

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

198

Dr. C. Jaime M.

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



VOLUMEN I

NUMERO I

ENERO 1950

NH

QUITO — ECUADOR
Imp. de la Universidad



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

(PUBLICACION TRIMESTRAL)

DIRECTOR:

Dr. MIGUEL SALVADOR S.

SUBDIRECTOR:

Dr. VIRGILIO PAREDES BORJA

Consejo de Redacción:

Dr. Carlos R. Sánchez.

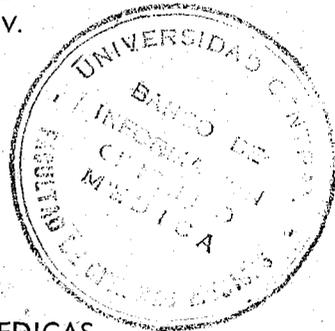
Dr. Luis A. León .

Dr. Julio Endara.

Dr. José Cruz Cueva.

Dr. César Jácome Moscoso.

Dr. Eduardo Yépez V.



DIRECCION:

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL.—(Quito - Ecuador).

**LA RESPONSABILIDAD por las ideas y doctrinas
expuestas en los trabajos publicados en esta Re-
vista, corresponde exclusivamente a sus autores.**

SUMARIO

Nuestro propósito (Editorial) 5

MEDICINA INTERNA

Dr. Miguel Salvador S. —Incidencia reumática y nuevos signos del "Estado Reumático" 9

CIRUGIA

Dr. Augusto Bonilla B. — El enclavijado intramedular en la fractura de los huesos largos 21

Dr. Carlos Bustamante Pérez. —La contractibilidad vesicular en la colecistopatías 41

ESPECIALIDADES

Dermatología.

Dr. Virgilio Paredes Borja. — Las neurodermatosis 53

Anatomía Patológica.

Dr. Eduardo Bejarano. —Evolución en el concepto de la Anatomía Patológica 67

Cancerología.

Dr. Nefthalí León G. —Contribución a la lucha contra el cáncer en nuestro medio 72

198

Ginecología.

- Dr. Eduardo Yépez V.**— El cáncer del cuello uterino.—
Incidencia.—Diagnóstico precoz 88

Historia de la Medicina.

- Dr. Gustavo Cevallos A.**—ANDRES VESALIO "Mártir de
la Anatomía" 97

Alergología.

- Dr. Plutarco Naranjo Vargas.**—Veinte primeros casos de
Polinosis en Quito 103

Teratología.

- Dr. Eduardo Luna Yépez.**—Estudio de "Un caso de Tera-
tología Humana".— (Monstruos dobles toraco-on-
falopagos) 116

- Crónica de la Facultad de Ciencias Médicas** 138

- Lísta cronológica de Grados Doctorales en Medicina y Ci-
rugía 144

- Información Bibliográfica Nacional del año 1949 145

EDITORIAL

NUESTRO PROPOSITO

DESPUES de un prolongado silencio, motivado por múltiples circunstancias de diverso orden, en cuyo análisis las responsabilidades se van diluyendo hasta cada uno de nosotros mismos, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central se ha esforzado en reanudar su publicación oficial con esta Revista, que aspira ser el albergue de toda la producción científica de sus miembros, para lo cual procuraremos que aparezca con rigurosa periodicidad trimestral.—Si bien es cierto que en todo momento se imprimieron opúsculos conteniendo inquietantes temas científicos de algunos distinguidos Profesores, la edición de la Revista viene a llenar una aspiración y una necesidad, al presentar frutos de la observación y del estudio de nuestro medio ambiental en sus complejos problemas biopatológicos como ruta segura de afianzamiento de técnicas y de formación de nuestra Escuela Médica Nacional.

LA idea solitaria nacida en la mayoría de los casos en el aislamiento doloroso de la vida consciente y bajo el austero clima de profundo estudio, necesita de otras mentes para propagarse y adquirir una realidad tangible que se haga carne y energía, y es a la Universidad a quien le toca la tarea de organizar y propagar el pensamiento; y en este sentido la función de la Universidad

contemporánea, es la de canalizar esa tendencia del espíritu humano para entregarse y plasmar las realidades a base de un ideal.

PERFECTAMENTE convencidos de esta función universitaria y de que la cultura de un país no depende exclusivamente de una élite privilegiada, sino de todos los ciudadanos capaces de hacerla, y porque no queremos caer en el desprestigio de la arrogancia petulante de ciertos intelectuales, es que las páginas de esta publicación de la Facultad las ofrecemos también a todos los colegas que, manteniendo la inquietud científica que es creadora de ideas y acicate de investigación, quisieran confiarnos sus trabajos.

ES indispensable además contrarrestar la tendencia al profesionalismo que tiende a hacer demasiada profesión y muy poca ciencia, y solamente el espíritu universitario es el llamado a encausar el pensamiento para fundamentar las bases de la técnica y de la especulación.

Y para terminar, repetiremos un bello pensamiento que el dilecto espíritu de Avelino Cañal lo tomó como bandera blanca de una de sus obras:

"El espíritu es libre
Y son muchas las rutas.
Pero solo hay un camino".

MEDICINA INTERNA

Dr. Miguel Salvador S.
Profesor Titular de Patología General

Incidencia Reumatica y nuevos signos del "Estado Reumatico"

HACE ya tres años que realicé un trabajo sobre "Cardiopatías en el Altiplano Ecuatoriano" en el que, al ocuparme de la fiebre reumática y de su carditis, reconocía, de acuerdo con la mayor parte de los investigadores extranjeros como J. T. Clarké; E. W. Bitzer y P. S. Hench, que aún cuando esta enfermedad está repartida en todo el mundo, se presenta con más severidad en las regiones templadas, revistiendo caracteres de benignidad en las regiones tropicales y subtropicales, en donde hasta disminuye su incidencia.—En aquel trabajo daba entonces porcentajes sumamente bajos de la frecuencia de esta enfermedad, tanto en el medio hospitalario, como en mi consulta privada en Quito; habida cuenta además de que pocos años antes se habló de la fiebre reumática como de una enfermedad exótica entre nosotros.—Durante muchos años vivimos alarmados de los destrozos producidos por este mal en Inglaterra, Irlanda, Islandia, en el Norte de los Estados Unidos, en el Canadá y en México y Cuba, y la creímos rara entre nosotros y aún en países como la China, pero las observaciones de Dieuaide nos enseñan que en Peking, donde comenzó a ser investigada, demostró no solamente su existencia, sino su crecido número de víctimas.

UN estudio más prolijo y detenido del problema nos ha hecho cambiar de manera de pensar, y para jus-

tificar la honradez de nuestra primitiva idea, lanzada tres años antes del presente trabajo, solo nos cabe invocar algunos argumentos importantes y decisivos que vamos a enumerarlos, porque son precisamente los que han contribuido en este país como en muchos otros del mundo a enmascarar un peligro social que por afectar sobre todo a individuos jóvenes y dejar secuelas de invalidez e incapacitados para el trabajo, así como por la gran mortalidad que produce, constituye un problema de honda trascendencia y de gran preocupación en todos los países civilizados.— Enumeraremos solamente los principales: En primer lugar la disparidad de denominaciones con que se suele designar esta enfermedad, pues mientras que para unos se llama fiebre reumática (*rheumatic fever*), para otros es la poliartritis reumática, para unos cuantos es la reumatosis y para unos pocos, pioneros del buen decir técnico, es el "Estado Reumático" el nombre correcto de esta enfermedad.

En segundo lugar debemos tener en cuenta la dificultad de tener una idea aproximada de la frecuencia de la cardiopatía reumática, por cuanto el reumatismo no está aún sujeto a declaración obligatoria y porque muchos de los casos, muertos de enfermedad cardíaca, el diagnóstico se hace simplemente de enfermedad cardiovascular, cardíaca crónica, miocarditis, endocarditis o pericarditis, sin hacer alusión alguna al tipo etiológico.

Por último la dificultad con que tropieza el diagnóstico de "Estado Reumático" cuando en vez de la poliartritis clásica, se presentan únicamente los signos atípicos y larvados de esta enfermedad o las algias muy ligeras que pasan desapercibidas hasta para el mismo enfermo.

CUANDO en 1947 tuve ocasión de escuchar los sabios consejos del doctor Teófilo Ortiz Ramírez, consultor del Instituto de Cardiología de México, sobre las sorpresas que daba la incidencia de la fiebre reumática dondequiera que se le buscara en forma paciente y sistemática y al admirar los trabajos que en aquel tiempo realizaban los doctores Costero y de Gortary de ese mis-

mo Instituto sobre la encefalopatía reumática, es que empecé a mi regreso a enfocar nuestro problema local con un criterio distinto.—El estado reumático se comprende actualmente como una enfermedad protéica, generalizada a todos los sistemas orgánicos y de asiento preferencial en los mesenquimas; enfermedad protéica como la sífilis ó la tuberculosis, que evoluciona por etapas y que se semeja a la parálisis infantil en que puede atacar a un organismo y evolucionar en forma larvada y casi asintomática, no siendo por eso reconocida siempre, sino más bien tardíamente a propósito de las secuelas más fácilmente diagnosticadas.

TODOS los médicos ecuatorianos nos hemos cansado de diagnosticar cardiopatías valvulares ya establecidas, alteraciones miocárdicas, pericárdicas o vasculares que nos han consultado a propósito de los males producidos por el desarreglo cardiovascular, ó bien como en la mayor parte de los casos, a propósito de un exámen general, practicado por motivo de una dolencia distinta y como un hallazgo ocasional, pero rara vez hemos pensado en la importancia de la etiología reumática de estos casos, o bien ésta no ha sido descubierta por falta de un interrogatorio preciso y minucioso, o por la psicología especial de nuestros enfermos que se han acostumbrado a mirar con un que me-impertismo especial los problemas de su propia salud.

En el transcurso de estos dos últimos años que he buscado la incidencia reumática en todos mis enfermos y que he tomado especial interés en descubrir las formas latentes y asintomáticas, he visto sorprendido que el porcentaje de carditis reumáticas solamente en mi clientela privada ha crecido insospechadamente, pudiendo contar 140 casos de formas agudas, subagudas, crónicas e inaparentes sobre un total de 430 casos cardiológicos examinados, lo cual nos dá un promedio de 30,7%.

LA sorpresa de estos hallazgos hizo que más o menos al mismo tiempo sugiriera al doctor Julio Olivares, que acaba de recibir su grado doctoral, que investigara

la carditis reumática en el medio hospitalario. El doctor Olivares llegó también a la conclusión, de que la carditis reumática era una enfermedad bastante frecuente en el medio hospitalario, habida en cuenta que no se recluyen sino las formas agudas y subagudas de esta enfermedad que en mi concepto son las que abarcan el menor porcentaje. El investigador encuentra 20 casos hospitalizados en seis meses.

AUNQUE estoy de acuerdo con White en que las formas clásicas con artralgias, mialgias, flojosis de las articulaciones, fiebre y cuadro agudo son propias más bien del adulto, mientras que en los niños es más rara, presentándose más bien en ellos con signos atípicos e indirectos.— Sin embargo en mi estadística particular las formas atípicas e inaparentes han sido encontradas con frecuencia también en los adultos, y así de los 140 casos de carditis reumática examinados por mí, 47 corresponden a formas atípicas y 93 a la forma clásica reumática. De los 47 solo 11 corresponden a niños menores de 12 años y los 36 a adolescentes y adultos.— Si tomamos en cuenta además que estas formas inaparentes de reumatismo son las que menos consultan al médico, nos sorprenderá evidentemente la cantidad de estos casos anotados.

ES sabido que el estreptococco hemolítico en una de sus variedades, a la que se le atribuye como agente causal de la fiebre reumática, puede alojarse en las amígdalas, dientes, senos de la cara u otro foco y obrar a distancia en forma alérgica sobre las serosas y endotelios vasculares de los distintos órganos, determinando en esta forma la infección reumática, dando en el 100% de los casos afección cardíaca reversible o no. Sabemos además que el estado reumático es la causa de invalidez y muerte de infinidad de niños, adolescentes y adultos y que está ligado a condiciones económico-sociales de alimentación insuficiente y mala vivienda, aparte de otros aspectos de carácter familiar hereditario; condiciones que junto con el frío y la humedad, que obran también como factores coadyuvantes, no fal-

tan en nuestro medio y que por lo mismo es nuestro deber investigar y preocuparnos, antes de que esta enfermedad se convierta en un problema social, como acontece en la mayoría de los países del mundo.

Y son precisamente las formas atípicas con pequeños signos que nada tienen de específicos, los que despidan el criterio médico y contribuyen al avance de la enfermedad, y estas son quizás las formas más comunes entre nosotros, entre niños, adolescentes y adultos.

DEBO señalar que en la ciudad de Quito he podido observar verdaderos brotes epidémicos, tal como lo anotan todos los investigadores de los países afectados; mis estadísticas revelan que la mayor parte de los casos se presenta entre los meses de Diciembre a Febrero y de Julio a Septiembre, coincidiendo con las mayores bajas de temperatura ambiental.

HACIENDO una revisión recordatoria de los pequeños signos del estado reumático y que se presentan todos ellos en nuestro medio, son: las epistaxis repetidas sin causa traumática aparente, cierto estado de nerviosidad e inquietud en los niños, que sin llegar a constituir un síndrome coréico, puede en ocasiones hacer pensar en ello; la anorexia, la palidez, astenia y el enflaquecimiento, ya acompañadas de pequeñas febrículas o sin ellas, los vómitos a repetición con dolor abdominal, que pueden simular ataques apendiculares, sobre todo si se tiene en cuenta la leucocitosis que es común en ambas enfermedades.—Son los signos anteriormente anotados, los que con más frecuencia encuentro en mis enfermos aunque más raramente he podido constatar algunos otros que son también perfectamente conocidos, como las taquicardias, las algias cardiotorácicas, las palpitaciones y las cefáleas, así como también las manifestaciones cutáneas.

PERO aparte de estos diferentes signos y síntomas que han sido ya descritos por muchos investigadores y que se encuentran perfectamente catalogados en la mayor parte de los textos de Clínica Cardiológica, de-

seo llamar la atención sobre dos signos encontrados por mí en un buen número de enfermos con estado reumático confirmado y que, aunque son también inespecíficos como todos los ya descritos, sirven a no dudarlos para complementar el juicio clínico, ya sea que aparezcan aisladamente o acompañando a otros, ya bien conocidos y específicos, como la artralgia y la fiebre en el curso de esta enfermedad.

EL primero de estos signos lo constituye la oftalmoangiocrinosis, que he podido constatar en 23 pacientes de los 140 a los que se refiere este trabajo. Este signo está dado por la ingurgitación de los vasos conjuntivales bulbares, sin que se produzca exudado o secreción, ni aparezca deslustramiento del epitelio conjuntival, ni otro signo que nos pueda hacer pensar en una conjuntivitis.— De estos 23 pacientes 20 eran niños menores de 12 años, 2 casos corresponden a adolescentes entre 12 y 16 años y solo uno a un enfermo de 25 años, lo cual nos revela que la oftalmoangiocrinosis del estado reumático se presenta como signo frecuente de esta enfermedad en los niños, y muy rara vez en el adolescente y en el adulto.

LA oftalmoangiocrinosis fué muy acentuada en 9 de los 23 casos y con intensidad media o apenas manifiesta en los restantes casos.—Solamente en cuatro pacientes este signo se manifestó aisladamente, sin artralgia, ni flojosis, ni epistaxis, ni cefáleas, ni otros signos conocidos de estado reumático, y solamente la leucocitosis y el aumento de la eritrosedimentación, las pequeñas febrículas y el electrocardiograma nos confirmaron el diagnóstico. En los restantes enfermos este signo se presentó acompañando a otros como la epistaxis en 8 casos.

EN 6 pacientes la oftalmoangiocrinosis se añadió a los estados de anorexia, palidez y enflaquecimiento.— En 2 formas coréicas de mediana intensidad encontré también el signo, y los 3 casos restantes se presentaron acompañando a cuadros de poliartritis reumática aguda.

DEBO hacer notar que en todos los casos en donde el signo descrito se presentó aisladamente o acompañando a otros, no específicos del estado reumático, fueron catalogados como tales por coexistir siempre con una leucocitosis, con un aumento de la eritrosedimentación y con signos electrocardiográficos evidentes de carditis reumática, ya sea en su forma aguda inicial o correspondiendo a recidivas de un antiguo estado reumático con cardiopatía establecida.—Es importante también anotar el hecho de que la oftalmoangiocrinosis acompañó siempre en todos los 23 casos de mi observación a estados amigdalianos de tipo crónico, a tal punto que la manifestación ocular fué atribuída por los mismos familiares en varios casos al malestar amigdaliano concomitante; sin embargo en 13 casos vi desaparecer la manifestación ocular con el simple tratamiento salicilado penicilínico y el reposo, sin haberse practicado la extirpación amigdaliana; en tres enfermos, a quienes tuve ocasión de seguir la evolución de la enfermedad después de la amigdalectomía, vi regresar la oftalmoangiocrinosis, coincidiendo con nuevos brotes reumáticos.

EL segundo signo que deseo consignar entre las manifestaciones del estado reumático, es la coriza crónica; —la considero menos frecuente y de menor importancia que el signo anteriormente descrito.—De entre los 140 casos a los que se refiere mi casuística, existen solamente 6 enfermos, en donde la coriza crónica se presentó en el cortejo sintomático de la enfermedad reumática.

CUATRO de estos pacientes habían sufrido ataques de poliartritis reumática a repetición y la coriza les acompañó tanto durante el ataque agudo como en los intervalos de los episodios.—Dos de estos 4 pacientes habían sido amigdalectomizados y los dos restantes padecían de amigdalitis críptica; todos ellos adolecían de cardiopatías valvulares. Solamente 2 del total de los 6 pacientes con coriza crónica presentaron este síntoma acompañando a epistaxis reumática.

ES de justicia dejar constancia, de que ninguno de los 6 pacientes con esta forma de coriza crónica reumática, fue examinado por un especialista que nos pudiera orientar sobre la coexistencia de alguna alteración orgánica, capaz de producir este síntoma.

TANTO al referirse al primero y al segundo signo que acabo de describir, no he visto ninguna preponderancia relativa al sexo; pues del total de 29 casos que comprenden los enfermos con oftalmoangiocrinosis y coriza crónica, corresponden 12 al sexo masculino y 17 al sexo femenino.

LOS hechos anotados nos revelan la frecuencia con que la enfermedad reumática afecta a los pobladores de este suelo ecuatorial, y generalizo el vocablo para referirme a la Nación Ecuatoriana por entero, porque el doctor José Manrique Izquieta, distinguidísimo cardiólogo, guayaquileño, ha corroborado esta opinión con sus prolijas investigaciones en la región del Litoral en conversaciones personales de hace muy poco tiempo. Por estas razones creo de nuestro deber, el interesar a la profesión médica y a las correspondientes autoridades de salubridad nacional, para que el asunto de la Cardiopatía Reumática y de su incidencia en nuestro medio sean debidamente estudiadas.

RESUMEN

SE analiza la incidencia del Estado Reumático en este medio y el hallazgo de nuevos signos de la enfermedad.

1). De 430 casos cardiológicos examinados en tres años, existen 140 de cardiopatías con etiología reumática. (30,7%).

2). Existe un elevado porcentaje de formas atípicas ó ya aisladamente.

3). Se ha encontrado en un 16,4% de casos, en que aparece la oftalmoangiocrinosis como signo reumá-

tico, ya acompañando a otras manifestaciones reumáticas o ya aisladamente.

4). La coriza crónica como signo del estado reumático se ha presentado en 6 casos de los 140 examinados; esto es un 4,3%.

5). Es indispensable suponer que este tipo de reumatismo es más frecuente de lo que antes se creía en nuestro medio y que es menester pensar en ello para facilitar su diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

A. de Gortari, R. Pellón e I. Costero: Encefalopatía del reumatismo. 1.—Frecuencia insospechada de los accidentes cerebrales en el curso de la fiebre reumática y su papel como factores determinantes de la muerte en 107 casos con estudio correspondiente de necropsia. Arch. del Inst. de Cardiología de México, Tomo XVII, Año 17, Nº 2 Abril 1947.—Página 193.

T. G. Perrín: Observaciones histopatológicas en las mediastinitis reumáticas.

Arch. del Ins. de Cardiología de México, Tomo XVIII, Año 18, Nº 1. Febrero 1948.—Página 52.

J. Robles Gil: Frecuencia y cuadro clínico de la fiebre reumática en la ciudad de México.

Arch. del Inst. de Cardiología de México, Tomo XVII, Año 17, Nº 5. Octubre 1947.—Página 677.

Carlos Charlin: Tratado de Clínica oftalmológica. —1924.

F. Joly: Rhumatisme cardiaque évolutif.—1948.

Encyclopedie Médico-Chirurgicale.

Stroud, William: Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Cardiovasculares. Tomo I.—1943.

White, Paul Dudley: Enfermedades del Corazón.—1943.

Levine, Samuel: Cardiopatología Clínica.—1946.

Clarke, J. T.: J. Trop. Med. 33,294. Septiembre.—1930.

Dieuaide F. R.: Trans. Am. A. Physicians 52,379.—1937.

Bitzer, E. W.: South M. J. 27,503. Junio.—1934.

Hench, P. S.: Ann. Int. Med. 9,883. Enero.—1933.

Ann. Int. Med. 10,754. Enero.—1936.

Ann. Int. Med. 11,1089. Enero.—1938.

CIRUGIA

Dr. Augusto Bonilla B.

Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica
de la Universidad Central.—Jefe de los
Servicios de Cirugía del Hospital Militar
de Quito.

El Enclavijado Intramedular en la Fractura de los huesos largos

En mayo de 1946 el Profesor Piñeiro Sorondo del Instituto de Cirugía Güemes de Buenos Aires, de acuerdo a su costumbre de enviar a sus Agregados a las Sesiones Quirúrgicas de los otros Hospitales, me designó para que asistiera al Hospital Duránt, a observar los resultados obtenidos por el Jefe del Servicio de Ortopedia de ese hospital, el Profesor José Vals, en la aplicación del clavo intramedular para el tratamiento de las fracturas de los huesos largos. Es así como, siguiendo la técnica preconizada por Küntscher y transmitida por este Maestro alemán directamente al doctor Vals, se comenzaron a efectuar los primeros enclavijados en el Instituto de Cirugía "Güemes". Sólo posteriormente, llegaba a la biblioteca del Instituto, la Monografía de Charles Rocher, Director del Instituto de Kinesioterapia del Hospital de Burdeos, "L' englovaie medullaire des os long", con una descripción completa de la técnica del enclavijado con la protésis de Küntscher, la primera que nosotros conocimos en el Sur, a pesar de que siempre estábamos informados de los nuevos trabajos que hacían los americanos del norte, por la bibliografía que nos llegaba, o por los trabajos publicados en las Revistas de ese país, (Journal Bone and Joint Surgery, Surg-

ical Clinics of North Americ, etc.) Esto despertó en nosotros el interés de efectuar, en nuestro medio, éste antiguo y al mismo tiempo novísimo tratamiento de la fractura de los huesos.

En este trabajo resumimos la experiencia de nuestro servicio en éste sentido.

La Contensión intramedular de las fracturas, consiste en la introducción de una prótesis metálica, a través del canal medular de los huesos largos, de tal manera que pasando por el foco de fractura, ocupe la mayor longitud posible de los dos fragmentos del hueso fracturado haciendo una buena "TOMA" de los segmentos distal y proximal de la fractura.

Este enclavijado en si mismo es bastante antiguo en su uso: En 1907 Lambotte basándose en los trabajos de Bolhman, Guardard de Ginebra, Codivilla de Italia y Joffmann de Alemania practicó la vía axial para la osteosíntesis de la clavícula y sobre estos resultados presentó en 1910, una comunicación a la Sociedad Belga de Cirugía, y junto con Lane, otra, al Congreso de Cirugía Francesa de 1911.

Las experiencias de la guerra de 1914 hacen que Hey Groves úse en un gran número de casos la osteosíntesis subcutánea por vías transarticular en las fracturas transversales de las falanges, de los metacarpianos, etc.

Joly y Dani, belgas, en 1935 y 1937 publican sus experiencias, sobre el uso del alambre de Kischner en varias localizaciones: clavículas, metacarpianos, falanges y un caso en huesos del antebrazo. Hasta este momento, se conservaba el concepto de lo que Rocher llama "LA SACRO SANTIDAD" de la médula ósea, ya que su empleo se reducía a los pequeños huesos.

El 8 de julio de 1942 Mondor y Nardi, presentan a la Academia de Cirugía Francesa, el caso de un soldado que sufrió una fractura de tibia, y que fué tratado en Alemania con lo que, la tarjeta que traía explicaba: "clavo de Kuntscher", relatando la dificultad que tuvieron para retirar el clavo cuatro meses después de la operación efectuada por uno de los Cirujanos alemanes. Por la misma época Sarroste presenta a la Sociedad de Cirugía de Lyon el 10 de diciembre de 1942 el segundo

caso de fractura de tibia tratado en Alemania por enclavijado intramedular, desde luego, tan sólo el segundo que llegaba a conocimiento de los Cirujanos franceses.

Boppe el 17 de noviembre de 1943 presenta a la Academia de Cirugía de París diez clavos extraídos a otros tantos enfermos operados en Alemania, sacando conclusiones muy favorables para el nuevo método.

Es indudable que la guerra impidió la generalización más rápida de la aplicación del clavo de "Küntschner". Ya que, solo la ocupación de Francia, y luego la terminación de la guerra, hizo que se conozca el trabajo presentado por el Cirujano Alemán Gerhardt Küntschner ante el Congreso alemán de Cirugía de Berlín, en marzo de 1940, sobre el—"uso de una nueva prótesis metálica, construída en acero inoxidable, consistente en un clavo bilaminado, de longitud, grosor, y forma variables, según el hueso en que se desea utilizar, para uso intramedular en el tratamiento de las fracturas. Su longitud debe ser tal, que ocupe casi por entero la longitud del hueso fracturado. Su grosor que ocupe todo el espesor mínimo del canal medular. La forma es recta, con incurvaciones en ambos o en uno de sus extremos, para facilitar su introducción, de acuerdo al hueso que se opere".

Esta fué la comunicación que recibió el Profesor Vals directamente de su amigo Küntschner recientemente en 1945, con la cual se operan los primeros casos en el Hospital "Duránt" en Buenos Aires.

Los principios expuestos por Küntschner en su comunicación, fueron los siguientes:

a) "Se trata de una fijación longitudinal en la que el material de acero inoxidable, ocupa toda la longitud del espacio medular.

b) "El material es potente y el tallo tiene una sección tan grande, como lo permite el canal medular.

c) "El material es introducido por vía extra articular, lejos del foco, y éste, mientras sea posible, no debe ser abierto.

d) "La reducción, se realiza por maniobras externas antes de la intervención.

e) "El material es introducido totalmente y la extremidad de la prótesis que sobrepasa al hueso, está recubierta por las partes blandas y por la piel.

f) "El material es extraído después de la consolidación ósea.

La comunicación de Küntscher fué mal recibida al comienzo y su método llamado antifisiológico. A pesar de ésto, por los magníficos resultados prácticos obtenidos, la técnica de Küntscher se volyó "standart" en el ejército Alemán durante la segunda guerra mundial. Los Cirujanos Ingleses, Franceses, Belgas y Americanos comenzaron a observar gran cantidad de fracturas enclavijadas en los prisioneros de guerra. Se trataba en general de heridos que habían sido operados en Alemania y pedían que el Cirujano les retirara la prótesis.

R. Soeur opera el primer caso en Bélgica el 1º de julio de 1943. En Francia se inicia ámpliamente el procedimiento, después de la publicación de la Monografía de Rocher, que ya hemos mencionado, de Yannene y Bagendie de Burdeos, de Leveuf y Godard en París. En los países Escandinavos Westerworn hace sus primeras experiencias en 1944. En 1945 Küntscher en asocio de Richard Matz publica su libro "Technik der Marknagelung".

En 1946 como decíamos al principio de nuestro trabajo, el procedimiento comienza ha ser popular en Argentina, reconociendo, como también ya lo dijimos que fué José Vals, del Hospital "Duránt" quien primero lo empleó, presentando su hermano Jorge cuatro casos en la sesión de la Sociedad Argentina de Cirugía Ortopédica del 28 de mayo de 1946. Nosotros pudimos apreciar los resultados en la serie de casos tratados por Piñeiro Sorondo y Rodolfo Ferré en la división de Ortopédica del Instituto de Cirugía Güemes y de los casos tratados por Castillo Odena en el Hospital Rawson. Este último, en la reunión de la Sociedad Argentina de Cirugía, presentó sus doce casos primeros tratados por él hasta la fecha. Anotó las siguientes observaciones:

1.—Su más importante indicación está en las fracturas mal consolidadas y en las pseudoartrosis.

2.—La operación sin abrir el foco de fractura solo fué realizable en muy pocos casos de fémur.

3.—En húmero y antebrazo fué prácticamente imposible la intervención a cielo cerrado.

4.—En todos los casos hubo consolidación muy precóz.

5.—No se presentó infección a pesar de no haber suministrado ningún antibiótico.

En Estados Unidos se comienza a experimentar en 1947, y prácticamente el primer libro que se publica al respecto es la traducción de la obra de Lorenz Bohler Director del Hospital para Accidentados de Viena, "Medullary Neryling Küntscher", traducido al Inglés de la undécima Edición germana por Hans Treter del New Jersey Manufactures Hospital, y que sólo salió del Editorial Williams and Wilkins en el mes de diciembre de 1948.

En Colombia el primer caso tratado con clavo biaminado como lo dice Quintero Esguerra, en su trabajo de ingreso a la Sociedad Médica Quirúrgica "Lombana Barreneche" fué colocado en Medellín el 10 de mayo de 1947 por los Drs. Pablo Londoño y Fabio Lema. En Bogotá, es nuestro Residente en las Guardias del Instituto de Cirugía "Güemes de Haedo" Jaime Quintero Esguerra en asocio del Dr. Agustín Arango quien efectúa el primer enclavijado el 31 de octubre de 1947.

En nuestro país lo usamos en el mes de agosto de 1947, en una fractura oblícua de tercio superior de tibia, y creemos que, es nuestro servicio del Hospital Militar de Quito, en donde usamos por primera vez este procedimiento. He conversado con los Cirujanos Guayaquileños doctores Eduardo Alcívar E. y Orlando Vera, que se dedican a la especialidad, y me han manifestado que hasta agosto de este año, no se había publicado caso de enclavijado intramedular.

El enclavijado intramedular es un tipo de osteosíntesis, que respeta y cumple los tres principios básicos del tratamiento de todas las fracturas.

a) Reducción, que tiene que ser casi siempre anatómica, única forma en la que la prótesis puede ser

introducida a todo lo largo del canal medular. Es pues uno de los pocos procedimientos o tipos de reducción en la que el Cirujano quedará ámpliamente satisfecho, ya que, la reducción será perfecta.

b) **Contención**, que es completa, aún sin necesidad de yeso, pues el tallo metálico realiza una inmovilización perfecta de los fragmentos. En los casos en que la rotación de los fragmentos no puede evitarse por tratarse de una fractura oblicua, o que la resistencia del clavo no sea suficiente, como nos sucedió en los primeros casos que operamos, se hace necesario una inmovilización complementaria con valvas posteriores de yeso.

c) **Movilización** precoz, capítulo importante, y que todos los traumatólogos sabemos que se le debe dar gran atención, para evitar las rigideces articulares que traen consigo una incapacidad funcional o menos larga del miembro afectado.

d) Aún más, la presencia de un cuerpo extraño intramedular evita la formación del callo endóstico, lo que hace que sea uno de los tratamientos de elección en los retardos de consolidación y en la pseudoartrosis.

Las ventajas del procedimiento de Küntscher son grandes y mayores sobre los otros métodos conocidos: las operaciones, con una técnica bien regulada, y en medio especializado, son relativamente fáciles, sin que con ello, querramos significar que todas las fracturas deben tratarse por este procedimiento; pero si podemos decir, que la mayor parte de ellas, que requieren la vía cruenta, y cuyo foco de fractura no está muy cercano a las articulaciones (tabla de Böhler) vienen a constituir indicaciones del enclavijado de Küntscher aún en los casos de existencia de fragmento intermedio.

En el caso de fracturas recientes especialmente de trazo transversal, en que fracasa el tratamiento ortopédico incruento, por la facilidad con que se desplazan los fragmentos, en el de fracturas viciosamente y mal consolidadas, en las intervenciones para acortamientos (Volkman) y alargamientos óseos, y finalmente en la

pseudoartrosis, es en donde la indicación del método es de elección, ya que se obtienen mejores resultados que con los injertos óseos, siendo la intervención mucho más sencilla. Desde luego en algunas ocasiones, como en varios de los casos nuestros, se puede colocar a más del clavo, un injerto óseo, para aprovechar su poder osteogénico.

Desde el punto de vista de la Cirugía de guerra, el método que describimos da una comodidad enorme para el transporte de los heridos desde los Hospitales de Campo, a los Hospitales de retaguardia; y, aún más, disminuye el tiempo de convalecencia, quedando como consecuencia un ahorro en lo que se refiere a gastos de hospitalización, y principalmente en el hecho de que el soldado puede ser restituído a las líneas de combate en un tiempo mucho menor.

La técnica del enclavijamiento varía según que se abra el foco de fractura, o que la introducción del clavo se haga por un sitio distante de este foco, generalmente una de las epífisis del hueso, como fué la idea inicial de Küntscher. Nosotros sólo estamos de acuerdo con Castillo Odena en lo que se refiere a la dificultad de efectuar el enclavijado a cielo cerrado, en los huesos del antebrazo. En fémur, y aún mas en húmero el método nos parece bastante sencillo con el control fluoroscópico de dos tubos radiográficos colocados en diferentes planos. En tibia, exceptuando un accidente operatorio que nos ocurrió en el primer caso que operamos, seguramente por falta de técnica y experiencia, (salida del clavo a través de las partes blandas, después de perforar la cortical en un sitio alejado del foco de fractura) el método sin abrir el foco nos parece fácil, siempre que exista control fluoroscópico.

Resumiendo creo que el enclavijado debe hacerse:

a) **En fémur.**— En fracturas recientes, de trazo transversal u oblicuo, cerradas, fracturas espirales con un gran fragmento en mariposa; fracturas antiguas del fémur, con retardo de consolidación debido seguramen-

te a interposición de partes blandas, aún en casos en que se observa pequeña imagen de callo en uno de los lados (caso 4); fracturas patológicas. Siempre, en todos estos casos, que la línea de fractura esté a más de siete centímetros del vértice del trocanter o de la articulación de la rodilla.

b) **Tibia.**— Fracturas transversas cerradas, y fracturas oblicuas, y espirales de difícil contención (casos 2 y 7) y antiguas fracturas con tendencias a la pseudoartrosis.

Siempre, que el foco esté a más de diez centímetros de las epífisis distales o proximales.

c) **En húmero.**— Fracturas transversales de muy difícil contención con el simple mitón alto de yeso, y muy incómoda para el enfermo con el yeso braquiótico que es el que dá una inmovilización adecuada de los segmentos fractuarios; y así mismo la pseudoartrosis de este hueso: Siempre que el foco esté a más de cinco centímetros de la articulación proximal, y más de nueve centímetros de la articulación distal.

d) **En Radio.**— Fracturas transversales, de difícil contención y pseudoartrosis, y que se acompañan generalmente de fracturas del cúbito, con gran desplazamiento, siempre que, en cúbito la línea de fractura esté a más de tres centímetros de la articulación proximal, y seis centímetros de la distal; y en radio a más de cinco centímetros de la proximal, y de cuatro centímetros de la distal.

El enclavijamiento a cielo abierto, lo indicamos sólo en casos de retardos de consolidación en fémur y húmero, y siempre, aún en fracturas recientes, en cúbito y radio, variando según el hueso que se opere. En húmero cúbito y fémur puede hacerse en forma retrógrada, es decir introduciendo la prótesis en el foco de fractura por la extremidad distal, del fragmento proximal, ya que en estos huesos la prolongación del eje de la cavidad medular, es extrarticular y de fácil acceso: En el húmero el límite entre el troquíter y el cuello anatóni-

co; en el cúbito la cara superior del olecranon; y en el fémur la fosita digital del cuello.

En la tibia y el radio, el enclavamiento a cielo abierto hay que hacerlo directo, vale decir, introduciendo el clavo lejos del foco de fractura, ya que de hacerlo retrógrado el clavo caería en la articulación: en la tibia sobre la extremidad proximal de la cara anterointerna inmediatamente abajo de la tuberosidad anterior; y en el radio sobre la cara dorsal de su extremidad distal entre los extensores del pulgar y del índice.

Son estos puntos, fosita digital del cuello, tuberosidad anterior de la tibia, límite del troquiter, olecranon y extremidad distal de la cara dorsal de radio, por donde se introduce el clavo en los casos en que se sigue la técnica inicial de Küntscher sin abrir el foco de fractura, con control fluoroscópico.

TECNICA OPERATORIA

Preparación de la enfermería:

Establecida en la indicación, después de que se han hecho todos los tratamientos de urgencia para inmovilizar temporalmente la fractura, se efectúa una curación antiséptica de todo el miembro afectado incluyendo las dos articulaciones vecinas en su totalidad.

Equipo:

Se opera siempre a más del Cirujano con dos ayudantes asépticos, y un ayudante séptico encargado del manejo de los dos aparatos de los Rayos X.

Instrumental:

Es necesario poseer, y tener estériles un juego completo de clavos de Küntscher de diferentes tamaños, con el objeto de poder escoger el momento de la operación el mejor de acuerdo al diámetro del conducto medular. Nosotros no podemos tener esta comodidad por lo cual aconsejamos hacer previamente el cálculo de la

longitud y diámetro del conducto medular, para lo cual acostumbramos, tomar previamente una Radiografía de todo el hueso fracturado, colocando cerca a él el clavo que se calcula va a ser usado. En esta forma no hay necesidad de hacer el cálculo de deformación (**aumento**) de imagen Radiográfica.

El mayor mérito, con seguridad, en la aplicación del clavo de Küntscher en nuestro servicio lo tiene el Departamento de Mecánica de la Fuerza Aérea Ecuatoriana. Efectivamente fueron ellos quienes tan sólo con una fotografía publicada en uno de los números del Journal Bone and Joint Surgery nos confeccionaron un grupo de clavos para diferentes huesos, que si bien al comienzo fueron algo débiles (véase nuestros primeros casos en los cuales el clavo se dobló al nivel del foco de fractura) en la segunda ocasión, eran de un acabado y resistencia perfectos, que no desmerecían en nada de las muestras confeccionadas en Estados Unidos, que nos llegaron últimamente.

Antes de su uso, con el objeto de probar la resistencia del material usado en la confección de los clavos efectuamos tres pruebas:

- a) Enterramiento en tierra húmeda durante tres meses: El clavo no se oxidó.
- b) Inmersión del clavo en sangre conservada, el clavo no se descompuso.
- c) Aprovechando un caso de amputación de miembro inferior introducimos un clavo en la tibia, con el objeto de observar las alteraciones de este clavo, así como también el segmento óseo medular.

Como se vé, gracias a la cooperación de las dos entidades del Ejército: Hospital Militar y Aviación, fué que se hizo posible el que iniciáramos el uso del clavo en el país.

A más del clavo, personalmente usamos un equipo común de pinzas hemostáticas, bisturíes, tijera, hilo y agujas, dos separadores pequeños, dos ganchos fuertes, martillo y dos escoplos pequeños.

Cuando la vía es abierta, el número de pinzas hemostáticas será mayor, y se añadirá unos dos Davier de

Lambotte una gubia, dos separadores de Languenbeck, dos legras o ruginas, y dos curetas.

Además dos pantallas fluoroscópicas colocadas en los dos planos del miembro (frente y perfil).

Todos los autores, usan una serie de dispositivos para la impactación y conducción del clavo. No los hemos usado, porque no los poseemos y en los casos que hemos tratado no nos han sido de imprescindible necesidad, no así los ganchos, que son útiles para sacar el clavo cuando así se lo necesita por alguna circunstancia.

OPERATORIA.

a) Fémur.

1) — Método cerrado: Miembro afectado en aducción, cruzando sobre el miembro sano. Incisión de unos dos o tres centímetros, vertical, del vértice del trocánter mayor hacia arriba. Incisión de aponeurosis, y con el dedo localizar la fosita digital. Con escoplo abrir la cortical ósea en este sitio, en un espacio de un centímetro cuadrado. Por esta brecha introducir el clavo unos tres centímetros. En este momento el Cirujano dá el martillo al primer ayudante para que él con golpes secos haga penetrar más el clavo. El Cirujano en cambio pasa a colocar los segmentos fracturarios en buena posición, con el control de los dos aparatos fluoroscópicos, obtenido lo cual ordena al ayudante que introduzca el clavo en su totalidad, siempre como hemos dicho, en este hueso como en todos los demás, con el control fluoroscópico mientras progresa el clavo.

2) — Método abierto: El enfermo en mesa ortopédica, con el miembro fijo en ligera abducción. Seguimos nosotros la vía anterior de Ollier, que aborda el hueso entrando entre recto anterior y vasto externo, seccionando o mejor divulsionando las fibras del subcrural. Se limpia el foco de fracturas de todas las formaciones fibrosas existentes, se sacan los segmentos musculares

que pueden estar interpuestos, y haciendo aflojar la tracción se toman los fragmentos con Daviers Lambotte, introduciéndose el clavo dentro de la médula en el fragmento proximal, haciéndolo progresar hasta que perfora la cortical en la fosita digital, y salga hacia las partes blandas haciendo prominencia en la piel. En este sitio se incide la piel con bisturí, y se lo saca al exterior, hasta que la punta del clavo se encuentre al mismo nivel del foco de fractura. Se colocan los fragmentos en eje, y se pasa a golpear por el extremo del clavo que salió a través de la piel, hasta que la base del mismo quede a uno o dos centímetros de la cortical de la fosita digital.

b) **Húmero.**— Enfermo en decubito dorsal con el brazo afectado en abducción, cubierto por campos estériles y mantenido en esa forma por el segundo ayudante.

1) —Método cerrado: Se efectúa una incisión en región deltoidea inmediatamente por delante del trocín, cuidando de no tocar el tendón de la porción larga del biceps. Localizada esta eminencia ósea se hace con el escoplo una pequeña perforación de la cortical, y por allí se introduce el clavo que lo hace avanzar en el canal medular el primer ayudante, mientras el Cirujano operador con el control Radioscópico en los dos planos coloca los segmentos fracturarios en buena posición.

2) —Método abierto: Casi no hay necesidad de usarlo, en todo caso se sigue cualquiera de las vías de acceso de HENRY, LANGENBECK u, OLLIER. El cuidado que hay que tener se refiere a la integridad del paquete de la humeral en el canal de torsión, y del radial. Se entra por el intersticio entre el biceps y el braquial anterior.

c) **Tibia.**— Enfermo en mesa ortopédica preferiblemente con tracción esquelética transcalcánea.

En este hueso por razones de comodidad, y por la fijación de los extremos de la tibia, en rodilla hacia proxi-

mal, y con tobillo hacia distal, casi se usa exclusivamente, el **método cerrado**. Se efectúa una insición vertical de unos dos centímetros sobre cara anterointerna de tibia hacia lateral de la tuberosidad anterior. Con escoplo se labra un orificio en la cortical, y por allí se introduce el clavo que conviene que sea el Cirujano, quien lo haga progresar por el canal medular, ya que es frecuente, y así lo dice BOHLER, y a nosotros nos pasó en el primer caso que enclavijamos, es frecuente digo que el clavo perfore la cortical y salga a las partes blandas con peligro de lesionar músculos y filetes vasculo nerviosos.

Con control Radioscópico se colocan los fragmentos en buena posición, una vez obtenido lo cual se hace progresar el clavo hasta el otro segmento fracturario.

d) **Radio.**— Miembro afectado sobre el tórax del enfermo.

1) — Método cerrado: Insición de unos dos centímetros en cara lateral de muñeca entre el extensor largo propio del pulgar y aductor del mismo dedo para caer en la extremidad distal de la cara dorsal del radio, por donde se introduce el clavo siguiendo las mismas directivas que en los otros huesos, con control RADIOSCOPICO.

2) — Método abierto: Insición en cara externa de antebrazo para entrar a la diafisis radial entre el extensor propio del índice y el primer radial externo.

Se introduce el clavo por el segmento distal hasta exteriorizarlo por el extremo distal de la cara dorsal del hueso, haciendo una pequeña insición de piel. Se reduce la fractura y se hace regresar el clavo hasta que ocupe un buen segmento de canal medular de el fragmento proximal.

e) **Cubito.**

1) — Método cerrado: Insición de dos centímetros en vértice del olécranon.

Se perfora la cortical y se introduce el clavo con la técnica que ya hemos mencionado, con control RADIOSCOPICO.

2) —Método abierto: Insición longitudinal en cara interna del olecranon previa una pequeña insición de la piel. Se reducen los fragmentos y por el extremo olecraniano nuevamente se hace regresar el clavo hasta su totalidad.

POST OPERATORIO

En todos los casos usamos antibióticos: penicilina aunque no exista alza térmica.

En fémur confeccionamos por seguridad una calza de yeso de apoyo isquiático.

En húmero, antebrazo y tibia una valva posterior.

En todo caso comenzamos la movilización de las articulaciones vecinas, a los quince días del enclavijado, lo cual hace que el método sea muy ventajoso, al evitar las rigideces por inmovilizaciones prolongadas, como ya dijimos en otra parte de este trabajo.

El clavo lo extraemos con anestesia local, a los **tres o cuatro** meses del enclavijado con una pequeña insición de piel, lo cual nos ha sido muy fácil efectuarlo a pesar de que BOHLER manifiesta que ha tenido muchas dificultades en algunos de sus casos. Nosotros aún no nos encontramos con estos casos difíciles a que hace mención el Cirujano alemán.

Cuando los tengamos en mayor número, seguramente tendremos alguno que nos dé estas dificultades, que aún han hecho que se abran canales en la diafisis ósea para por allí, seccionando el clavo efectuar la extracción.

Caso número uno.

R. vda. de N. 52 años.—Pelileo.

Accidente inicial el 5 de Agosto de 1949.

Ingresa al servicio al otro día del accidente: impotencia funcional total del miembro inferior izquierdo, con deformación

y traqueteo óseo en tercio inferior de pierna y tercio inferior de muslo. En antebrazo derecho, deformación y traqueteo en tercio medio, con dolor exquisito al menor movimiento.

Radiográficamente: fractura conminuta sin desplazamiento de los fragmentos en tercio inferior de pierna. Fractura supracondílea, ligeramente oblicua de fémur izquierdo.—Fractura doble de antebrazo, de tercio medio de radio, transversal; y conminuta de tercio medio de cúbito.

Agosto 6 del /49.—Con anestesia general de etileno se confecciona bota corta de yeso, para inmovilizar la fractura de tibia, y se hace tracción ósea supracodilla con clavo STEYMAN. Se pretende hacer la reducción incruenta de las fracturas del antebrazo sin obtener un resultado satisfactorio. En la cama se coloca el miembro en férula de Braun y tracción de **doce** libras.

Octubre 13 del /49.—Previo control RADIOLOGICO se saca el yeso y se retira la tracción del miembro izquierdo.

Octubre 14 del /49.—Operación Enclavijado Küntscher en radio por método a cielo abierto, obteniéndose una buena reducción. Se encontró que a pesar del tiempo transcurrido no existía absolutamente formación de callo. Anestesia éter-etileno. Valva posterior de yeso.

Noviembre 10 del /49.—Se saca la valva de yeso y se comienza movilización.

Noviembre 15 del /49.—La recuperación funcional es completa.

Caso número dos.

W G.—17 años.

Accidente inicial el 5 de abril de 1949.

Ingresa el 6 de abril con dolor, impotencia funcional y deformación de pierna derecha.

Radiográficamente: fractura espiroidea de tibia en la unión de los dos tercios superiores y el inferior; y fractura de tercio superior de peroné.

Abril 11 del /49.—Previo radiografía, con el clavo en la placa para poder calcular su longitud, y previa anestesia con Penthotal sódico (1 gramo) se efectúa la operación de enclavijado, con método cerrado, en mesa Albee, entrando como hemos

dicho por la tuberosidad anterior de la tibia. Mientras penetraba el clavo perforó la cortical posterior, saliendo el clavo por la cara posterior de la pierna, debido a que el Ayudante, que controlaba FLUOROSCOPICAMENTE sólo lo hacía en el un plano frontal; accidente operatorio éste, que posteriormente ya lo evitamos, haciendo el control FLUOROSCOPICO en los dos planos; y efectuando personalmente el control de la progresión del clavo, mientras el Ayudante lo hace progresar con golpes de martillo.

Valva posterior de yeso.—Penicilina.—Abril 18 del /49.—Alta.

Mayo 5 del /49.—Se retira el yeso y comienza a caminar con apoyo Agosto 15 del /49.—El enfermo se reintegra a todas sus actividades. Agosto 19.—Con anestesia local se saca el clavo, y el enfermo inmediatamente continúa en sus actividades normales.

Caso número tres.

M. B.— 14 años.—Quito.

Accidente inicial hace seis meses.

Ingresa el 2 de setiembre /49, manifestando que hacen seis meses sufrió una caída, siendo llevada a uno de los Hospitales de esta ciudad, en donde previa anestesia general se confeccionó un yeso pelvipedio; posteriormente, en el mismo hospital se le efectúa una osteosíntesis con placa la cual fue extraída allí mismo después de poco tiempo.

Al ingreso al servicio hay un acortamiento de doce centímetros, y gran deformación del muslo derecho, con movilización anormal al nivel del tercio medio, lo que da una impotencia total para la marcha.

RADIOGRAFICAMENTE: pseudoartrósis de tercio medio de fémur con desplazamiento y angulación acentuada de los fragmentos.

Setiembre 15 del /49.—Operación: enclavijado intramedular e injerto óseo de tibia. Anestesia general éter-etileno.

Por vía anterior de Ollier se llega al foco de fractura, encontrándose los extremos óseos fracturarios cubiertos de tejidos conjuntivos fibrosos. Se limpia este tejido y se introduce el clavo de Küntscher en la forma que hemos mencionado anteriormente. Labremos un lecho en la cara anterior del hueso, y allí incrusta-

mos a presión el injerto de tibia obtenido por un segundo equipo quirúrgico que opera al mismo tiempo. Para mayor seguridad a este injerto lo fijamos con dos asas circulares de alambre. Cierre por planos. Yeso pelvipedio.

Octubre 3 del /49.—RADIOGRAFIA de control. Se le dá de Alta. Noviembre 27 del /49.—El clavo de Küntscher se ha angulado y, el injerto se ha fracturado en el extremo superior, y aún dando signos de reabsorción del mismo. Desde luego hay imagen de buen callo, y no hay desplazamiento de los fragmentos. Noviembre 29 del /49.—Se saca el yeso y comienza la deambulación. Gimnasia, Masoterapia y Fisioterapia.

Diciembre 6 del /49.—La enferma está caminando, perfectamente bien.

Caso número cuatro.

N. R.—17 años.

Accidente inicial 5 de agosto del /49.

El 6 de agosto ingresa a la Clínica del Seguro con impotencia funcional completa del fémur, y el Jefe de servicio de esta casa de salud, con muy buen criterio efectúa inmovilización en férula de Thómas.

RADIOGRAFICAMENTE: fractura múltiple del tercio superior del fémur con gran segmento intermedio. Extensa fisura del tercio inferior de peroné; y fractura lineal del condilo externo de la tibia. El 8 de agosto se efectúa una bota de yeso hasta rodilla inclusive, iniciándose tracción continua con alambre incorporados al yeso (16 libras). El 22 de agosto se aumente en 16 libras la tracción.

Octubre 15.—Se quita la tracción y el yeso, y la radiografía de control del callo entre el borde interno del segmento fracturario intermedio y libre, y el borde interno del segmento distal, no sucede lo mismo entre este segmento intermediario y el fragmento proximal, que por ser una fractura oblicua tiene una superficie muy amplia de fractura; al decir que no sucede lo mismo manifestamos que no hay signos radiológicos de callo a ese nivel, y clínicamente tampoco había consolidación fracturaria. Nosotros tomamos a este enfermo a partir de esta fecha, por haberse ausentado el distinguido especialista Jefe del Servicio. Fué de nuestra opinión el que se hacía necesario cual-

quier tipo de intervención quirúrgica con el objeto de sacar las partes blandas que seguramente estarían interpuestas entre los segmentos fracturarios. Escogimos el enclavijado de Küntscher, porque a pesar de que él está contraindicado cuando hay fragmento intermedio de trazo oblicuo, en la obra de Bohler, observamos dos casos muy parecidos (fig. 649. pág. 198 y fig. 657 y pág. 202). Fue operado el 16 de octubre, y el resultado obtenido indudablemente no es de los mejores que se pueden esperar, en todo caso los segmentos fracturarios están en eje; los músculos que los encontramos interponiéndose entre las superficies de fractura, los retiramos el momento de la intervención, dejando las superficies óseas en contacto directo. Yeso pelvipedio. Aún no sacamos el yeso, por lo cual no sabemos el estado de consolidación de la fractura. Lo presentamos, porque lo consideramos un caso interesante en el sentido que el resultado operatorio no tuvo la perfección que debía esperarse.

Caso número cinco.

T. E. C.—20 años.—Ambato.

Ingresa el 30 de octubre de 1949, por accidente inicial sufrido hace ocho días; es atendida en Riobamba, e ingresa a nuestro servicio con férula de Thomas: deformación acentuada de tercio medio de muslo, gran hematoma traumático de la zona, y una pequeña herida en cara anterior del muslo.

RADIOGRAFICAMENTE: fractura transversal de tercio medio de muslo, con cabalgamiento y desplazamiento del fragmento distal hacia afuera. Gran hemartrosis de rodilla. Signo de cajón de Dupuitren francamente positivo. Radiográficamente separación acentuada de la interlínea articular.

Noviembre 1º del /49.—Tracción esquelética transtibial, y colocación en férula de Braun.

Noviembre 15 del /49.—El edema ha desaparecido completamente.

Noviembre 20 del /49.—Previa anestesia general al cicloéter, en mesa ortopédica de Albee se efectúa enclavijado a cielo abierto por vía anterior de Ollier, de acuerdo a la técnica común. Yeso pelvipedio.

Diciembre 5 del /49.—Se saca valva posterior del yeso a partir del tercio inferior de muslo hacia distal, para con enfermo

en decúbito ventral comenzar gimnasia de flexión posterior de rodilla.

Caso número seis.

A. R.—50 años.—Otavalo.

Accidente inicial el 7 de noviembre del /49.

Ingresa el 19 de noviembre con impotencia funcional del brazo izquierdo, deformación y traqueteo óseo a nivel de su tercio medio.

RADIOGRAFICAMENTE: fractura transversal de tercio medio de húmero con angulación de vértice externo.

Noviembre 22 del /49.—Previa anestesia con PENTHOTAL (1 gramo) se efectúa el enclavijado por método cerrado (deslizamiento a partir de troquín) obteniéndose una reducción e inmovilización perfectas. Valva posterior de yeso.

Noviembre 5 del /49.—Se saca la valva posterior de yeso y se comienza movilización.

Caso número siete.

J. B.—14 años.—Quito.

Accidente inicial 5 de agosto del /47.

Ingresa al servicio con impotencia funcional de la pierna izquierda, deformación a nivel de su tercio medio:

RADIOGRAFICAMENTE: fractura espiroidea de tercio inferior de tibia y tercio superior de peroné.

Las fracturas están desplazadas y con gran cabalgamiento.

Agosto 12 del /47.—En mesa ortopédica se efectúa el enclavijado intramedular, por el método cerrado. Obsérvese como el clavo resultó bastante corto, por lo cual el segmento distal se desplazó hacia afuera con una ligera rotación externa. Valva posterior de Yeso.

Setiembre 15/47.—Se saca el yeso y comienza la marcha.

Noviembre 15/47.—Se extrae el clavo que se encuentra en perfectas condiciones.

Caso número ocho.

S. O.— 42 años.—Quito.

Hacen tres años sufrió una fractura de antebrazo. Hace un mes nuevamente traumatismo de dicho miembro. Ingresa al servicio el siete de junio del /49 con dolor e impotencia funcional del antebrazo izquierdo.

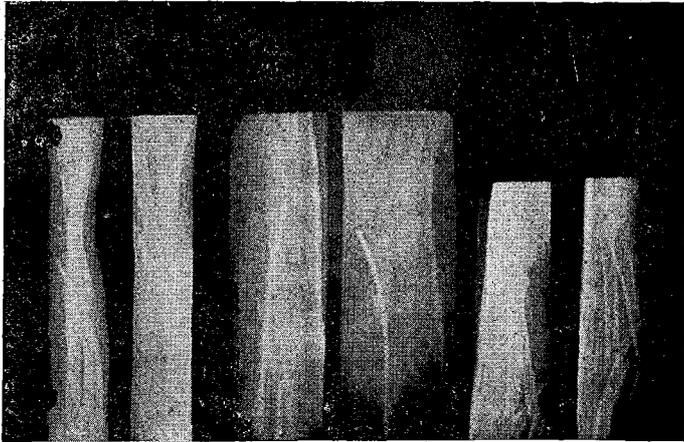
RADIOGRAFICAMENTE: Pseudoartrósis de tercio medio de cúbito.

Junio 10 del /49.—Operación de enclavijado previa anestesia general de etileno, por el método cerrado, notándose que hay bastante dificultad el momento que pasaba el clavo por el foco de fractura.

Valva posterior de Yeso.

Junio 30 del /49.—Se saca la valva de yeso y se comienza movilización.

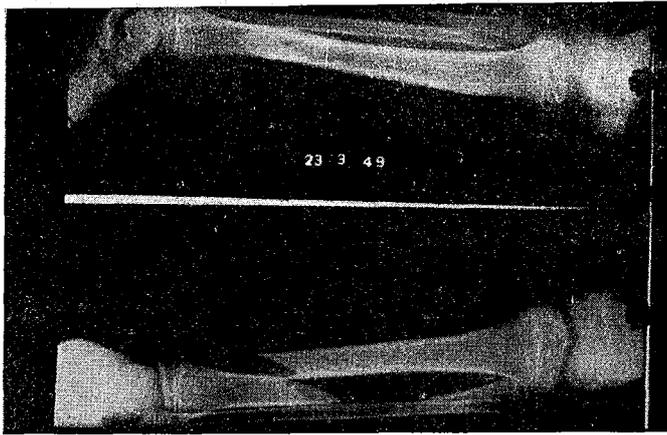
Agosto 5 del /49.—Extirpación del clavo. La consolidación es perfecta.



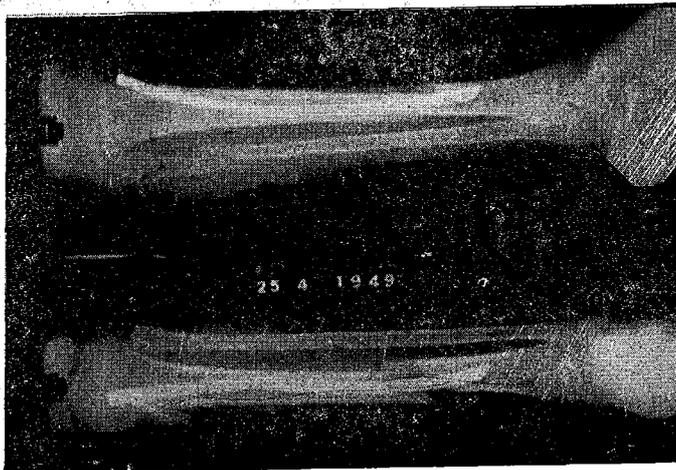
(c)
Nov. 15

(b)
Octubre 14

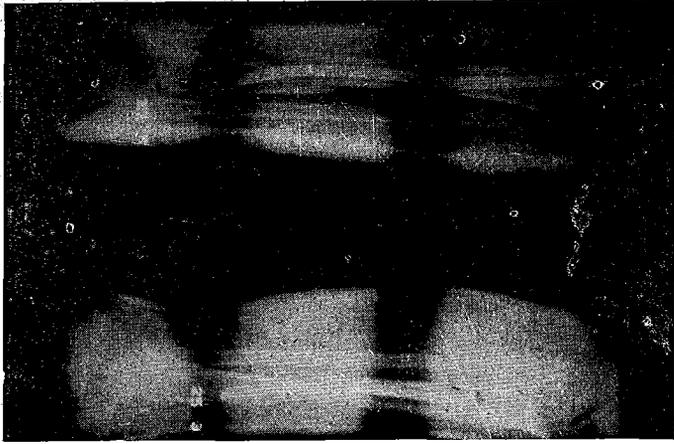
(a)
Ayosto 6



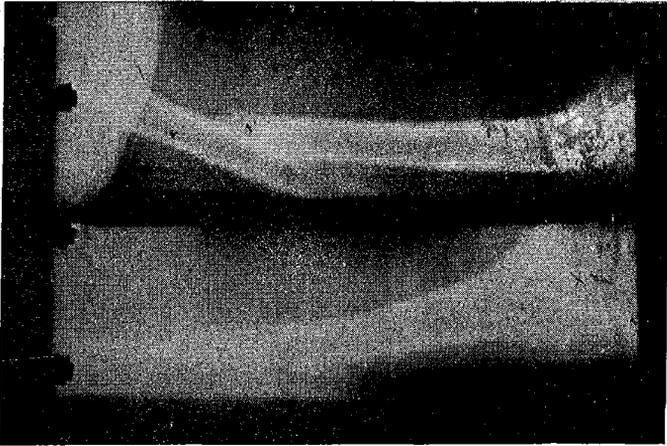
Caso 2. (a)



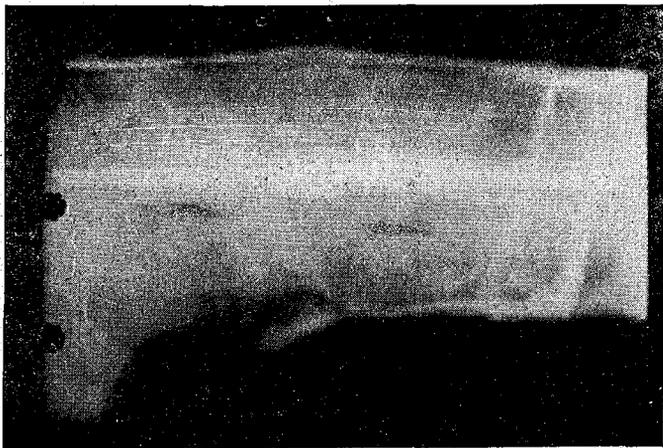
Caso 2. (b)



Caso 2. (c)



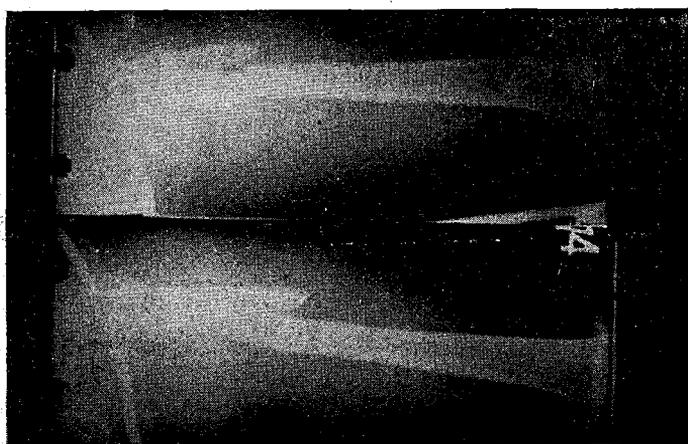
Caso 3. (a)



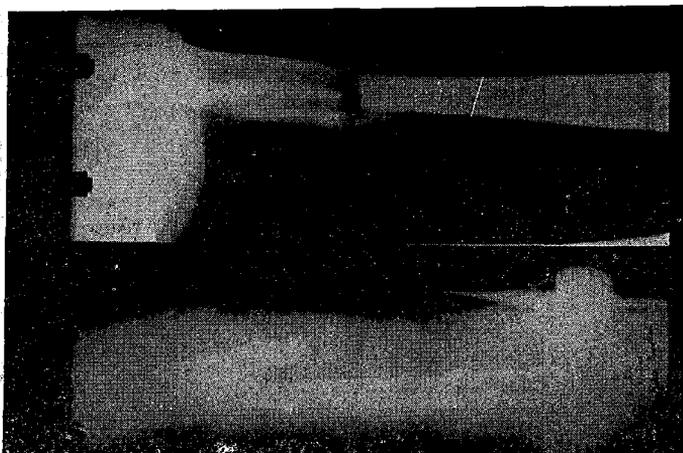
Caso 3. (b)



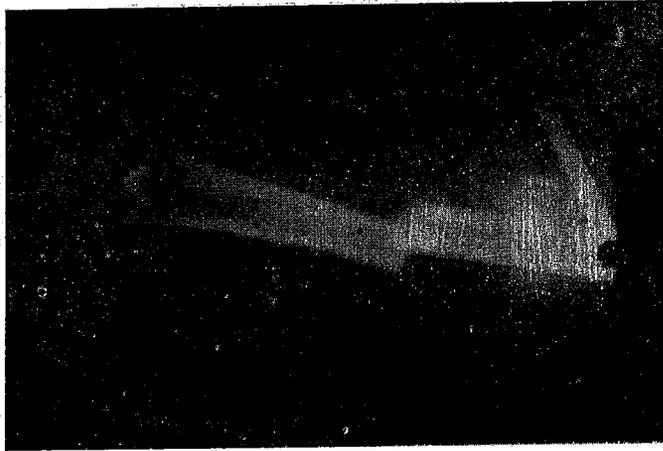
Caso 3. (c)



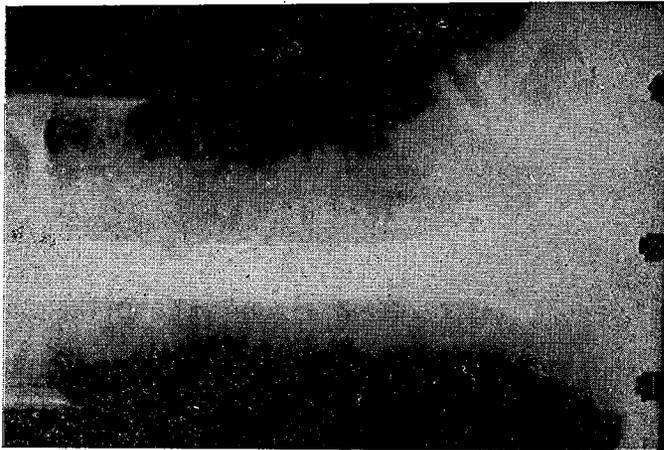
Caso 4. (a)



Caso 4. (b)



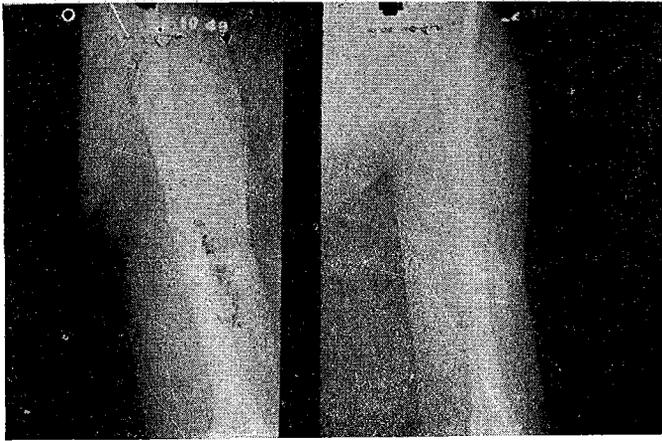
Caso 5. (a)



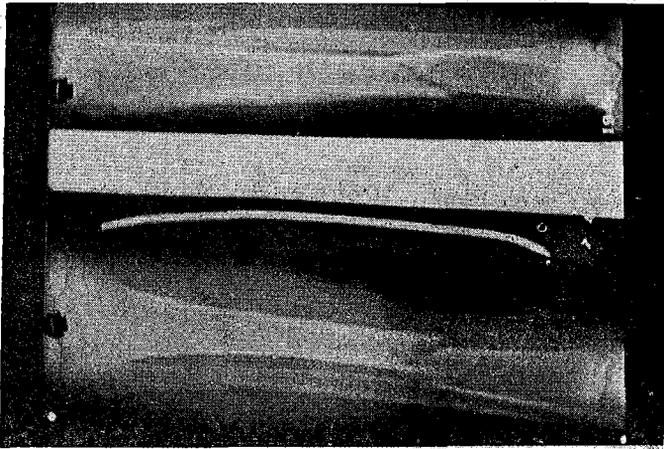
Caso 5. (b)



Caso 6. (a)



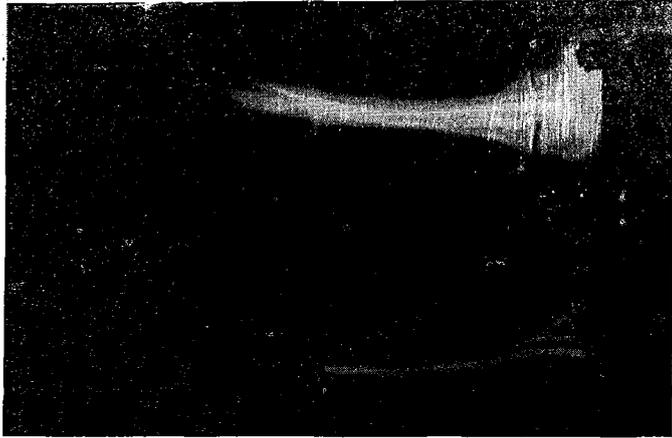
Caso 6. (b)



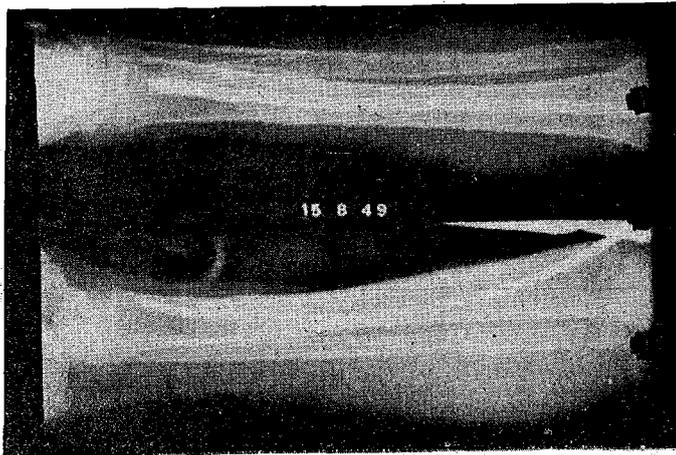
Caso 7. (a)



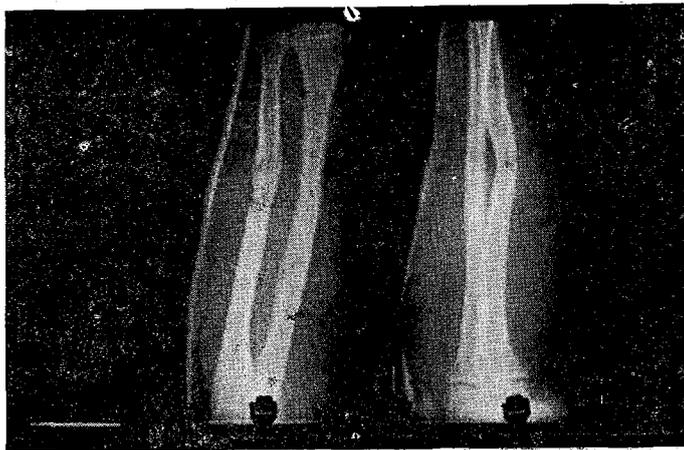
Caso 7. (b)



Caso 7. (c)



Caso 8 (b)



Caso 8. (a)

Dr. Carlos Bustamante Pérez

Profesor Titular de Clínica Quirúrgica

La Contractibilidad Vesicular en las Colecistopatías

La patología biliar es uno de los capítulos más interesantes y que más ocupa la atención, tanto del clínico internista, como del cirujano. Entre nosotros las afecciones del árbol biliar son de una importancia tal que merecen un estudio detenido, pues presentan caracteres peculiares que hacen de ellas un problema de dimensiones nacionales. Nuestra población hospitalaria está tan afectada por estas enfermedades que, sin temor de exagerar, se puede afirmar que el cincuenta por ciento de las enfermas de los servicios de clínica pertenecen a la clase de las catalogadas como "hepato-biliares"; y esto que decimos de las enfermas, aunque en menor proporción, se puede también aplicar a los enfermos. Al recoger los datos de la anamnesis personal, para la confección de la historia clínica, se obtiene, con mucha frecuencia, el dato de que "no han tenido ninguna enfermedad, e insistiendo en el interrogatorio, nos confiesan, como cosa sin importancia y muy natural, que "solo tienen cólicos hepáticos". Esto está demostrando que en la mente de las enfermas ha tomado cartas de naturalización la idea de que "los cólicos" son una incomodidad inherente a la vida.

Con el progreso alcanzado por los métodos de examen y diagnóstico, y con el resultado altamente satisfactorio que riñe el tratamiento médico-quirúrgico, los servicios de cirugía de los hospitales van aumentando,

cada vez más, el número de intervenciones realizadas sobre las vías biliares; por esto, la Cátedra de Clínica Quirúrgica se ha empeñado en despertar el interés por los estudios e investigaciones en este campo, ya que podemos afirmar que estamos frente a un problema revestido de caracteres propios de nuestro medio y que necesita ser aclarado en muchos de sus aspectos. Las experiencias obtenidas en medios médicos de afuera, pueden servir de norma para nuestros estudios, pero no sirven como fuente de enseñanzas definitivas, ni constituyen pautas de aplicación invariables para nuestra conducta. En la evolución de las afecciones hepato-biliares de nuestros enfermos, intervienen factores derivados de las condiciones raciales, económicas, culturales, habituales, higiénicas, alimenticias, constitucionales, hormonales y, por qué no decirlo, hasta las creadas por una terapéutica rutinaria y equivocada a la que han sido sometidos los pacientes durante su pasado patológico. La idea de que los cólicos biliares se curan con pócimas, más o menos inofensivas o agresivas, ha sido fuertemente incrustada en la mentalidad de muchas generaciones de médicos.

La observación de la clínica hepato-biliar sugiere la necesidad de resolver diversos problemas y de obtener la respuesta a distintos interrogantes que nacen de la necesidad de obtener la solución de muchas incógnitas. La investigación de cada uno de estos asuntos debe ser el objeto de un trabajo de Tesis doctoral: así, paulatinamente, se irá acopiando todo el cúmulo de datos que sirvan para la creación de un verdadero tratado de nuestra patología hepato-biliar nacional.

a) Estudio estadístico. Debe buscar la obtención de datos que se relacionen con la frecuencia absoluta y relativa de la afección.

b) Investigación de las condiciones ambientales, económicas, alimenticias, higiénicas, tipológicas y herenciales de los enfermos.

c) Determinación de las condiciones hormonales y de los antecedentes patológicos, especialmente de los antecedentes infecciosos.

d) Comprobación de la flora microbiana del árbol biliar, coincidente con los procesos angio-colecísticos.

e) Constatación de las lesiones macroscópicas y microscópicas producidas.

f) Investigación de las alteraciones fisiológicas, para determinar la fisiopatología y encontrar la explicación de los fenómenos que constituyen la sintomatología de las afecciones.

g) El análisis de los métodos terapéuticos y la crítica de los resultados obtenidos por las diversas técnicas quirúrgicas empleadas, cada una en cada caso.

Algunos de los puntos enumerados han sido ya, aunque sea ligeramente, tratados en importantes estudios que han servido como tesis doctorales; otros no han podido emprenderse debido al mucho tiempo que requieren y a la falta de una estadística bien concebida y confeccionada; otro ha sido rechazado como tema de tesis. Ahora quiero relatar los resultados obtenidos por las observaciones personales, realizadas entre las labores de la Cátedra de Clínica Quirúrgica, y que se han orientado hacia la determinación de la contractibilidad de la vesícula biliar.

Las experiencias se realizaron de la siguiente manera:

Con la colaboración de los doctores Prado y Turkel, ideamos y construimos un manómetro de agua que se podía conectar, por medio de un tubo estéril a una cánula destinada a ser introducida en el interior de la vesícula; el líquido empleado fué una solución estéril de mercurocromo o de metaphen que, al mismo tiempo que era coloreada, facilitando así la lectura del resultado, aseguraba la asepsia del procedimiento. El manómetro daba la presión medida en centímetros de agua.

Practicada la laparotomía y puesta a la vista la vesícula, procedimos a la ligadura del cístico, procurando no decolarlo sino lo indispensable, por temor de

destruir la red nerviosa inervante de la vesícula y conservando íntegra su circulación sanguínea.

Luego, con aguja atraumática, practicamos una jareta circular de un diámetro de un centímetro y medio, en el fondo de la vesícula.

En el centro de la jareta hacíamos un orificio que permitía la entrada de la cánula conectada con el manómetro. Nos asegurábamos de la expulsión de todo el aire contenido en el sistema y llenábamos, por punción del tubo de caucho, con el líquido colorante, hasta obtener que la altura de éste corresponda al cero de la escala.

Aislábamos, con separadores, la vesícula, de modo que, sin disecarla, esté libre de las influencias de cambios de presión debidas al movimiento respiratorio o visceral. Anotábamos entonces las pequeñas variaciones de presión registradas en el manómetro y atribuibles a cambios presionales por propagación de los movimientos respiratorios y cardíacos.

Luego inyectábamos una ampolla de pilocarpina por vía endovenosa y, después de algunos minutos anotábamos el cambio producido en el manómetro.

En dos ocasiones ante el ningún resultado obtenido por la pilocarpina en la vesícula, a pesar de constatar contracciones intestinales, usamos también prostigmina y en otra vez inyectamos pitresín; por último, en algunas ocasiones recurrimos a la excitación por corriente farádica.

Diez fueron las observaciones practicadas; todas ellas en enfermas que tenían una historia de cólicos vesiculares perfectamente constatados clínicamente. Los resultados fueron los siguientes:

En cuatro casos se obtuvo la contracción vesicular; en una: veinte y cinco centímetros; en dos, diez centímetros; en uno, siete centímetros.

En los seis casos restantes no hubo ninguna respuesta a los excitantes.

Los resultados de los exámenes anatómo-patológicos de las vesículas fueron así:

Caso 1.—Macroscópico: forma piriforme, superficie regular, no hay cálculos, 7 y 1/2 cmtrs. de longitud, color normal; adherencias al epiplón mayor, duodeno y colon transverso. Pocas adherencias al lecho hepático. No hay ganglio. Bilis de color amarillo oscuro.

Microscópico: Cuerpo; serosa con engrosamiento fibroso. Mucosa, normal y se observa bilis adherida en su superficie. Cuello, con caracteres iguales a los del cuerpo.

Diagnóstico histopatológico: Pericolecistitis crónica.

RESULTADO DE LA COLECISTOMANOMETRIA:
25 ctms. de presión.

Caso 2.—Macroscópico: forma piriforme, superficie regular, con líquido a tensión. Hay cálculos, uno enclavado en el cístico. Pequeñas adherencias del fondo al mesocolon, muy fuertes del cuello al duodeno. Hay ganglio. Microscópico: Cuerpo: notable atrofia del epitelio Muscularis poco destruída y sustituída por tejido fibroso. Muscular y mucosa infiltrada por leucocitos, Serosa muy engrosada e infiltrada. Conducto Cístico: Epitelio atrofiado; muscular muy alterada y sustituída por tejido fibroso. Ganglio: Adherido al cístico por una masa fibrosa con ligera persistencia de grasa, hiperplasiado.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Caso 3.—Macroscópico: Vesícula grande, incrustada en el lecho hepático, paredes gruesas, superficie regular. No hay cálculos. No hay Ganglio.

Microscópico: Cuerpo: Mucosa parcialmente infiltrada de células redondas; Muscular parcialmente fibrosa, de grosor normal; Serosa engrosada e infiltrada. Cuello con iguales lesiones.

Diagnóstico: Colecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: 10 ctms. de presión.

Caso 4.—Macroscópico: vesícula de forma alargada algo retraída. Hay cálculos en vesícula, colédoco y hepático. Hay dos ganglios. Adherencias al colón transversal y al lecho hepático.

Microscópico: Cuerpo con fibrosis general; Mucosa parcialmente erosionada con gran infiltración de leucocitos; muscular destruida por invasión de fibroblastos, células plasmáticas, linfocitos y eosinófilos; Serosa edematosa e infiltrada. Cuello; intensa fibrosis del conducto cístico cuya luz ha desaparecido. Ganglio hipertrofiado; abundantes folículos; no hay polinucleares.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Caso 5.—Macroscópico: Vesícula de forma piriforme; longitud 10 ctms. No hay cálculos. No hay ganglio.

Microscópico: Cuerpo con hiperplasia de la mucosa; Muscular con notable fibrosis que produce engrosamientos parciales e irregulares; Serosa gruesa y congestionada. Cuello: mucosa normal y notable fibrosis de la muscular.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Caso 6.—Macroscópico. Cuerpo: alargada, esclerosada. Hay un cálculo pequeño. No hay ganglio. Adherencias al duodeno.

Microscópico: Cuerpo y cuello: irregular, atrofiada la mucosa; Muscular y serosas invadidas de tejido fibroso e infiltradas de células redondas.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónicas.

COLECISTOMANOMETRIA: 7 ctms. de presión.

Caso 7.—Macroscópico: Vesícula alargada, dilatada. No hay cálculos. No hay ganglio. Adherencias al colon transverso, al epiplón y duodeno.

Microscópico: Cuerpo: Mucosa normal; Muscular infiltrada con pequeña cantidad de piocitos y linfocitos, engrosada. Cuello con lesiones iguales.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: 10 ctms. de presión.

Caso 8.—Macroscópico: Vesícula de forma alargada, gruesa, de color blanco. No hay cálculos. No hay ganglio. No hay adherencias. Mucosa en panal de abejas. Se extrajeron 50 cálculos.

Microscópico: Mucosa con atrofia y fibrosis. Muscular destruída casi en su totalidad, ligeramente infiltrada de leucocitos. Serosa engrosada e infiltrada. Cístico: Mucosa parcialmente conservada con abundante infiltración leucocitaria; Muscular casi totalmente destruída y sustituída por tejido cicatricial; en parte con degeneración mixomatosa. Serosa gruesa e infiltrada. Ganglio: con persistencia de folículos, sin fibrosis; hiperplasia.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA; negativa.

Caso 9.—Macroscópico: Forma piriforme y tamaño normal, gruesa. Hay cálculos. No hay ganglio. Hay

un cálculo muy pequeño enclavado en el cístico. Adherencias del cuello al duodeno.

Microscópico: Cuerpo y cuello: Mucosa infiltrada de células, especialmente de plasmocitos. Muscular y serosa notablemente infiltradas y con avanzada fibrosis.

Diagnóstico: Colecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Caso 10.—Macroscópico: Vesícula grande fuertemente vascularizada; No hay cálculos. Si hay ganglios. Cístico muy delgado, alargado, fuertemente adherido al duodeno.

Microscópico: Cuerpo: Mucosa parcialmente infiltrada con leucocitos, polinucleares y plasmocitos, epitelio atrofiado. Muscular infiltrada y parcialmente destruída con invasión fibrosa. Serosa infiltrada. Cuello: caracteres normales de la mucosa y muscular; serosa infiltrada. Ganglio: hipertrofiado, de estructura normal.

Diagnóstico: Colecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Los casos escogidos para las experiencias fueron aquellos en que las lesiones macroscópicas hacían suponer que fuera posible el practicarlas. Las vesículas con avanzadas lesiones, en las que la cavidad estaba muy reducida; aquellas en las que las adherencias a los órganos vecinos hubieran implicado una disección laboriosa: las enfermas que presentaban signos de espasmo-filia o en las que, por cualquier razón, no podíamos prolongar el tiempo operatorio, fueron rechazadas. Sin embargo, admitimos que pueden haber numerosas causas de error, ya sea por deficiencias en la técnica, ya por variaciones en la manera de reaccionar al medicamen-

to, ya por cualquiera otra causa. Así y todo creemos que los resultados tienen valor por el hecho de estar en perfecto acuerdo con los resultados de la anatomía patológica, ya que tenemos que admitir que la lesión morfológica corresponde a la alteración funcional. Nuestras deducciones son las siguientes:

1^a—La aparición del síntoma cólico vesicular, o biliar, coincide con la presencia de lesiones de orden inflamatorio. No siempre corresponde a la presencia de cálculos, ni aparece siempre que hay cálculos.

2^a—No hay relación directa entre la gravedad de las lesiones y la intensidad del síntoma dolor.

3^a—El síntoma dolor y cólico se presenta en casos en que las lesiones de la muscular vesicular son tan intensas que denotan su desaparición, en algunos casos; y su disminución notable en otros. Si no hay capa muscular, o está atrofiada, o está invadida de fibrosis, la contracción vesicular es nula o deficiente.

4^a—La colecistomanometría indica una íntima relación entre las lesiones anatómicas y la capacidad de contracción vesicular.

5^a—La fuerza de contracción de la vesícula normal, señalan los autores que oscila entre 15 y 30 ctms. de agua. El hecho de la existencia de procesos inflamatorios crónicos coincide con la disminución de esa fuerza.

6^a—Si no hay contractibilidad, si no hay órgano contractil y, sin embargo, hay cólicos, éstos no están producidos por una contracción.

7^a—La fisiopatogenia del cólico biliar no consiste en una contracción espasmódica y dolorosa de la vesícula y hay que buscarla en otro mecanismo; probablemente la explicación más aceptable es la de la contractura del esfínter de Oddi.

8^a—No hay peligro de perforación por contractura, las perforaciones de la vesícula se deben a lesiones necróticas por endoarteritis, hecho constatado en algu-

nas piezas que sirvieron para la casuística de la Tesis doctoral del doctor Antonio Ceballos.

9^a—El sondaje duodenal y el drenaje médico de las vías biliares no entraña un peligro de perforación; si en algunas ocasiones desencadena la aparición de un cólico, es cuando, al relajarse el Oddi, por la acción antiespasmódica del sondaje, hace posible el enclavamiento de un cálculo coledociano o vesicular en válvula.

10^a—Deben proseguirse las investigaciones hasta conseguir un mayor número de casos que permitan deducir conclusiones de carácter más cierto, procurando, al mismo tiempo perfeccionar la técnica.

11^a—Es necesario insistir, una vez más, que las afecciones del colecisto, caen bajo el dominio de la clínica quirúrgica. El tratamiento médico debe instituirse para conseguir la esterilización del tractus biliar y obtener mejor funcionamiento hepático; pero una vez constituidas las lesiones de colecistitis y pericolecistitis no queda sino el recurso operatorio para eliminar el foco infeccioso y la espina irritativa de donde parten los estímulos espasmogénicos desencadenantes de tenaces y peligrosos síndromes.

Quito, diciembre de 1949.

ESPECIALIDADES

Dr. Virgilio Paredes Borja

Catedrático de la Facultad de Ciencias

Médicas.—Quito.

DERMATOLOGIA

LAS NEURODERMATOSIS

"La técnica no es menos insidiosa y tirana. De aquí el desvío del español para con la técnica y su amor al ocio, que otros pueblos menos familiarizados con su estado de ánimo y humor, toman por pereza. Tendencia a ser más que a hacer".—SALVADOR DE MADARIAGA.

Las doctrinas han sido la fuente creadora de todas las ciencias, han señalado el camino, han orientado, han probado con la dialéctica y con sus principios se han adiestrado los técnicos, se han inspirado los inventores y han progresado las ciencias.

Tanto oímos hablar de la técnica y sus maravillas que la vemos transformada en el becerro de oro de los tiempos modernos. El vulgo ilustrado la venera y ve en ella la salvación de los mundos y la única esperanza para el humano bienestar. Nada se escapa a la técnica y a los técnicos, pontífices máximos de la civilización contemporánea. Entre nosotros la influencia de la sola palabra técnico va adquiriendo proporciones alarmantes, su invasión al campo de la medicina va siendo peligrosa, por el frecuente error de concepto que toma a la técnica como un fin, sin reconocerle su verdadero valor de medio de alcanzar y probar una verdad. Nos estamos habituando a considerar la doctrina, la teoría, el princi-

pio, como una especulación intelectual que a nada conduce y a tomar lo objetivo, lo experimentado, lo mecanizado y lo hábil, manual como el único fin de nuestras aspiraciones científicas y la única fuente de verdad.

Nosotros nunca hemos pensado que nuestro atraso científico se deba a falta de inventiva y habilidad manual, que la hemos demostrado en las artes de la pintura e imaginería quiteña de los siglos XVII y XVIII, pero si hemos sostenido la falta de imaginación e inteligencia creadora de principios y doctrinas científicas, que no han brotado por múltiples razones: falta de atmósfera científica, carencia de organizaciones y medios que inciten a la investigación, pobreza material.

La medicina, lo mismo que todas las ciencias, se ha guiado por principios, doctrinas y teorías. La medicina helena del Siglo de Pericles progresó gracias a la doctrina hipocrática de los humores; la Edad Media Europea se guiaba en medicina por la doctrina de Galeno, que según muchos historiadores de la medicina detuvo por catorce siglos el progreso médico alcanzado por los griegos, con la introducción de lo dogmático y sobrenatural en el principio del origen y evolución de las enfermedades contagiosas, tal como venía enunciándose desde el Siglo XVII; las consecuencias funestas de la aplicación en terapéutica de la teoría del estimulismo y contraestimulismo de Rasori, practicada con rigor por nuestros médicos del siglo pasado hasta principios del presente, al extremo de pensarse que, solo en lo que se relaciona con el tratamiento de la neumonía, en Quito, el contraestimulismo fué la mejor ayuda para acabar con la vida del paciente.

La Dermatología ha vivido sujeta a las doctrinas médicas lo mismo que todas las ramas de la medicina. Los humores explicaban el origen de las dermatosis, el humor pituitoso explicaba el eczema, el sanguíneo la urticaria y el bilioso los pruritos generalizados. Los galenistas de la Edad Media admitían el origen sobrenatural del herpes sóster y lo denominaban bonitamente "FUEGO SAGRADO".

La dermatología, como ciencia de observación y experimentación, se nos presenta en la época moderna,

a fines del Siglo XVIII, con los dermatólogos franceses e ingleses, que aceptan las dermatosis como manifestaciones del estado general del paciente, esto es, lo mismo que enunciaron los griegos de la Escuela de Cos, quitando la prepotencia de los humores clásicos y hablando de ESTADO GENERAL ORGANICO, una ambigüedad que hasta ahora la conservamos a falta de algo más claro de concepto. A mediados del pasado siglo viene la EPOCA DE ORO de la Dermatología con la Escuela de Viena. Hebra estudia las lesiones de estructura ocasionadas por las dermatosis y sienta la doctrina del origen exógeno de la mayoría de las enfermedades cutáneas. Unna, inspirado en la doctrina de Hebra, estudia la acción de los microbios en la piel y llega a culpar a estos de causantes de casi todas las dermatosis conocidas. La doctrina del factor extraño, de afuera, exógeno, de Hebra, logró un avance notable en el conocimiento de la patogenia de las enfermedades de la piel, explicando todo su mecanismo por agentes externos, físicos, químicos o mecánicos y con Unna microbianos, las alteraciones anatómicas y estructurales completaban el acerto de la doctrina. A fines del siglo pasado el concepto de ALERGIA de VON PIRQUET y el de ATOPIA en la época contemporánea, debido a COCA, demuestran como un principio guía y explica fenómenos misteriosos hasta entonces y que asoman clara y llanamente explicados, y así muchas urticarias, eczemas y eritrodermias pueden ser conocidos en su mecanismo de producción y curados en forma mágica, tal como aspiraban los arabistas y galenistas medioevales.

La influencia del sistema nervioso en las lesiones cutáneas viene a ser el avance de más provecho alcanzado en Dermatología por los especialistas modernos. De neurodermatosis oímos hablar por primera vez a Brocq y Jacquet en 1891; desde entonces se trata en un reducido capítulo las dermatosis de origen nervioso: Rost estudia en Alemania las neurodermatosis, pero son los autores angloamericanos los que le conceden especial atención, estudian la acción del cerebro y sistema autónomo en su producción; con datos estadísticos minuciosos clasifican los enfermos conforme a sus tempe-

ramentos, condiciones de actividad mental, tensión nerviosa, estado del sistema endocrino, en especial de la tiroides, pruebas de laboratorio —sobre todo eritrosedimentación, inquietudes y género de vida, condiciones sociales y ambientales y con todos estos datos confirman la doctrina de la NEURODERMATOSIS. Su frecuencia la relacionan con el crecimiento urbano, las neurodermatosis son enfermedades de los grandes conglomerados urbanos, de las monstruosas organizaciones que sirven para la domesticación y crianza del hombre de nuestro tiempo, como diremos nosotros, y que se llama la ciudad moderna. Las NEURODERMATOSIS son un producto de la vida contemporánea con sus perennes inquietudes, zozobras y desabrimientos. La gente vive en una continua tensión nerviosa ayudada por la prensa sensacionalista, la radio noticiosa, el cinematógrafo espectacular y la inestabilidad política y económica de todos.

En el Ecuador la vida es más tranquila, todavía se conserva como un tesoro el placer de vivir, pese a la nefasta influencia de gentes con aficiones extrangerizantes, pero no nos escapamos de la inquietud, las NEURODERMATOSIS van siendo mejor conocidas y los que nos ocupamos de la piel venimos observándolas con cierta frecuencia.

La piel establece un extenso contacto con el mundo exterior, es rica en circulación e inervación, cumple funciones de un extenso emunctorio, sirve de revestimiento y protección, regulariza la temperatura general, se afirma que tiene su papel como glándula de secreción interna. Las emociones repercuten inmediatamente en su régimen circulatorio por el mecanismo de la dilatación o contracción vascular regulado por el sistema nervioso. Los Psicoanalistas consideran que la circulación de la piel es extremadamente sensible al campo del inconsciente. Quienes primero se dieron cuenta de las NEURODERMATOSIS se guiaron por estos principios, en gran parte, conforme a las ideas de su tiempo, y a la

observación de dermatosis que no cedían con los tópicos aconsejados en las liquenificaciones, eczemas secos y pruritos localizados o generalizados, pensando que es el trofismo de la piel, regulado por el sistema nervioso, el que debía hallarse alterado, ideando el principio de que hay NEURODERMATOSIS y guiando su terapéutica hacia la alteración del sistema conseguido con medios externos. El trastorno funcional fué comprobado con exploraciones de laboratorio y las pruebas de las funciones nerviosas.

Los enfermos de NEURODERMATOSIS presentan el cuadro de la ansiedad o de la angustia o, más frecuente, son inestables nerviosos con gran actividad psíquica y física seguida de depresión, agotamiento y desesperación. Son gentes activas, puntuales, meticulosas, preocupadas de su trabajo, absorbidas por su profesión, con ideas altruistas; son soñadores, románticos, idealistas, preocupados de sus faltas, obsesionados. Cuando niños han sufrido de terrores nocturnos, accesos convulsivos, tics. Son de un sistema neurovegetativo inestable, con tendencia a los espasmos de la musculatura lisa en forma, sobre todo, de estreñimiento espasmódico. Es frecuente el hipervagotonismo. La inestabilidad circulatoria en el territorio cutáneo es la regla por espasmos vasculares de la rica red dérmica.

Las NEURODERMATOSIS, estudiadas en 204 pacientes por S. William Becker y Maximilliam Obermayer, de la Universidad de Chicago, es la mitad más frecuente en mujeres que en hombres y su frecuencia máxima sobre los 30 años.

Para Becker y Obermayer, en el estudio de las NEURODERMATOSIS se deberán considerar como tales a:

Prurito idiopático generalizado y localizado.

Excoriaciones neuróticas.

Neurodermatitis (tipos seco y exudativo).

Dishidrosis.

Urticaria crónica idiopática.

Edema angioneurótico.

Alopecia areata, (total o localizada).

Liquen plano.

Vitiligo.

Rosácea.

Se presume que pueden también incluirse en este grupo:

Escleroderma.

Eritema multiforme idiopático recidivante crónico.

Estomatitis aftosa.

Úlcus neurótico de la mucosa oral.

Para los citados autores la inestabilidad circulatoria de la piel explica en gran parte los trastornos de las NEURODERMATOSIS. Su porcentaje entre las demás alteraciones cutáneas la estiman alta. Encuentran entre sus pacientes, de la clase media norteamericana, trastornos temperamentales, psíquicos, endocrinos, cuidadosamente clasificados, que les ha llevado a concluir que las NEURODERMATOSIS se deben casi siempre a fatiga nerviosa, ocasionada por exceso de trabajo y preocupaciones en un terreno caracterizado por la fragilidad de la función nerviosa.

El éxito del tratamiento lo fundan en el reposo físico y mental, entendiéndolo como tal el cambio de hábitos perniciosos para la salud, abolición del trabajo de ocho horas continuas en uso en norteamérica, la siesta después del almuerzo, las vacaciones en su verdadero sentido, no acompañado de las preocupaciones de la ciudad sino con el completo reposo físico y mental, cambiando totalmente de ambiente y de paisaje. Hablan de los medios de persuasión como indispensables para modificar el ánimo y la confianza del paciente, de la psicoterapia, y, solo en último plano vienen los moderadores del sistema nervioso autónomo, de la actividad de la corteza cerebral y la terapia por hormonas. Los tópicos nada consiguen en estos casos, usándolos en forma muy restringida y para fines correctamente especificados. Los medios físicos: electroterapia, helioterapia, radiaciones Roentgen en las cadenas del simpático torácico sirven de valiosa ayuda, conservando la cura de reposo, cambio de hábitos de vida y modificaciones ambientales como lo esencial para la terapia de las

NEURODERMATOSIS, juntos con los demás tratamientos recomendados por Backer y Obermayer.

Nuestro propósito es el de presentar tres casos de NEURODERMATOSIS observados y tratados en 1949, dos de los cuales han fortalecido nuestra convicción respecto a la doctrina del reposo y cambio de hábitos y ambiente en su tratamiento y a la fatiga nerviosa como la principal causa que motiva el trastorno cutáneo —nos referimos a los casos N° 2 y N° 3.

CASO N° 2.—X—2.— 40 años— Quiteño—Oficinista— Casado.—

EXAMEN FISICO DE LA PIEL.—Leptosomático. —Piel morena, pálida, humedad normal, delgada.—En la cara postero —inferior del cuello hay una placa de 6 x 9 ctms. de contornos sobresalientes, bien limitada, color gris rojizo, gruesa, seca, resquebrajada, cubierta de costras delgadas, transparentes, despegables. Quitadas las costras la placa es granulosa con un conglomerado de pápulas grandes y medianas. No hay aspecto reticulado en su alineación. En los hombros y caras de extensión de los antebrazos ronchas urticantes de ligero relieve de mediana y pequeña dimensión y escoriaciones lineales largas y cortas, antiguas y recientes, secundarias al rascado. Todas las lesiones son muy pruriginosas.

EVOLUCION.—A principios de 1949 comienza a sentir intenso prurito, sobre todo a la noche, en la región baja posterior del cuello, sintiendo calor, molestia, tocándose una superficie de piel anormal. El intenso prurito y la presencia de ronchas en la espalda y caras de extensión de los antebrazos le obligan a consultar a un médico. Se diagnostica ECZEMA SECO ALERGICO, se le somete a dieta rigurosa de hortalizas y frutas, se suprimen leche, carnes, grasas e hidrocarbonados, se usan antialérgicos, purgantes, sangre propia, calcio in-

travenoso. No hay ninguna mejoría, el prurito se vuelve más intenso, impide el sueño, el enfermo se inquieta y comienza el cambio de médicos. Todos siguen el mismo plan de tratamiento, piensan en la alergia, cambian de antialérgicos, de tópicos y desensibilizantes, siguen con los laxantes y la restricción alimenticia hasta caer en una dieta rigurosa. Cuando nos consultó en los últimos días de Agosto el paciente estaba desnutrido, desilusionado de los médicos e incrédulo a todo tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES.— Tiene un niño de 16 meses con prurigo, diagnosticado por nosotros. Hace un trabajo, más que fatigante, sujeto a continuas preocupaciones.

ENFERMEDADES ANTERIORES.— Viene sufriendo de estreñimiento desde su juventud, desde hacen pocos años se queja de dificultad digestiva en forma de meteorismo, malestar abdominal e inapetencia, se cuida de tomar ciertos alimentos que piensa le ocasionan daño, usa laxantes, duerme mal, está inquieto y le preocupan las responsabilidades propias de su trabajo.

EXAMEN FISICO GENERAL.— Notable adelgazamiento, distribución pilosa tipo feminoide. El enfermo está cansado, le inquieta sobremanera el estado de su piel. La palpación abdominal hace notar zonas de dilatación en el colón transverso y el descendente. Los reflejos oculocardíaco, carotídeo, solar y la prueba del ortostatismo señalan hipervagotonismo.— El examen microscópico de las escamas da presencia abundante de hongos indeterminados. No hay focos sépticos.

TRATAMIENTO.— La presencia de hongos, aunque no convenientemente clasificados, nos obligan a iniciar un tratamiento antifúngico con ácido propiónico y propionato de sodio en unguento. Suspendemos la dieta y ordenamos al paciente comer de todo.

A los ocho días sigue el prurito y en nada se ha modificado el estado de la piel. A los quince días la piel ha

sufrido un estado inflamatorio en la placa, el enfermo se ha repuesto un tanto de su enflaquecimiento y dinamia.

Abandonamos la idea de un DERMATOMICOSIS y pensamos en una neurodermatitis seca por la evolución del caso, la angustia del paciente, la exploración del sistema autónomo, la rebeldía a todas las medicaciones, sus condiciones de vida, sus preocupaciones, su temperamento y su manera de ser.

Insistimos en que el enfermo coma de todo. Se suprime toda medicación tópica, se cubre la lesión con linimento de calamina, se pone todo interés en convencer al paciente de la verdadera causa de su mal, se regula el trabajo, el descanso y las distracciones y se administra fenobarbital con ginergeno y belladona.

A los ocho días notable mejoría, a los quince la lesión va desapareciendo y el prurito se ha retirado en intensidad.

A fines de Octubre, que lo vimos por última vez, el enfermo no tiene prurito y han desaparecido las lesiones.

CASO Nº 3.—X—3.—50 años.—Casada.—Ibarreña.—Quehaceres domésticos.—EXAMEN FISICO DE LA PIEL.—Pícnico—Bastante gruesa—Piel morena—espesa.—Gruesa capa de tejido celular subcutáneo—húmeda y grasosa.—En la cara postero-inferior del cuello hay una placa de 6 x 9 cts. de contornos sobresa-lientes, bien limitada, color rojo vinoso, gruesa, seca, resquebrajada, cubierta de costras grasosas, adheridas, difíciles de despegar. Quitadas las costras la placa es granulosa, formada de pápulas grandes y medianas. No hay aspecto reticulado en su disposición. Prurito intenso diurno y nocturno.

EVOLUCION.—Por marzo de 1949 comienza a sentir intenso prurito y una molestia y hasta dolorosa manifestación en la región postero-inferior del cuello. Inicia su tratamiento con diagnóstico de eczema seco. Los tópicos no detienen el prurito ni modifican la placa cutánea. Se le somete a dieta rigurosa, sin leche, car-

ne, ni grasas. Comienza el consabido cambio de médicos. Se piensa en la alergia y viene el uso de antialérgicos, sigue manteniéndose la dieta rigurosa, usan extensamente los laxantes y la medicación desensibilizante. Se recurre a la sangre propia, el hiposulfito de magnesia, el calcio, las peptonas, sin resultado. Los innumerables tópicos recomendados agravan la lesión produciendo intensa inflamación.—Cuando fuimos consultados a primeros días de septiembre la enferma estaba inquieta por el estado de su lesión, incrédula al efecto de todo tratamiento y con huellas de una prolongada hipalimentación.

ANTECEDENTES PERSONALES.— Tiene 3 hijos normales.— Menarquia a los 16 años.— Épocas normales, hasta los 45 años.— Su labor no es pesada, pasa largas temporadas en el campo. Está muy preocupada por la rebeldía de su enfermedad a la piel.

ENFERMEDADES ANTERIORES.— Sufre de estreñimiento desde su juventud.— A los 45 años fué operada y le extirpan el útero. La inquietud de la enfermedad a la piel viene acentuándose desde unos dos meses, Siente llamaradas de calor a la cara diariamente.

EXAMEN FISICO.— La enferma aparenta tranquilidad, se sobrepone a su inquietud.— Abdómen flácido, se palpan materias retenidas en el colón descendente.— Reflejos normales.— Signo de la ligadura del brazo: positivo.— El examen microscópico y cultivo de las escamas informa numerosos hongos no bien clasificados por el laboratorista.— No hay focos sépticos.

TRATAMIENTO.— Se inicia un tratamiento como si se tratase de una dermatomicosis, con ácido propionico y propionato de sodio en unguento. En lugar de aplacarse la lesión se consigue inflamarla violentamente. El prurito se agrava, hay hasta dolor.

Suspendemos la dieta desde el comienzo del tratamiento.— El recuento de leucocitos y eritrocitos, eritrosedimentación, PH.— Exámen químico de la sangre

y orina y microscópico de esta última dan datos normales.

Sospechamos una neurodermatitis seca por la evolución del caso, y el fracaso de anteriores medicaciones. Pensamos que la causa desencadenante es la insuficiencia de la función ovárica debida a la edad y operación ginecológica.

Se suprime toda medicación tópica, hasta la vaselina pura ha llegado a inflamar la lesión. Hay intolerancia manifiesta para toda aplicación externa. Se usa solo talco boratado. Se ordena dos inyecciones semanales de foliculina 20.000 unidades, durante quince días seguidos, tomando tres tabletas de lo mismo en los días intermedios; cinco días de descanso y luego dos inyecciones semanales de cuerpo amarillo, tomando dos tabletas diarias de 5 miligramos durante doce días.— Se administra diariamente dos dosis de fenobarbital con beleño y valeriana. Se convence a la paciente de la verdadera causa de la lesión y de que va a ser curada, se consigue disipar la inquietud y a los 15 días hay notable mejoría, al mes esta se acentúa. A mediados de noviembre ha desaparecido el prurito, la enferma se siente bien, no hay llamaradas de calor a la cara y la placa ha desaparecido dejando una mancha pigmentada.

CASO Nº 1.—X—1—50 años—Casado—Quiteño—Oficinista.—EXAMEN FISICO DE LA PIEL.—Lep-tosomático.—Muy delgado.—Piel pálida, seca, muy delgada, blanca.—En las regiones laterales del tórax, en el abdomen, y sobre todo en las superficies de extensión de los brazos, antebrazos y muslos hay pequeñas y medianas ronchas de ligero relieve, color rojo carmín, y excoriaciones lineares de corta dimensión, recientes y antiguas, de huellas de rascado.

EVOLUCION.— Desde 1947 comienza a sentir prurito desesperante, diurno y nocturno, que se agrava con el calor y la sudación. El prurito y la presencia de ronchas que le sigue le obligan a consultar a un médico. Diagnostican urticaria, le someten a la consabida dieta, laxantes, antialérgicos y desensibilizantes. Ponen

interés en suprimir ciertos alimentos a los que se acusa de desencadenar la alergia: primero leche, luego huevos, luego carnes. Ciertas ocasiones el paciente mejora, atribuye a la supresión de alimentos, se alienta, para luego desilusionarse con el prurito que vuelve a instalarse con igual o mayor furia. Cuando nos consulta en enero de 1949 el enfermo está desesperado, incrédulo de médicos y medicinas, enflaqueciendo por la dieta y el trabajo de oficina, duerme mal, el apetito es caprichoso, le consume la preocupación y la comezón que la clasifica de intolerable, sobre todo por las noches. Ya no usa ningún tópico ni medicamento porque no cree en nada.

EXAMEN FISICO GENERAL— Adelgazamiento, pelo ralo, seco. Las arrugas, piel pálida, delgada y seca le dan un aspecto de vejez. Está cansado, preocupado de su salud. Hay reflejo pilomotor, reacción de la piel al frío, dermatografismo no del todo acusado. Los reflejos oculocardíaco, carotídeo, solar, y la prueba del ortostatismo, observados en varias ocasiones, señalan un desequilibrio marcado vago—simpático con tendencias a la hipervagotonia. No hay focos sépticos.

TRATAMIENTO.—Pensamos en una neurodermatitis Generalizada.—Tratamos de convencer al enfermo del origen de su mal y de que la única forma de tratarse sería abandonando la oficina por algún tiempo, ya que su trabajo es pesado y motivo de preocupaciones. Señalamos la necesidad de cambiar de hábitos de vida. Lo fundamental, el reposo, no puede ser cumplido, el paciente necesita trabajar ya que es la única fuente de ingresos con que cuenta. Sigue tratamiento medicamentoso: combinación de fenobarbital ginergeno y belladona, bromuro de sodio inyectable, metilbromuro de antimonio. No se consigue ningún resultado.

El análisis del Caso N° 2 lleva a la conclusión de NEURODERMATOSIS por fatiga nerviosa con dominio de un desequilibrio vagosimpático. La medicación y el convencimiento, la regulación del trabajo y cambio de hábitos, obtienen la curación.

En el Caso Nº 3 domina el trastorno endocrino y climatérico, la medicación en este sentido, el convencimiento y los sedantes consiguen éxito.

En el Caso Nº 1 nada se obtiene con la medicación estabilizadora del sistema vagosimpático ni los sedantes, ni con el convencimiento, los motivos de agotamiento nervioso quedan en pié, y como estos constituyen la causa primordial de la dermatosis el paciente no se cura.

Hay bastante confusión en lo que se refiere a **dermatitis atópica y NEURODERMATOSIS**. Este último término se conserva hasta que no haya completa clarificación sobre los principios que han conducido a tales denominaciones.

ATOPIA (Enfermedad extraña), es el término que se ha servido Coca para señalar la inestabilidad protoplasmática, heredada, que sensibiliza los tejidos frente a los ATOPENOS. Las típicas enfermedades ATOPICAS son la fiebre del heno y el asma. Los ATOPENOS son los cuerpos sensibilizantes, que tienen que actuar en un terreno heredado. LAS REARGINAS son las substancias que forma el organismo para neutralizar los ATOPE-NOS, son como los ANTICUERPOS en el mecanismo de la inmunidad. Hay casos de pacientes con asma o fiebre de los henos que padecen de NEURODERMATOSIS, en forma del llamado eczema seco localizado, por ejemplo. Con la medicación específica desensibilizante curan de la fiebre de los henos o el asma pero la placa de eczema sigue sin alterarse, lo que prueba su origen diferente, y como se observara que tales casos se presentan en individuos con agotamiento nervioso y casi siempre desequilibrio vagosimpático, el convencimiento, cambio de hábitos, reposo, medios físicos y sedantes y estabilizantes vagosimpáticos han alcanzado éxito.

En lo referente a ATOPIA y ALERGIA, lo fundamental es que la primera se caracteriza por la heren-

cia de la inestabilidad protoplasmática, que se desencadena frente a un ATOPENO o Substancia vulnerante que ocasiona la lesión, previo contacto sensibilizante. La ALERGIA no se hereda, es un fenómeno de grupo frente a un ALERGENO, que también requiere el contacto previo del ALERGENO sensibilizante.

Los principios que han establecido los mecanismos arriba señalados han conducido a la explicación de fenómenos patológicos que se nos presentaban oscuros e inexplicables; como consecuencia práctica, las aplicaciones terapéuticas fundadas en dichos principios nos han permitido curar dermatosis que antes constituían un problema irresoluble para médicos y especialistas.

Los principios son creaciones del intelecto que dominan las ciencias y orientan hacia la verdad.

Dr Eduardo Bejarano
Profesor de Anatomía Patológica en la
Universidad Central

ANATOMIA PATOLOGICA

Evolución en el Concepto de la Anatomía Patológica

Ya es axiomático que la Anatomía Patológica constituye para la Medicina contemporánea una de sus bases o fundamentos.

Y también es clásico afirmar, desde el genial Virchow, que ella estudia las modificaciones que se producen en las células, tejidos u órganos del ser humano, cuando actúa sobre ellos alguna causa capaz de alterar su función o morfología normales. Es decir cuando un organismo en estado de salud (en una situación llamada "normal"), por la cual se adapta en forma convenientemente compensado a las condiciones naturales de la vida desequilibra dicho estado y enferma; de hecho pues, produciránse entonces múltiples transformaciones, que pueden ser bruscas en veces, o manifestarse en forma lenta y paulatina, siempre como complejos procesos mutativos, que efectúan los tejidos y células bajo el estímulo de las causas morbosas o patógenas, y, que las conduce a presentar variadísimos cambios estructurales, (íntimamente unidos a cambios de función) que corresponden a situaciones de enfermedad, de muerte, o, a procesos de defensa orgánica con el objeto de anular o destruir dichas causas patógenas.

Mas hoy día, tal estudio no se limita exclusivamente a descripciones acerca de la alteración de un estado

presente en los tejidos, particularmente a su disposición o condiciones en el momento de la muerte, sino que de manera preferente analiza y examina la evolución fisiopatológica de esas alteraciones y su origen.

Y es que la enfermedad no es una condición fija e invariable, es más bien un proceso con manifestaciones cambiantes, proceso que puede terminar en la curación o muerte del sujeto, que puede ser aguda o fulminante en su desarrollo o más bien puede representar el lento envejecer de los tejidos por la acción de desgaste del tiempo o de causas aún ignoradas.

Este juicio o parecer de la Anatomía Patológica introduce la noción y dimensión de tiempo dentro de la interpretación de hechos estáticos colocándolos en el movimiento de la vida.

La vida se manifiesta en estructura y función; las cuales no pueden ser disociadas. El mantenimiento de la estructura normal en la substancia viva se halla garantizada por las fundamentales funciones de asimilación y reproducción y una propia función debe ser sostenida por una estructura normal. Este aserto cumple como verdad tanto para la vida en sus primitivas formas, como en su más alta organización. De hecho pues la apreciación de estructura implica una correlación de forma y función.

Así, la Anatomía Patológica nos guía para visualizar las aberraciones de función y hace que los cambios estructurales sean inteligibles en términos de proceso; se esfuerza en comprender el mecanismo íntimo de la enfermedad. Así es como en el complejo estructural de los órganos y de los tejidos se pueden estudiar los cambios de la circulación, la dinámica o movilización celular, mientras que alteraciones del metabolismo y reproducción se revelan más bien a nivel de células o de los elementos intercelulares.

La Anatomía Patológica así conceptuada es una de las ramas de la erudición médica cuya creación y perfeccionamiento son relativamente modernos.

De hecho la medicina científica se inicia en Grecia y en verdad en la Escuela de Cos con Hipócrates (460-337, antes de J.C.), más su importancia estriba en la

descripción de los síntomas de las enfermedades (incipientes balbucesos terapéutico-farmacológicos cimentados en cierta abstrusa fisiología humoral, resumida en que un estado de salud corresponde a adecuada condición de equilibrio entre los fluidos o humores humanos, siendo estos según sus hipótesis en número de cuatro: sangre, bilis amarilla, flema y bilis negra), y con escasos datos acerca de alteraciones morfológicas especialmente aparentes al examen externo del enfermo, de entonces tenemos por ej. la magistral descripción del semblante del sujeto agónico cuyo mérito persiste no obstante el transcurso de los siglos: es la "Facies hipocrática" nariz afilada, ojos y sienes hundidos, pabellón de las orejas fríos y contraídos con sus lóbulos vueltos hacia adelante, piel tensa y reseca, cara pálida, párpados lívidos, boca abierta, labios flácidos y descoloridos.

A continuación de estos trabajos aparece la afamada Escuela de Alejandría, cuyas labores se especializa en Anatomía descriptiva donde fueron verdaderos maestros Herófilo y Erasístrato.

Ulteriormente en Roma debemos recordar a Cayo Cornelio Celso, conocedor de las doctrinas médicas, observador audaz y gran admirador de Hipócrates a quien debemos la primera observación de los signos anatómopatológicos de la inflamación; "calor, tumor, rubor, y dolor" descripción que dos mil años después conserva su mérito incontestable.

Galeno, último representante de la Escuela de Alejandría, es el personaje más interesante de la Medicina Romana y uno de los más sobresalientes de la historia; pero, su magna obra, se particulariza hacia la Anatomía Descriptiva, la Fisiología y la Clínica.

Las restricciones impuestas sobre el desarrollo cultural, durante los siglos que prosiguieron a la caída del Imperio Romano, finalmente fueron levantadas durante la época del Renacimiento.

La renovación en los estudios médicos se caracterizó por el intenso interés en el conocimiento del cuerpo humano. Las investigaciones anatómicas fueron es-

timuladas por gobernantes ilustrados, y los secretos de la Fábrica del cuerpo humano eran rápidamente revelados y divulgados.—Tales hallazgos coinciden también con los primeros descubrimientos de las leyes de la Naturaleza.

Fué inevitable que la Medicina enfrentada con la enfermedad que era un enigma, buscarse en la anatomía descriptiva un apoyo en su afán por inquirir la verdad.

En 1761, aparece el monumental trabajo de Morgagni, el primero que sistemáticamente efectúa autopsias, y así mismo cupiéndole el honor por primera vez, de establecer de una manera sistemática una relación formal entre los síntomas de las enfermedades y las lesiones anatómicas.

Y esta concepción puramente anatómica, o morfológica dominó por una centuria revolucionando el diagnóstico clínico permitiendo referir los síntomas fluctuantes de las enfermedades a cambios anatómicos visibles. Y no fué hasta ese entonces, qué métodos más exactos de examen, como auscultación, percusión o palpación, pudieron desarrollarse.

Ulteriormente en 1860, Rodolfo Virchow, en una de las mayores contribuciones al progreso de la Anatomía Patológica reconoció la inevitable esterilidad de la simple apreciación estática de las alteraciones estructurales asociadas con la enfermedad. Su axioma: la enfermedad no es otra cosa que la vida bajo condiciones "alteradas" inició el concepto moderno de la Anatomía Patológica.

Como se comprende para llegar al estado en el cual se hallan nuestros conocimientos fué menester que desarrollaran y progresaran muchas ciencias afines como son la Anatomía descriptiva y la Histología, como fundamentales, además la Embriología, Parasitología, Bacteriología, Física y Química Biológicas, Toxicología y de un modo especial la Fisiología.

Bajo este último aspecto es interesante conocer que los pioneros de la Fisiología, cuyos trabajos serían más tarde aplicados a la Anatomía Patológica, fueron los primeros estudiosos sobre metabolismo. Los brillan-

tes descubrimientos de este período comienzan con Lavoisier cuyas investigaciones le guían a la conclusión de que toda vida es un proceso químico. Los científicos que siguieron a Lavoisier notablemente aquellos de la Escuela de Munich como Liebig y Voit, estuvieron primariamente interesados en las reacciones químicas que tienen lugar en el organismo bajo la influencia de las células vivas, casi todo lo que hoy conocemos como fundamental en metabolismo fué ya descrito por ellos; y así fué como esta generación de trabajadores descubrieron que la conservación de la energía es aplicable a la nutrición, que el nitrógeno de la orina puede ser tomado como una medida para valorizar la destrucción proteica, etc.

Tales conceptos de antaño no ceden en importancia a los contemporáneos ya que así mismo significativos son los estudios que nos dicen acerca del rol que juegan las proteínas en la resistencia a la infección. Camron, en 1945 establece la dependencia que existe entre la formación de fagocitos y las proteínas del plasma sanguíneo y además aparece una relación directa entre el monto de consumo de dichas proteínas y la actividad fagocitaria.

Dr. Neftalí León G.

Profesor de Histología, Normal y Embriología de la Facultad de Ciencias Médicas.

CANCEROLOGIA

Contribución a la lucha contra el Cáncer en nuestro medio

Cómo se fundó, organizó y funciona el gran Instituto del radium del Hospital "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" de la Habana en Cuba.

Consideramos de importancia la publicación de esta reseña personal del Sr. Dr. NEFTALI LEÓN G., en razón de que, entre nosotros no hemos iniciado aún la lucha contra el cáncer y por lo tanto, el presente trabajo bien puede servirnos de orientación sobre lo que debería hacerse —al planificar— la impostergable campaña contra tan terrible mal. Iniciamos así una serie de trabajos de cancerología que lo mantendrá el antes mencionado profesor.— N. de la R.

ANTECEDENTES.—Corría el mes de Mayo de 1924, cuando un selecto y esforzado grupo de médicos, de la hermana República de Cuba, con honda conciencia de responsabilidad social y profundo sentido de humanidad, abrían el 24 de Julio de aquél mes, las puertas del "Instituto del Radium Juan Bruno Sayaz", anexo al Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes" de la Ciudad de la Habana. Sus propósitos fueron: Curar y

Aliviar el dolor del cáncer cuya enfermedad iba haciendo un alarmante porcentaje de víctimas, abandonadas a su destino fatal y sin ninguna esperanza de salvamento.

Cuatro años antes, el 20 de Julio de 1920, el Congreso de la República, por medio de una ley, refrendada por el entonces Presidente Doctor Mario García Menocal y publicada en día 28 del mismo mes y año en la gaceta oficial, había creado legalmente el Instituto en cuestión, como una dependencia de la Universidad de la Habana y adscrita a la Cátedra de Anatomía e Histología Patológica, por cuya razón, su director tenía que ser el profesor titular de dicha materia.

Los fondos para el mantenimiento del Instituto eran aportados por el Estado y se encontraban incluidos en el presupuesto anual del Hospital Mercedes. En dicha ley se determinaba sobre la prohibición de cobrar estipendio alguno por los tratamientos, así como la admisión a personas con bienes de fortuna; dando a entender por el espíritu de esta ley que, el Gobierno de Cuba creaba este servicio, en forma ampliamente gratuita para los enfermos cancerosos.

El Gobierno de la República en el año 1923 denominó al Instituto con el de "Juan Bruno Zayas" en memoria y honor del médico y Gral. Dr. Juan Bruno Zayas, Jefe del Servicio de Sanidad Militar en la Guerra de Independencia de Cuba, habiéndose distinguido además dicho profesional, como un médico de gran prestigio y de honda raigambre y simpatía en el pueblo cubano.

De acuerdo con el sentido y la Ley anunciada anteriormente para el Instituto, el personal fundador fué determinado como sigue:

Director, Dr. Enrique Casuso Oltra, Profesor de Anatomía e Histología Patológicas de la Universidad de la Habana.

Jefe de Laboratorio.—Dr. Ernesto Fonts Abreu.

Radiólogo.—Dr. Rafael Cañizares Versón.

Médico interno.—Dr. Plazaola.

Una Enfermera Jefe del Servicio.—.....

Dos Enfermeras para Salas.

Una Enfermera para Rayos X.

Y un Ayudante de Laboratorio.

En ese entonces el Instituto disponía de una planta de emanaciones con medio gramo de radium elemento, 296 miligramos de radium elemento para tratamiento directo distribuidos en tubos placas y agujas de un equipo de radioterapia profunda de 200 Kv; de un equipo de radiodiagnóstico y de un pequeño laboratorio para histopatología. Posteriormente, en agosto de 1937, el Congreso de la República dictó una Ley para este Instituto, por medio de la cual permitía cobrar honorarios de acuerdo con la capacidad económica del paciente, en razón de que muchos enfermos adinerados deseaban también recibir los servicios del Instituto del Radium para lo cual clasificaron: en enfermos pobres, o (clase a); enfermos de modestos recursos (clase b) y enfermos solventes (clase c); creándose a la vez el Departamento de Servicio Social al cual se encargaba la investigación de la situación económica del paciente; haciéndose hincapie en dicha Ley sobre el derecho que tienen los pacientes desprovistos de recursos de ser atendidos y tratados absolutamente gratis. Durante el primer año fueron atendidos 420 enfermos.

Después de la muy lamentada pérdida del Profesor Casuso, acaecida en el día del año 1928; por la dirección del Instituto del Radium se ha sucedido interinamente los doctores Filiberto Rivero, Profesor de Radiología y José Pereda Carrera, Profesor Auxiliar de Anatomía Patológica hasta la posición definitiva del Profesor Titular de la Materia doctor Nicolás Puente Duany quien en aquella época se encontraba disfrutando de un curso de perfeccionamiento en Europa.

En la ACTUALIDAD el Instituto del Radium del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, considerado con razón como uno de los primeros centros anticancerosos entre los de la América Latina, es digno de admiración, sobre todo, por su organización y eficiencia científica.

Para la admisión de sus pacientes, que hasta octubre de 1945 llegó al número de 20.650 cuenta con los siguientes servicios:

- I.—Consulta Externa.
- II.—Servicio Hospitalario Interno.
- III.—Departamentos de: Radiumterapia.
- IV.—Departamento de Roentgenterapia.
- V.—Departamento de Cirugía operatoria.
- VI.—Departamento de Electrocirugía y electrocoagulación.
- VII.—Departamento de Radiodiagnóstico.
- VIII.—Departamento de Servicio Social.
- IX.—Departamento de extensión y divulgación científica.
- X.—Departamento de Laboratorio Clínico.
- XI.—Departamento de Laboratorio de Histopatología.
- XII.—Departamento de Fotografía y microfotografías.

Administrativamente está constituido por un Director, quien a la vez es el mismo Director científico del Instituto; una señorita secretaria tres señoritas oficinistas, una señorita tesorera colectora y tres sirvientes.

De acuerdo con el anterior esquema, conozcamos sus diferentes servicios guiándonos por el probable paso de un enfermo a través de ello.

CONSULTA EXTERNA

Habiendo solicitado atención de un paciente es reportado por una señorita del servicio social, quien se encarga del encabezamiento de la historia clínica, anotando su nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación etc., y sobre todo trazando su hoja económica en la cual se descubre el estado de solvencia económica y la situación social del enfermo, con objeto de conseguir el mejor intercambio de colaboración entre el Instituto y los pacientes; entonces pasa al servicio de MEDICINA GENERAL e INTERNA cuyo jefe es el doctor Rodolfo Guerra Rousseau y tiene como asistentes a estudiantes de Medicina. En ese servicio se inicia la historia clínica del enfermo; es controlado mediante un examen

clínico completo, descubriendo su estado actual y anotando sus datos clínicos más salientes, para ser encauzados a la respectiva consulta de especialidad que le corresponde; pudiendo entonces el paciente, con la designación hecha por el médico clínico general y de acuerdo con el número de turnos que le corresponda concurrir a una de las siguientes consultas:

CANCEROLOGIA EN GENERAL.—(Cancer de la glándula mamaria, de los órganos linfoides, sistema nervioso, de los vasos, etc.) cuyo jefe es el Director y Profesor Dr. Nicolás Puente Duany, su auxiliar el Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta; asistentes médicos becados extranjeros y alumnos de Medicina.

CONSULTA DE CANCER DE LA PIEL Y DE LAS MUCOSAS.—Su jefe es el Dr. Ernesto Fonts Abreau y asistentes médicos extranjeros y estudiantes de Medicina.

CANCER DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS.—Su Jefe es el Dr. Rafael Cañizares Verson. Su auxiliar el Dr. J. Suárez Fernández, asistentes médicos extranjeros y estudiantes de Medicina.

CANCER DE LAS VIAS URINARIAS.—Jefe de este Servicio el Dr. Ricardo Portilla, médico consultor de este Servicio Dr. José Iglesias de la Torre, y médico honorario del servicio Dr. Roberto Torre Rubio.

CANCER DE LOS HUESOS Y PARTE BLANDAS. Dr. Wifredo Figueras González asistentes médicos extranjeros y estudiantes de Medicina.

CANCER DE LAS GLANDULAS DE SECRECION INTERNA Y ORGANOS INTERNOS (Pulmones, esófago e intestino). Jefe Dr. Mario Gómez Camejo. Asistentes: Estudiantes de Medicina.

CANCER DE LOS OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA; DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES.—Jefe

Dr. Federico Fusté. Especialista del Servicio Dr. Orlando Daumy Amat, Dentista-Consultor: Dr. Raúl Mena Serra. Asistentes.—Médicos extranjeros y estudiantes de medicina.

Efectuado, el primer examen del paciente por el especialista, quien continúa la historia clínica anotando su sintomatología predominante y a la vez dejando gráficas y esquemas de la localización y amplitud de la lesión, puede ser el enfermo enviado a uno de los siguientes laboratorios de chequeo de acuerdo con el examen solicitado.

DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO.—

La parte técnica está a cargo del Dr. Fidel Aguirre Medrano, Jefe del Servicio, y de sus ayudantes Dra. Olga Aguirre. En este Departamento son efectuadas fluoroscopias, y más frecuentemente mastografías, broncografías, ginecografías, pielografías, colecistografías, pneumoartrografías o radiografías simples de control pulmonar, de los huesos del tractus digestivo o urinario, etc.

La sección de Radiodiagnóstico propiamente dicha está a cargo del Dr. Gonzalo Elizondo Martel, jefe de este servicio y de una señorita secretaria ayudante en cuya sección además se guarda un prolijo archivo de todas las radiografías tomadas en la vida del Instituto.

DEPARTAMENTO DE EXAMENES CLINICOS.—

En este lugar existe el Laboratorio en donde se efectúan hemogramas, exámenes serológicos, de orina, de heces fecales, jugo gástrico, duodenal, etc. cuyo jefe es el Dr. Carlos Bidot y como técnico el Sr. Reynaldo Pérez.

DEPARTAMENTO DE HISTOPATOLOGIA.—

En él se encuentra un magnífico laboratorio bajo la supervisión del Director del Instituto Dr. Nicolás Puente Duany, Dr. Mario Gómez Camejo, jefe de este Servicio y de los técnicos Sres. Joaquín García y Wilfredo Alcover. Este servicio que constituye generalmente el orientador científico en el diagnóstico y pronóstico de cada

caso presta su valiosísimo contingente mediante biopsias directas o por punción de los órganos internos; su resultado se obtiene ya sea en el tiempo prudencial que requieren las preparaciones de los cortes a la parafina o celoidina o ya sea inmediatamente durante el acto operatorio mediante los procedimientos de congelación, como los demás laboratorios este lleva también un archivo perfectamente bien ordenado y numerado de acuerdo con la historia clínica correspondiente, tanto en su diagnóstico el cual consta en tres clases de libros (correspondientes a biopsias del Instituto, a biopsias de otros enfermos del Hospital, o a biopsias de las personas de fuera de estos servicios o particulares). archivándose también las láminas y los bloques de parafina correspondientes.

En el Departamento Fotográfico el paciente llega para ser tomada una fotografía de su lesión, la cual va en la primera hoja de la historia clínica del enfermo, para ser comparada con posterioridad con otra fotografía de control. En este mismo servicio se hacen fotografías reducidas de las radiografías en tamaños 6 x 9 las cuales se adjunta sistemáticamente a la historia clínica, así como microfotografías de las lesiones más importantes o fotografías de las piezas extirpadas en cada caso; de manera que el Jefe de cada consulta pueda ver en cada historia clínica de su enfermo un sistema de gráficas, las cuales muy elocuentemente indican la evolución de cada caso.

Chequeado el enfermo por uno o todos los servicios antes descriptos regresa a consultar con el especialista, quien junto con la historia clínica del paciente recibe también los exámenes solicitados entonces, después de efectuar un nuevo control, instituye su tratamiento, el cual puede ser clínico, físico, quirúrgico o combinado. El tratamiento clínico lo hace mediante medicamentos, hormonas, o regímenes dietéticos, etc., cuya prescripción lleva el enfermo por escrito. El tratamiento físico consiste en radiumterapia o roentgenterapia el cual se efectúa en el Instituto. El quirúrgico puede ser de cirugía menor o mayor, las cuales se efectúan también en el mismo Instituto. En el tratamiento combinado, como

se comprende, entra generalmente cualesquiera de los tratamientos antes anotados. De seguir el paciente el tratamiento radiumterapéutico asiste al respectivo departamento cuyo jefe es el Dr. Ernesto Font's Abreu, en este, recibe el paciente, de acuerdo con cada caso ya sea radium elemento; ya sea también radon o radium emanación para lo cual el Instituto dispone de una planta productora cargada con 500 miligramos de radium elemento, bajo la dirección del preparador y distribuidor del radium, técnico-físico Sr. Constant Audrain y de un ayudante, quienes proporcionan el radium emanación en forma de semillas de oro.

El Jefe de ese Departamento lleva prolijamente el tratamiento de control de cada caso en un libro indicando el tiempo filtraje, distancia, técnica y cantidad de energía radiante en miligramos hora empleada cada día y en cada enfermo, el mismo que es anotado también en la hoja correspondiente de la respectiva historia clínica.

El Departamento de Roentgenterapia atiende en la actualidad un promedio diario de 70 enfermos, o sea un total 2,100 sesiones de terapia en 30 días, las cuales equivaldrían a 21,000 sesiones de terapia en 300 días. Para este servicio el departamento dispone de cinco equipos de Terapia Profunda de los cuales uno es de 120 Kv. 2 de 200 Kv. 1 de 220 Kv. y otro de 250 Kv. de la Genelectric, con la dotación completa de filtros, conos y localizadores para cada equipo y para cada clase de técnica a emplear. Este Departamento lleva asimismo un prolijo control de los enfermos atendidos en una hoja especial en la cual les anota la fecha, el número de tratamientos, la técnica empleada en cada caso en relación con la región irradiada en superficie, el número de campos, el tiempo, la dosis por campo y por día, la dosis total, el peso del enfermo y los factores del aparato correspondiente a kilovoltaje, miliamperage, distancia foco-piel y filtros empleados, y por fin las observaciones que se anotan durante la evolución del tratamiento. El Jefe de este Departamento es el Dr. Carlos Gárciga Ramírez quien dispone de una secretaria ayu-

dante y de dos estudiantes de medicina asistentes, y médicos extranjeros.

En caso de necesitar el paciente un tratamiento quirúrgico, este puede ser mediante los procedimientos de cirugía menor, los cuales se efectúan en servicios adecuados del Instituto y convenientemente acondicionados para la práctica de cirugía fría, electrobisturí o electrocoagulación previa anestesia local y con control constante del paciente, quien generalmente es deambulante o de la consulta externa. De necesitar el enfermo el servicio de cirugía mayor es hospitalizado. Con este objeto el Instituto dispone en su segunda planta, y adjunto al Hospital Mercedes de dos Salas, de las cuales Santa Magdalena está dedicada para mujeres y San Ramón para hombres. Cada una dispone además de servicios particulares para pensionistas. Ingresado el enfermo en una de estas salas es preparado de acuerdo a la intervención que va a efectuarse, de acuerdo con su estado general y el cual ha sido controlado ya con su chequeo clínico.

Para efectuar la intervención quirúrgica el Instituto dispone de 3 salones perfectamente confortables, inclusive con aire acondicionado y negatoscopios en cada sala y sobre todo con un personal de anestesistas y enfermeras especializadas; de estos tres salones los dos más grandes son para operaciones de las grandes cavidades o de las extremidades y el tercero que es un salón más pequeño para especialidades de otorinolaringología o para operaciones en los máxilares. Los cirujanos que operan los enfermos del Instituto son: los doctores Rafael Cañizares Verson y doctor J. Suárez Fernández en Ginecología. El doctor Wilfredo Figueras González como cirujano general, el doctor Eugenio Torroella tubo digestivo, pulmones y vísceras profundas, los doctores Ricardo Portilla Sánchez, doctor José Iglesias de la Torre y Roberto Torre-Rubio vías urinarias. Los doctores Orlando Daumy Amat, Federico Fusté Fusté y Raúl Mena Serra tumarse de la especialidad otorrinolaringológica y de los maxilares.

Conocida la estructura fundamental del Instituto del Radium, describiremos en una forma sucinta la historia clínica del paciente:

Esta significa como el recuento de la vida patológica del enfermo a su paso por la Institución. Después señalaremos los Departamentos y funciones complementarias que aún no se han comentado, como el Museo, la extensión cultural del Instituto, etc.

La historia clínica la va formando el paciente en el decurso del tiempo que pasa por diferentes servicios; así la primera hoja es un reporte de diagnóstico provisional, esta la inicia el personal del servicio social quienes elaboran al mismo tiempo la hoja número 19, la cual investiga la situación económica y social del consultante; entonces, el médico clínico internista se encarga de completarla y de acuerdo con los interrogantes en ella impresos por medio de los cuales se trata de averiguar la causa de su consulta y la probabilidad de poseer verdaderamente una neoplasia. En la segunda hoja el médico clínico efectúa el recuento anamnésico y patológico del enfermo, insistiendo sobre los antecedentes personales y hereditarios relacionados a su enfermedad así como sus hábitos y funcionalismo patológico predominante. En la tercera hoja el clínico describe la enfermedad actual del consultante, su comienzo, evolución y terapéutica recibida, después de lo cual sienta un diagnóstico provisional, con el cual pasa al médico especialista, quien efectúa a su vez un control especializado del órgano u aparato afectado, describiendo y dibujando la lesión en una forma perfectamente clara y definida para lo cual se ayuda de la serie de diagramas y de impresos esquemáticos que para todo caso tiene el especialista en su servicio entonces en hojas de indicaciones especiales pide los exámenes complementarios del caso, con cuya constancia el paciente se traslada al laboratorio requerido, obteniendo su resultado al siguiente día en hojas de respuesta propias de cada laboratorio, las cuales tienen un color que corresponde a cada tipo de examen; entonces regresa el enfermo con sus exámenes en el próximo día de consulta donde el especialista, quien instituye definitiva-

mente el tratamiento adecuado. Todo el material de control va adjuntándose a la historia clínica así como la quinta hoja en la cual el médico asistente lleva el curso diario que ha tomado la enfermedad su tratamiento y los síntomas nuevos que aparezcan. Cuando el enfermo ha terminado su tratamiento se adjunta también a su historia clínica la hoja correspondiente de Terapia, radium o de tratamiento quirúrgico que haya recibido, así como las comunicaciones que envía el enfermo desde su casa cuya dirección la tiene el médico tratante con el objeto de seguir su control posterior, para este objeto el paciente es citado dentro de un tiempo prudencial y de acuerdo con el caso particular. Generalmente lo controla semanalmente, mensualmente, trimestralmente o semestralmente hasta dos o tres años y en ocasiones hasta 5 años, después de cuyo tiempo se lo considera curado. Cuando el paciente no asiste a su control el médico tratante que conserva un sistema de tarjetas de control de citaciones da parte al Servicio Social para que indague por el enfermo hasta obtener algún resultado de él. Terminado el tratamiento completo del enfermo y por un tiempo considerado suficiente o fallecido el paciente la historia clínica es archivada.

EL ARCHIVO.— De historias clínicas del Instituto del Radium con un número actual hasta de 20,550 constituye por sí solo un grandioso caudal científico en el cual el investigador puede encontrar las enseñanzas más instructivas y saludables para la ciencia cancerológica. Este archivo se encuentra perfectamente controlado mediante tres sistemas: estos son: de estadística cronológica, mediante una clasificación diagnóstica codificada y mediante una guía de apellidos del paciente.

Mediante el sistema de estadística cronológica las historias clínicas son dispuestas en cuatro secciones: la primera en la cual se encuentran las historias clínicas en movimiento actual de los enfermos en tratamiento. La segunda sección corresponde a las historias clínicas de los enfermos que deben venir hasta dentro del lapso de un año. La tercera sección corresponde a las histo-

rias clínicas de los enfermos que pueden venir después de un año y que se presumen curados y la cuarta a la de los casos fallecidos.

Mediante la clasificación diagnóstica codificada las historias clínicas tienen, para facilitar su búsqueda, dos referencias la una es mediante un sistema de colores la misma que por igual se halla en cuadro patrón de clasificación diagnóstica y en la parte más visible de la historia clínica; y la otra, mediante el número correspondiente de acuerdo con un cuadro o lista de codificación de orden o distribución científica elaborado por el Director del Instituto iniciándose su número en el 000,00 y llegando hasta el 400,00. En esta codificación se encuentran codificados los tumores por aparatos y por su estructura histológica. Dicho número que corresponde a su diagnóstico histológico, es puesto de acuerdo con el número correspondiente de la codificación, así mismo, en la parte más visible de la historia clínica.

Por fin mediante la guía de apellidos, para esto existe en el Departamento correspondiente de historias clínicas un tarjetero en el cual en diferentes gavetas se encuentran tarjetas ordenadas por un índice alfabético, para este orden se ha tomado el primer apellido o paterno del paciente el cual es puesto en la parte saliente de la tarjeta, de tal manera que al tomar la tarjeta se encuentra anotado en ella: el número de la historia clínica, el apellido paterno, el apellido materno, el nombre propio y la fecha en la cual ingresó al servicio. Así, todas las historias clínicas o sea la historia vivida de todos los enfermos que pasaron por el Instituto se encuentran perfectamente chequeadas.

Como Departamento complementario del instituto y de los cuales no está descrito aún encontramos: el Servicio Social, el cual está desempeñado por trabajadoras sociales, dirigidas por la doctora Enriqueta Alvarez Navarro, secretaria del Director. Estas señoritas se encargan no solamente de iniciar la historia clínica y elaborar la hoja social y económica sino de una ligera labor de acercamiento entre el enfermo y el Instituto. Ellas visitan los enfermos en las salas del Hospital o en sus domicilios particulares, departen en la forma más con-

fidencial invitándoles a la confianza y de esta conversación ellas trazan la hoja emocional en la cual la visitante anota los importantes datos de orden psicológico, social y económicos del paciente; así muchas veces consiguen colaborar decisivamente en la solución de los diferentes problemas que tienen los enfermos visitados. Estas señoritas se encargan también de establecer correspondencia con los pacientes remisos, con el objeto de conseguir su concurrencia al Instituto para lo cual disponen también de franquicia gratis concedida por el Gobierno tanto para el remitente como para el paciente.

Existe también en el Instituto un Departamento de Museo en el cual se conservan más de 1.000 piezas anatómicas de casos operados en el Instituto considerados de alto valor científico.

Ultimamente, el Instituto acaba de inaugurar en ceremonia sencilla, pero muy elocuente, una sala para niños cancerosos; servicio considerado como un imperativo de primer orden, y en el cual, en la actualidad se pueden atender a lactantes o de la primera o segunda infancia con la independencia, confort y comodidad adecuada que ellos requieren; disponen además de diferentes juguetes adecuados para sus edades, de un radio propio, de una máquina proyectora de películas y de un personal adecuado para ellos.

En cuanto a las funciones complementarias del Instituto del Radium, tenemos que indicar que ellas son de orden educativo y de orden científico, pues en este Instituto reciben sus saludables enseñanzas los estudiantes de Medicina de la Universidad de la Habana, médicos extranjeros becados que constantemente vienen desde México, Panamá, el Ecuador, Guatemala y República Dominicana. En este Instituto se organizan anualmente desde el mes de enero un Curso de Cancerología para post-graduados. El Instituto cuenta con una valiosa y escogida Biblioteca de la especialidad la cual está sirviendo constantemente de consulta para su personal encontrándose atendida por la muy eficiente secretaria del Director quien tiene la facultad de entre-

gar el libro que solicite el médico, previa una constancia y por un lapso de tiempo razonable.

Los viernes a las 11 a. m. se reúnen en la Dirección el personal médico y los estudiantes de Medicina que trabajan en el Instituto para el staff meeting. A estas reuniones se llevan los casos que revisten verdadero interés científico o los que constituyen un problema para su diagnóstico. Entonces dichos casos son comentados y discutidos en un ambiente de amplia colaboración y camaradería. Después de lo cual, el Director hace un análisis de lo discutido y expone su opinión personal en forma de conclusión. Todo esto es tomado por la señorita Secretaria para los Archivos de los staff meeting, indudablemente estas reuniones resulta muy provechosas para los facultativos como para los pacientes, puesto que el caso en estudio contribuyen con la opinión valiosa de los dirigentes especialistas.

En la Revista Médica Cubana correspondiente al primer número del año de 1942, apareció una amena sección de Oncología destinada a los trabajos de los miembros del staff del Instituto del Radium del Hospital Mercedes. Como lo expresa en un artículo de dicho número el incansable Director de la Institución, éste Instituto necesitaba de una manera urgente un órgano propio de publicaciones para los trabajos originales que escribían sus médicos. En la actualidad el Instituto del Radium cuenta con un órgano propio de publicación llamado "Archivos Cubanos de Cancerología", considerado como una de las mejores revistas de esta índole en la América del Sur. Este órgano de publicación el cual contiene trabajos perfectamente documentados producto de la vida científica de los trabajos que se efectúan en el Instituto ha sido solicitado por un sinnúmero de instituciones científicas análogas y por médicos cultores de esta especialidad en el mundo entero, esto ha dado ocasión a que se establezca un nutrido y valioso canje con revistas extranjeras de cancerología, viniendo así a aumentar constantemente el caudal literario de la biblioteca, y a la vez colocando al Instituto del Radium en el sitio que él lo merece en el concierto del mundo científico. El Director de esta Revista es el

Director del Instituto, Profesor doctor Nicolás Puente Duany, quien ha dado a dicho órgano de publicación todo el valor que ha alcanzado con él colaboran un selecto staff de redactores nacionales y extranjeros. Al dejar el Instituto del Radium, la Dirección planificaba la realización de los siguientes proyectos:

Ampliación de local a una tres o cuatro veces su capacidad actual, puesto que el número de pacientes se habían multiplicado y las tres plantas del local, resultaban ya reducidas.

Pretendían también, adquirir nuevos equipos de Terapia y en general, de nuevo material para el tratamiento del cáncer.

Organizaban un Departamento dedicado exclusivamente a la investigación y Medicina Experimental relacionada a la Cancerología, para lo cual su director seleccionaba un personal técnico y un local debidamente equipado.

El último proyecto de la Dirección del Instituto Radium de la Habana fué la creación de un Departamento de chequeo o de control de personas sanas, con el objeto de descubrir un posible estado precanceroso o de corregir oportunamente ciertas afecciones que podrían predisponer a la iniciación o aparición del cáncer en una persona aparentemente normal constituyendo como se vé ese proyecto, una valiosísima inquietud de avanzada, puesto que la Medicina del porvenir será la Medicina preventiva, la verdaderamente humana, científica y razonable, adaptada a la condición que debe imperar siempre en los actos del hombre como ser libre e inteligente.

Antes de terminar esta ligera reseña, es justo y digno de subrayar el gran esfuerzo creador del Gobierno, de los profesionales médicos y del pueblo Cubano; además de la profunda labor científica que se respira en el Instituto del Radium del Hospital de Ntra. Señora de las Mercedes de la Habana se siente en él, un ambiente de verdadera solidaridad Continental; pues a su seno acuden en pos de conocimientos de la especiali-

dad, médicos de toda Sud América, de Centro América y de México. El mismo Instituto, por medio de la Universidad de la Habana, sostiene becas como la del suscrito; demostrando así, su amplio sentido de colaboración internacional y científica, razón por la cual, la hermana República de Cuba ocupa en la actualidad, un muy alto sitio, en la medicina mundial.

Dr. Eduardo Yépez V.

Profesor Agregado de Clínica
Ginecológica

GINECOLOGIA

El Cáncer del Cuello Uterino.--Incidencia Diagnóstico Precoz

Para la Clase Médica y más aún para los profesionales, que dedican su actividad al estudio y tratamiento de las enfermedades propias de la mujer, no puede constituir novedad la alta incidencia del cáncer del útero, especialmente de su porción cervical.

Sin embargo, a pesar de constatar cuotidianamente esta desalentadora realidad, parece que se la pasara por alto, tratando quizá de rehuír o de menospreciar la tremenda responsabilidad que pesa sobre el profesional médico, en relación con este grave problema, problema que dice relación con la supervivencia en más o menos años de una mujer o que dice anulación a corto plazo de una vida femenina.

Todos los días acuden a la Consulta Ginecológica del Hospital "Eugenio Espejo" mujeres de variada edad, de diverso estado civil, unas en actividad ovárica o en vida sexual activa, otras ya menopáusicas, portadoras de cáncer cervical, casi siempre en estadios avanzados de evolución, por lo mismo inoperables y en los cuales ni la radiumterapia ni la roentgenterapia van a conseguir jamás curaciones clínicas.

No queremos referirnos a la educación que debe recibir la mujer según los postulados racionales de toda lucha anticancerosa, pero sí hacemos hincapié en la

ineludible obligación del Médico de no omitir el examen oportuno para despistar la posibilidad de degeneración carcinomatosa. Si sus aficiones profesionales le han alejado del campo ginecológico, es honrado que remita su enferma a un especialista, quien ante un caso sospechoso deberá agotar todos los medios de exploración y diagnóstico para indicar a tiempo la conducta terapéutica, pudiendo llegar a conseguir así y sólo así el éxito de tratamiento, al mismo tiempo, que contribuye, por medio del diagnóstico precoz, a hacer la verdadera profilaxis. "Son pocos los médicos que ignoran que generalmente, el primer signo del cáncer del cuello es la hemorragia intermenstrual o después de la menopausia; a pesar de éllo, no practican las exploraciones necesarias para determinar el estado del cuello en todas y cada una de las mujeres que a ellos acuden por esa causa".

En estas breves páginas presentamos:

I) — Datos estadísticos del Servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital "Eugenio Espejo".

II) — Prueba de Schiller, colposcopia y biopsia en 50 casos sospechosos de cáncer cervical. (*).

III) — Diagnóstico histopatológico (**). Tratamiento.

IV. — Comentario.

I

Los datos estadísticos sobre la incidencia del cáncer cervical corresponden a un espacio de tiempo de 2 años, de Noviembre de 1947 hasta fines de Octubre de 1949.

Sobre un total de 1377 exámenes realizados en este tiempo hemos encontrado 177 casos de cáncer del cuello uterino, lo que nos da un porcentaje del 12,85%. Para la clasificación según el grado de extensión de la

(*) — La prueba de Schiller, colposcopia y biopsia fueron realizadas por el señor Ramón Arroba, egresado de la Facultad de Ciencias Médicas.

(**) — El diagnóstico histopatológico fue hecho por el señor Lcdo. Dn. Jaime Rivadeneira.

neoplasia nos referimos a la aceptada por el Comité de lucha contra el cáncer de la Liga de las Naciones:

Grado I El desarrollo neoplásico está estrictamente limitado al cuello. No existe invasión de los tejidos paracervicales ni de la vagina, en forma que el útero se percibe completamente libre a la palpación.

Grado II: La neoplasia ha invadido la vagina. El parametrio puede estar invadido en alguna extensión o no estarlo, pero el útero conserva cierto grado de movilidad.

Grado III: La neoplasia ha infiltrado el parametrio y llegado a la pared de la pelvis en uno o en ambos lados, inmovilizando total o parcialmente el útero. En este grupo se incluyen los casos en los cuales la vagina ha sido invadida extensamente y también, aquéllos con metástasis aisladas en la parte inferior de la vagina y en los ganglios de la pelvis.

Grado IV: En este grupo, sin esperanza de curación, se incluyen los casos en los cuales, además de la invasión masiva de los parametrios, de la vagina o de ambos, existe la de las vísceras adyacentes y hay grandes metástasis.

Además señalamos un número de casos, que los incluimos bajo el nombre de cáncer incipiente. Para colocarlos dentro de este grupo nos hemos guiado por el criterio clínico, hasta poder verificar las indispensables comprobaciones que puedan poner el diagnóstico verdadero. Como datos de criterio clínico señalamos los clásicos de dureza del cuello, de friabilidad, de facilidad para sangrar, pero no nos hemos atendido a sólo estos datos ya que en algunos casos de cáncer incipiente no hay friabilidad de los tejidos, la prueba de Chrobak es negativa y la facilidad para sangrar se la tiene también en algunos casos de cervicitis. Hemos dado importancia a la visión macroscópica del ectocérvix, zonas de erosión, ulceraciones pequeñas, una superficie de la mucosa ligeramente elevada, una superficie deslustrada e irregular, una superficie menos transparente, blanca, etc.

Cáncer incipiente	29	16,38%
Grado I	19	10,73%
Grado II	42	23,73%
Grado III	75	42,37%
Grado IV	12	6,79%

Según la edad:

17 años	1	0,56%
20 a 30 años	9	5,08%
31 a 40 años	56	31,63%
41 a 50 años	72	40,68%
51 en adelante	39	22,03%

Relacionando los datos anteriores de incidencia por edades con los que nos traen las estadísticas extranjeras, europeas y norteamericanas salta a la vista que la edad de predilección es de los 41 a los 50 años y que pasado este tiempo el porcentaje decrece. En ésta nuestra estadística concuerda. No así en lo que se refiere a las edades más tempranas; podemos afirmar que entre nosotros no es muy raro el cáncer del cuello uterino de los 20 a los 30 años y que es frecuente de los 31 a los 40 años. Esta frecuencia en los dos últimos períodos de edades señalados tiene relación con la opinión de Enrique Thwaites Lastra y Alfredo Jakob, quienes en el trabajo presentado en las Quintas Jornadas Rioplantenses de Obstetricia y Ginecología (1944) hacen resaltar que los cánceres iniciales encontrados corresponden a mujeres jóvenes, cuya edad estaba comprendida entre los 24 y 34 años.

II

Entre 430 enfermas examinadas en un período de tiempo de 6 meses se seleccionaron 50 enfermas catalogadas como posibles portadoras de cáncer cervical, ya por los datos obtenidos con el examen directo del cuello, ya también por sus antecedentes, en especial hemorragias premenstruales, intermenstruales, (particu-

larmente hemorragias después del coíto), postmenopáusicas.

Previamente a efectuar la biopsia, hacemos sistemáticamente la prueba de Schiller, embadurnando el hocico de tenca con solución de Lugol. Esta prueba, que es tan sencilla y que la puede practicar todo médico, la consideramos por ésto de valor. No es como sabemos una prueba diagnóstica, pero sin lugar a duda nos puede señalar los sitios Lugol negativos, cuyo epitelio no es normal y sobre los que debemos efectuar la colposcopia y luego la biopsia.

En segundo término hemos verificado la colposcopia. No queremos menospreciarle como algunos autores norteamericanos, ni señalarle la exagerada importancia que le dan algunos autores argentinos, sobre todo Jakob. Es cierto que el colposcopio como medio diagnóstico debe hallarse en manos experimentadas y que no es un medio que puede emplearse cuotidianamente, por el tiempo que requiere; pero como medio orientador para el diagnóstico, tiene su valor. Si el colposcopio nos indica una zona leucoplásica o alguna otra imagen típica, sobre élla realizaremos la biopsia, teniendo así mayores probabilidades de éxito en la búsqueda de cáncer cervical incipiente.

Por último verificamos la biopsia.

Siempre hemos preferido hacer un corte cuneiforme con tijera o bisturí, de manera de tener una porción de cuello que incluya la superficie y una parte del tejido subyacente; este procedimiento en contra de la preferencia de Schiller de hacer biopsias superficiales tiene la ventaja de proporcionarnos el suficiente material para ver al microscopio el estado de la superficie y además, lo que es importante, el estado de las capas más profundas, "¿por qué privarnos —haciendo sólo biopsia superficial— de descubrir la existencia o ausencia de invasión del tejido subepitelial?".

Para escoger el sitio en donde vamos a efectuar el corte cuneiforme, nos guiamos por las zonas Lugol negativas o por las imágenes colposcópicas y siempre en el límite de una erosión o en la unión del ectocérvix con el endocérvix.

Sin lugar a duda el procedimiento de elección para el diagnóstico precoz del cáncer cervical es la biopsia con el estudio histopatológico. Esto nos dará siempre la palabra final. No obstante insistimos en el valor de los medios de orientación como son la reacción de Schiller y la colposcopia, sobre todo de la primera por ser sencilla y factible en cualquier medio y por todo médico.

De los 50 casos observados, 7 corresponden a cáncer cervical, lo que da un porcentaje del 14%.

Esta cifra está muy por encima de las extranjeras, así Pemberton y Smith sobre 669 casos de cáncer cervical observados en el Free Hospital for Women señala el 2,39% de casos diagnosticados exclusivamente por examen microscópico y Galvin y Te Linde de la John Hopkins Clinic encontraron 8 veces cáncer microscópico en 704 biopsias cervicales practicadas en un año, lo que equivale al 1,13%.

III

El diagnóstico histopatológico es el siguiente:

1) —XII—2/48.—R. C.—Tejido de aspecto sarcomatoso reticulado. Sarcoma del cuello.

2) —II—16/49.—M. E. A.—Carcinoma preinvasor.

3) —II—23/49.—C. G.—Carcinoma basal muy indiferenciado.

4) —IV/49.—M. M.—Carcinoma espinocelular en un grado no muy avanzado de diferenciación. (Fig. 1 y 2).

5) —V/49.—Z. R.—Adenocarcinoma.

6) —24—VI/49.—L. M. H.—Carcinoma basocelular del cuello.

7) —VI/49.—M. C.—Carcinoma preinvasor. (Fig. 3 y 4).

Total	7	14%
Cervicitis crónica	27	54%
Cervicitis crónica y huevos de Naboth .	3	6%
Cervicitis aguda	3	6%
Cervicitis crónica y leucoplasia	2	4%
Cervicitis crónica con brotes agudos re- cidivantes	2	4%
Cervicitis crónica quística	1	2%
Cervicitis crónica con reacción mío- mática	1	2%
Cervicitis crónica con gran infiltración de eosinófilos	1	2%
Leucoplasia	1	2%
Tuberculosis cervical	1	2%
	50	100%

Las estadísticas de tratamiento por irradiación nos señalan un porcentaje de "curaciones" absolutas de cinco años en un 28,5% (Ward y Sackett), cifra que está por encima de los mejores resultados operatorios, 25,2% de "curaciones" absolutas de cinco años, según Víctor Bonney, con histerectomía total radical por vía abdominal; 21,5% de "curaciones" absolutas de cinco años, según Peham y Amreich, con histerectomía radical por vía vaginal.

A pesar de estos datos, preferimos en el tratamiento del cáncer incipiente la cirugía, siguiendo el criterio de Te linde, que nos parece muy acertado. Hacemos histerectomía radical por vía abdominal, en los casos de cáncer circunscrito al cuello; no hacemos disección de los ganglios, por dos razones, la primera porque en la histerectomía radical con extirpación de los ganglios la mortalidad es mayor y la segunda porque sabemos que la participación ganglionar en el cáncer cervical es tardía y además porque Peham y Amreich, que hacen histerectomía radical por vía vaginal, no intentan siquiera la disección ganglionar y ya anotamos el porcentaje que han alcanzado en "curaciones" y el escaso porcentaje de mortalidad.

Siempre procuramos dejar un ovario restante, esto con mayor razón si la portadora del cáncer es mujer joven. Con esto conseguiremos una menopausia quirúrgica, que se instale gradualmente, sin el cuadro rico en sintomatología de la menopausia por castración total. Al conservar un ovario en los casos que se juzgue necesario también tenemos en cuenta la poca frecuencia de metástasis en el ovario y que cuando éstas se producen lo hacen tardíamente.

En el pequeño número de casos operados no hemos tenido ningún inconveniente. Desgraciadamente no ha transcurrido el tiempo necesario para poder hablar de "curaciones" absolutas. Hasta el momento actual, sin embargo, las enfermas operadas se encuentran bien.

Creemos que la cirugía radical practicada en la forma expuesta irá ganando terreno y mejorará la estadística de mortalidad y morbilidad, aumentando al mismo tiempo el porcentaje de "Curaciones". En el momento actual contamos además con un rico arsenal terapéutico para el pre y postoperatorio, sobre todo con la medicación antibiótica y quimioterápica.

IV

Si en muchos países se ha insistido razonablemente sobre la necesidad de la lucha anticancerosa en una forma sistemática e ininterrumpida como el medio más adecuado para hacer posible el control y diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino, única forma de hacer profilaxis de tan terrible mal, entre nosotros aquello viene a ser un imperativo inaplazable, por las razones siguientes, que tornan más sombrío nuestro problema:

1ª) —El porcentaje de cáncer del cuello uterino sobre un número total de enfermas que concurrén a la Consulta por múltiples y variadas causas de orden ginecológico, es decir, sobre un total de enfermas no seleccionadas es muy alto.

2ª) —El porcentaje de cáncer cervical diagnosticado microscópicamente entre un grupo de enfermas se-

leccionadas, es decir, sospechosas de ser portadoras de cáncer incipiente es también elevado.

3ª) —Es muy alto el porcentaje de enfermas, 42, 37%, que han acudido a la Consulta en un Grado muy avanzado de invasión (Grado III), y que por lo mismo han traspuesto el límite de la operabilidad y que en la radiumterapia y roentgenterapia profunda apenas tendrán una última esperanza, sin ninguna seguridad de éxito.

Tiempo es ya de que exista un organismo encargado de iniciar y mantener un programa de lucha anticancerosa, dirigido al público y a la profesión médica, incluyendo una profesión conexas la obstetricia. Para el público nunca será bastante la campaña de divulgación por todos los medios posibles, conferencias, charlas, películas, prensa, radio, murales, etc. La divulgación por el cine, no importa que sea todo lo cruda y desagradable; si hay que hacer conocer la verdad, hay que mostrarla como es.

No se debe omitir esfuerzo para conseguir que toda mujer pasados los 20 años y sobre todo si se halla en vida sexual activa, concorra sistemáticamente por lo menos una vez al año a someterse a un examen ginecológico.

Las obstetricas deben tener en su práctica diaria como una idea fija, la de despistar la existencia del cáncer cervical; cuando al verificar un examen ginecológico hallen algo anormal, que desoriente su criterio, están en la obligación de enviar a su paciente a un medio especializado.

Por último el papel del médico es el que entraña mayor responsabilidad, por su mayor preparación, por su nivel cultural elevado y por su rol de defensor de la salud humana.



**Fig. 1.—M. M.—Biopsia cervical.—Carcinoma espinocelular en un grado no muy avanzado de diferenciación.
Congelación; hematoxilina - eosina
Ampliación: 80 diámetros.**

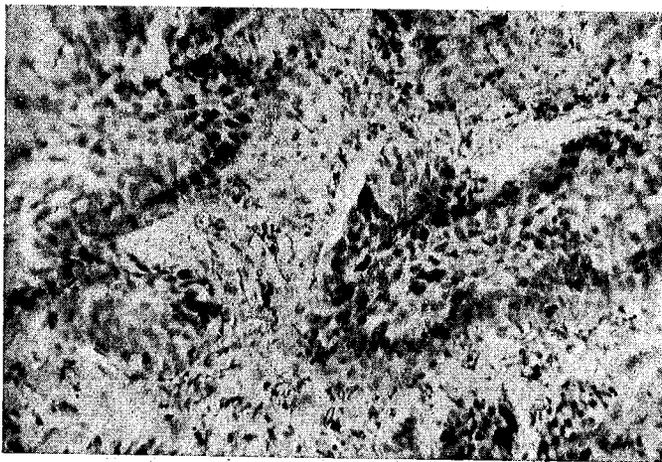


Fig. 2.—El mismo caso anterior.—Ampliación: 400 diámetros.

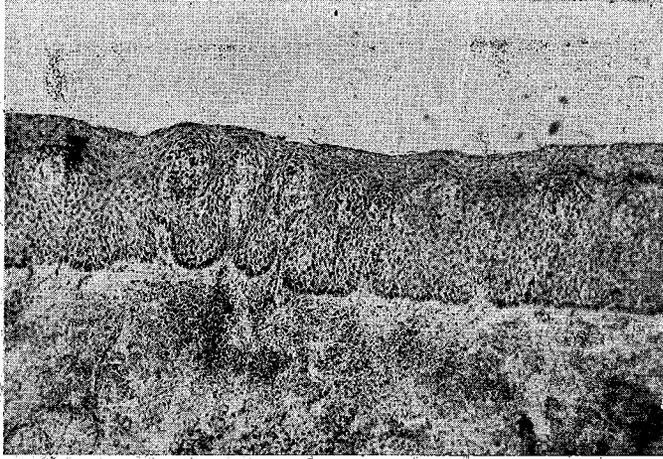


Fig. 3.—M. C.— Biopsia cervical.—Carcinoma preinvasor.
Congelación, hematoxilina, eosina.
Ampliación: 80 diámetros.

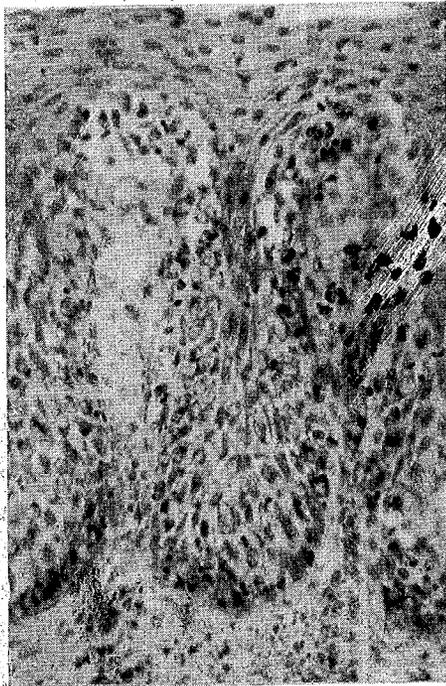


Fig. 4.—El mismo caso, anterior,— Ampliación: 400 diámetros.

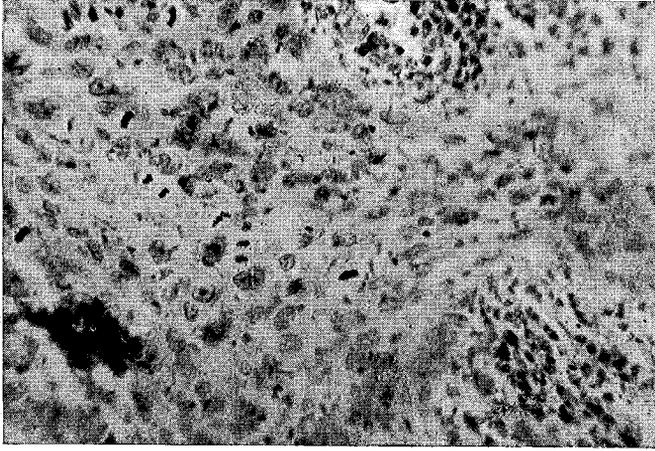


Fig. 5.—M. C.—Biopsia cervical de un carcinoma Grado I. Carcinoma espinocelular en un grado avanzado de diferenciación. Se ven abundantes mitosis, varias de éllas monstruosas. Congelación, hematoxilina - eosina.—Ampliación: 400 diámetros.

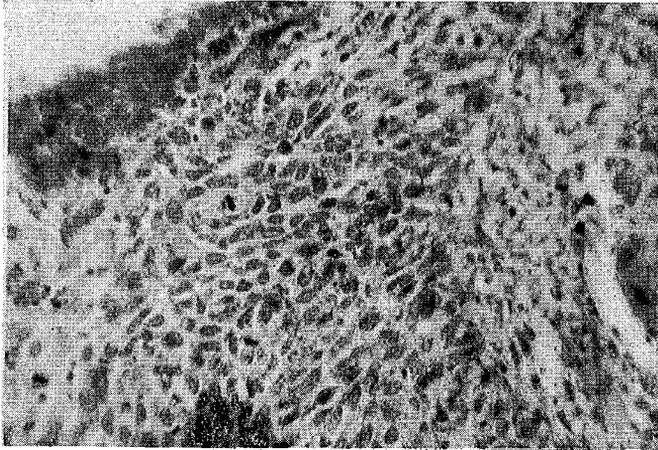


Fig. 6.—El mismo caso anterior.—En esta microfotografía se aprecia un estado menor de diferenciación.—Ampliación: 400 diámetros.

Dr. Gustavo Cevallos A.
Jefe de Trabajos Prácticos del Anfiteatro Anatómico de la U. C.

HISTORIA DE LA MEDICINA

ANDRES VESALIO "Mártir de la Anatomía"

Wesel es una ciudad recostada desde siglos sobre el suelo belga. Sus calles angostas y retorcidas trepan lentamente por una colina que domina el panorama, siempre verde de la población.

A principios del siglo XIV, gobierna estos territorios el hijo mayor de Felipe I y de Juana, Reyes de Castilla, nacido en Gante, y llamado Emperador Carlos I de España, Carlos V de Alemania, "el Señor de dos mundos", aquel en cuyo Imperio "jamás se ocultaba el sol".

Una notable familia de Wesel, que tenía la originalidad de llevar como su apellido el nombre latinizado de su ciudad, emigra hacia Bruselas en donde el año 1514 le nace un niño, que se llamará Andrés, y que está destinado a ser el padre y mártir de la Anatomía.

Bien pronto los padres de Andrés Vesalio comienzan a sentir angustia, al observar una creciente y exótica inclinación en su joven hijo: su pasatiempo favorito y su juego predilecto es la caza de ranas, ratones y hasta gatos y perros, con el objeto de luego abrir sus cuerpos inertes y conocer las intimidades de su intrincada morfología.

Su destino estaba trazado: con el correr de los años debía ser el médico que proclamara a los cuatro vientos la necesidad imperiosa de acercarse al cadáver

para conocer la maravillosa textura del cuerpo humano.

Avido por formarse médico, va a París en el año de 1533 para ingresar a la gran Facultad de Medicina y sufrir una de las grandes contrariedades de su vida, al ver como el cursillo de Anatomía apenas se reduce a cuatro o cinco clases en las cuales el docente, sentado en una plataforma alta, semejante a un trono, y rodeado de sus discípulos y de algún cadáver proveniente de un criminal muerto a manos del verdugo, leía en voz alta alguna de las antiguas obras de Galeno, mientras un barbero-cirujano provisto de un puntero, señalaba en el cadáver los detalles anatómicos.

Hombre de carácter valiente y decidido, sin lugar a dudas allí debió resolver y prometerse en lo íntimo de su ser, revolucionar el arcaico aprendizaje de la época y sorteando toda clase de dificultades acercarse al cadáver, fuente inexhausta de realidades científicas.

Pronto contagia sus entusiasmos a sus pocos compañeros de curso y organizan caravanas nocturnas a los cementerios parisinos, con el objeto de, en complicidad con las sombras, procurarse alguna pieza osea que va a saciar su sed de detalles morfológicos.

El joven Vesalio obtiene entonces, gracias a su celo por la Anatomía la distinción de ocupar el lugar del barbero-cirujano y allí lo tenemos, señal en mano, mostrando a sus compañeros, lo que el magister lee en alta voz.

Retrocedamos en el devenir del tiempo hasta 1520 en que Vesalio apenas contaba seis años de edad y veremos cómo el Emperador Carlos prendió la hoguera de la guerra entre Francia y España y de la cual Italia fue el teatro principal desde el año siguiente. Vencido Francisco I y sus franceses en muchos lugares, hizo alianza Carlos V con Enrique VIII y valiéndose de la fina diplomacia de su carácter, logró atraer a su partido al Príncipe francés Borbón, que anhelando casarse con Eleonora hermana del Emperador, peleó contra su patria.

Su habilidad le hizo amigo del papa Adriano VI de Florencia y de Venecia, que se unieron a su partido contra el Rey de Francia, el que miró a Marsella sitia-

da por los españoles mandados por el Borbón, que no pudiendo vencerla, volvió a Italia en 1534. En este año las tropas francesas comandadas por Bonivet fueron derrotadas en Biaguas y perdieron al famoso caballero Bayard, que según un autor, él solo valía por un ejército.

Al año siguiente se dió la famosa batalla de Pavia, en la que no solo fué derrotado completamente el ejército francés, sino que el mismo Rey Francisco I, fué hecho prisionero por los españoles, los cuales se le llevaron a Madrid, en donde tuvo por cárcel la torre de la casa de los Lujanes, en la plazuela de la villa, hasta que llegando de Toledo el emperador le visitó en su prisión y le hizo trasladar al Alcázar Real, en el cual se firmaron los tratados de paz.

La desgracia de Francisco I y el genio intrépido y conquistador de Carlos V hicieron separarse del partido de este a Roma, cuya silla ocupaba Clemente VII, a los Venecianos y Florentinos, y a que se le declarasen enemigos los Suizos y los Ingleses. El príncipe Borbón marchó contra Roma donde encontró la muerte y tomando el mando del ejército el Príncipe de Orange, entró en la legendaria Ciudad de los Césares, sembrando el terror por todas partes y logrando que se reconociese por el soberano más poderoso del siglo al invicto Carlos V. El papa que en un principio se refugió en el Castillo de Santo Angelo, fué hecho prisionero, y Carlos V en cuanto recibió la noticia, de este incidente, que halagó indudablemente su vanidad, en vez de mandar una orden para que se le pusiese en libertad al Pontífice, ordenó que se hiciesen rogativas en todos sus estados para obtener la libertad del prisionero; comedia que duró hasta que accediendo Clemente VII a las exigencias del Emperador obtuvo a este precio su libertad.

Un tratado concluído en Cambray, llamado el Tratado de las Damas, entre Margarita de Saboya, tía del Emperador, y Luisa de Saboya, madre de Francisco I, reconcilió a los dos Monarcas; también se ajustó pacíficamente con los demás enemigos.

No teniendo ya en Europa enemigos que vencer y no pudiendo su genio conquistador limitarse a los sen-

deros de la paz, pasó al Africa en 1535, con un ejército de más de cincuenta mil hombres, haciendo allí una campaña larga y molesta.

Como la paz de Cambray no era sino una tregua pasajera entre dos fieros caballeros, no tardó mucho en romperse el tratado, y de consiguiente empezaron de nuevo las hostilidades entre franceses y españoles. Entrando Carlos V en la Provenza con sus hombres, avanzó hasta Marsella, poniendo sitio a Arlés, haciendo asolar al propio tiempo la Picardía y la Champaña. Siéndole esta vez poco favorable la fortuna y después de haber perdido gran parte de su ejército, hizo con sus enemigos una tregua por diez años en Niza en 1538.

Esta larga, y por larga fatigosa cita histórica nos permitirá ubicar al estudiante Vesalio en un escenario convulsionado por frecuentes guerras, que impedían un normal desarrollo en el devenir de la cultura. Aún más el padre de Vesalio siempre anduvo enrolado, en calidad de apotecario, en la corte del emperador guerrero.

Apremiado por esta circunstancia, que impedían su estadía en París, Vesalio continúa sus estudios en Lovaina, donde a todas luces hay más tranquilidad para dedicarse a acumular conocimientos, lejos del retumbar de los cañones en guerra. Pasa allí durante el lapso de año y medio y luego va a Venecia donde traba amistad íntima, con un compatriota suyo, pintor y dibujante, discípulo aprovechado del Ticiano, llamado Juan de Calcar, nacido en Calcar, Ducado de Cléveris, y fallecido en 1547. Intercambiando ilusiones, ambos jóvenes se trasladan a Padua, en cuya Universidad, Vesalio va a terminar sus estudios y recibir el título Doctoral.

Apenas graduado, obtiene en esa misma Universidad la Cátedra de Cirujía y Anatomía, cuando apenas frisaba los 23 años de edad. Con ese hermoso impulso de su ímpetu juvenil se dedica a las árduas tareas de la enseñanza, de la más difícil rama de la Medicina. En colaboración con su amigo el dibujante De Calcar publica su primer libro de Anatomía, fruto de la iniciación de su labor docente.

Más una terrible duda comienza a atormentar y apoderarse del rebelde espíritu de Andrés Vesalio: en sus diarias disecciones, en su intenso traginar por sobre los planos anatómicos, su espíritu observador no coincidía exactamente con las clásicas enseñanzas que daba la obra antigua de Galeno.

¿Cómo es posible, se preguntaba a cada instante? que el genial Claudio Galenus, hijo de Nicón, quien permaneció tanto tiempo en Alejandría dedicado a los estudios anatómicos, se hubiera equivocado? . . . ¿Cómo aquél médico famoso de los emperadores romanos Marco Aurelio, Vero y Cómodo, pudiese persistir tanto tiempo en el error? . . . ¿Cómo "De anatomicis administrationibus; De usu partium, su obra maestra, que es como el mismo dice "un himno al autor del cuerpo humano" estaban asentadas sobre bases delesnables y falsas de una morfología teórica y alejada de la realidad? . . .

Se hizo carne en su espíritu, que él debía demostrar a la faz del mundo los errores anatómicos de Claudio Galenus.

Con este objetivo por meta, acometió la valerosa empresa de rectificar a Galeno, que durante muchos siglos había paseado por sobre las cabezas de todos los médicos sus errores de concepción morfológica.

Con la colaboración de su amigo De Calcar, tenía él que conseguir que por vez primera se describiera la verdadera y única Anatomía Humana.

Un año y medio duró su actividad febril; trabajo con cariño y amor, sobre la fría realidad de los despojos humanos que tanto nos enseñan en sus expresiones inertes.

Al fin en Basilea, el gran centro industrial de los impresores dió a luz su obra "De Corporis humani fábrica" en 1543. Contaba su autor veinte y ocho años de edad. La gran rectificación de los errores de Galeno estaba cumplida.

Más aquí comienza el calvario del gran vidente anatómico: tamaña audacia tenía que ser castigada; Galeno jamás podía haberse equivocado. Los discípulos temerosos y confundidos tenían que abandonar a su

maestro; los colegas debían alejarse prestos, de quien había osado rebelarse contra el ídolo: ¡Ciertamente, causa asombro el ver cómo los hombres pugnan por negar hechos irrefutables!

Había caído Vesalio en desgracia. Abatido y pesoso retiróse de Padua, no sin antes ofrendar al fuego purificador todos sus escritos y memorias. Abandonó su Anatomía y a la vera del Emperador dedicóse a la erranza guerrera.

Esta vida no estaba de acuerdo con sus inclinaciones y pronto la nostalgia invadió su espíritu. Volvió luego a Venecia y en la hermosa ciudad de los puentes y las góndolas trató de rehacer su obra. Pero el destino, ciego e implacable rondaba con siniestras intenciones junto al maestro.

Los cadáveres esçaseaban en Venecia. Vesalio no tenía su grata compañía sino muy de tarde en tarde. Y esto le apesadumbraba.

Acusado Vesalio por sus émulos, de haber abierto el cuerpo de un gentil-hombre, que aún vivía, fué condenado por los tribunales de Venecia a hacer un viaje a Tierra Santa para expiar un crimen tan inverosímil.

No sabemos que tiempo su ensoñación paseó por las viejas calles de Jerusalem. Ni cuantas noches Palestinas fueron testigas mudas de su destierro forzado. Lo conocido es que una vez expiada su culpa embarcose en una nave y emprendió el regreso en el año de 1564.

Pero la fatalidad estaba ya en acecho. La fragil nave en que hacía la travesía, al ser presa de una furibunda tempestad, arrojó hacia las playas el cargamento humano que portaba. Vesalio alcanzó las costas de la isla Zanta y allí murió acosado por el hambre.

Vesalio, el padre de la Anatomía, había culminado su obra gigantesca y perdurable.

ALERGILOGIA

20 Primeros Casos de Polinosis en Quito (*)

SUMARIO:

- 1º—El concepto de polinosis.
- 2º—Frecuencia de las polinosis.
- 3º—Casos de polinosis estudiados por nosotros.
- 4º—Recapitulación de la etiología.
- 5º—Resumen.
- 6º—Bibliografía.

1º—El Concepto de Polinosis.

Polinosis son las afecciones alérgicas cuyo agente etiológico es el polen de ciertas plantas. La polinosis más frecuente es la denominada "fiebre del heno" o rinitis polínica, por lo cual algunos autores han dado el valor de sinónimos a polinosis y fiebre del heno. Sin embargo, y en esto estamos de acuerdo con Vaughan, no hay razón para restringir en esta forma el concepto de polinosis.

Desde hace muchos años se han descrito estados alérgicos muy semejantes a los ocasionados por los polenes pero en los cuales los agentes etiológicos son las esporas de ciertos hongos. Con propiedad habría que hablar en estos casos de "**esporosis**", mas provisional-

(*) Comunicación dirigida a las IV Jornadas Mexicanas de Alergia; Febrero 1950.

mente, han sido catalogados dentro de las polinosis y así hemos procedido en nuestra casuística.

2º—Frecuencia de las Polinosis.

Según Crieip, al rededor del 3% de la población de los EE. UU. sufre de rinitis polínica. El asma polínico según las estadísticas de varios autores norteamericanos, argentinos y uruguayos, es igualmente, una afección frecuente. En cambio, en los países comprendidos dentro de la zona tropical las polinosis son raras, por lo menos eso se desprende de las investigaciones llevadas a cabo en el Brasil, en Cuba y otros países.

En Quito, ciudad situada a 2.819 metros sobre el nivel del mar y cuya flora parcialmente es parecida a la de la zona templada, las polinosis no son tan raras como en el Brasil, pero tampoco son muy frecuentes como en los EE. UU.

En poblados rurales cercanos a Quito hemos podido realizar un trabajo estadístico y sobre una población aproximada de 9.000 hemos encontrado 9 casos de rinitis polínica lo que da un 1% y 7 casos de asma, de los cuales 3 eran polinósicos.

3º—Casos de Polinosis estudiados por nosotros.

Los 20 primeros casos de polinosis de nuestra estadística corresponden a los siguientes síndromes alérgicos:

Rinitis polínica (fiebre del heno)	10	(50%)
Asma	6	(30%)
Bronquitis asmática	2	(10%)
Urticaria, edema de Quincke	2	(10%)

De acuerdo a la etiología única o múltiple los casos anteriores se clasifican de la siguiente manera:

Etiología	Rinitis	Asma	Bronquitis	Urtic. E. Quincke
Exclusivamente a pólenes	6	1	0	0
A pólenes e inhalantes (*)	2	4	1	2
<hr/>				
(*)—El "inhalante" más frecuente ha sido el polvo de habitación.				
Exclusivamente a esporas	1	1	0	0
A pólenes y esporas	1	0	1	0

A.—Los casos de rinitis polínica.

ETIOLOGIA: Sólo en dos de los diez casos se comprobó la etiología única a un solo polen, en los demás se trataba de etiología múltiple a dos o más pólenes, o a pólenes e inhalantes o esporas de hongos. La siguiente es la lista de pólenes y hongos causantes de los 10 casos de rinitis y el número de veces que dieron reacciones positivas:

Pólenes		Esporas	
Chenopodium	5	Aspergillus	2
Lolium	4	Penicillium	2
Cynodon	4	Mucor	2
Holcus	3	Rhizopus	2
Poa	3		
Amaranthus	2		
Paspalum	1		

FORMAS CLINICAS: Los casos estudiados por nosotros corresponderían a la categoría de formas benignas: moderada hidrorrea, pequeñas crisis estornutatorias, etc. Además rara vez son típicamente estacionales. Todo esto tendría estrecha relación con la baja incidencia polínica en el aire de Quito, en comparación con las cifras encontradas en ciudades norteamericanas, por ejemplo; y con el hecho de que las plantas si es que tienen condiciones apropiadas de humedad florecen en cualquier época del año y no en forma estrictamente estacional; a pesar de eso, en los meses de Di-

ciembre y Enero hay mayor concentración de polen aéreo.

Relación de algunos casos:

Nº 1.—Enfermo de 45 años, comerciante, con una historia de rinitis paroxística que data de muchos años atrás, cuyo síntoma principal lo constituye la rinorrea pertinaz, de carácter flúido y que dura varias semanas. Los síntomas se presentan generalmente al principio del año. Intradermo - reacción positiva franca a *Chenopodium* y respuesta favorable al tratamiento específico.

DEDUCCIONES: 1ª Se trata de una forma clínica benigna de rinitis polínica.

2ª En nuestro medio resulta una forma típica de rinitis periódica.

Nº 2.—Enfermo de 40 años, empleado, sufre desde hace varios años de "catarro" que se presenta frecuentemente y se acompaña de ardor en los ojos y lagrimeo. Desde hace un año padece también de urticaria a repetición. Intradermo-reacciones intensamente positivas a: *Holcus*, *Poa* y *Chenopodium* y francamente positivas a: *Lolium*, *Paspalum* y *Amaranthus*.

DEDUCCIONES: 1º Se trata de una polinosis múltiple.

2º—La polinización de las plantas de los géneros citados no se realiza al mismo tiempo, lo que determina una falta de periodicidad de la afección.

3º—La frecuencia de la rinitis en estas polinosis múltiples, hace que el carácter periódico o estacional de la fiebre del heno, no tenga, entre nosotros, un gran valor diagnóstico.

Nº 3.—Enferma de 45 años, quehaceres domésticos, que se queja de "catarros" frecuentes, cefaleas, tos seca y ocasionalmente dispnea. El padre ha sufrido de urticaria y los hermanos de "catarros" y jaqueca. Tiene 7 hijos, de los cuales 5 sufren como ella de crisis de catarros. Concurren con ella a la consulta 3 hijos: dos con rinorrea y una con urticaria, pero esta última sufre en otras épocas de rinorrea.

Los dos hijos tienen tan intensas comezones en los ojos y mucosas nasales que por rascarse se han lastimado estas últimas, sobreviniendo epistaxis. La madre es francamente positiva a polen de *Paspalum* y polvo de habitación; el un hijo, a polen de *Poa*; el otro, intensamente positivo a polvo de habitación y la hija a pólenes de *Lolium* y *Cynodon*.

DEDUCCIONES: En la fiebre de heno frecuentemente hay antecedentes familiares de afecciones alérgicas.

2º—Los hijos aunque heredan una "predisposición" no siempre enferman de la misma manera y por los mismos alérgenos que sus padres.

3º—En el presente caso ha habido dos generaciones en las que han predominado las rinopatías alérgicas.

Nº 4.—Enfermo de 16 años, que se queja de crisis periódicas de rinitis; comezones en los ojos y en la nariz; abundante y flúida secreción nasal. Los síntomas se presentan en las épocas de lluvias. Reacciones francamente positivas a esporas de: *Aspergillus*, *Penicillium* y ligeramente positivas a esporas de *Rhizopus*.

DEDUCCIONES: 1º Las esporas de hongos pueden ocasionar un cuadro clínico del todo semejante al producido por pólenes.

2º—Etiológicamente habría que dividir a este cuadro clínico en rinitis polínica (fiebre del heno) y rinitis esporósica.

Nº 5.—Enfermo de 35 años, empleado, quien desde la edad de 20 años sufre periódicamente de rinitis paroxística. Desde hace más de un año sufre de tos seca accesional que se presenta sólo por la noche. Poco antes de que se presentaran estos síntomas cambio de residencia, la actual es bastante húmeda. Reacción intensamente positiva a polvo de habitación; francamente positivas a pólenes de *Chenopodium*, *Amaranthus* y *Cynodon* y a esporas de *Aspergillus*, *Mucor*, *Penicillium* y *Rhizopus*.

DEDUCCIONES: 1º Probablemente el polvo de habitación y los pólenes fueron los primeros agentes etiológicos de la rinitis.

2º—Es posible que en el último año que habitó en una casa húmeda se haya sensibilizado a los hongos.

3º—Concomitantemente con esto aparece tos alérgica, que en algunos casos es premonitoria del asma alérgico.

B.—Los casos de asma polínico.

ETIOLOGIA: En un solo caso se encontró una etiología única a pólenes, en otro, sólo a esporas, en los demás los agentes etiológicos a más de pólenes eran "inhalantes", especialmente el polvo de habitación. Los siguientes son los pólenes y esporas causantes de los casos de asma:

<i>Chenopodium</i>	3	<i>Mucor</i>	1
<i>Cynodon</i>	2	<i>Aspergillus</i>	1
<i>Lolium</i>	2		
<i>Holcus</i>	2		
<i>Amaranthus</i>	1		
<i>Poa</i>	1		
<i>Paspalum</i>	1		

FORMAS CLINICAS: En los casos estudiados los accesos dispneicos no han sido muy intensos y en todos

se han presentado con intervalos de uno o más días y aún de semanas. En un caso se presentó como complicación la broncoinfección; en otro, por dos ocasiones sufrió de "estado de mal asmático".

Relación de algunos casos:

Nº 1.—Enferma de 31 años, casada, quehaceres domésticos, vive con comodidades. En la primera infancia tuvo urticaria. A los 8 años, mientras se encontraba en el Cercano Oriente sufrió por varias ocasiones de edema de Quincke. Hace 8 años tuvo por primera vez asma. Aparecieron nuevos accesos mientras se encontraba en Sao Paulo (Brasil). El verano siguiente pasó en los EE. UU. y no tuvo síntomas. Desde hace dos meses padece de nuevos accesos asmáticos los mismos que se presentan casi todas las madrugadas. La adrenalina y la aminofilina atenúan los síntomas.—Una tía sufre de asma y otra de urticaria. Reacciones: intensamente positivas a polen de *Amaranthus*, francamente positivas a polvo de habitación y tabaco.

DEDUCCIONES: 1ª—En un alto porcentaje de alérgicos hay antecedentes de urticaria en la infancia o en la niñez, e igualmente en más del 50% de casos hay antecedentes familiares de alergia.

2ª—En este caso se trata de un asma de etiología múltiple y lo aconsejable es el tratamiento polivalente.

3ª—En el asma alérgico, la hiposensibilización específica es el tratamiento de elección.

Nº 2.—Enfermo de 26 años, trabaja en construcción de casas (capataz). Desde hace varios meses sufre de accesos de disnea que duran aproximadamente una hora. Se presentan especialmente durante el día y le obligan a interrumpir el trabajo. Después de los primeros accesos, que fueron leves, cambió de residencia y mejoró. Ultimamente ha ido a residir en una zona sub-urbana, rica en vegetación y ha empeorado. Cuando

barren las habitaciones siente molestias y a veces se produce el acceso. Reacciones inmensamente positivas a: polvo de habitación y polen de *Chenopodium*, y ligeramente positiva a patatas.

Varios médicos le han tratado inespecíficamente, mejorando sólo temporalmente. Se instituye el tratamiento específico y en las dos primeras semanas se repitieron los accesos, pero cada vez menos intensos, desde la tercera semana no tuvo más accesos. Se le aconseja regresar después de unos meses para el tratamiento preestacional, pero concurre sólo cuando ya comenzó la época de la polinización y después de haber sufrido un acceso. Días después, por dos ocasiones entra en el estado de "mal asmático".

DEDUCCIONES: 1ª—La etiología polínica parece que es la que predomina en el presente caso, por la relación de los síntomas con los cambios de lugar y época del año.

2ª—Es de mucho valor el tratamiento pre-estacional, el mismo que tiene un carácter profiláctico.

Nº 3.—Enfermo de 50 años de edad, ha sido agricultor, actualmente no trabaja. Desde hace dos años sufre de tos y dispnea, especialmente por la noche y por la mañana, al levantarse de la cama; expectoración abundante, de carácter muco-purulento. Desde joven padece de accesos de dispnea de poca intensidad, los mismos que se han presentado por temporadas y cuando realizaba trabajos agrícolas. Reacciones: intensamente positivas a polen de *Chenopodium* y francamente positivas a pólenes de *Holcus* y *Cynodon*.

DEDUCCIONES: 1ª—La broncoinfeción es una de las complicaciones más frecuente del asma.

2ª—Se trata de un antiguo asmático con crisis benignas y periódicas, en el que sobreviene la broncoinfeción que complica el asma alérgico.

3ª—En los casos de asma alérgico complicado con broncoinfección, el tratamiento debe hacerse específicamente tanto del asma como de la broncoinfección.

Nº 4.—Enferma de 8 años, escolar. Desde hace algún tiempo sufre de rinitis espasmódica acompañada de inyección conjuntival y comezones en los ojos. Los síntomas se han presentado al comienzo de la época de sequía. Desde hace tres meses padece de tos paroxística y últimamente a más de tos presenta accesos dispnéicos. La madre ha tenido urticaria por varias ocasiones. Mucosas nasales edematosas y pálidas. Abundantes roncus y sibilancias en el pulmón izquierdo. Reacciones positivas a pólenes de: *Holcus*, *Poa* y *Chenopodium* y a polvo de habitación.

DEDUCCIONES: El choque alérgico se ha iniciado a nivel de las mucosas nasales y oculares con producción de rinitis.

2ª—Más tarde el choque alérgico ha abarcado los bronquios con producción de tos paroxística (bronquitis alérgica).

3ª—Actualmente el choque alérgico se realiza también en los bronquiolos con producción de asma.

C.—Los casos de bronquitis asmática.

La denominación de "bronquitis asmática" empleada por algunos autores corresponde a un síndrome en el que predomina la tos paroxística, generalmente seca, y que se debe a que el choque alérgico tiene como asiento los bronquios.

ETIOLOGIA.—De los dos casos estudiados, el uno tiene una etiología simple a pólenes y el otro a polen y esporas. Los siguientes son los agentes etiológicos:

Chenopodium	2	Aspergillus	1
Lolium	1	Penicillium	1
Holcus	1	Mucor	1

Relación de un caso.

Enferma de 35 años, india, se ocupa de quehaceres domésticos. En varias ocasiones ha sufrido de urticaria. Desde hace aproximadamente 10 años padece de accesos de tos —parecida a la tos quintosa de la coqueluche—. Los accesos de tos se presentan varias veces y casi exclusivamente durante el día. Rara vez expectora. El síndrome se presenta por temporadas que no puede precisar la enferma. Reacciones: intensamente positivas a Lolium, y francamente positivas a Chenopodium y Holcus.

DEDUCCIONES: 1ª—La tos seca y paroxística reconoce en muchos casos una patogenia alérgica.

2ª—En la primera infancia, sobre todo, tiene el valor pronóstico de asma en evolución.

D.—Los casos de urticaria y edema de Quincke.

Aunque no muy frecuentemente los pólenes pueden ser los agentes etiológicos de ciertas afecciones alérgicas tales como la urticaria y el edema de Quincke.

ETIOLOGIA: En los dos casos estudiados se encontró la siguiente etiología polínica:

Poa	1
Amaranthus,	1

Relación de un caso:

Enferma de 42 años, casada, quehaceres domésticos. La madre murió asmática. Tuvo urticaria en la niñez. Desde hace unos tres o cuatro años ha vuelto a su-

frir de urticaria y edema de Quincke, que cada vez se van haciendo más intensos. Los síntomas se presentan por temporadas, pero sobre todo cuando sale de paseo. Llega a la consulta con gran edema localizado en el labio superior, mitad izquierda, y grandes placas urticarianas en el cuello. Reacciones: intensamente positiva a polen de *Poa* y moderadamente positiva a chocolate. La eliminación del chocolate de la dieta no cura a la enferma, en cambio mejora rápidamente con la hiposensibilización al polen de *Poa*.

DEDUCCIONES: 1ª—Es difícil dilucidar de primera instancia cuál de los dos agentes o si ambos a la vez son los causantes del síndrome.

2ª—El hecho de que los síntomas se presenten por temporadas y sobre todo cuando va al campo, y por último la respuesta al tratamiento abona en favor de la etiología polínica.

4º—Recapitulación de la etiología:

Los pólenes y esporas causantes de estos 20 primeros casos de polinosis que nos han servido para la presente comunicación y el número de veces que han dado reacciones positivas son las siguientes:

Chenopodium	10	Aspergillus	4
Lolium	7	Mucor	4
Holcus	6	Penicillium	3
Cynodon	6	Rhizopus	2
Poa	5		
Amaranthus	2		
Paspalum	2		

5º—Resumen.

A.—Se denominan polinosis las afecciones alérgicas cuyo agente etiológico es el polen de alguna planta.

B.—Las polinosis tienen una incidencia de más del 3% de la población en los EE. UU. En el Brasil y otros países tropicales la incidencia es mínima. En Quito, ciu-

dad situada a 2.819 metros sobre el nivel del mar, la incidencia es pequeña, al rededor del uno por mil.

C.—Los 20 primeros casos de polinosis de nuestra estadística, corresponden a los siguientes síndromes: rinitis polínica (fiebre del heno) 10; asma, 6; bronquitis asmática, 2; urticaria, edema de Quincke, 2.

D.—En 7 casos la etiología fue exclusivamente a uno o más pólenes; en dos, exclusivamente a esporas de hongos; en uno, pólenes y esporas, y en seis, pólenes y algún "inhalante", especialmente polvo de habitación.

E.—Los pólenes y esporas causantes de los 20 casos, en orden de importancia son los siguientes: Chenopodium, Lolium, Holcus, Cynodon, Poa, Amaranthus y Paspalum; y Aspergillus, Mucor, Penicillium y Rhizopus.

F.—A modo de ejemplos se mencionan algunos de los casos estudiados, sacando de cada uno conclusiones de interés general.

6º—Bibliografía.

CADRECHA ALVAREZ, J.—Polinosis en la Habana.—Rv. Méd. Cubana; 643, Stbre. 1945.

CRIP, L. H.—Essentials of Allergy.—Ed. Lippincott Co.—Philadelphia, 1948.

Cueva J.—Algunas consideraciones acerca de la polinosis.—Prens. Méd. Mex.; 223, 10; 1947.

DIAS DE COSTA, P.—GUIMARAES, J.—VIANA, T.—Estado de mal asmático.—Separada de: Med. Cir. Farm.—152, Dcbre., 1948.

FEINBERG, S. M.—La alergia en la práctica general.—Ed. Espasa-Galpe; Madrid, 1941.

GARAT, B. R.—Polinosis (En: Cardini y Beretervide: Terapéutica Clínica, Tomo III, 2ª parte) Ed. El Ateneo; Buenos Aires, 1947.

HANSEN, K.—Tratado de alergia.—Ed. Labor.—Madrid, 1946.

MARTEORELLI, J.—Fitografía alergológica.—Ed. El Ateneo.—Buenos Aires, 1945.

NARANJO, P.—Flora alergógena del Ecuador.—Impta. Univer. Central; Quito 1946.

NARANJO, P.—Investigaciones sobre la Biología del aire de Quito.—Bol. Inf. Cient. 163, 22.—1949.

NARANJO, P.—Polinosis, estudio clínico y botánico (Obra en prensa).

OLIVEIRO LIMA, A.—DIAS DE COSTA, P.—GALENO, R.—Primeiros casos de polinose em Sao Paulo. O. Hospital; 111, Julio, 1946.

OLIVEIRO LIMA, A.—DIAS DE COSTA, P.—GALENO, R. PEREIRA DOS SANTOS, P.—Pollinosis, in Brazil.—(Reprinted) Ann. Allergy; 1946.

RUIZ MORENO, G.—Asma, Alergia.—Ed. Lopez & Etchegoyen; Buenos Aires, 1946.

RUIZ MORENO, G.—SOLARI, M. A.—Epidemias de polinosis.—Alergia; 6, 1.—1948.

SANCHEZ CUENCA, B.—Polinosis.—Ed. Cientif. Méd.—Barcelona, 1943.

SOLARI, A. M. Cantidad de Test cutáneos en el diagnóstico de polinosis.—Alergia, 23, 1; 1947.

Dr. Eduardo Luna Yepes.

TERATOLOGIA

Estudio de "Un Caso de Teratología Humana"

(Monstruos Dobles toraco-onfalopagos)

ANTECEDENTES:

En la noche del 20 de Setiembre próximo pasado fueron traídas a la Casa Central de la Cruz Roja de Quito dos hermanas siameses que habían nacido en la ciudad de Latacunga 7 días antes. La causa de la traslación se debía a la bondadosa intervención de doña María Elvira Yoder, Vicepresidenta de la Cruz Roja, quien quiso remediar en lo posible la angustiosa situación que se había creado en el hogar de las niñas, cuya madre, ignorante de la existencia de la monstruosidad, pues le habían dicho que el producto de la gestación había muerto y que se trataba de un par de gemelas, se encontraba sin otra preocupación que la pena causada por la muerte de las niñas y cuyo padre desesperado ponía todos los medios a su alcance para mantener a la madre en la ignorancia del suceso y para rechazar y soportar las interpretaciones a cual más aventuradas que del hecho daban los pobladores de la ciudad.

No faltaban quienes atribuyesen al terremoto acaecido el mes anterior la causalidad de la anomalía, ni quienes creyeran ver en la monstruosidad una consecuencia de posibles enfermedades de los progenitores. Y como es común en el criterio del pueblo había que

apelar a la explicación de castigo del cielo el origen de este nacimiento anómalo.

DESCRIPCION:

Nos encontramos, pues, ante la presencia de dos niñas recién nacidas en situación de decúbito lateral obligado, derecho para la situada a la derecha del observador que era portadora de una cinta blanca colocada en la muñeca izquierda, y que fue el primitivo método de identificación usado, pues al ser bautizadas se le puso a ésta el nombre de Blanca y a la otra, el nombre de Laura. (Hago esta aclaración, porque en el curso de la descripción, las denominaremos por los nombres en algunas ocasiones). El decúbito de la otra, la situada a la izquierda del observador es izquierdo. Esta posición es obligada, debido a que las niñas presentan un territorio común y una unión que se extiende desde el mango del estrenón por encima, hasta el ombligo por debajo, con un perímetro de 41 centímetros, una altura de 14 centímetros por lado, una base superior de ocho centímetros y una base inferior de nueve centímetros.

Las cabezas, cuando están despiertas, se encuentran en extensión forzada y cuando se acercan realizan succión recíproca de las bocas respectivas por su vecindad.

Las cabezas son dolicocefalas, anotándose que el lado izquierdo de cada una presenta un menor desarrollo debido posiblemente a un modelaje plástico intrauterino, o fenómeno de acomodación dentro de la matriz.

Blanca presenta estrábico su ojo izquierdo.

El cuello de ambas hermanas es normal tanto en su conformación como en sus movimientos, aunque es notorio la extensión forzada de las columnas cervicales.

Respecto del tórax, hemos descrito precedentemente la unión que existe por su parte anterior de manera que las caras se miran de frente.

Los movimientos respiratorios no son simultáneos sino en ciertos momentos en que coinciden. Tipo respi-

ratorio: toracoabdominal de ambas y establecen un movimiento de balancín por su falta de concomitancia.

A nivel de la tetilla izquierda de la situada a la derecha (Blanca) se aprecian auscultatoriamente los ruidos cardíacos aunque el choque de la punta es imposible de precisar. El reborde costal de la situada a la derecha es más alto que el de la situada a la izquierda, en $1\frac{1}{2}$ traveses de dedo, estando además la tetilla a 1 centímetro por encima de la línea que pasa por la tetilla derecha de la situada a la izquierda (Laura).

Al darles la vuelta, es decir al colocarles en decúbito lateral derecho para Laura e izquierdo para Blanca, se aprecia que los rebordes costales tampoco coinciden, siendo en este caso más bajo el reborde costal de la situada a la izquierda del observador que corresponde a Blanca, aunque con sólo un través de dedo, y la tetilla más elevada es la de la situada a la derecha, o sea la de Laura. Anotándose además que la distancia existente desde la tetilla hasta la línea de unión en esta fase de la observación, es menor que al observarlas por el otro lado, de suerte que parece que la unión se realizó más a expensas del hemicuerpo derecho de Blanca y hemicuerpo izquierdo de Laura.

Los pezones o mamilas son con un desarrollo notorio, ligeramente invaginados en el centro y al realizar una presión, salen gotas gruesas de líquido lactescente. En la base inferior del sitio de la unión se encuentra la cicatriz umbilical que es de 1,5 por 1 centímetros y de dirección sagital.

Presencia de mancha mongólica. Signo de Babinsky positivo en ambas.

Genitales bien desarrollados. Fontanelas normales. El límite superior de Blanca sobrepasa al de Laura, estando por el contrario sus extremidades inferiores extendidas a distinto nivel, sobrepasando a las extremidades extendidas de Blanca en dos traveses de dedo.

Hay movimientos activos tanto en las extremidades de Laura como en las de Blanca, movimientos que son concomitantes pero no simultáneos, sin mantener entre sí relación alguna, ésto es, son independientes.

Las extremidades superiores que se presentan a la vista del observador se encuentran con flexión de los antebrazos sobre los brazos y en ocasiones, con motivo de los movimientos que ejecutan, se cruzan.

El peso total era de 5.630 gramos.

Es ligeramente más desarrollada Blanca.—Midiendo la distancia vertex-coccix vemos que es de 24 ctms. en ambas y la coccix-talón es 20 ctms. en Laura y 22 en Blanca.

Temperaturas rectales en ambas 37,2° C. (termómetro mantenido durante seis minutos).

Respiraciones (contaje realizado por inspección y palpación combinadas), 24 en Blanca y 26 en Laura.

Pulso radial y temporal, apreciado simultáneamente por dos personas: 105 en Blanca, 102 en Laura. Era tan difícil de apreciar, que hubo que realizar varios ensayos. Auscultando a nivel de la tetilla izquierda de Blanca contamos 100.

Antecedentes familiares, Ginecológicos y Obstétricos.

Casi nada pudimos obtener respecto a los antecedentes familiares, ginecológicos y obstétricos, pues habiéndonos dirigido por dos ocasiones a uno de los facultativos que atendieron a la madre, no obtuvimos la respuesta deseada. Los datos que nos dió el padre fueron los siguientes: El era de 26 años y negaba antecedentes patológicos de importancia. La madre de 25 años y sin historia patológica de importancia. Eran casados desde hace dos años, habiendo sido el actual el segundo parto. El primero fue normal y el primer hijo nació a término, normal y vive. Dijo además que no había ningún antecedente de gemelaridad en su familia ni en la de su mujer, ni en los hermanos, padres, abuelos ni bisabuelos.

En el último embarazo diagnosticaron gemelaridad al 8º mes, por el gran desarrollo del vientre materno. Los doctores Lanás, Meythaler y Varea realizaron una cesárea al término de la gestación porque el parto se presentaba difícil.

ESTUDIO DEL MONSTRUO

APARATO CIRCULATORIO:

La primera duda que surgió ante nosotros, luego de observar al monstruo que teníamos delante, fue si existía o no un solo corazón. Casi creímos descartar la posibilidad de la existencia de dos corazones por cuanto los latidos eran distintos tan solo en Blanca, y oscuros en Laura, (apenas perceptibles), razón por la que denominamos a la que presentaba los ruidos cardíacos distintos "La con corazón", y a la otra "La sin corazón".

Como luego veremos, en los estudios radiográficos que de ellas se hicieron, no era posible apreciar de una manera clara la distribución de los órganos, pues la radiografías anteroposteriores eran imposibles de ser realizadas por la superposición de las imágenes, superposición impuesta por la naturaleza misma de la unión ya descrita con anterioridad: Esto dió margen a que hubiera discrepancia en lo que a la interpretación de las imágenes radiológicas se refiere, pues mientras un distinguido radiólogo de la localidad opinó sobre la existencia de dos imágenes cardíacas, otro creyó precisar la existencia de una sola imagen cardíaca. Es de anotar, no obstante que, el médico radiólogo que creyó se trataba de dos corazones creía en la posibilidad de una comunicación intercárdiaca, pues las supuestas imágenes cardíacas dobles se presentaban muy juntas la una de la otra, justificando esta duda.

Solo la interpretación de los registros electrocardiográficos obtenidos en forma lo más arbitraria, por la distribución morfológica del monstruo, nos dieron, antes de verificarse la necropsia, un dato cierto sobre la existencia de un solo corazón y de su posición y situación de su eje eléctrico.

Al parecer, la apreciación del pulso radial, sobre todo, en ambas, y registrado de una manera simultánea era dato decisivo para solucionar esta duda. Más, como anotamos con anterioridad, era imposible el verificar la simultaneidad de las pulsaciones, no solo por la

frecuencia cardíaca alta, tan propia en el período de recién nacido, sino por la casi imposibilidad de que sea un mismo individuo el que aprecia esa simultaneidad.

La apreciación en el mismo intervalo de tiempo, realizada por dos personas, nos dieron las pequeñas diferencias anotadas, y fue entonces que quisimos obtener un registro gráfico, acudiendo a la gentileza de los doctores Muggia y Salguero, quienes acudieron provistos de un polígrafo que no fué posible adaptarlo a las siameses y el registro simultáneo no fue obtenido.

APARATO RESPIRATORIO:

La diferencia o disparidad en el número de respiraciones sí era más apreciable, pero tampoco fue registrada gráficamente.

SISTEMA NERVIOSO:

Las reacciones de las niñas a los estímulos exteriores eran distintas. Esto era francamente apreciado cuando se hincaba la aguja de inyecciones en la región glútea de una de las niñas: era ésta la que presentaba movimientos defensivos y a la postre lloraba, sin que la otra presentara otra reacción que la provocada por los movimientos de la estimulada por el dolor, que, por decirlo así, arrastraba a la otra en sus manifestaciones motrices, pero pasivamente.

No ocurría lo propio cuando se estimulaba con pequeños pinchazos, a cualquiera de las dos, en sitios próximos a la zona de unión, pues en este caso las dos presentaban movimientos de defensa y lloraban, lo cual nos puede indicar la existencia de filetes sensitivos comunes en las zonas de proximidad de la sínfisis del monstruo.

APARATOS DIGESTIVO Y URINARIO:

Ambas niñas realizaban defecaciones y micciones independientemente, pero en muchas ocasiones coincidían en su aparición estas funciones excretorias.

Para tener más seguridad de la independencia de los aparatos digestivo y urinario realizamos dos tipos de pruebas.

Administramos a la que denominamos con corazón $\frac{1}{4}$ de tableta de carbón, habiendo previamente pulverizado dicha fracción de tableta. No tardó la misma en realizar defecaciones coloreadas, habiendo sido únicamente ella la que coloreó sus heces, habiendo la otra seguido sin presentar ningún cambio de color en sus excrementos. Esta prueba nos demostraba que había independencia en el tracto digestivo de cada una de las componentes del monstruo, lo que después comprobamos en la necropsia, como a continuación indicaremos, en lo que al tubo digestivo se refiere, más no así a los anexos.

La segunda prueba consistió en la administración parenteral de azul de metileno disuelto en Gradualina, proporcionada que fué la solución por los Laboratorios Life (por el Dr. Muggia). La inyección la realizamos en la región de la cara externa del muslo de la CON CO-RAZON. Al cabo de un cuarto de hora empezó a eliminar la inyectada orinas coloreadas, pero la próxima micción realizada por la que no recibió la inyección se manifestó coloreada de azul, alternando después en la presentación de orinas coloreadas la intensidad de la coloración, tanto en la que recibió la inyección como en la que no había recibido.

A pesar de lo interesante de la prueba, no creímos que ella sola por su positividad nos daba derecho a hablar de una común posesión de órganos renales o de circulación común, pues pensamos que tal vez era suficiente la gran cantidad de anastomosis existentes a nivel de la zona de unión para que la sustancia colorante, una vez ingresada en la circulación general, pueda ser eliminada por los emuntorios renales de las dos componentes del monstruo indistintamente.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO:

Después procedimos a realizar un estudio radiográfico lo más completo posible con la gentil colabora-

ción de los doctores Ricaurte, Terán Gostalle y señor Leonardo Malo. La colección de radiografías son un documento gráfico inapreciable, dándonos detalles, como es natural, sobre todo de la arquitectura esquelética, más no así de la distribución de los órganos blandos más o menos transparentes y permeables a los rayos X. En las radiografías óseas pues, se aprecia la separación del sistema esquelético, excepto en la zona de unión en la que se anotaba la presencia de la sombra cardíaca transversal que ocupaba una posición central con desviación más acentuada hacia la que denominamos "con corazón". Los arcos costales daban una imagen especial a manera de hoja de palmera por su confluencia en la zona de unión y no era posible opinar sobre la presencia de un órgano esternal, cuya imagen radiográfica es tan difícil de ser puesta de manifiesto incluso en los individuos adultos. El esqueleto de la cabeza y de las extremidades, tanto en sus porciones fijas como móviles, era distinto y sin ningún nexo de unión. Debajo de la mancha cardíaca se observaba una mancha posiblemente correspondiente a los órganos hepáticos sin que hubiera podido adelantarse criterio a la presencia de un órgano hepático único como nos demostró la necropsia.

Las asas intestinales, con aire a tensión por el meteorismo que tenían las componentes del monstruo se manifiestan con más o menos nitidez, siendo ostensible la presencia de los austros colónicos.

Al haber realizado la inyección de sustancia opaca por vía rectal en la con corazón, fué notoria la presentación de dicha sustancia opaca solamente en el segmento digestivo terminal de la inyectada, sin que haya pasado la opacidad al intestino de la no inyectada. Esta prueba unida a la de impregnación de las heces por el carbón, nos daba certeza de la independencia de los tubos digestivos.

CORDON UMBILICAL:

Queriendo tener alguna orientación sobre la distribución de la circulación fetomaterna, solicitamos al

Anatomopatólogo doctor Guerrero, la realización de un corte de los restos del cordón umbilical único espontáneamente desprendido por momificación, habiendo sido imposible de ser realizado por cuanto en primer lugar los procedimientos de fijación fallaron y una vez que se realizaron las inclusiones parafinadas solamente era apreciable una masa informe por la destrucción de los restos vasculares, destrucción ocasionada por el proceso de momificación anteriormente anotado.

Habría sido ideal a pesar de nuestra absoluta falta de práctica de interpretación de imágenes angiocardiógráficas la obtención de una de ellas, pero tropezamos con la grave dificultad de la imposibilidad de obtener el Diotrast, que es el medio de contraste usado para la obtención de dichas imágenes, y que talvez al ser obtenido habría sido muy difícil la inyección por el escaso desarrollo de los vasos periféricos y porque su inyección por vía sinusal, a nivel de la fontanela anterior, parece ser contraindicada.

Luego realizamos determinaciones de numeración globular, fórmula leucocitaria, porcentaje de Hemoglobina y grupo sanguíneo, habiéndonos el Laboratorio dado los siguientes resultados:

	La "con corazón" (Blanca)	La "sin corazón" (Laura)
Glóbulos rojos	4.840.000	4.230.000
Glóbulos blancos	7.500	9.600
Fórmula leucocitaria.		
Neutrófilos { Cayado	1	1
{ Jóvenes	3	1
{ Segmentados	30	35
Linfocitos	54	47
Monocitos	10	15
Mielocitos	2	1

Ambas presentan además anisocitosis, poikilocitosis y policromatofilia ligeras, así como presencia de células de irritación del Tejido Retículo endotelial.

La Hemoglobina en 100 c. c. de sangre era de 13,94 gramos y la hemoglobina porcentual de 82%.

Para estos exámenes se obtuvo sangre por punción en los pupejos digitales del dedo gordo del pie derecho de cada una de ellas.

Fué el doctor Rueda, del Hospital Eugenio Espejo quien realizó estos exámenes.

En el Banco de Sangre de la Cruz Roja Ecuatoriana investigamos el grupo sanguíneo de las dos componentes del monstruo, habiendo ambas sido determinadas como de Grupo sanguíneo B y Rh positivas.

No pudimos hacer la determinación del grupo sanguíneo de los padres.

INFORME ACERCA DE LAS IMPRESIONES DIGITALES

Siendo como es de gran importancia el estudio de las impresiones digitales como medio de identificación del recién nacido, acudimos al doctor Cristóbal Guarderas, Jefe General de Identificación y Dactiloscopia para que lo realizara en cada una de las componentes de la monstruosidad. A continuación copiamos el informe que me dirigiera luego de realizar dicho estudio.

Oficio N° 330—I.

Quito, a 26 de Septiembre de 1949.

Señor doctor don Eduardo Luna, Ciudad.

Atendiendo al requerimiento formulado por usted, a fin de que la Oficina a mi cargo se traslade a la Cruz Roja ecuatoriana para proceder a la toma de impresiones digitales y palmares de las siameses que se encuentran asiladas en ese Establecimiento, cúpleme informar a usted el resultado obtenido del estudio visual de los rastros papilares de las criaturas en mención:

La clasificación de las huellas digitales, no pudo efectuarse por medio del entintado, conforme es el procedimiento de acuerdo con la práctica y el reglamento. Una vez frustrado este procedimiento, se procedió a la fijación de las impresiones digitales de las infantiles, en un papel en blanco, para luego ver de conseguir resultado favorable con la aplicación de ingredientes espe-

ciales para revelar los rastros latentes dejados en el papel; mas este procedimiento no dió tampoco resultado positivo. Es entonces cuando procedimos directamente al estudio de las crestas papilares por medio de una lente, de lo cual obtuvimos el siguiente resultado:

La niña que tiene el corazón, registra en su mano derecha la clasificación V—4333,
y en su mano izquierda: E—2222.

La niña que no tiene corazón, registra la siguiente clasificación en su mano derecha ... V—4333,
y en su izquierda E—3222.

Debo advertir, que ni aún la clasificación general de acuerdo con el sistema de "VUSETICH" ha coincidido en las siameses, sin embargo de que la clasificación en dactiloscopia no es el aspecto preponderante que nos da la identidad propiamente dicha, ya que existen millares de individuos que tienen igual clasificación, pero que sin embargo sus impresiones son completamente diferentes. Es la subclasificación, el conteo de líneas, los puntos característicos y la ubicación de los mismos, los que dan un resultado efectivo.

ALIMENTACION, CUIDADO, CONTROL DIARIO, ENFERMEDAD Y MUERTE DE LAS SIAMESES

Una vez que llegaron las siameses a Quito, en la Casa Cuna de La Cruz Roja Ecuatoriana, en Quito se prodigaron a las niñas todas las atenciones a nuestro alcance. Velaron por ellas las enfermeras de la Cruz Roja, señoritas Clemencia Bucheli y Guillermina Márquez. Yo, interesado como estaba en el estudio del caso, recibí la misión de vigilarlas y de realizar un estudio lo más completo posible del mismo.

Se las mantuvo en cuarto con calefacción artificial (eléctrica), realizándose diariamente el baño y demás atenciones que requerían.

La alimentación se realizó a base de una mezcla de leche y agua en una proporción de 3 cuartos de leche y un cuarto de agua, repartidas convenientemente durante el día. En un cuadro adjunto se anotan las can-

tidades ingeridas diariamente, así como el peso registrado cada día, lo mismo que la temperatura, defecaciones, micciones y otras observaciones.

Blanca (con Corazón)

Fecha	Edad Días	Peso Grs.	Temperatura °C	Alimentación		Defecación		Micciones	
				D.	N.100	D.	N.4	D.	N.4
20—IX—49	7	5630	37,2°	D.	N.100	D.	N.4	D.	N.4
21—IX—49	8	5600	37,2°	150	C.C.100	3	3	3	4
22—IX—49	9	5960	37,6°	170	300	5	4	4	4
23—IX—49	10	5900	37	250	250	4	3	5	5
24—IX—49	11	5900	37,1	275	277	5	5	5	5
25—IX—49	12	6000	37	266	350	5	4	5	5
26—IX—49	13	6000	38,1	325	275	5	4	6	6
27—IX—49	14	5900	37,5	250	275	5	4	5	5
28—IX—49	15	5900	37,1	395	120	2	2	4	4
29—IX—49	16	5900	37	336	245	3	3	5	4
30—IX—49	17	5900	37,6	320	300	3	3	5	6
1—X—49	18	5900	37,1 37,5	305	333	3	3	5	4
2—X—49	19	5900	37,5	310	60	5	3	5	3
3—X—49	20	5900	37,1 37,6	235	146	1	1	2	3
4—X—49	21	5900	39,3	100	—	—	—	—	—

Los datos sobre edad, peso no varían en la otra, la Sin Corazón, como llamábamos, más no así la temperatura, que algunas veces se manifestaba distinta, pero con variaciones de 1 o 2 décimas a lo más.

En cuanto a la cantidad de alimentación ingerida, copiamos a continuación lo que ingería la Sin Corazón (Laura), por existir variación. Lo mismo haremos respecto de las defecaciones y micciones.

20—IX—49	37,2	100	100	—	4	—	4
21—IX—49	37,2	150	280	5	5	4	3
22—IX—49	37,6	250	260	4	4	8	7
23—IX—49	37	285	476	4	3	6	6
24—IX—49	37,1	220	240	5	4	9	8
25—IX—49	37	399	325	5	4	5	6
26—IX—49	38,2	150	310	5	4	5	4
27—IX—49	37,5	300	200	4	4	5	5
28—IX—49	37	300	75	2	2	3	3
29—IX—49	37	275	245	4	3	4	3
30—IX—49	37,6	255	250	3	3	5	5
1—X—49	37,3 37,4	320	150	2	2	5	4
2—X—49	37,5	250	87	2	2	2	2
3—X—49	37,1 37,5	210	188	—	2	2	3
4—X—49	39,1	80	—	—	—	—	—

Al llegar de Latacunga las siameses presentaban un ligero catarro nasal. Pronto se curaron de esta pequeña afección. Como se indica en el cuadro anterior, las ingestiones de leche mezclada con agua, en las proporciones indicadas y repartidas convenientemente durante el día y la noche fueron soportadas perfectamente por las siameses. Se alimentaban recibiendo cada una por separado la ración respectiva por medio de una mamadera. La succión realizaban perfectamente.

Tal vez por las manipulaciones de que fueron objeto al ser trasladadas a distintos lugares de la ciudad, para que se realizaran las radiografías y otros exámenes, las siameses se resfriaron y volvieron a presentar catarro nasal y luego catarro bronquial, con reacción febril de hasta 38,1. Las tratamos con medicación sulfamídica (sulfadiazina) y con inyecciones de Penicilina-procaína. Reaccionaron favorablemente, habiéndose normalizado la temperatura al segundo día, normalización que les duró apenas dos días, volviendo a recaer hasta que fallecieron 5 días después en que la fiebre pasó de 39, las respiraciones se aceleraron extremadamente, haciéndose muy superficiales, presentaban un pulso incontable e imperceptible, y los ruidos cardíacos se volvieron también apagados y de frecuencia superior a 130 por minuto.

Las siameses que presentaban cianosis cuando una de ellas lloraba o cuando ponían en actividad excesiva sus miembros, se tornaron cada vez más cianóticas y ni los tratamientos de oxígeno terapia y penicilina, ni los analépticos y tónicos cardíacos lograron evitar que se murieran tras de una agonía que duró alrededor de un cuarto de hora, expirando ambas simultáneamente a las cuatro de la tarde del día 4 de Octubre del año que cursamos, a la edad de 21 días de nacidas.

A pesar del rigor y exigencias del padre que quería llevarse inmediatamente los cadáveres, creímos de nuestro deber realizar el estudio necrópsico del monstruo doble y con la inestimable ayuda y dirección del doctor Eduardo Bejarano, Profesor de Anatomía Patológica de la Universidad Central y del doctor Santiago Donoso Velasco, Director del Banco de Sangre de la

Cruz Roja Ecuatoriana, llevamos a cabo la necropsia, habiendo entre los tres redactado un informe que es el que publico a continuación.

PROTOCOLO DE AUTOPSIA DEL MONSTRUO DOBLE

Colocamos sobre la mesa de autopsias al monstruo doble de modo que los componentes se encuentran recostados en decúbito lateral izquierdo, la llamada Laura y derecho la llamada Blanca.

Se procede a practicar un corte longitudinal en el plano de unión superior en relación a la superficie de la mesa, corte que comprende la piel, el tejido celular subcutáneo, desde lo que se considera como horquilla esternal única hasta el agujero umbilical común.

Luego se procede a separar los planos musculares pectorales de ambos lados, hasta sobrepasar en 1 cm. las articulaciones condrocostales.

Las articulaciones esternoclaviculares confluyen a situarse en los bordes de un esternón común, situadas a 1 cm. de distancia la una de la otra. Tal esternón es un órgano lateral, que se halla paralelo al del lado opuesto, y cuya horquilla ha desaparecido y es sustituida por un plano óseo horizontal que une a manera de puente los dos pseudoesternones.

Las dimensiones aparecen como de 1 y medio cms. de ancho, (dirección que va de una gemela a otra) por 4 cms. de longitud (tomado de un plano lateral al otro).

Se procede a extraer un plano pseudoesternocostal y para ello se seccionan las articulaciones condrocostales de ambos lados, así como las esternoclaviculares. Se levanta este escudo o peto esternocostal, respetando el puente interesternal.

Al ampliar la incisión hasta 1 cm. del ombligo común, se observa que tanto las cavidades torácicas como abdominales comunican entre sí, encontrándose la siguiente disposición: 1º, hay una sola cavidad pericardíaca que contiene un órgano cardíaco alargado en dirección transversal, con un desarrollo mayor hacia el

cuerpo de Blanca (situada a la derecha del observador). Al mismo tiempo es más prominente y de mayor consistencia hacia esta extremidad. Del lado opuesto se presenta más flácido y al palpar produce la sensación de una cavidad cuyas paredes son membranosas. En las porciones laterales se observan órganos pulmonares al parecer normales en su distribución y forma. (El izquierdo pertenece a Blanca y el derecho a Laura).

En la cavidad abdominal, circundado por la asas intestinales se presenta un órgano hepático de forma piramidal con base superior dividida en dos porciones laterales por un ligamento coronario que va de la porción vértice hasta la porción inferior o base.

Se procede a extraer las vísceras abdominales. Se extrae el órgano hepático el cual aparece con una cara lateral del lado de Blanca (derecha) y que presenta un lóbulo cuadrado bien delimitado debajo del cual se encuentra una vesícula biliar llena de líquido. Se observa una cara posteroinferior muy amplia, en cuya porción central es apreciable un lóbulo cuadrado y uno de Spiegel sobre el cual reposa otra vesícula biliar que corresponde al lado de Laura (izquierda). Peso total del órgano es de 200 grs.

Son apreciables también dos venas hepáticas que podrían corresponder a las ramas derecha e izquierda normales.

Los órganos esplénicos difieren en el volumen: el bazo de Blanca es más grande que el de Laura. Lo propio podemos decir de los riñones que son dobles para cada una de las siameses, sin alteración anatómica de importancia y más desarrollados en Blanca que en Laura.

Los estómagos, intestino delgado y grueso se encuentran en condiciones normales en cada una de ellas.

Los genitales están normales en ambas.

De los pulmones debemos decir que en número de dos para cada una presentan la peculiaridad de poseer tres lóbulos tanto el derecho como el izquierdo en las dos siameses. Entre las lesiones anatomopatológicas de importancia encontramos una bronconeumonía a focos diseminados muy pequeños dispuestos irregularmente

en todas las áreas pulmonares y que, a nuestro parecer, han constituido la causa inmediata de la muerte.

El corazón tiene una situación horizontal con la punta ligeramente dirigida hacia arriba del lado de Blanca. El ventrículo izquierdo ocupa las cinco sextas partes del órgano siendo sus paredes extremadamente gruesas y los pilares muy desarrollados. De este ventrículo salen y en su porción superior dos aortas bien diferenciadas con dos cayados, uno dirigido hacia la derecha y otro hacia la izquierda.

La aurícula izquierda es dilatada e hipertrófica: afluyen a ella solo cuatro venas pulmonares. El ventrículo derecho es atrófico, de paredes muy delgadas y su cavidad está reducida a la quinta parte del ventrículo izquierdo; de este ventrículo sale una sola arteria pulmonar que inmediatamente después de su salida se bifurca en dos ramas. La aurícula derecha: atrofiada afluye a ella una sola vena cava inferior y otra superior formada por la unión o confluencia de dos venas que podríamos llamar cavas superiores secundarias.

Conclusiones:

1^a—Se trata de un monstruo doble, o sea, que aparece como dos individuos de sexo femenino unidos desde el sitio correspondiente a las horquillas esternales hasta la cicatriz umbilical la cual es común para ambas y que está situada en el polo inferior del plano de unión.

2^a—Este monstruo es Toraco onfalopago, porque sus componentes poseen cavidades torácicas y abdominales comunicantes, o sea, que los dos esternones han desaparecido, existiendo una unión lateral de las extremidades condrales a cada lado, semejando la existencia de dos pseudoesternones laterales, desapareciendo a ese nivel los espacios intercostales. A causa de la unión abdominal no encontramos músculos rectos anteriores del abdomen y la cicatriz umbilical es común.

3^a—Cada uno de los individuos posee independientemente los siguientes aparatos y órganos: a) cabeza y cuello con todos sus órganos; b) columna vertebral; c) porciones fijas y móviles de las extremidades tanto superiores como inferiores; d) partes óseas y

blandas de las paredes de las cavidades torácicas y abdominales y pelvianas, a excepción de lo indicado; e) ano y genitales externos; f) aparato respiratorio; g) aparato digestivo; h) aparato urogenital, i) de las glándulas anexas al tubo digestivo son independientes los pancreas; j) los órganos esplénicos; k) aparato circulatorio, excepción hecha del órgano cardíaco, la arteria pulmonar, las venas cavas superior e inferior, bifurcándose la superior.

4ª—Los órganos comunes son el corazón y el hígado;

5ª—El único órgano absolutamente común en este caso era el corazón, pues en lo que respecta al hígado, si bien aparecía único, sin embargo podemos considerarlo como dos órganos hepáticos unidos en sentido anteroposterior, pues la presencia de dos vesículas, conductos de secreción externa independientes y de una sinfisis ligeramente fibrosa nos hace pensar en este sentido.

6ª—Como causas de la muerte podríamos anotar: a) la existencia de focos bronconómicos en ambos pulmones; b) una anoxia anóxica debida al estado atrófico del ventrículo y aurícula derechos que dificultaba enormemente el fenómeno de la hematosi.

c) —Creemos que la supervivencia larga de este monstruo habría sido difícil, debido a las anomalías cardíacas entre las cuales se destaca la atrofia de la aurícula y ventrículo derechos ya anotadas y la existencia de tan solo una arteria pulmonar, que luego de dividirse se dirige hacia los dos seres, lo mismo que el hallazgo de tan solo cuatro venas pulmonares que realizaban la función circulatoria para los dos individuos.

7ª—Luego de la autopsia hemos creído imposible que se hubiese podido realizar una separación quirúrgica de los dos individuos por la razón obvia de la presencia de un solo corazón y la íntima unión interhepática.

Dr. Eduardo Bejarano.

Dr. Santiago Donoso Velasco.

Dr. Eduardo Luña Yépez.

CLASIFICACION DEL FENOMENO Y POSIBLE EXPLICACION DE LAS CAUSAS DE SU PRODUCCION

Es, sobre todo de la obra de Bradley M. Patten "Human Embriology" que tomamos la clasificación de la monstruosidad y la explicación del fenómeno.

El nos dice: un raro accidente en el desarrollo de los gemelos monovulares es que se junten durante la preñez y que nazcan a término como "**monstruos dobles**".

El grado de fusión varía desde una ligera conexión de los tejidos superficiales que unen dos individuos casi independientes, hasta fusiones que involucran el esqueleto, a través de casi todo el tronco, de suerte que solo las cabezas, o solo las partes posteriores de los cuerpos, aparecen como dobles.

La localización y el ángulo de fusión varían también, de modo que a través de muchos años, se ha reunido gran variedad de estos monstruos en los Museos Médicos.

Toda clasificación es arbitraria, pero se utiliza la división en dos categorías principales: 1) **Gemelos Igualmente Conjugados** en los cuales los individuos fusionados tienen un desarrollo regularmente simétrico y 2) **No igualmente conjugados** en los cuales uno es más pequeño que el otro. El miembro más pequeño de la desigual pareja es por lo general marcadamente deforme o su apariencia puede sugerir un grotesco parásito del más grande (gemelo más normal).

GEMELOS IGUALMENTE CONJUGADOS: Los monstruos dobles simétricos se agrupan para su estudio, denominándoles de acuerdo con el sitio de unión.

Tres grupos simples usa Schwalbe: Uniones Superior, Media e Inferior. Los de unión superior son aquellos en que se afecta el nivel cabeza-cuello. Medios, entre cuello y ombligo, e Inferiores aquellos de unión caudal y umbilical.

Las uniones pueden ser dorsales; ventrales y laterales.

Esta idea general de las posibilidades de unión a tres niveles, desde tres ángulos y a grados variados sugiere que la mayoría de tipos de monstruos dobles que puedan encontrarse, permiten una fácil clasificación:

Este asunto se lo simplifica denominándolos lo más posiblemente con el sufijo "pagos" (del griego= unión), unido al primer término anatómico familiar que designe la región de la fusión como por ejemplo craneópagos, toracópagos, pigópagos (uniones de cabezas, tórax y caderas), etc.

Por alguna razón las fusiones laterales parecen comenzar ya sea en la cabeza o cadera, es decir en los extremos del tronco, y nunca en los niveles torácicos. Hay sin embargo una tendencia en las fusiones laterales a hacerse bastante extensas y el tórax con frecuencia es secundariamente involucrado.

Esa tendencia a extenderse sobre más de una región, hace que las formas laterales no se presten fácilmente a la designación con el sufijo "pagos" que es tan útil para las uniones más localizadas, por lo cual es costumbre denominarles sobre la base de la parte que permanece doble: así "duplicitas anterior", "duplicitas posterior", etc.

En nuestro caso que comentamos, hemos creído que la denominación que se debe emplear es la de "MONSTRUO DOBLE TORACO-ONFALOPAGO", por cuanto hay comunicación no solo de las cavidades torácica y abdominal, sino también comunidad del cordón umbilical.

Afortunadamente la mayoría de los monstruos dobles íntimamente fusionados tales como los cefalotoracópagos no sobreviven. En algunas ocasiones, los menos extensamente juntos. Viven, y por lo general es en los circos donde encuentran su modo de vivir.

Una pregunta muy común, en conexión con la aparición de estos individuos, es por qué no se trata de separarlos quirúrgicamente. Tal procedimiento es teóricamente posible, si la unión es superficial, pero hay por lo común una cantidad tal de interrelaciones entre los órganos interiores, que cualquier procedimiento quirúrgico para la separación de gemelos conjugados, solo

puede ser realizado después de minuciosos estudios, incluyendo adecuados exámenes radiológicos.

GEMELOS DESIGUALMENTE CONJUGADOS.—

El origen y los sitios posibles de unión son los mismos que los correspondientes a los monstruos dobles simétricos. La única diferencia esencial es que en los casos de los pares desiguales, sucede algunas veces que se interfiere el desarrollo de uno de los gemelos de modo que altera su crecimiento o las normales diferenciaciones no se producen, o ambos procesos están alterados.

Cuando esta diferencia es considerable, el gemelo menos completo y más pequeño es designado como parásito del más grande y más normal miembro de la pareja.

TEORIAS DE LA FORMACION DE LOS MONSTRUOS DOBLES.

Nos encontramos actualmente con mayor capacidad de entender los factores que se involucran en la formación de los monstruos dobles, como en el caso de la mayoría de las malformaciones de desarrollo.

Es obvio que nosotros debemos pensar con el criterio de un proceso monovular gemelar, el cual ha continuado alterado.

Por la observación de lo que sucede en los no primates se puede suponer que este tipo de gemelación en el hombre se puede producir ya sea por una separación de la masa o placa de crecimiento de las células totipotentes, dentro del blastocito joven, en el estadio de masas celulares internas, o por su reagrupamiento, en un estadio ligeramente mayor, al rededor de dos centros de diferenciación en el disco embrionario primitivo.

Muy cercana a esta segunda posibilidad y como una variante de ella se sugiere una tercera (Newman) : se cree que puede haber una fisura del área axial de diferenciación, después de que se ha establecido el disco embrionario.

Es posible que en las diferentes circunstancias, cualesquiera de estas modalidades puedan producirse.

Es sin embargo en todo caso aceptable que la época en la cual la separación se produce pueda ser un factor decisivo en determinar si resultarán ya sea gemelos normales o monstruos dobles.

Ciertamente las separaciones tempranas y completas de las masas celulares internas parecen ofrecer mejores posibilidades para la formación de dos individuos completos e independientes y las separaciones relativamente tardías e incompletas de las masas celulares internas ser podrían propicias para que resulten gemelas conjugados.

"Agradecimiento: Como el estudio de esta anomalía que presentamos suponía la intervención de muchos profesionales para que se realizaran los exámenes solicitados, me cumple dejar constancia de mi agradecimiento para quienes me ayudaron en la verificación de los mismos y que son el doctor Enrique Aray que puso a mi disposición los laboratorios del Hospital Eugenio Espejo, a los doctores Ricaurte y Terán Gostalle, por sus estudios radiográficos, lo mismo que al señor Leonardo Malo. A los doctores Flores, Rueda y Muggia, por los exámenes de laboratorio clínico. Al doctor Guerrero que se interesó en la realización de cortes histológicos. Al señor Jorge Ricaurte por su estudio electrocardiográfico, al doctor Guarderas, por el estudio que hizo de las huellas digitales y por último a los doctores Bejarano y Santiago Donoso que me ayudaron en la realización del estudio necrópsico. Al señor Fernando Prócel por haberme proporcionado fotografías de las radiografías.

También agradezco a la Cruz Roja que me cedió parte del material gráfico que publicamos y que me dió la oportunidad de realizar el estudio que presento, así como a la Asociación Médica-Quirúrgica de Quito que por intermedio de su digno Presidente el doctor Montero Carrión, me dió oportunidad de presentar el caso ante los Médicos de Quito en las Jornadas Médicas Locales en una de las sesiones llevadas a cabo en el Hospital Eugenio Espejo.

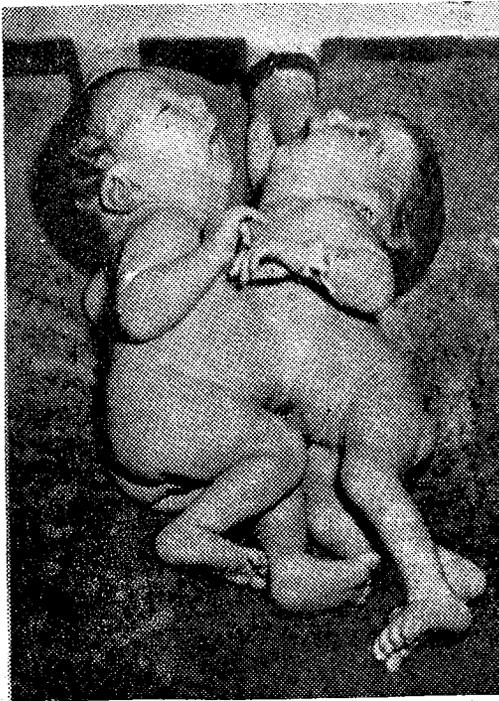


Fig. N° 1.—Vista lateral de las Siameses: la situada a la derecha (cintada en la muñeca) posee la casi totalidad del órgano cardíaco: Es Blanca.

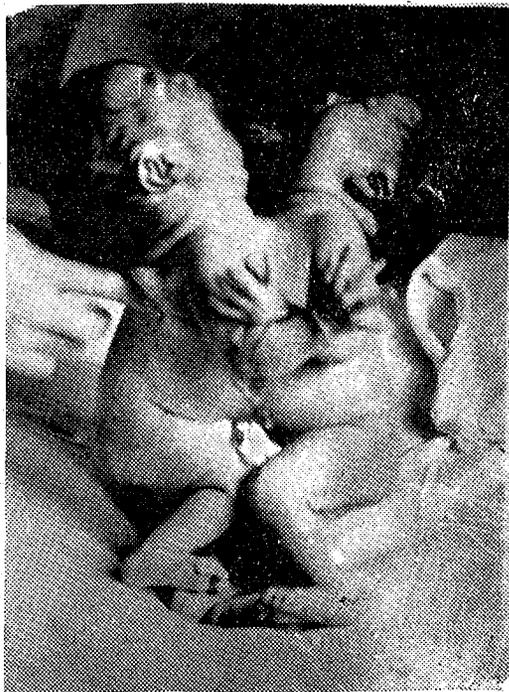


Fig. 2.—Vista por el costado opuesto al de la figura anterior.



Fig. 4.—Otro aspecto de los Siameses.



Fig. 3.— Límite superior de la unión: región es-
ternal.

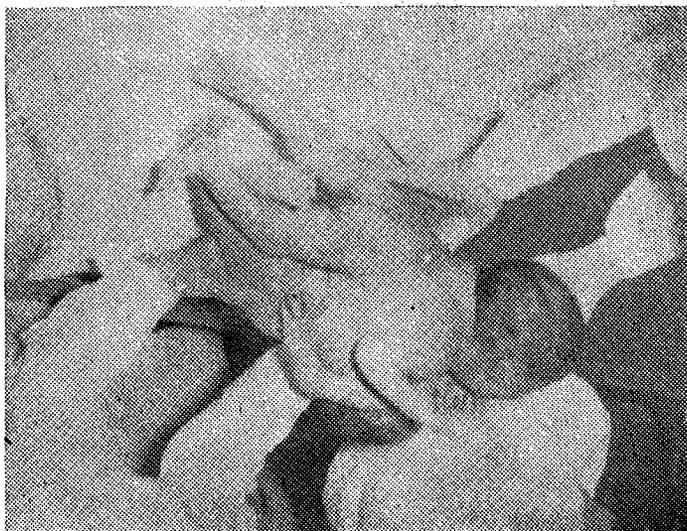


Fig. 5.—Posición forzada que demuestra la imposibilidad de que se mantengan en decubito dorsal.

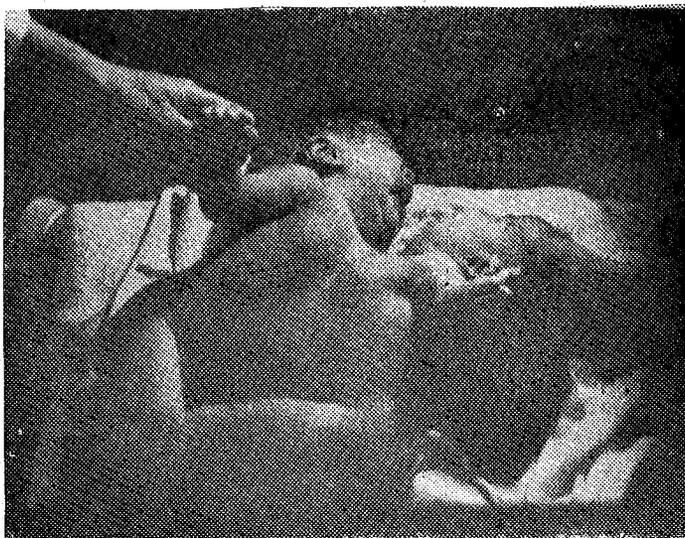


Fig. 6.—Apréciase el desnivel de las mamilas.

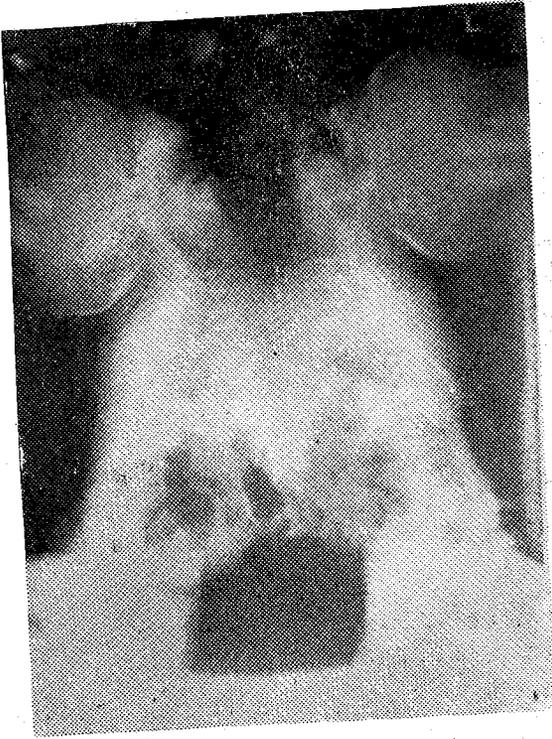


Fig. 7.—Radiografía.



Fig. 8.—Radiografía.



Fig. 9.— Otros aspectos radiográficos: Aprécien- se las manchas o sombras cardíacas y hepáticas.

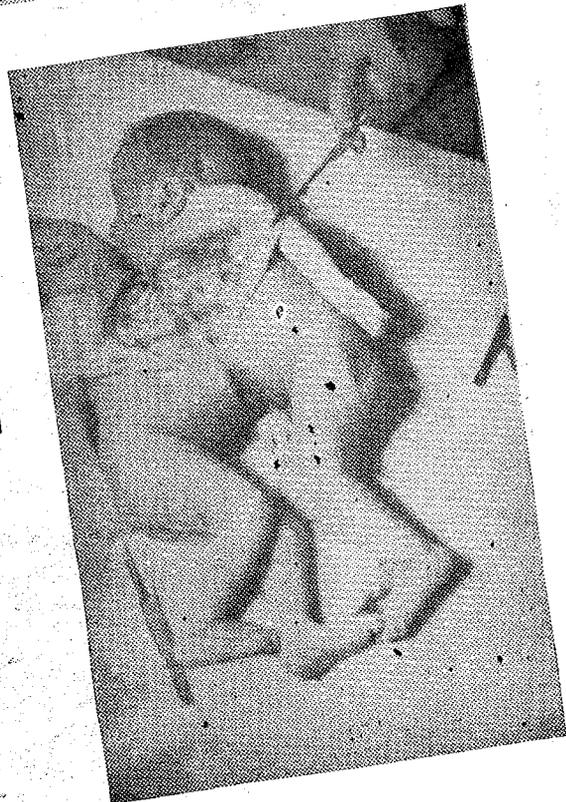


Fig. 10.— Obsérvese el pseudo-esternón lateral.



Fig. 11.—Vista del puente óseo inter-esternal.

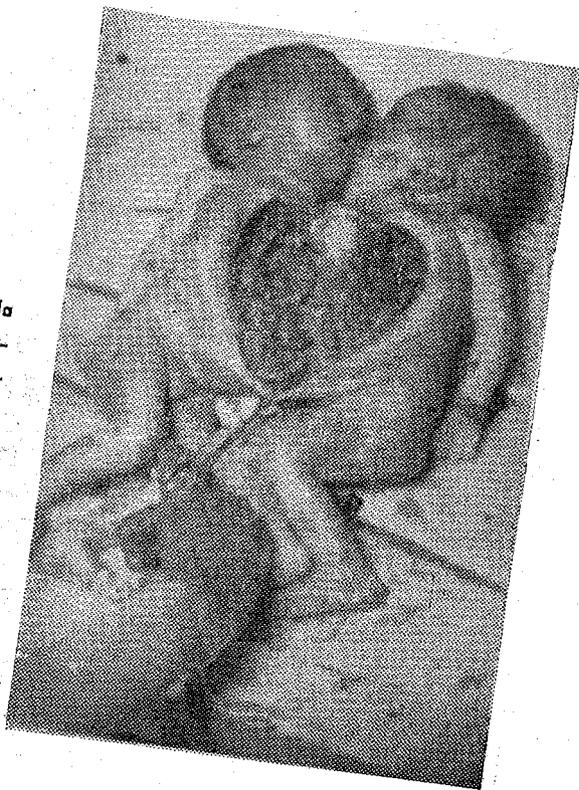


Fig 12.— Apréciase la presencia de comunicación intertorácica e inter-abdominal.

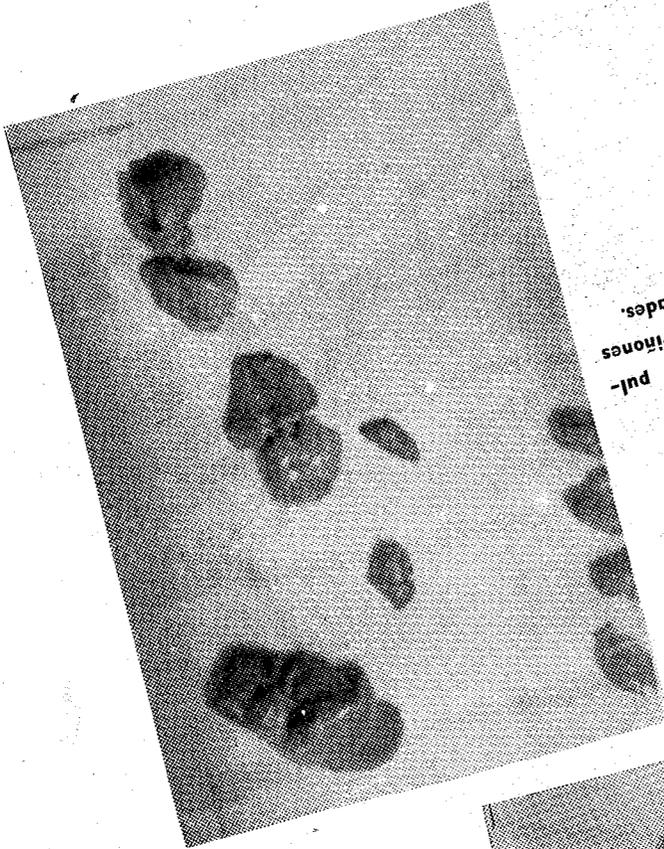


Fig. 14.—Higado, pulmones, bazo, y riñones fuera de las cavidades.

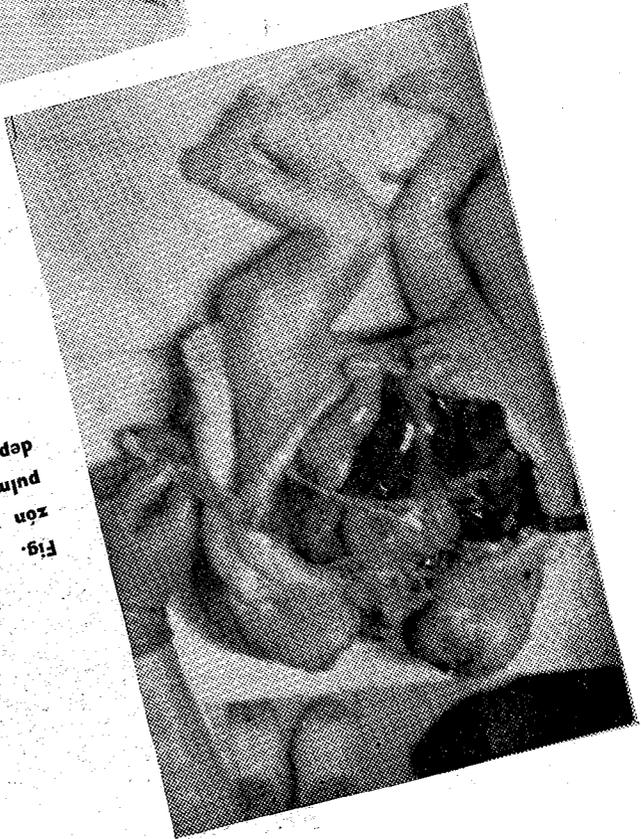
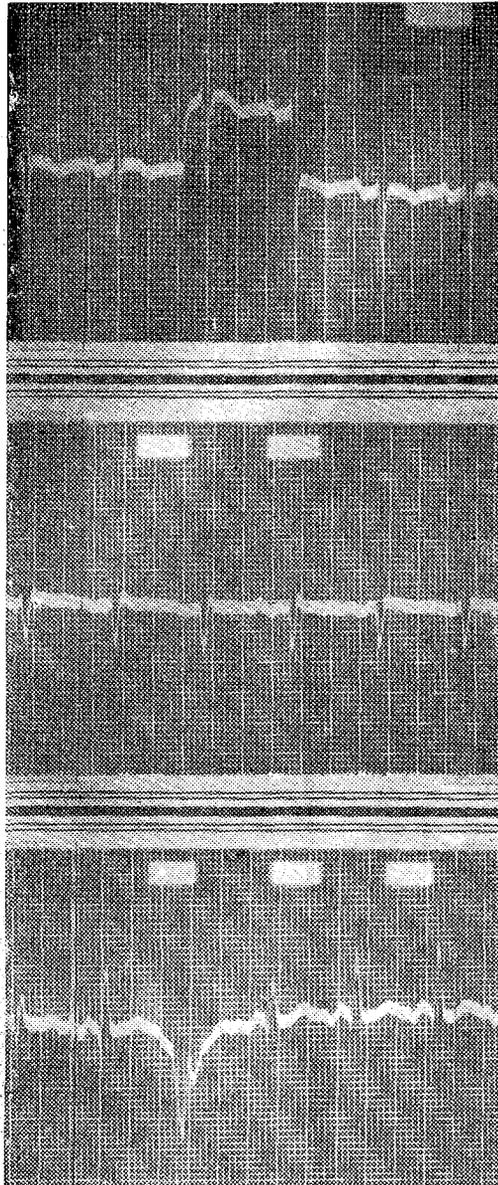


Fig. 13.—Un sólo corazón y un sólo higado: 4 pulmones e intestinos independientes.

ELECTROCORDIAGRAMAS

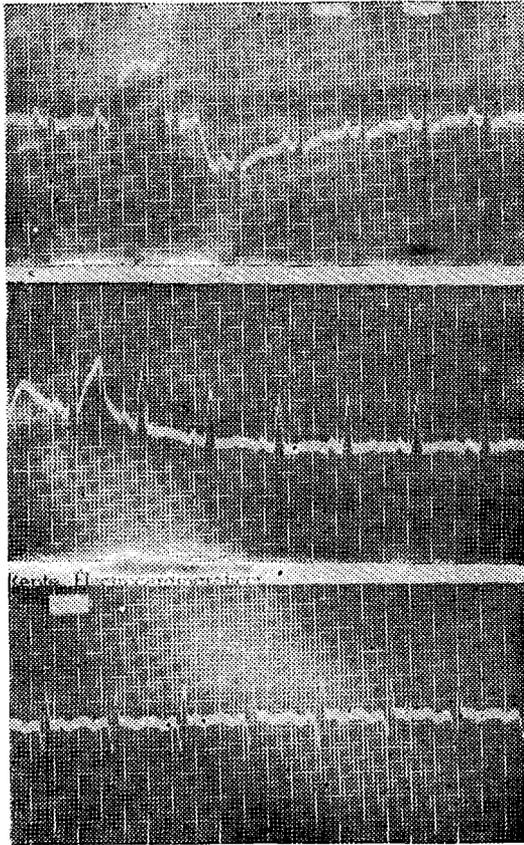


D 1ª

D 2ª

D 3ª

Fig. 15.—Derivaciones Standard de la supuesta sin Corazón.

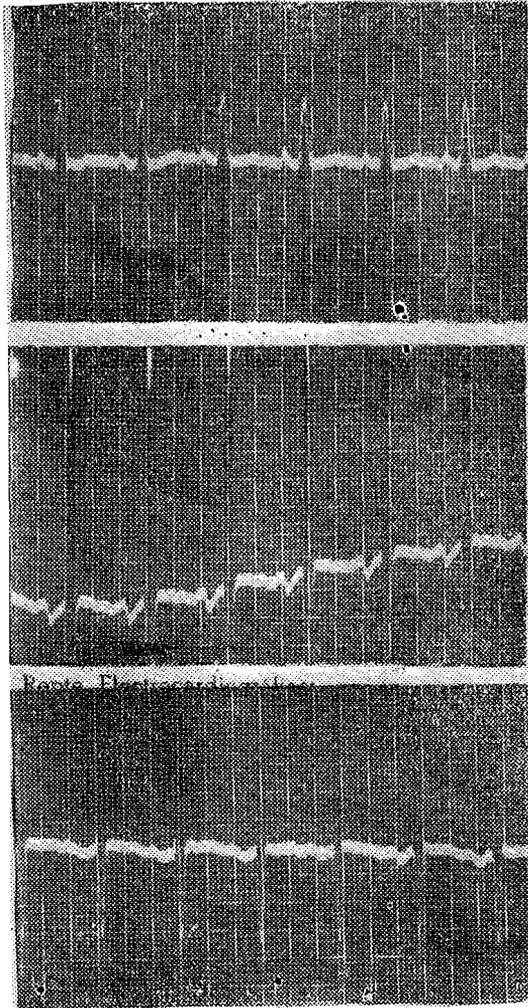


D 1°

D 2°

D 3°

Fig. 16.—Derivaciones Standard de la supuesta con
Corazón



D 3

D 2

D 1

Fig. 17.—Derivaciones Standard Mixtas (Arbitrarias) Véase el texto.

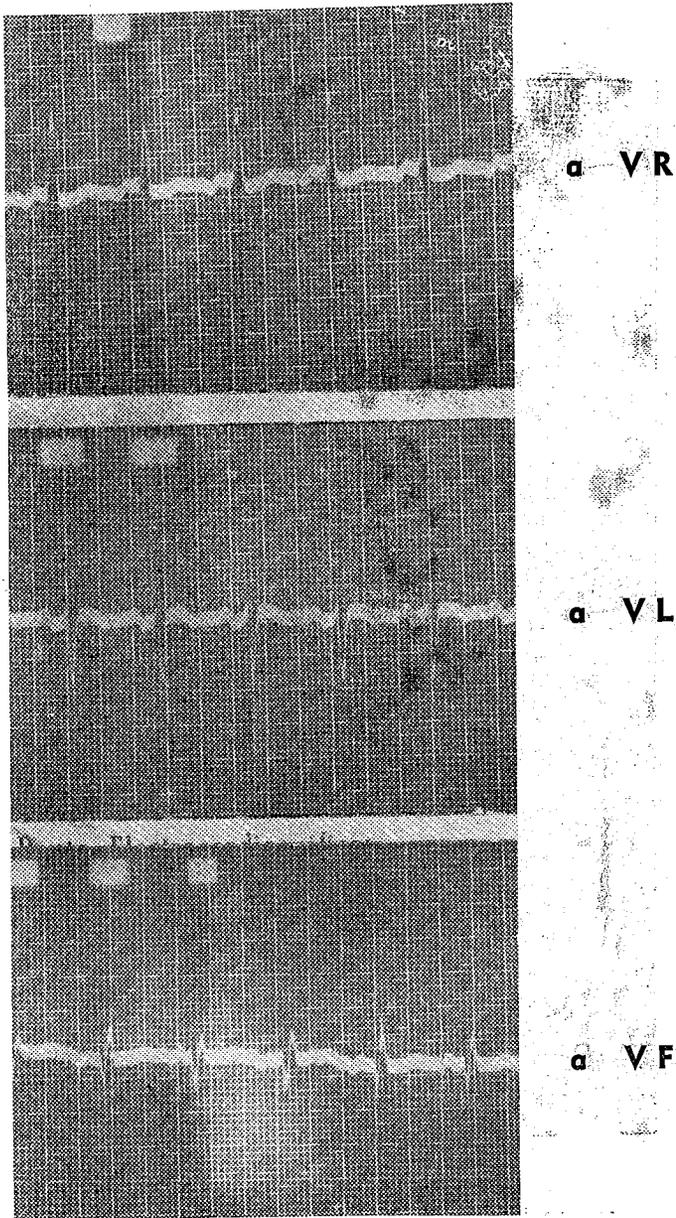
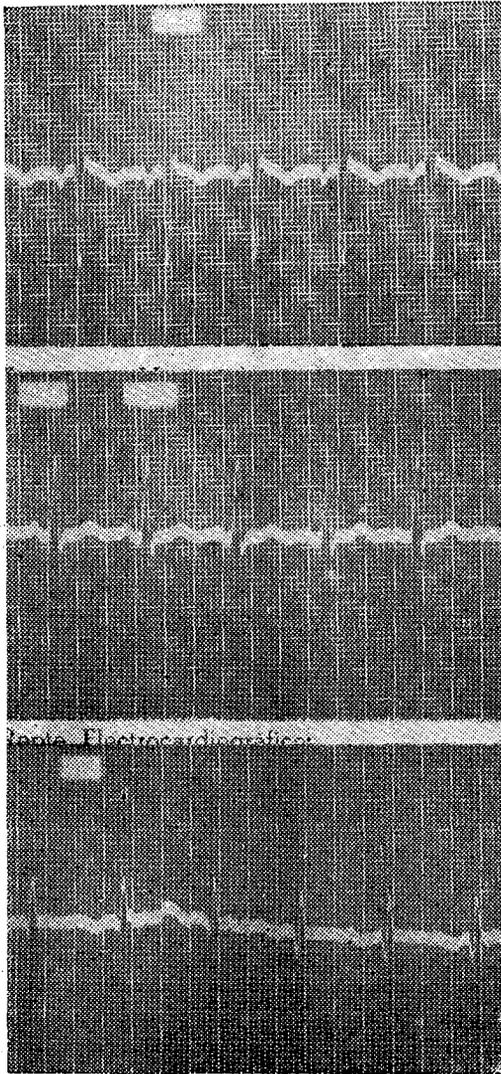


Fig. 18.—Unipolares de la sin Corazón

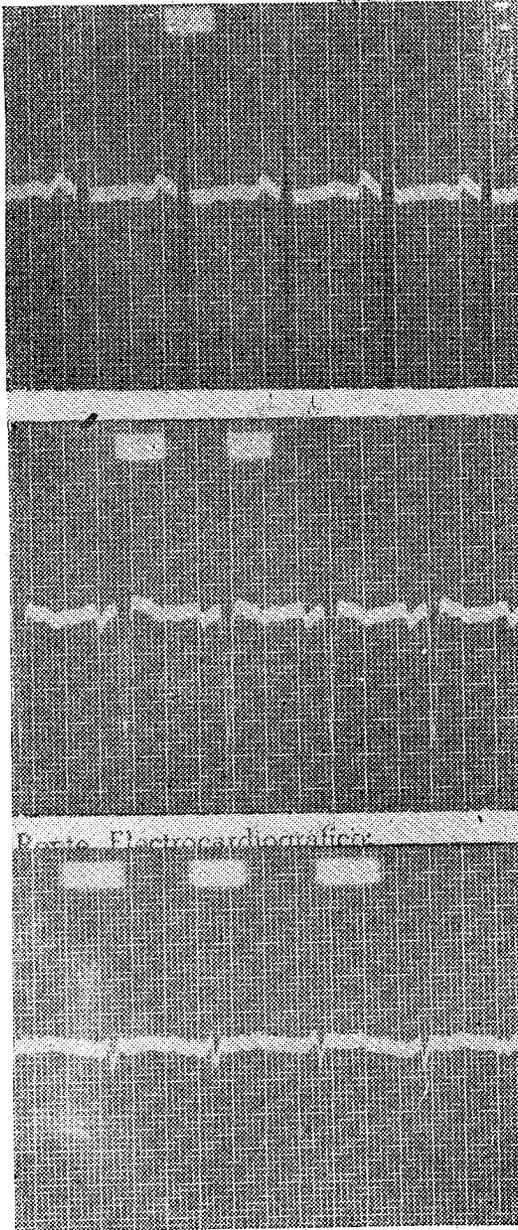


a VR

a VL

a VF

Fig. 19.—Unipolares de la con Corazón.



a VR

a VL

a VF

Fig. 20.—Derivaciones Unipolares Mixtas (Derivaciones arbitrarias).

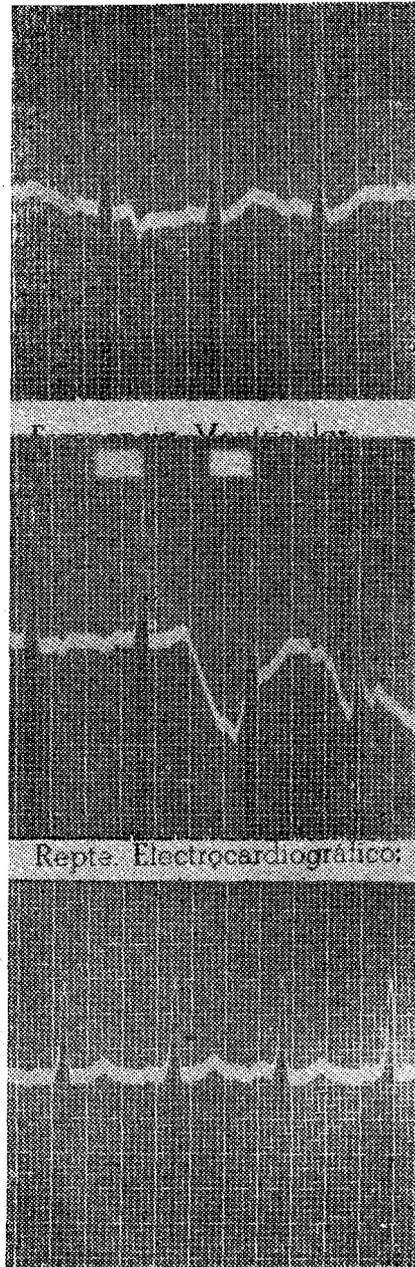
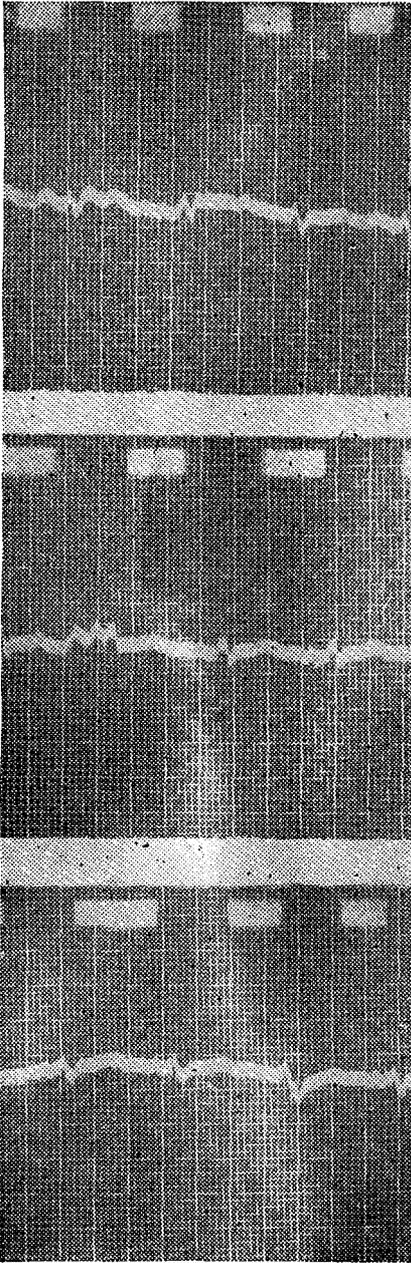


Fig. 21.—Precordiales Mixtas. (Arbitrarias).



V 4

V 5

QRS 1 = - 9

QRS 3 = + 10

Eje = + 145°

SIN CORAZON

V 6

QRS 1 = + 18

QRS 3 = + 2

Eje = + 35°

CON CORAZON

Fig. 22.—Precordiales Mixtas. (Arbitrarias).

BIBLIOGRAFIA:

Fichel: Embriología humana.

Manuel Luis Pérez: Tratado de Obstetricia (4ª edición).

Isaac Cortes: Tratado de Anatomía Polológica.

Bradley M. Patten: Herman Embriology.

Revista Médico Dominicana (Abril Mayo-Junio 49).

VARIOS.—

Crónica de la Facultad de Ciencias Médicas

En los primeros días del mes de Enero de 1949, la Facultad de Ciencias Médicas recibió una galante invitación del gobierno chileno, para que acreditara una delegación al Tercer Congreso Interamericano de Radiología que se reuniría en Santiago del 11 al 17 de Noviembre. Agradeció debidamente la Facultad y la comunicación pasó, para su resolución, al Dr. Jaime Ricaurte Enríquez, Profesor Titular de Radiología.

El "Fonds International De Secourss a L'Enfance" de París, invitó por intermedio de la Cancillería, a la Facultad para que, por intermedio de un delegado oficial, concurra al curso de "Pediatria Social" que bajo sus auspicios comenzaría a dictarse a partir del 1º de Marzo de 1949.

Puesta la nota en conocimiento del Titular de Pediatría, Profesor Carlos R. Sánchez, éste sugirió aceptar el pedido y nombrar delegado oficial de la Facultad al Dr. Guillermo Acosta Velasco, quien investido de tan honrosa designación asistió al desarrollo del curso.

La prestigiosa casa productora de especialidades farmacéuticas "Schering Corporation" convocó un concurso en el que podían intervenir los alumnos de los dos

últimos años de nuestra Facultad, sobre temas endocrinológicos. El Consejo Directivo confió la organización de tal evento al Profesor de Patología Endocrinológica, Dr. L. Estuardo Prado, quien elaboró el tema y las bases del concurso, el cual versó sobre el interesante tema del problema del bocio en el Ecuador.

La "Asociación Anual Panamericana de EE. UU." invita a su reunión anual a celebrarse en el mes de Mayo, en los Angeles, California. El Titular de Urología y mercedamente Decano de la Facultad, doctor Carlos Póli J., concurrió a tan importante certamen, en donde discutiéronse importantes temas relacionados con Urología y disciplinas conexas.

En el mes de Febrero reúnese Asamblea de Facultad para tratar los siguientes problemas importantes:

1°—Construcción del edificio de la Escuela de Medicina, viejo anhelo e imperativo urgente. Se discute y se cruzan múltiples sugerencias para su rápida cristalización. Se nombra una comisión encargada de agilizar el pronto trámite de los proyectos.

2°—Es designada otra comisión, encargada de formular el Anteproyecto de creación del Ministerio de Salubridad; la integran prestigiosos. catedráticos y los Profesores-Legisladores.

3°—Finalmente nombra la Facultad representante estudiantil en el seno del Consejo Directivo al señor Jorge Rodríguez.

Las tradicionales festividades de "La semana del Estudiante de Medicina" tuvieron este año la más cumplida y exitosa realización en la última semana del mes de Febrero. Conferencias, exposiciones, actos culturales, eventos deportivos, veladas, etc., organizadas por

la Asociación Escuela, estuvieron presididos por la Señorita Graciela Magdalena Martínez, alumna del primer curso, elegida democráticamente como Reina de los festejos. El número mas saliente —fue sin lugar a dudas— la Exposición de Disección y Dibujo Anatómico presentada por los alumnos del primer Curso. En acto sencillo pero solemne se colocó en el lugar de honor del Anfiteatro, la efigie del Prof. Guillermo Ordóñez, auténtico valor de la docencia anatómica.

El día 16 de Marzo en el Salón de Clínicas del Hospital "Eugenio Espejo" y ante nutrido auditorio dictó una importante conferencia sobre parasitología el Catedrático de la Facultad de Buenos Aires Profesor Juan Bacigalupo.

En el mes de Abril, luego de cumplirse las formalidades reglamentarias, fueron nombrados Profesores Titulares por el H. Consejo Universitario, los Doctores: Luis Alberto Palacios G. de Anatomía Descriptiva y Neptalí León G. de Histología Normal y Embriología. En esta forma culminan su carrera docente dos prestigiosos profesionales, cuya labor universitaria, dadas sus ejecutorias, será llena de triunfos.

Recíbese de la Universidad de Buenos Aires una invitación para asistir al III Congreso Sudamericano de Neuro-cirujía, que se reunirá en el mes de Julio en la capital del Plata.

En este mismo mes de Abril, se ausentan del país con destino a los Estados Unidos, los Doctores Julio E. Paredes C., Rector Profesor de Clínica Interna y Carlos

Pólit J., Decano Profesor de Clínica Urológica, quienes por invitación especial, efectúan un amplio recorrido de la gran nación, observando la organización universitaria y el funcionamiento de los hospitales. Dado el prestigio de los viajeros y sus ejecutorias, los frutos de esta larga jira, redundarán en positivo y pronto beneficio, de nuestros sistemas docentes y hospitalarios.

En las festividades de la "Semana del Estudiante" fué elegida Señorita Universidad 1949 la espiritual y bella damita Noemí Rosero F., alumna del Primer Curso de la Escuela de Medicina.

En el mes de Junio recibió la Facultad la nota de invitación para acreditar la concurrencia al IV Congreso neurológico internacional, a reunirse en París en Setiembre del presente año. El Consejo Directivo transcribió la nota al Prof. de Neurología doctor Julio Endara.

En Setiembre recibióse por intermedio del Ministerio de Educación la invitación para asistir al II Congreso Panamericano de Oftalmología que tendrá lugar en Enero de 1950 en Montevideo.

También recibimos la nota correspondiente al primer Congreso Mundial de Cardiología, que tendrá lugar en París en Setiembre de 1950. Se la transcribió al doctor Miguel Salvador, connotado especialista.

El día 28 de Octubre celebróse la junta de Facultad con el objeto de renovar el personal directivo de la

misma. Después de la votación reglamentaria, prestaron la respectiva promesa los nuevos personeros de la Facultad:

Dr. Miguel Arauz Jijón, Decano.

Dr. Miguel Salvador, Subdecano.

Dr. Teodoro Salguero, Representante al Consejo Directivo por la Escuela de Medicina.

Dr. Hernán Dávalos, Representante ante el Consejo Directivo por la Escuela Dental.

Todos esperamos una magnífica labor, de este personal, que une, a su impulso juvenil, un afán renovador y de adelanto para la Facultad, que saliéndose de caducas rutinas los eligió en contienda democrática.

A su paso por esta capital con destino al Congreso de Urología de Santiago de Chile, el Prof. Oswaldo Lowsley de los EE. UU. sustentó una importante conferencia sobre "Cirugía Urológica" en el Hospital Eugenio Espejo.

La Casa de la Cultura Ecuatoriana, organizó a principios del mes de Diciembre una discusión de mesa redonda sobre "El papel del Hígado en las infecciones". El Prof. Eduardo Bejarano, con la maestría que él sólo sabe hacerlo mantuvo el temario en discusión.

En el mes de Diciembre, próximo pasado, celebraron sus Bodas de Plata profesionales, los Profesores Titulares Doctores César Jácome Moscoño y Luis Eduardo Alzamora.

Para nadie es desconocida la personalidad científica del Profesor Jácome, una de las más altas figuras de la Obstetricia nacional, quien con talento y perseverancia, estudio y dedicación ha sabido recorrer la árdua

vía profesional y llegar a la cima de nuestros valores científicos.

En su cátedra el Prof. Jácome se ha destacado con nitidez. Sencillo y ameno, sabe despertar afán de investigación en sus alumnos. Su preocupación constante es encontrar cifras y datos propios de nuestra raza y de nuestras gentes. Múltiples y variadas son las Tesis Doctorales trabajadas bajo la acertada dirección de Jácome, que satisfacen con amplitud, este criterio de hacer medicina ecuatoriana.

Ahora, que han transcurrido cinco lustros de su incorporación el cuerpo médico, los que tuvimos la suerte de ser sus alumnos, recordamos con fruición y respeto al Maestro, que supo serlo en el sentido lato de la palabra.

Eduardo Alzamora, es el otro Profesor que veinte y cinco años ha ido prodigando la errante ensoñación de la vida, en todas las encrucijadas en donde acecha la funesta realidad de la muerte.

Sería largo hacer una semblanza del Profesor Alzamora, que ha cumplido su Jubileo de Plata rodeado del aprecio de colegas y amigos. Cirujano dotado de extremada habilidad ha sabido prestigiar siempre su profesión y su cátedra.

Reciba nuestra enhora buena y que siga en la ruta que se ha trazado por luengos años.

Queremos que nuestra vos tenga el trofeo imponderable de un reconocimiento de sus virtudes en la fecha plateada de su apostolado.

LISTA CRONOLOGICA DE GRADOS DOCTORALES EN MEDICINA Y CIRUGIA

Fecha	Nombre	Nota	Especialidad
12—Noviembre 1948—	Gustavo Cevallos Andrade..	DIEZ	Anatomía.
24—Noviembre 1948—	Miguel Valverde Arias ...	OCHO	Anestesia.
17—Diciembre 1948—	José Rafael Mier	NUEVE	Ginecología.
17—Diciembre 1948—	Julio Olivares	NUEVE	Clínica Interna.
21—Diciembre 1948—	Carlos Almeida Hidalgo ..	DIEZ	Pediatría.
21—Diciembre 1948—	Marco Turkel	DIEZ	Cirugía.
4—Febrero 1949—	Otta Lederer	OCHO	Pediatría.
11—Febrero 1949—	Gribaldo Marino Ramos	DIEZ	Obstetricia.
26—Febrero 1949—	Ernesto Pérez Córdoba	NUEVE	Pediatría.
9—Marzo 1949—	Gualberto Garzón Ordóñez ...	DIEZ	Urología.
10—Marzo 1949—	Gonzalo González González ..	DIEZ	Tisiología.
25—Abril 1949—	Hugo Cevallos G.	DIEZ	Obstetricia.
5—Mayo 1949—	Alberto Carrión Ojeda	DIEZ	Anat. Patológica.
12—Mayo 1949—	Hugo Barrera Acevedo	DIEZ	Salubridad.
19—Mayo 1949—	Jaime Villacreces Gallardo	NUEVE	Obstetricia.
20—Mayo 1949—	Ernesto Caviedes López	NUEVE	Tisiología.
28—Mayo 1949—	Francisco Jiménez Rivadeneira .	NUEVE	Ginecología.
13—Junio 1949—	Eduardo Santamaría	DIEZ	Tisiología
14—Junio 1949—	Eloy Sánchez Loaiza	DIEZ	Cirugía.
18—Junio 1949—	Nicolás Espinosa Román	DIEZ	Tisiología.
21—Junio 1949—	Carlos Díaz Gidi	DIEZ	Ginecología.
25—Junio 1949—	Raúl Montalvo	NUEVE	Obstetricia.
12—Julio 1949—	Antonio Carrillo Bucheli	DIEZ	Pediatría.
25—Julio 1949—	Eduardo Luna Yépez	DIEZ	Hemoterapia.
26—Julio 1949—	Aldo Muggia	DIEZ	Pediatría.
28—Julio 1949—	Mario Segre	DIEZ	Radiología.
9—Noviembre 1949—	Luis López Portilla	DIEZ	Cirugía.
9—Noviembre 1949—	Miguel Medina Villacís ...	DIEZ	Cirugía.
15—Noviembre 1949—	Gustavo Pallares Guarderas.	DIEZ	Clínica Interna.
18—Noviembre 1949—	Edmundo Moreno Jarrín ..	DIEZ	Cirugía.
19—Noviembre 1949—	Antonio Cevallos	OCHO	Clínica Interna
21—Noviembre 1949—	Alirio Peralta	NUEVE	Pediatría.
29—Noviembre 1949—	Alvaro Tenorio Saavedra .	NUEVE	Cirugía.
1º—Diciembre 1949—	Plutarco Naranjo Vargas ...	DIEZ	Clínica Interna.
1º—Diciembre 1949—	Enriqueta Banda	DIEZ	Pediatría.
5—Diciembre 1949—	Raúl Murgueitio Stacey	NUEVE	Clínica Interna.
14—Diciembre 1949—	Hugo Larco Arguello	DIEZ	Oftalmología.
15—Diciembre 1949—	Ricardo Bravo González ...	OCHO	Dermatología.
16—Diciembre 1949—	Carlos Parra	NUEVE	Cirugía.
22—Diciembre 1949—	Ignacio Arboleda	NUEVE	Cirugía.

Información Bibliográfica Nacional del Año 1949

Sin embargo de que son muy contadas las publicaciones médicas ecuatorianas que han salido a luz dentro y fuera del país, pocos son las que llegan a manos de nuestros médicos y estudiantes, y al destinar esta sección no tratamos sino de proporcionar una información sintética de los trabajos que acerca de nuestra medicina han aparecido en el año que acaba de transcurrir, facilitando a su vez, a los interesados, el lugar de su edición.

LIBROS:

AGUAS MINERALES DEL ECUADOR.—Por el Dr. José E. Muñoz. Quito. I Parte: Esbozo Histórico. II Parte: Nociones Generales de Hidrología. III Parte: Aguas Minerales Ecuatorianas.

RESUMEN CRONOLOGICO DE LA HISTORIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 1565 - 1947. Por el Dr. Juan José Samaniego. Quito.

ATLAS DE LOS ANOFELINOS SUDAMERICANOS. Por el Dr. Roberto Levi Castillo. Guayaquil.

LECCIONES DE PARASITOLOGIA Y MEDICINA TROPICAL. Por los Dres. Pedro Kourí y José G. Basnuevo. Cultural, S. A. La Habana, Cuba. El Tomo II, que trata sobre Helmintología Humana, contiene un extenso capítulo sobre Rai-lietiasis, con especial referencia al Ecuador.

FOLLETOS:

ANOTACIONES SOBRE LA FLORA ALERGOGENA DEL ECUADOR. Dr. Plutarco Naranjo. Quito.

I Geografía Física del Ecuador. II Geo-botánica. III Conclusiones.

MEDICACION OCITOCICA. Por el Profesor Dr. César Jácome M. Quito.

ORGANIZACION HOSPITALARIA Y EDUCACION MEDICA PARA EL ECUADOR. Por el Profesor Dr. José María Urbina. Quito.

EL CONTROL DEL AEDES AEGYPTI EN EL ECUADOR. Por el Dr. Egberto García. Guayaquil.

EL CAMPESINADO ECUATORIANO Y EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO. Dr. Plutarco Naranjo. Quito.

BOLETINES:

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Washington. Año. (Vol.) 28. Nº 4. Evaluación de Nuevas Drogas para el Tratamiento y Prevención de la Peste, especialmente Bubónica. (Dr. Atilio Macchiavello).

Año (Vol) 28. Nº 6. Información sobre el problema de la Enfermedad de Chagas en el Ecuador. (Dr. Luis A. León).

Año (Vol) 28. Nº 9. La peste en el Ecuador durante el año de 1948 (Dr. Cornelio Sáenz Vera).

Año (Vol) 28. Nº 11. Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Ecuador. (Dr. Egberto García).

BOLETIN DEL MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL. Quito. Nº 22. Los Problemas de Asistencia Social. (Dr. Jorge Narensky. Protección Infantil (Anna Mac Auliffe).—Organización Hospitalaria y educación médica para el Ecuador. (Dr. José María Urbina). Labores del Ministerio de Previsión Social: Servicios Sociales. Escuela Nacional de Servicio Social. Asistencia Pública. Sanidad e Higiene. Servicios Médicos de los Hogares de protección Social.

BOLETIN DE INFORMACIONES CIENTIFICAS NACIONALES. QUITO.

(Casa de la Cultura Ecuatoriana). Vol. II. Nos. 15-16: Contribución al conocimiento Hidrológico del país. (Dr. Arquidamo Larenas).—Las anomalías Oseas. (Dr. Antonio Santiana).—Las características serológicas de la Población Urbana de Quito (Ecuador). Dr. Roberto Hoffstetter.—

Nº 17: Sobre las características serológicas de la población de Quito. (Dr. Roberto Hoffstetter).—Papel de los animales en la transmisión de las enfermedades del hombre (Dr. Jacques Poux).—Sobre anomalías anatómicas. (Dr. Antonio Santiana).

Nos. 18-19: Investigaciones médicas en Francia durante la guerra 1939-1945. (Dr. I. Benzecry).—Contribución al conocimiento hidrológico del País. (Dr. Arquidamo Larenas).—Sobre las anomalías oseas. (Dr. Antonio Santiana). Mal de rabia. (Dr. Jacques Poux).

Nos. 20-21: Contribución al conocimiento hidrológico del País. (Dr. Arquidamo Larenas).—Dos años de experiencia en el tratamiento de tuberculosis pulmonar con la Estreptomicina en el servicio del profesor Etienne Bernard en el hospital Leannec de París. (Dr. I. Benzecry).—Articulaciones. (Dr. Antonio Santiana).

Nº 22: Influencia del Tiouracil sobre el crecimiento. (Dr. F. Binswanger). Investigaciones sobre la biología del aire de Quito. (Dr. Plutarco Naranjo).

BOLETIN DE INFORMACION SANITARIA. Guayaquil. Nº 19: Escalafón Sanitario. La Peste en el Ecuador durante el año 1948. Datos Estadísticos sobre Tifoidea, en Guayaquil. La Higiene Mental a través de la Educación. Plan Continental de Control del Aedes Aegypti. Directivas y Orientación para la Lucha Antituberculosa en el Ecuador.

Nº 20. Política Sanitaria. Tifus Exantemático en el Ecuador. La rabia. Estadística Biodemográfica. Principales causas de muerte en Guayaquil. Estadística de las labores desarrolladas en el País por el Servicio Antipestoso durante el año 1948.

Nº 21: Campaña Antipalúdica. Esquema de tratamiento para la Sífilis. Exposición Plan de Lucha Antimalárica. La Prevención de la Ceguera en la Legislación Sanitaria del Continente Americano. Movimiento de Enfermos en el Hospital de Aislamiento de Quito en el año de 1948. Estadística Biodemográfica.

Nº 22: Realidad Sanitaria Ecuatoriana. Venciendo un Riesgo Profesional. Comunicación del Dr. Jorge Higgins J.

Nos. 23-24: Como puede comenzar la Tuberculosis Pulmonar. Información acerca de un nuevo D. D. T.—Información sobre D. D. T.—Potabilización de las aguas. Morbilidad y Mortalidad por Fiebre Tifoidea.

Nos 25-26: Cinco Casos de Tripanosomiasis Americana Aguda Procedentes de la Parroquia "General Vernaza". Cinco días de tratamiento Per-Oral del Pián con el S. T. B., un nuevo arsenical trivalente. Código Sanitario.

Nº 27: Higiene Urbana. Labores del Servicio Nacional Antimalárico. Código Sanitario.

Nº 28: Breve Biografía del Dr. John L. Long. Discurso del Director General de Sanidad. Apreciaciones sobre Lucha Antivenérea. Resumen de labores del Servicio Antipestoso.

Nº 29: Aniversario del Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez". La Rabia. Resumen de algunos puntos tratados en la III Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, verificada en Lima. Hacia la prevención del Cáncer. Movimiento de las Enfermedades Infecciosas y Contagiosas.

BOLETIN DE LA FEDERACION MEDICA DEL ECUADOR. QUITO. Nº 40.

Datos biográficos de José Jussieu (Profesor Pancier). Descripción del árbol de Quina (José de Jussieu). Sociales y Culturales. De nuestros Federados. Hospitales Vacíos.

Nº 41: **Sección Científica:** Código de Deontología Médica. Apuntes sobre la Sociabilización de la Medicina (Dr. Arsenio de la Torre). **Sociales y Culturales:** La Semana de Festejos de la Asociación Escuela de Medicina. (Dr. Gustavo Cevallos A.) Notas Sociales. **Asuntos Federales:** Informes.

Nº 42: **Editorial.** Proyecto de Reglamentación y Defensa del Fuero Profe-

sional. (Dr. Juan José Samaniego). Informe sobre el Proyecto de Reglamentación y Defensa del Fuero Prof. (Dr. Juan Francisco Orellana). Informe sobre el Proyecto de Reglamentación y Defensa del Fuero Profesional. (Dr. E. Larrea Stacey). Correspondencia sobre la Introducción de la Antisepsia y Asepsia Quirúrgica en el Ecuador. (Dr. Virgilio Paredes Borja y Dr. José Alcántara Herrera). **Sociales y Culturales. Asuntos Federales.** Del Extranjero. Estudios de Heridas con Bomba Atómica.

Nº 43: Editorial. Nuestros Votos de Gratitud. De la Vida Federal. Notas Sociales y Culturales. Notas del Exterior. Sección Científica: Comentarios Médicos (Dr. Arsenio de la Torre). Socialización de la Medicina. Segunda Sección: Comentarios Médicos. Organizaciones de Hospitales.

REVISTAS:

GACETA MEDICA.—Guayaquil.—Año IV. Nº 1. Conferencia Inaugural del Curso de Clínica Terapéutica. 1945-1950. Dr. Juan Tanca Marengo. Cate-
terismo venoso del Corazón. Técnica y Aplicación. Dr. Julio Mata Martínez.

Acta de Fundación de la Asociación Escuela de Medicina.

Eugenesis matrimonial y el Código Civil Ecuatoriano. Dr. Mauro Madero M.
Leche íntegra acidulada con jugo de limón, como alimentación normal del lactante. Dr. D. A. Hachenburg.

Acalasia del Cardias. Dilatación idiopática del Esófago. Dr. Amadeo Moreira Solórzano.

La volemia en las insuficiencias cardíacas, observaciones, deducciones y conclusiones de la parte III de la tesis previa al grado de Doctor en Medicina y Cirugía. Dr. Luis Baquerizo A.

Pericarditis constrictiva crónica. (Síndrome de Pick) Sres. Guillermo Paulson B. y Gustavo Calderón.

El régimen de arroz en el tratamiento de la Hipertensión.—Dr. Andrew W. Contratto y Mariam.

En la muerte del Dr. Axel Munthe.

Obituario. Dr. Edmund Hanlon.

Nº 2. Los Pacientes Nerviosos. Dr. Juan Tanca Marengo.

Infecciones del Riñón y Perirenales. Dr. A. Puigvert.

Los Hospitales del Ecuador y su Organización Funcional. Dr. Mauro Madero M.

Consideraciones acerca del Estudio Radiológico del Estómago. Mario Hinojosa C.

Una Conferencia del Dr. Juan Tanca Marengo sobre Campaña Antituberculosa en el Ecuador.

Valor del Estudio de la Función Respiratoria en Cirugía Pulmonar. Dr. Herbert C. Maier.

Nueva Técnica Rápida en Radio Diagnóstico.

Nº 3. Clínicas de San Gabriel (Dr. Juan Tanca Marengo). La Salud y la Nutrición en América Latina (Dr. Armando Pareja Coronel). Abdomen Quirúrgico (Dr. Eduardo Ortega). La Interpretación del Enfermo (Dr. Mariano J. Barilari). El Pronóstico de los Cuerpos Extraños Cortantes Implantados en la Estrechura Aórtica del Esófago (Dr. Enrique Ortega M.) Encuesta Tuberculínica y Vacunación con B. C. G. en el Ejército Ecuatoriano III Zona (Dr. M. Agustín Landívar). Sobre las Tiñas del Cuerpo Cabelludo en la Provincia de Manabí (Moselio Schaechter). Contribución al Estudio de la Tiña Microspórica y Microsporia Cutánea (Galo Hidalgo y Moselio Schaechter). 5 Días de Tratamiento Peroral de Pian con STB un Nuevo Trivalente Arsenical (Ernest A. Friedheim). Conceptos Fundamentales que deben Regir el Uso de la Estreptomicina (Dr. J. I. Baldo). Una Actitud Ejemplar (Dr. Eduardo Ortega M.) Isótopos y Cáncer (Dr. Eduardo Ortega). II Congreso Panamericana Otorrinolaringología y Broncoesofagología.

Nº 4. El Cam-Aq-1 Dihydrochloride (Miaquín Camoquín) en el tratamiento de la Malaria. (Dr. Armando Pareja Coronel). Orientaciones de la Clínica Moderna (Dr. Juan Tanca Marengo). Las Hernias de los últimos Discos Intervertebrales (Dr. O. Rodríguez M.) Tuberculosis y embarazo (Dr. Eduardo Ren-

dón). El Origen y Evolución del Diagnóstico. Procedimientos con Referencia a las Enfermedades del Corazón y Circulación. Diagnóstico Físico. (Por el Dr. Frederick A. Williams, traducido por el Dr. Octavio Jiménez y Jiménez). Misceláneas Médicas.

REVISTA DE LA ASOCIACION MEDICA DE CUENCA. Cuenca. Nos. 26-27. La Obra Cervantina en la Psicopatología (Dr. Agustín Cueva Tamariz). La Formofloculación de Landívar (Dr. Manuel Agustín Landívar). Notas Clínicas.

REVISTA DE LA ASOCIACION DE LA ESCUELA DE MEDICINA. Guayaquil. Nº de Marzo-Abril de 1949. Informe. Azotemia Extrarrenales (Dr. Oswaldo Barrera Sosa). Nueva Medicina para el Tratamiento de la Ulcera Gastro-Duodenal (M. Mamie). Tesis del Dr. Hugo Aguirre Guerrero (2ª parte Conclusión). Guía Profesional.

REVISTA KUBA. Habana. Cuba. Nos. 1-2. Nuevas Consideraciones sobre la Raillietinosis humana y Nuevos Aportes al Conocimiento de la Raillietina (P.) quitensis (Dr. L. A. León). El Clima y las Enfermedades Tropicales del Altiplano Ecuatoriano (Dr. L. A. León).

Nos. 7-8: Los vectores de Paludismo de los Países de la Costa Pacífica de América del Sur y su control (Dr. L. R. Levi Castillo).

REVISTA MEDICA DEL SERVICIO SANITARIO MILITAR. Quito. Año I Nº 1. Diagnóstico y Pronóstico de las Ictericias Mecánicas.—Hernia del Hiato. Esófago.—Artrodesia de Brittain.—La Tracción en Traumatología.—La Insuficiencia Hepática y El Laboratorio.—Transfusión en Cirugía.—La Anestesia Espinal.— Los Exámenes Cardiológicos Complementarios.—Identificación del Recién nacido.—Consulta Externa.—Estadística.

REVISTA ECUATORIANA DE PEDIATRIA. Guayaquil. Año I. Nº 1. Editorial.—Acta de Fundación.—Sesión del Aniversario.—Una Foto Histórica.—Memoria de la Presidencia.—Algunos Datos sobre las Infecciones Salmonelares y Schigelarés en Guayaquil (Dr. Clodoveo Alcívar Z.)—Un Caso de Agranulocitosis (Dres. J. A. Falconí Villagómez, A. Cevallos Carrión y Nicolás Parducci). Clasificación de las Diarreas en el Trópico (Dres. Porf. Elio Esteves B. y Alfredo Valenzuela B.) Ecos de las Bodas de Oro Profesionales del Dr. Francisco de Icaza Bustamante.—Ecos de las Jornadas Médicas.—Informaciones.—Sesiones Científicas. Los Estados subfebriles Prolongados (Décimos) del Niño; (Dr. M. I. Gómez Lince).

Nº 2: Diarreas Infantiles en el Trópico (Dr. J. A. Falconí Villagómez). Síndrome de Loeffler (Dr. Alfredo Cevallos Carrión).—Nociones de Dietética en la Infancia. Su variación e importancia en los Infantes Diarreicos (Dres. Francisco Icaza Bustamante y M. I. Gómez Lince).—La Operación de Fredet-Ramstedt en la Estenosis Congénita del Píloro (Dr. Eduardo Alcívar Elizalde). Un Caso de Miositis Osificante Progresiva (Dr. Elio Esteves Bejarano). Anemia grave del tipo Eritroblástica en un Mellizo y Prematuro (Dr. J. A. Falconí Villagómez). Vinculaciones Internacional.—Congreso de Pediatría. Noticiero cultural.

Nº 3: Paludismo Congénito (Dr. J. A. Falconí Villagómez). Hernia Diafragmática Congénita (Dr. Elio Esteves Bejarano). Beri-Beri Cardíaco (Dr. A. Cevallos Carrión). Cuerpo Extraño en el Bronquio (Dr. Fernando López Lara). Hernia del Triángulo de Petit (Dr. Eduardo Alcívar Elizalde). Tétanos Infantil (Dr. F. Gutiérrez Hill). Prematurez.—El Niño Prematuro (Dr. V. H. Bustamante Mora). Sesiones Científicas.—Solidaridad Internacional.—Vinculación Internacional.—Congresos Internacionales Colaboración Uruguay (Dr. Víctor Escardó y Anaya).

PEDIATRIA ECUATORIANA. Quito. Año III. Nº 4. Temblor Cerebral Agudo (Dr. Carlos Andrade Marín). Revisión del Problema del Bocio en el Ecuador (Dr. Friedrich Binswanger). Síndrome Policarencial en Niños (Dr. José Modesto Portilla). Factores Ambientales y Mutaciones Biológicas (Dr. Aldo Muggia). Dos casos de Fiebre Tifoidea Tratados con Aureomicina (Dr. Carlos Andrade Marín). Atresia Congénita del Intestino Delgado en Gemelos (Dr. Carlos Andrade Marín). Estreptomicina en el Tratamiento de la Tos Convulsiva (Dr. Geza Fisch).

De la Pediatría Internacional.—Crónicas.

L. A. L.