nota manifiestas deformaciones en la morfología dentaria; tales como nanismo, aplasias dentarias y gigantismo, siendo este último más notable en los caninos.

7<sup>o</sup>—Las piezas dentarias de estos niños, son muy afectadas de caries; por consiguiente no presentándose en buen estado sus órganos dentarios, no tendrán óptimo desarrollo para cumplir con su misión dichas piezas.

8<sup>o</sup>—La cantidad de dientes cariados van en razón directa de la edad, siendo mayor este número en los dientes temporarios más que en los permanentes, especialmente en los incisivos y molares.

9<sup>o</sup>—Por el análisis químico de las piezas dentarias se manifiesta notable descalcificación y en este orden:

a) Se encuentra mayor porcentaje de calcio en los niños del campo, que en los de la ciudad;

b) Se encuentra menor cantidad de calcio en los niños tuberculosos evolutivos positivos comparado con los niños sanos de la ciudad, y menos aún que los del campo.

10<sup>9</sup>—Por el mismo análisis químico, también son manifiestas las siguientes conclusiones:

a) Exis  
te mayor cantidad de ácido fosfórico en los niños del campo, en menor cantidad en los niños sanos de la ciudad y en menor cantidad aún, los niños comprobados de tuberculosis evolutiva. \*

11<sup>9</sup>—Se comprueba lo que dicen los investigadores, que la falta de calcio en los dientes es causa de caries dentaria, y que la antedicha disminución de calcio, se manifiesta en nuestros análisis químicos en niños comprobados de tuberculosis.

12<sup>9</sup>—En una caries de segundo grado, al introducirse ¡a fresa, en la dentina, se nota menor resistencia de ésta en los niños tuberculosos latentes o evolutivos.

13<sup>9</sup>—En la oclusión encontramos que se efectúa ésta:\* en proporción en el mayor número de estos casos; luego en retrucción; y por fin, en neutroclusión en menor número de casos.

14<sup>9</sup>—Por tratarse de una acción social, profiláctica y humana a la vez, es necesario la implantación de servicios dentales para estos enfermos; lo cual significaría en nuestro medio un positivo beneficio, verdadera y útil forma de realizar profilaxis preventiva.

15<sup>9</sup>—Reclamo la acción social de los gobiernos en bien de la salud pública, siendo ésta un deber ineludible, más aún en tratándose de la tuberculosis, que es uno de los mayores flagelos que azotan la humanidad. Convencido estoy que cuanto se haga para evitarla recibirá el aplauso unánime del consorcio humano por tratarse de un sentimiento de solidaridad colectiva.

16<sup>9</sup>—El Cuarto Congreso Odontológico Latino Americano, declaró "como una necesidad, la creación del control odontológico hospitalario, nacional, provincial, y municipal en todos los países latinoamericanos, para la asistencia exclusiva de los enfermos tuberculosos a los fines de su profilaxis y tratamiento buco-dentario".

Ledo. A. POLIBIO BAEZ ARAUJO.

## "EQUILIBRIO ÁCIDO - BÁSE EN EL EMBÁRÁZO"

### C O N C L U S I O N E S    **Sobre 18 casos.**

Para lograr mayor seguridad en las conclusiones y no sugerir prejuicios en el trabajo de laboratorio, hemos preferido que estos trabajos se realizaran sin ningún conocimiento de la historia clínica de los diferentes casos estudiados en la presente tesis.

Por esta razón nos parece necesario destacar el paralelismo notable que se ha obtenido en los análisis de laboratorio y la gravedad, mayor o menor, del cuadro clínico. Con esta manera de proceder creemos haber dado mayor seriedad a nuestro trabajo.

El primer problema que se nos ofrece en el estudio del equilibrio ácido-base durante el embarazo es situar el problema concreto entre las variaciones de este equilibrio al estado fisiológico y en los estados patológicos de lo que podríamos llamar embarazo normal.

En segundo lugar estudiar las variaciones del embarazo anormal dentro de los límites en que se sitúe el primer problema o sea el embarazo normal.

Fundamentándonos en estos conceptos deducimos las siguientes conclusiones:

1—En el primer mes del embarazo normal, sin síntomas que llamen la atención, el equilibrio ácido-base es idéntico al del adulto normal, o sea, en Quito, con un pH de 7,396 - 7,400, y con un valor medio de 41 vol. % para la reserva alcalina.

2<sup>o</sup>—Podemos establecer que el valor normal de la reserva alcalina, en el embarazo normal, puede llegar hasta 38 vol. %, o sea que la normal del embarazo, tomado éste como un fenómeno natural y no como una entidad patológica.

Henderson dice que "este nuevo tipo de equilibrio ácido-base debe ser considerado como **el estado normal típico** durante los últimos meses del embarazo".

Nosotros hemos observado que entre 38 y 41 vol. % los malestares se" reducen al mínimum o desaparecen.

Por lo tanto, en Quito estos valores de la reserva alcalina corresponderían a lo que Henderson llama "el estado normal típico".

3<sup>?</sup>—A partir del segundo mes del embarazo, observado clínicamente como normal, la reserva alcalina va disminuyendo progresivamente desde el 41 vol. % hasta un valor mínimo de 38 vol. % . En todos los casos en que a partir del segundo mes se obtenga una reserva alcalina inferior a 38 vol. % se hace necesario emplear una medicación.

4<sup>?</sup>—Cuando el embarazo presenta síntomas que llamen la atención por su intensidad o que entren en el campo de lo anormal, el médico debería solicitar a un laboratorio la determinación de la reserva alcalina con lo que obtendrá una medida cuantitativa de la afección.

5<sup>?</sup>—Si los síntomas son alarmantes o graves, es útil también la determinación del pH. sanguíneo. En el embarazo normal no hay desviación del pH., sino una discreta disminución de la reserva alcalina, no hay por tanto descompensación; pero en los casos graves el organismo es insuficiente para mantener la compensación y por esto el pH. sanguíneo tiene un valor diagnóstico y pronóstico.

6<sup>@</sup>—La determinación del pH. sanguíneo, conjuntamente con el de la reserva alcalina, adquiere, pues, una importancia especial, porque si el pH. es normal nos indicará una acidosis compensada y si es anormal, nos indicará, por su desviación, la gravedad de la acidosis descompensada.

7<sup>?</sup>—El análisis del equilibrio ácido-base por la orina en el embarazo pierde importancia, porque, si es normal, el cuadro clínico mismo indica que no hay necesidad y en los casos anormales es muy raro encontrar una persona que pueda soportar dos o tres días sin medicación para recoger la orina.

Casi todos los medicamentos empleados se eliminan por la orina, dando un cuadro falso, por otro lado se ha observado con los casos practicados, en concordancia con las observaciones extranjeras que lo único realmente útil es el índice amoniacal. Por lo demás, en los casos anormales conviene la investigación de glucosa, acetona, pigmentos biliares y examen microscópico de la orina.

8<sup>?</sup>—Se puede establecer como conclusión de esta Tesis que el embarazo produce acidosis asociada a una hepato-

toxemia. En casos muy intensos se puede observar la presencia de glucosa, acetona y ácido úrico en el sedimento que manifiesta que la acidosis ha llegado a un grado muy avanzado .

9<sup>o</sup>—Hay la posibilidad de que en determinados casos, cuando el vómito incoercible llegue a una intensidad muy grande que el equilibrio desvía hacia la alcalosis gaseosa. En estos casos nos parece útil la determinación del índice clorémico. Desgraciadamente no nos ha tocado en suerte un caso semejante.

10<sup>o</sup>—De acuerdo con observaciones extranjeras y de los casos de nuestra observación podemos concluir que la insulina es un fuerte alcalinizante, que tiene una acción inmediata y directa sobre la reserva alcalina. Además, por observaciones ajenas, pero que son aprovechables en nuestra Tesis, podemos hacer constar el luminal, gardenal y demás hipnóticos de esta naturaleza, alcalinizan el organismo. Pudiendo explicarse este efecto relacionándolo con la depresión del centro respiratorio.

11—Hemos observado en la elaboración de esta Tesis que un aumento no excesivo de la reserva alcalina es inofensivo. Podríamos establecer que en Quito una elevación de cuatro a seis volúmenes por ciento sobre el valor del adulto normal, carece de importancia, siempre que el embarazo no concuerde con otra afección, como una dermatosis por ejemplo, en que la alcalosis puede tener una influencia más o menos marcada.

12<sup>o</sup>—Refiriéndonos especialmente al problema del vómito del embarazo, creemos que se pueden hacer las siguientes observaciones:

a) Interviene una crisis neuropática.

b) Hay toxemia. El problema de si en esta toxemia interviene la retención de productos nitrogenados incompletamente degradados y, en particular, el estudio de esta toxemia en relación al índice de polipeptidemia, puede ser objeto de otra tesis. Nosotros hemos abordado el problema en general con la esperanza de que sea un punto de partida para estudios de detalle que nos hubiera podido ocupar años de constante labor.

c) Hay hipocloremia en el vómito incoercible? No creemos probable porque el vómito del embarazo no contiene, en general, ácido clorhídrico. Además, no podríamos hablar propiamente de tejidos traumatizados en el embara-



zo que pudieran solicitar cloro (como el caso de los post- operados) empobreciendo los tejidos. Sin embargo también este punto podría ser objeto de otra tesis.

d) Es un hecho establecido que en la toxemia del em- ♦ barazo se produce una sobrecarga de trabajo en el hígado, órgano que lo conocemos como desintoxicante. Es además tocada o no la corteza supra-renal que segrega una hormona desintoxicante? De todos modos son asuntos que deben tomarse en cuenta en el tratamiento de los trastornos del embarazo.

e) Una disminución prudencial de sustancias nitrogenadas en la alimentación, sobre todo en los primeros meses del embarazo, es que hay una falta de adaptación a este nuevo estado parece conveniente por el poder acidificante de aquellas sustancias. Parece que las grasas debieran disminuirse a menor proporción porque, además de acidificantes, forman jabones con las bases del intestino. Sin embargo una abstención absoluta creemos que no sería conveniente porque los jabones sirven para guardar la normalidad de la digestión. Por otro lado alimentos nitrogenados como los granos (alverjas y habas a la cabeza) aportan calcio y fósforo al organismo.

f) En general se debe dar preferencia a la alimentación acidificante porque una alimentación pdbre traería otra consecuencia grave, la hipoalimentación, precisamente en la época en que el organismo materno debe estar más fuerte. La naturaleza misma nos enseña esto, puesto que normalmente aumenta el apetito de la futura madre.

g) Tanto por el poder regularizador del equilibrio ácido-base que tiene el riñón mediante la liberación de valencias ácidas, (además de su función aminogenética) y de su acción de filtro en la desasimilación, el aumento de diuresis es un auxiliar en la desintoxicación. También esto nos enseña la naturaleza, porque normalmente, en la mujer embarazada aumenta el volumen de orina.

h) Evitar el ejercicio físico que llegue al cansancio (o sea causa de intoxicación) y los sitios de aglomeración en que el aire está impuro y que produzcan excitaciones, parecen ser recomendaciones útiles.

ii Favorecer el sueño tranquilo, es reparar el organismo y recurrir a una desintoxicación natural.

/

ledo. MAX ONTANEDA POLIT.

## **"NORMAS E INDICACIONES DEL TRATAMIENTO TERMAL EN LOS PRINCIPALES BALNEARIOS DE LA REGION INTERANDINA"**

### CONCLUSIONES MEDICAS

a) .—"Tesalia" y "Santa Clara" en Machachi y Baños, respectivamente, son aguas colagogas, que sirven en el tratamiento de determinadas afecciones de la glándula hepática, del tubo digestivo y de muchas intoxicaciones internas y externas. Serian útiles como medios activos o coadyuvantes de las afecciones sólo crónicas de los órganos citados.

b) .—Las mismas fuentes por sus propiedades diuréticas y desintoxicantes serian señaladas en el tratamiento de algunas de las enfermedades de la nutrición.

c) .—Tesalia, no es ya el baño carbo-gaseoso de otros tiempos, no estaría ya indicado en las curas del aparato circulatorio .

d) .—Las aguas hipertermales y de fuerte mineraliza- ción de Baños, están indicadas en el tratamiento de los reumatismos, neuritis y afecciones fibrosíticas de las articulaciones .

e) .—La crenoterapia, la mecano y kinesiterapia, constituirían reunidas, un coadyuvante eficaz de la Cirujía ósea, en el tratamiento de muchas secuelas de las fracturas.

f) .—Las aguas mesotermas, silicatadas y radioactivas del Tingo, tienen indicación en el tratamiento coadyuvante de la hipertensión arterial. Además la tienen en el del reumatismo.

g) .—Para el perfecto y racional empleo médico, el establecimiento de Sanatorios se impone; mientras él los no existan, prácticamente estas fuerzas naturales permanecerán abandonadas.

h) .—La práctica climática, bien administrada, sería un coadyuvante higiénico precioso para el tuberculoso.

"La experiencia demuestra que la tuberculosis pulmonar, cuando es cuidada debidamente, cura en todas partes".

Ledo. DANKMAR HACHENBURG

**"LA DIETA DE FRUTAS CRUDAS (MANZANAS Y BANANOS) COMO  
TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS"**

**C O N C L U S I O N E S**

**Sobre 50 casos.**

En concordancia con las opiniones asentadas en los últimos quince años en la literatura mundial, puedo expresar que la dieta con purés de frutas crudas (manzanas y bananos) no solamente es siempre equivalente a cualquier régimen recomendado para el tratamiento de las diarreas en general (a partir del séptimo a noveno mes de vida), sino que en la mayoría de los casos es netamente superior, constituyendo un verdadero factor terapéutico que obra de manera rápida, segura y fisiológica.

Este régimen está indicado como tratamiento exclusivo en las colitis, enterocolitis, gastroenterocolitis agudas, banales, —febriles o afebriles— y nos deja en estos casos prescindir de los purgantes, desinfectantes intestinales y astringentes, si bien no excluye las medidas generales contra des- hidratación o choque cuando éstos existan.

En las colitis, enterocolitis, gastroenterocolitis crónicas esenciales, es decir **sin etiología específica** (sea a bacilos de Koch o a protozoos u otros agentes especiales) el régimen de frutas crudas a menudo basta sólo para curarlas, combinado con una dieta de transición adecuada para cada caso. Otras veces se debe combinar nuestro régimen con medidas terapéuticas generales cuya selección depende de las complicaciones individuales que presenta el enfermo respectivo y que detallamos más arriba. Pero también entonces el régimen representa un factor coadyuvante de gran importancia acelerando el<sup>1</sup> restablecimiento del enfermo.

En las diarreas —agudas o crónicas— **condicionadas por protozoos** es indispensable aplicar simultáneamente con el régimen de frutas crudas una inmensa y suficientemente dosificada medicación específica para obtener una curación definitiva. Hay que hacer hincapié que en estos casos se logra a veces una curación pasajera de todos los síntomas, sólo con la administración del régimen de frutas crudas, lo que demuestra el gran valor siquiera coadyuvante, que posee nuestra dieta hasta en tales casos, pero para extirpar la infección protozoica a fondo no podemos prescindir de las drogas reconocidas para tal fin.

En la disentería bacilar se comprobó igualmente la eficacia del régimen.

En las diarreas de la tifoidea y paratifoidea se tolera nuestro régimen bien, pero sin modificar el curso mismo de la enfermedad.

El mayor adelanto representa el régimen de frutas crudas para una terapéutica provechosa de la celiaquía y del espruo, cuadros estos donde se le puede adjudicar calidades curativas exclusivas comparado con cualquier otro régimen en lo que concuerdan todos los observadores unánimemente.

Esto tiene igual validez para los casos bastante frecuentes de formas abortivas de la celiaquía.

Con respecto al mecanismo de acción con que obra la dieta de frutas crudas en las diarreas se pudo comprobar lo siguiente:

Todos los factores que se acusan como esenciales en esta dieta para explicar su eficacia, obran en conjunto y de una manera compleja.

Lo más importante entre ellos sería lo siguiente:

Alta dispersión y gran superficie absorbitiva del puré de frutas, posibilitado principalmente por su contenido en pectina hidrosoluble, puesto en estado coloidal por el cernimiento fino a que se somete durante su preparación.

Posible acción destoxicante del ácido galacturónico componente esencial de la pectina.

Acción mecánica del puré de frutas por su volumen elástico que desplaza el contenido anormal del intestino.

Cambio de la flora bacteriana a raíz de la ingestión de mayores cantidades de las frutas en cuestión (comprobado por extensas investigaciones bacteriológicas).

Riqueza del régimen de frutas crudas en electrolitos (alcalinidad potencial) disueltos en agua cuya detención se facilita por los mismos electrolitos.

En este aspecto el banano es superior a la manzana

Ligera acción desinfectante (?) y astringente de los ácidos orgánicos contenidos en las frutas en cuestión (ácido málico y ácido tánico) si bien la mayoría de los investigadores actualmente en estos factores atribuyen un papel muy subordinado.

Riqueza en calorías y vitaminas con la que se distingue especialmente el banano.

Por lo general se puede decir que ambas frutas, la manzana y el banano, han demostrado casi iguales cualidades terapéuticas, dando algunos autores la preferencia al banano por sus mayores valores calóricos, vitamínicos y alcalinos .

Sin embargo puede haber casos donde empíricamente una de las dos frutas daría mejor resultado, lo que al fin depende del ensayo individual.

Con respecto a mi casuística que confirma ampliamente las opiniones y resultados de otros investigadores (vea los comentarios de cada observación) quiero empero destacar especialmente que un gran número de mis enfermos con diarreas a causa de ameba histolítica sobre cuya dietética sólo con este régimen no encontré ensayos en mayor escala, demostró el mismo no solamente su perfecta tolerancia hasta en los casos más graves, sino también su alto valor terapéutico coadyuvante.

Los fracasos fueron motivados:

1<sup>o</sup>—Por tratarse de diarreas concomitantes o condicionadas por cuadros morbosos de por sí incurables (tb.miliar, anemias del tipo pernicioso muy progresadas, hipoproteine- mia y avitaminosis graves en sus últimas fases, etc.)

2<sup>o</sup>—Infección paratífica o tífica.

3<sup>o</sup>—Edad avanzada con estado infeccioso muy virulento .

4<sup>o</sup>—Paludismo latente como probable causa de colitis rebelde.

5<sup>o</sup>—Cronicidad del proceso colítico con probables alteraciones anatómicas de consideración e intolerancia absoluta para todo alimento.

6° — Relativa intolerancia estomacal para el puré de frutas siendo vomitado el mismo; esto ocurrió de manera constante sólo en un caso de colitis crónica con gastritis y hepatitis concomitante.

Por lo demás, se puede decir que también en aquellos casos que no se beneficiaron con el régimen de frutas crudas, casi siempre se lo toleró sin inconvenientes y sin producir nunca daño alguno.

Ledo. DARIO LANDAZURI.

## **"MEDICOS, ETICA Y ESPECIE"**

### **C O N C L U S I O N E S**

Hemos examinado, en forma siquiera esquemática todos los puntos salientes del vasto panorama que presenta la propagación de la especie en relación a la Deontología Médica.

Si diéramos ahora una visión de conjunto a todo el paisaje moral del problema, no pudiéramos menos que pensar en el relieve de dificultad que presenta. En efecto, colocado el médico en un ambiente en donde todas las pasiones tienen un juego desencadenado y brutal y sujeto él mismo, en virtud de su condición de humana arcilla agitada por iguales o peores huracanes, no puede menos que librar grandes batallas si quiere conservar, en forma constante, su pureza de ideales y su rectitud de acción.

Son tan grandes las necesidades que la vida moderna establece; es tan enconada la lucha por el pan nuestro de cada día, y son tan rastroseros los métodos a los que se obliga una mayoría abrumadora de médicos, que aquel de ellos quiere conservarse dentro de un marco nítido de rectitud, tiene que hacer un gran esfuerzo. Los clientes mismos, están tan mal acostumbrados por médicos inescrupulosos, que nunca se les pasa por la cabeza en ciertos casos, el dilema moral en que colocan a su médico. . Por eso, muchas veces, las proposiciones hechas sin afán de ofender y quizá, por una experiencia ganada con otros profesionales. . Abunda tanto la literatura inmoral disfrazada de ciencia, que el gran público, muchas veces de buena fé y otras entusiasmado por las ventajas que le concede esta falsa ciencia, acoge con calor los más errados puntos de vista y agrega argumentos de su propia cosecha.

Un médico que abandona recién la casa universitaria y a quien sorprende la realidad con su crudeza que choca con los sueños acariciados largamente en contemplación inefable, es sin duda un candidato a las proposiciones indecibles de parte de clientes mal enseñados. La realidad económica, la dura lucha por abrirse campo en la profesión, pueden inclinar la balanza de las acciones por el lado de los actos ilícitos. Se necesita una tremenda fuerza de voluntad para mantenerse sereno en esta especie de marcha trabajosa hacia la consecución del propio sustento por medio de la profesión.

El médico vive del enfermo. Es extraño, pero la verdad es ésa. Por ello es menester tener un concepto claro de los deberes para con el cliente que le paga y los deberes del cliente que se beneficia de la ciencia del médico.

Los actos inmorales, dentro de la profesión, son para mayor abundamiento, desconocidos muchas veces por el Código Penal, otras veces amparados por él a pretexto de intervenciones lícitas y casi siempre son disimulables y encubribles. No existe entre nosotros ese Código de honor que está perfectamente establecido en otros países, en virtud del cual, por fuerza del concepto civil, de la ley, las corporaciones médicas se reservan el derecho de juzgar al médico que ha delinquido. En nuestro medio, andan sueltos infinidad de criminales e inmorales que portan bajo el brazo un título de médico, ganado quién sabe de qué manera en alguna Universidad del país, tras siete años de perezoso desfilar por los claustros. Esta impunidad en que suelen quedar tantos atentados a la sociedad o a la Especie, es un factor más que incita a la desviación.

El éxito profesional es siempre amable. Es una químera tras la cual corren todos los médicos. Pero es menester pensar un momento cuál es el éxito verdadero y cuál el que se imaginan los doctores que entran en la vida profesional llenos de esperanzas.

El éxito, para muchos, es la vida regalada, el confort que es lujo, los automóviles extendidos perezosamente con todo el orgullo de su alto precio, las mujeres hermosas, los perfumes caros, la admiración asombrada de las gentes.

Mas, la época del médico palaciego pasó hace mucho tiempo. Hoy, es un humilde obrero escasamente remunerado, mal dormido, extrangulado por la necesidad y el pensamiento en el día de mañana. Así es el médico que suele



mantenerse dentro de la moral. Alguna vez vendrá el éxito científico y también el económico, pero luego de una larga vida de trabajo honrado, después de un porfiado devanarse y sufrir. Los médicos prestigiosos que fueron el ejemplo de nuestros sueños de estudiantes de Anatomía, no se han hecho así de la noche a la mañana —me refiero a los honrados— sino que en ese aparente bienestar, está condensada toda una larga lucha tesonera y paciente para obtener un prestigio fundado en sus propios merecimientos. Hay otros, que bruscamente escalaron un éxito económico ruidoso, pero es necesario sospechar si dentro de ese éxito aparente, hay una sórdida trama de delitos inconfesables.

Para mí, el éxito es bien otra cosa. Es la labor paciente y sostenida, tratando de salvar la vida a gentes sencillas que realmente sufren y a gentes complicadas que también sufren, y recibiendo por el trabajo hecho, una justa recompensa, una recompensa que sea exactamente aquella que precisamos para las diarias necesidades. Mientras la vida es más dura, nuestros esfuerzos por superarnos son mayores, porque sabemos que de eso depende el que podamos subsistir. Y de ello, se benefician nuestros clientes, puesto que el estudio constante, nos capacitan cada día más para salvar una vida.

El éxito, desde este punto de vista, está escondido en la tranquilidad de conciencia, que haga pensar en el examen de los actos realizados, que no se debe nada a nadie, que los actos han sido rectos, que no ha habido desviación de la ruta previamente trazada. Eso nos hará acreedores a un reposo sin inquietudes y a un goce fecundo y entrañable de la paz espiritual. El éxito es poder dormir tranquilo luego de un día laborioso, pensando que se han asegurado las momentáneas necesidades familiares y que mañana la lucha recomenzará con iguales caracteres.

Yo me explico así el éxito. Pueden ser muy duros los 'golpes que la vida pueda asestarnos y pueden ser muy amargos los trances por los que el cotidiano vivir nos obligue a pasar. Siempre serán pequeños y pueden convertirse en dulces, si hay un grande y elevado ideal que nos sostenga. Muchas veces, los clientes azotados por las más bajas pasiones y los ideales más mezquinos, pueden no interpretar en el recto sentido nuestra intención, pueden no estimar lo pequeño o lo grande que hagamos por ellos. Y esto nos pondrá en trance de echarlo todo a rodar y abandonar la

lucha para tomar un camino más fácil. Aquí entra justamente el gran recurso, que muy pocos médicos tienen, y es renunciamiento del propio orgullo, de la propia satisfacción, en gracia al perfeccionamiento espiritual. Sólo fuerzas superiores, inspiraciones suprahumanas pueden dar las condiciones necesarias para mantenerse firme en el camino del bien y de la verdad.

La vida es siempre dura . La del médico aún más, por las graves responsabilidades que sobre él pesan. Pero tiene que ser así. Es necesario que sea en esa forma, porque no otra cosa puede ser este tránsito doloroso por la vida, que no es sino una escala para el espíritu en trance de elevación, que un continuo renunciar y ceder para lograr la felicidad que no puede estar sino en el encuentro de la Verdad, vale decir del éxito. Porque en total, el éxito —al alcance de los hombres de buena voluntad— es tan sólo la posesión entrañable de la Verdad Absoluta.

Hemos expuesto la primera y fundamental conclusión. Pasamos a la exposición de las conclusiones a las que llegamos en cada uno de los puntos tratados. Nos limitaremos solamente a derivar aquellas consecuencias de orden general, sin razonamientos que ya quedan expuestos en el texto y que aquí solamente se harán aparentes en el enunciado de todos los puntos, que creemos haber demostrado en el desarrollo de nuestro trabajo.

1<sup>9</sup>) La educación sexual, es un urgente reclamo de la Especie. Ella puede ser la llave que abra los caminos del perfeccionamiento espiritual y físico,, ya que la educación sexual es un capítulo prometedor de la Medicina Preventiva. »

2) Pero al hablar de educación sexual, no hablamos de enciclopedismo sexual, de revelación atolondrada y ciega de los misterios sexuales. Hablamos de explicación razonada y racional de la vida sexual.

3) Esta clase de educación, por sí sola, tiene escaso valor. Es necesario que vaya unida a enseñanzas generales, a robustecimiento de los resortes espirituales, a un res

peto consciente del papel del sexo y de su importante función en la vida individual y colectiva.

4) La educación sexual debe estar dirigida en forma personal, individual, atenta a las necesidades momentáneas. Requiere cuidadosa vigilancia, adivinación de las necesidades psicológicas del individuo, para adelantarse así a las curiosidades desviadas que buscan conocimiento en fuentes bastardas.

5) El niño y el adolescente, deben saber, que la castidad es el estado fisiológico normal que les corresponde, estado por otro lado transitorio y que es una preparación para la realización del rol decisivo de la vida de los sexos, cual es la propagación de la especie dentro del matrimonio monogámico y estable, máxima aspiración evolutiva de la sexualidad como lo afirma la Biología.

6) La labor de la educación en la materia sexual, por sus especiales características está destinada por completo a los padres. La labor del médico se reduce a dar su consejo, corregir aquellos cuadros que caen dentro de su campo de acción, y propagar los hechos enseñados por la Ciencia despertando en los padres la conciencia de su papel de educadores y responsables de la futura tranquilidad espiritual y física de los hijos.

7) Es menester no olvidar, que en muchas veces, lo sensual está en el adulto que interpreta los actos del niño.

8) En la infancia, la educación sexual, debe circunscribirse a la explicación en la forma digna de la maternidad, pero cuidando de que no queden puntos oscuros que tengan para el infante la educación perniciosa del misterio. La educación religiosa, es un coadyuvante decisivo en la educación. Es menester convencerse de que la verdad sobre la maternidad es más hermosa que cualquier cuento de hadas.

9) En la prepubertad, es necesario que se hable de los cambios que se avecinan: la menstruación, la erección y polución. Esta instrucción debe darse, junto con la idea sobre los vicios contra natura, con una gran elevación de miras y vertiendo conceptos claros y precisos sobre el importante papel del sexo, papel que por otro lado tiene mucho de grande y noble si lo mueven ideales superiores.

10) El púber, y el adolescente, nada deben ignorar. Es una medida imprescindible para evitarle los peligros de

toda índole a los que se ve expuesto, por los factores físicos, psíquicos y ambientales que lo rodean.

11) La idea fundamental que prima en la educación sexual en todas sus etapas, es la de infundir al individuo el respeto que merece el sexo en razón del importante papel que juega en lo individual y lo colectivo.

12) La coeducación, es un sistema al que se oponen diferencias fundamentales de orden médico, moral y biológico .

13) La coeducación entraña peligros morales que adquieren particular importancia en la enseñanza secundaria .

14) Este sistema, tiende paulatinamente a desaparecer y tendría su fin, cuando las circunstancias económicas que lo han impuesto sean solucionadas.

15) Las ventajas que se le han adscrito son ficticias y aún más, son un atentado contra la evolución de las características psicológicas que distinguen necesariamente a los sexos.

16) Pedagógicamente, es una clase de educación, que atenta contra todas las enseñanzas de la experiencia.

17) Ningún médico, puede aconsejar con razones científicas suficientes las relaciones sexuales precoces, porque atentan contra los hechos biológicos.

18) Ellas van contra el principio fundamental aconsejado por la Moral y reclamado por la especie de la orientación monogámica que debe darse a todos los individuos como la meta ideal a alcanzarse.

19) Las relaciones sexuales precoces no tienen, en lo absoluto, valor terapéutico, preventivo o profijactivo.

20) El médico debe luchar decididamente contra los vicios sexuales, haciendo una propaganda decidida en su contra, combatiendo las ideas erradas que se difunden respecto a ellos, y tratando aquellos casos en los cuales se descubra una causa orgánica o funcional como determinante del mal.

21) La masturbación no es, ni puede ser, un hecho fisiológico como se ha pretendido. Es un atentado contra las fuerzas morales del individuo y una violación palmaria del plan general de la naturaleza. Su profilaxia es cuestión de educación sexual.

4) Muchos de los otros vicios requieren un fondo psicopático y pueden ser tratados. Otros, van adscritos a perturbaciones psíquicas estables y deben ser considerados como enfermos a quienes es menester vigilar y a veces aislar por convertirse en peligrosos.

5) La enclitofilia, en su más atenuada forma, es una de las causas más grandes de inmoralidad social. Muchos hijos fuera del margen legal, están dados y engendra-<sup>\*</sup> dos por este vicio. Su trascendencia social es enorme. En éste, como en ningún otro, la educación bien dirigida puede dar hermosos resultados. Aún aquellos casos que revelan una impulsión anormal, pueden ser controlados y orientados por un camino seguro.

6) La zoofilia, en ocasiones, puede ser simplemente causada por una falta de orientación sexual y es por lo tanto deber del médico procurar que sea dada.

7) En general, es en los vicios contra natura en donde más claramente se aprecia el valor indiscutible de educación<sup>\*</sup> sexual sostenida en el más fuerte de sus aliados: la elevación moral de los conceptos vertidos sobre el niño o el adolescente.

8) El médico debe hacer la curación profiláctica en aquellos de sus enfermos que la soliciten luego de realizar el acto, aunque tomen de allí seguridad para reincidir.

9) En gracias a la salud del cliente, puede el médico aconsejar ciertas prácticas antivenéreas, procurando ante todo apartarlo del peligro a que se expone. Estos medios no deben ser anticoncepcionales.

10) Por la salud de la sociedad, es su deber dar conferencias y hacer campaña antivenérea, aconsejando el uso de profilactivos, pero procurando que de ello no saquen una seguridad que están muy lejos de ofrecer los medios personales de lucha antivenérea. La conferencia debe estar siempre revestida de la dignidad que se supone en el ejercicio de la profesión y unida a las advertencias morales que le impone su conocimiento de las verdades sobre la actividad sexual y el fin estricto al que están destinadas.

11) Puesto el médico en el caso de necesitar una muestra de esperma humano para firmar una curación o sentar un diagnóstico, solamente puede valerse de aquellos medios que sean naturales y que deben estar adaptados al estado civil del paciente y a las necesidades médicas. Son

lícitos: el masaje vesicular acompañado o no del masaje de las otras glándulas anexas, la punción testicular, etc. Nunca la masturbación, el coitus interruptus y todos aquellos métodos que quitan espontaneidad al acto sexual.

30) Ninguna consideración ni necesidad médica disculpan el que se aconseje el coito extramatrimonial.

31) El médico, pensando en los peligros que para el cliente y la sociedad representa la prostitución, debe ser un enemigo de ella. Y debe propender a su desaparición, que si bien no puede hacerse en un sólo momento por ser contraproducente, es susceptible de ir desapareciendo, con una mejor educación de los ciudadanos y un enriquecimiento moral siempre creciente de las costumbres.

32) El médico, ante cualquier clase de cliente, debe ser asexual, mientras está en funciones de tal. Es altamente inmoral el que los consultorios se conviertan en "garco- niere" y la mesa de exámenes en lecho. El peligro es mayor, cuando la consultante es una horizontal.

33) El médico debe sostener el establecimiento del delito venéreo, como una medida antivenérea eficaz.

34) Establecido este delito, el secreto profesional desaparece, como ha desaparecido en la denuncia de la tifoidea, difteria, etc., que son enfermedades sociales.

35) Hay una excepción y es el mal venéreo en el matrimonio, pues es un campo en el cual no puede entrar el médico sin atropellar los derechos estrictamente personales de dos seres que se han entregado mutuamente.

36) Tres puntos deben ser considerados al tratar de enfermedades y matrimonio: la salud del propio cliente, la de la prole y la del cónyuge.

37) De manera especial debe el médico aconsejar desistir del matrimonio a aquellos de sus enfermos en quienes el cambio de estado puede repercutir en forma nociva para la enfermedad que padecen.

38) Es su deber hablar de los peligros que tal o cual enfermedad puede traer a la prole, peligros que por otro lado no son absolutos: El hijo de un loco, es, cuando más, un predispuesto si es que concurren caracteres sumamente recargados. La ley de la herencia, si bien es un hecho verdadero, no es en modo alguno un hecho riguroso en virtud de la mezcla, complicación e influjo mutuo de todos los caracteres a heredarse. Ningún médico puede afirmar con cer

teza la venida de un hijo tarado de un padre de tal naturaleza .

32) Todo individuo tiene opción a usar de su derecho hasta el momento en que irrumpe en el campo de los derechos de los demás. Por ello, debe aconsejarse al enfermo hacer conocer al futuro consorte su estado de salud. Si la otra parte está de acuerdo, el problema se convierte ya en personal, y nada puede hacer el médico contra ello.

33) Mas, en el caso de querer contraer matrimonio a pesar de su enfermedad y ocultando la verdad a la otra parte, creo que el médico tiene obligación de revelar el secreto a la parte interesada —y que nos perdone BROUAR- DEL, el paladín del secreto médico—, pues así lo exige el más elemental principio de justicia. El enfermo renuncia a sus prerrogativas desde el momento en el que quiere a sabiendas causar un mal a tercera persona.

34) El médico, en resumen, puede tratar de que el enfermo renuncie a sus derechos al matrimonio, pero en forma alguna puede quitárselo, mientras se mantenga en un plano estrictamente personal.

35) La impotencia cocundi, desde el punto de vista de la legislación civil y eclesiástica es causa impediénte y dirimente de matrimonio. La medicina aprueba esta decisión ya que un impotente de este tipo priva a la otra parte de su derecho licito al goce sexual, lo cual puede ser causa del desastre conyugal.

36) La esterilidad propiamente tal no tiene este valor, pues el estéril, puede tener su cópula carnal y por ello no quita sus derechos a la otra parte, pues la potencia coeundi que todavía posee, tiene derecho a ser ejercitada. Además, un estéril que es al mismo tiempo potente coeundi, es siempre un peligro social si se le priva de su derecho matrimonial, pues es fácil que escudado en su incapacidad fecundante o concupiendi, se incline en forma anormal a la cópula ilícita.

37) El médico está obligado a hacer ver a su paciente el peligro al que expone su hogar, por la falta de hijos. Si es un impotente coeundi, debe conocer la legislación que hace nulo su matrimonio. Si todavía así se empeña en contraer matrimonio, con el conocimiento de la otra parte, el médico no tiene obligación de revelar el secreto a las autoridades correspondientes.

38) El certificado prenupcial, como obligación legal susceptible de crear impedimento al matrimonio, es moralmente inadmisibles porque atenta contra la libertad individual y quita el derecho que por ley natural asiste a todo individuo .

39) El reconocimiento médico prematrimonial realizado de manera voluntaria, puede dar grandes beneficios en el campo de la Medicina Preventiva. Es por ello urgente, crear en los individuos la conciencia de la responsabilidad procreacional de que habla TURENE, lo cual es, simplemente, un problema de educación sexual.

40) Este reconocimiento, puede ir entrando lentamente en las costumbres hasta el punto de que la sociedad, en forma voluntaria lo conceptúe un requisito indispensable. En esta forma desaparece automáticamente el impedimento moral, pues se convierte en un hecho voluntario.

41) Por otro lado, el certificado prematrimonial obligatorio carece de sentido científico al ser impuesto en forma obligada y legal, pues es sólo una medida sintomática sin repercusión suficiente en la conciencia individual. Atacar al mal en su causa, es crear la responsabilidad moral en cada individuo. Y eso está muy lejos de hacer una medida legal impositiva.

42) El malthusianismo apenas tiene en la actualidad el valor de un antecedente histórico del birth control. Las lucubraciones primitivas de Malthus fueron simplemente una equivocación que el tiempo se encargó de demostrar como falsas. Pero los métodos preconizados por el pastor protestante nada tuvieron de ilícitos, mas sí mucho de impracticables .

43) La limitación de la natalidad, en sí misma, tiene alguna vez una buena razón que la imponga, tal es el caso de un peligro probable de muerte de la madre en el siguiente embarazo o un peligro cierto para su salud. Puede ser también indicación temporal de esta limitación un estado muy grave de penuria económica . Pero las otras causas que preconiza el neomalthusianismo son inadmisibles e insuficientes para obligar a una resolución tan delicada como ésta.

51 ) La continencia como método anticoncepcional si bien inobjetable mediante buena razón, es prácticamente irrealizable, pues reclama un renunciamiento que limita



con lo heroico aunque su eficiencia como anticoncepcional es obvia. Existe sin embargo el peligro de adulterio si una de las partes no la acepta de buen grado.

52) Las restantes prácticas neomalthusianas son de suyo inmorales, porque violan la espontaneidad del acto sexual. Son en ocasiones antiestéticas y en ocasiones francamente repugnantes. Por otro lado, en general, no dan mayor seguridad que los métodos biológicos, teniendo el inconveniente sobreañadido, de su nocividad para quienes la practican.

53) Las prácticas neomalthusianas con su falsa seguridad impelen a la perversión del acto sexual en sí, ya que realizan una inversión de los valores morales haciendo que la materia predomine sobre el espíritu, procurando buscar el placer simplemente carnal, despojando en esta forma al amor de sus otros componentes que son, con mucho, los más importantes.

54) La propaganda inconsulta que de ellos se hace con el pretexto de hacer Medicina Preventiva, es altamente inmoral y ataca directamente la natalidad, necesidad imprescindible de todos los países. Entraña además el peligro de proporcionar una falsa seguridad que incita al comercio sexual extramatrimonial.

55) Todas estas razones hacen que no le sean licito al médico de recomendar ninguna de las prácticas neomalthusianas.

56) Puesto en la necesidad de indicar una limitación temporal o definitiva de la natalidad, puede recurrir a la prescripción del método de Ogino-Knaus, cuyo fundamento científico es indiscutible, pero cuya realización práctica tropieza en muchísimas ocasiones con dificultades insalvables.

57) El médico debe conocer ampliamente el método y aplicarlo con un gran conocimiento de su fundamento para evitar aquellos fracasos que contribuirían a desprestigiar el método y hacer recurrir a prácticas de neomalthusianismo.

58) La licitud del empleo de este método está en razón directa con la gravedad de la causa que lo hace necesario.

59) La esterilización biológica temporaria de la mujer, por métodos de seroterapia o espermovacuna, está todavía en una fase experimental. Cuando los datos sean se

guros y pueda dosificarse la duración de la esterilidad causada, puede ser un método de empleo lícito mediante buenas razones, pues no se opone a la espontaneidad del acto y se emplea una reacción orgánica natural para conseguir este propósito.

60) En algún caso puede presentarse la necesidad médica de una inseminación. Ella es lícita si se procede con esperma del marido, si se obtiene semen por punción testicular o recurriendo a aquellos métodos de inseminación artificial atípica.

61) . La inseminación en mujer soltera es moralmente ilícita ya que se opone al plan general de la naturaleza que impone una unión estable y duradera como condición indispensable para la procreación, como lo enseñan los hechos biológicos y lo reclama la razón.

62) Una mujer casada no puede recibir esperma de otra persona que no sea su marido, aún consintiéndolo el mismo esposo, ya que ni él mismo tiene derecho suficiente para que se violen los derechos naturales y las normas establecidas por la ley positiva.

63) Los métodos de fecundación artificial, propiamente tal o típicos, son moralmente ilícitos a excepción de la punción testicular, pues violan la espontaneidad del acto sexual, condición indispensable de su esencia moral.

64) La inseminación debe ser hecha tomando todas las precauciones que el caso requiera para obtener los resultados que se esperan del método, procediendo en todo momento con la corrección y decencia que el acto en sí mismo reclama.

65) Los experimentos hasta aquí realizados para conseguir el rejuvenecimiento —viejo sueño humano por el que se intenta huir del derrumbe paulatino de lo orgánico— no ofrecen resultados seguros que lo hagan aplicables en la práctica corriente. Los pocos resultados obtenidos con carácter favorable, son apenas temporales y sin valor práctico estable.

66) En caso de encontrarse un medio de por sí lícito, podría ser empleado en consideración al rol del médico que le impone conservar la vida de sus clientes. Mas debe tener en cuenta que: a) con ello no ocasione un desequilibrio en la potencia sexual de los cónyuges por razones de simple justicia hacia aquella parte que no recibe tratamiento;

b) El organismo del sujeto debe estar apio para resistir el empuje que significaría el rejuvenecimiento; c) No causa un desequilibrio moral en la persona solicitante.

67) Algunos de los métodos preconizados con fines de rejuvenecimiento han sido introducidos en la práctica terapéutica para otros menesteres. Así el injerto testicular de mono, acto que es perfectamente lícito.

68) Si se precisare glándula humana, es lícito que otra persona ja ceda voluntariamente, siempre que el bien buscado sea proporcional al mal, que esa persona se impone por propia voluntad: Pueden emplearse glándulas de fetos muertos siempre que los progenitores lo permitan, y siempre que no haya otro método terapéutico al alcance del médico, o los que tenga resulten insuficientes.

69) Es deber del médico procurar con toda su ciencia detener el aborto espontáneo, salvando así una vida que la sociedad precisa. Mas, si el aborto se ha hecho ya de manera completa o incompleta, es deber del médico poner los medios a su alcance para preservar la salud de la madre y cuidando de la salud espiritual del feto si ello todavía es posible, sea en forma directa o advirtiéndolo el peligro de muerte del embrión o feto.

70) El aborto directo en mujer violada es un absurdo porque atenta contra la vida de un ser que si bien fué engendrado en forma delictuosa, es inocente del delito mismo y por ello, el que en estas condiciones el feto pague con su vida el crimen de otro, es una violencia contra los más elementales principios de justicia.

71) El aborto directo por razones de honor es también ilícito, porque la madre al violar la ley natural y la ley positiva en la realización de una cópula ilícita, aceptó tácitamente las consecuencias del acto.

72) El aborto eugenésico directo, es anticientífico, porque la herencia no es ley rígida. El temor de un hijo posiblemente tarado no tiene la fuerza moral suficiente para disculpar un homicidio.

73) El aborto directo científico como preventivo del aborto clandestino no tiene valor, como lo ha probado la experiencia rusa. Además es profundamente inmoral porque significa aceptar el derecho que tiene una mujer a hacerse abortar.

74) Esta clase de aborto, por razones económicas, tampoco es lícito. Un problema económico no se soluciona con un crimen. Es ilícito robar para comer; es por ello ilícito abortar para huir de la miseria económica.

75) El aborto terapéutico directo es un mito. Es la negación de la medicina y de su papel. Es querer cortar el nudo del problema porque no se tiene la paciencia suficiente para desatarlo o porque falta la ciencia necesaria para hacerlo. El examen de todas las posibilidades terapéuticas demuestra que en aquellos casos en los que la medicina y sus medios resultan ineficaces, el aborto también lo es y encierra aún peligros sobre-añadidos.

76) El aborto indirecto puede ser arriesgado por un médico siempre que haya razones suficientemente graves para ello. El médico puede atender a la salud de la madre aunque sepa que con ello hay peligro de muerte para el feto, en virtud del principio moral que indica que se puede buscar fines buenos por medios lícitos aunque se presenten efectos malos que no se buscan.

77) El embarazo ectópico puede y debe ser intervenido en el sentido de que es la extracción de una formación patológica que se comporta como una tumoración maligna que pone en peligro inminente la vida materna. Con ella no se hace un ataque directo al feto, ni es él, en sí mismo el causante del peligro, ni el aborto que se sigue sin que lo busquemos es el que cura, sino la extracción de un órgano —la trompa— que se ha convertido en patológico.

78) Se comprende que una vez extirpada la trompa, debe cuidarse de la salud espiritual del ser que estaba contenido en ella.

79) La operación cesárea, no es solamente lícita cuando se hace sobre feto viable, sino que es un magnífico medio que en muchos casos salva la vida de la madre y del feto.

80) Las histerectomías en útero grávido, son consideradas como abortos indirectos y por lo tanto su licitud, dependerá de la mayor o menor gravedad de la enfermedad que las ha motivado.

81) También tienen el mismo valor aquellas intervenciones extragenitales que pueden ocasionar aborto que resulte completamente independiente de la intervención

misma y del fin buscado con ella que debe ser proporcionalmente bueno al peligro de aborto que se corre.

82) Las maniobras que se hacen para normalizar un útero incarcerated son de suyo lícitas, pues tienden a salvar la vida del feto y preservar la salud de la madre por otro. Si se sigue el aborto de ellas es un aborto indirecto y por lo tanto sujeto a las mismas medidas de licitud que los casos anteriores.

83) La esterilización obligatoria, es un atentado contra la libertad y derechos individuales y no tiene justificación en ninguno de los órdenes en que ha sido impuesta en algunos países. Atenta contra la integridad corporal y es por ello ilícita, es injusta en el sentido de atentar a los derechos personales, es ineficaz en muchos aspectos y degrada la dignidad humana pues se echa por tierra los elevados destinos del individuo.

84) La esterilización voluntaria se justifica siempre que sea un medio necesario para conservar la vida o recobrar la salud.

85) Pero no es lícita como medio anticoncepcional ni como medio de prevenir futuros y problemáticos peligros.

86) De manera general el médico debe cuidar de los intereses de la especie antes que los suyos propios, los del individuo en su repercusión en la colectividad, antes que los afanes egoístas de cada sujeto en particular.

87) La labor del médico es conservar la vida con todos los medios a su alcance, no llamarla.

88) Es misión suya velar por la salud moral del cliente con igual solicitud que por la física.

89) Debe tener presente el médico, que si bien está condenado a vivir del enfermo y que la práctica profesional va a subvenir sus necesidades, no debe hacer de la consecución del dinero la meta de la profesión.

90) Dentro del campo entrañable de la medicina, no debe haber lugar para desaprensivos, criminales o negociantes. Hacer de la profesión y del enfermo que se nos confía un artículo exclusivamente cotizante en vez de un poco de barro humano al que debemos curar, es francamente asqueroso, repugnante y abyecto.

Ledo. MIGUEL A. ORTEGA H.

## "LA REACCION DE TAKATA - ARA EN LA METALUES"

### C O N C L U S I O N E S

1 •—La reacción de Takata-Ara por su sencillez de técnica y bajo costo debe de ser recomendada no sólo al laborista que cuenta con grandes medios de investigación, sino a todo médico práctico, en especial a aquellos que actúan en ciertas zonas en que materialmente es imposible la colaboración del especialista.

2? —La reacción de Takata-Ara tiene una sensibilidad similar a las reacciones de Pandy, Weichbrodts y Nonne; menor que la dosificación de glucosa y cloruros (como la diabetes, encefalitis letárgica, etc.) lo mismo que con el examen otológico.

3? La reacción de Takata-Ara y las ya mencionadas en la segunda conclusión, son de una sensibilidad mayor que las de Wassermann, Kahn y Hinton, las cuales parecen requerir de un trastorno manifiesto neurológico reflejable en el L. C. R., para que den un índice de positividad apreciable, razón por la cual no tienen un mayor valor para el diagnóstico inicial de procesos sífilíticos en el neuroeje, en los que como se comprende, en la precocidad de su determinación puede radicar el éxito terapéutico de los mismos.

4® —La reacción de Takata-Ara no se presta a una interpretación exacta, valorada en la representación simbólico-esquemática ideada por el Dr. Jorge Bulló, como la del benjuí coloidal, reacción que de por sí puede establecer un diagnóstico; no así el Takata-Ara, cuya lectura en ocasiones puede determinar confusión si no fuera acompañado del cuadro clínico correspondiente. En todo caso, junto con la R. de Pandy, Weichbrodts y Nonne, parece ser más sensible que el benjuí coloidal.

5<sup>?</sup>—La reacción de Takata-Ara, Pandey, Wéichbrodts y Nonne, son fácilmente modificadas por alteraciones del L. C. R. no dependientes de una neurólúes, como la presencia excesiva de sangre (más de dos mil hematíes por rmm.3), causados por punción o líquidos hemorrágicos, así como por la presencia normal o de exceso de albúmina no controlados por dosificación de ésta, pero sí por el aspecto macroscópico: mayor densidad, coloración xantocroma, etc.

6<sup>?</sup>—La reacción de Takata-Ara parece tener una especificidad ligeramente menor a las otras del grupo que se utiliza en el L. C. R., y menor que las clásicas de Wassermann, Kahn y Hinton. Y una sensibilidad y especificidad menor a la que se obtiene por investigación del desequilibrio serina-globulina (sólo dos casos) .

7<sup>?</sup>—La reacción de Takata-Ara en la meningitis tuberculosa es positiva, pero sin la especificidad diagnóstica que le atribuyen los autores, ya que tiene que acompañarse de la observación clínica para así aceptarlo; y sin que sea tampoco la modificación de color sobre la de floculación la que lo determine y sirva para su interpretación. (Debo aclarar que desgraciadamente sólo tuve un caso comprobado de meningitis tuberculosa, y que por lo mismo, estas afirmaciones las hago con las debidas reservas del único caso por mí observado) .

8<sup>?</sup>—La tensión del L. C. R. para el diagnóstico de la metalúes, no tiene ningún valor diagnóstico. Sólo debe de valerse de ella como un dato más para la determinación de un proceso independiente de la neurólúes, como en la hipertensión endocranea!, traumatismos con fractura del cráneo, etc.

Ledo. JUAN TAMAYO R.

## **"REACCION RURAL "BRICEÑO ROSSI" PARA EL DIAGNOSTICO SEROLOGICO DE LA SIFILIS"**

### **C O N C L U S I O N E S**

Como resumen de los capítulos anteriores, presentaré a manera de conclusión los siguientes puntos que permiten asignar el exacto valor que corresponde a la Reacción rural "Briceño Rossi" en la serología diagnóstico de la sífilis.

—La Reacción Rural "Briceño Rossi", al eliminar la punción venosa y utilizar sólo unas gotas de sangre, es de gran utilidad en la práctica diaria del suero-diagnóstico de la sífilis.

2<sup>?</sup>—Su sensibilidad y especificidad están dentro del límite aceptado por los Congresos de Serología, para las buenas reacciones.

3- —Su técnica rápida y sencilla, la coloca al alcance del medio rural y campesino.

4\*—Economía marcada de personal, tiempo, material y reactivos. Una sola persona puede realizar 70 reacciones a la vez, en unos 8 minutos. El metro de tubo capilar sólo cuesta dos sucres y produce 10 tubos en "U". El material se compone de una lámina y dos gotarios. Economía en la esterilización, dado que los tubos se utilizan una sola vez. Un centímetro cúbico de reactivo permite realizar de 80 a 90 reacciones.

5<sup>?</sup>—La eliminación de la punción venosa permite que sea de aplicación fácil en Pediatría y en enfermos pusilánimes.

6®—La obtención de la muestra por punción del pulpejo del dedo, hace que la investigación de la sífilis pase desapercibida en el ambiente familiar.

7®—En hemoterapia, para los casos de transfusión de



urgencia, presta una ayuda rápida para eliminar el empleo de donantes sifilíticos.

8@—En pacientes con venas muy profundas o esclerosadas la toma de sangre es difícil, por lo que en estos casos es de gran utilidad.

9@—La sensibilidad, especificidad, rapidez y sencillez de técnica, hacen que la Reacción Rural "Briceño Rossi", sea un preciso auxiliar del médico rural en su campaña contra la sífilis.

10—Su introducción en la suerología moderna, no modifica el clásico consejo del empleo simultáneo de otras técnicas cada vez que las circunstancias lo permitan.

Se acabó de imprimir, el día  
XXIV de Marzo de MCMXLV, en  
los Talleres Tipográficos de la  
Universidad Central, siendo  
Rector de ella el Sr. Dr. Julio  
Enrique Paredes C. y Regente  
de la Imprenta el Sr. Dn. Alberto  
Araujo Z.