

Sr. Dr. Leopoldo Arcos

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS ^{V.D.I.}
BIBLIOTECA

**REVISTA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS**



VOLUMEN II

NUMEROS I y II

ENERO - JUNIO 1951

**Imp. de la Universidad
QUITO - ECUADOR**

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

(PUBLICACION TRIMESTRAL)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

BIBLIOTECA

DIRECTORES:

Dr. MIGUEL SALYADOR S.

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

Págs.

CLINICA INTERNA

- Dr. MIGUEL SALVADOR S.—Estudio de ocho casos de Carditis Reumática evolutiva con complejos bizarros o en M en M_1 y V_2 7 *h*
- Dr. ARSENIO DE LA TORRE M.—La Evolución de la Historia Clínica 13 *h*

HISTORIA DE LA MEDICINA

- Dr. LUIS A. LEON.—Relación Cronológica del Tifus Exantemático en el Ecuador 37 *h*
- NOTA DE LA DIRECCION 138
- E. GAYRAUD y D. DOMECH.—La Capital del Ecuador bajo el punto de vista Médico-Quirúrgico 140 *h*

GINECOLOGIA

- Dr. EDUARDO YEPEZ V.—El Diagnóstico Etiológico de la Esterilidad Femenina 149 *h*

ANATOMIA

- Dr. GUSTAVO CEVALLOS A.—Evolución de la enseñanza de Anatomía en la Universidad Central 175 *h*
- Dr. VIRGILIO PAREDES BORJA.—Publicaciones de Historia de la Medicina 226

CLINICA INTERNA

Dr. MIGUEL SALVADOR S.

Profesor de la Facultad de Medicina de
la Universidad Central

Electrocardiografía - Carditis

Estudio de ocho casos de Carditis Reu- mática evolutiva con complejos bizarros o en M en V_1 y V_2

Al estudiar precisamente uno de aquellos enfermos de reumatismos larvados y casi asintomáticos tan frecuentes en esta zona ecuatorial, de los que nos hemos ocupado largamente en trabajos anteriores, se nos presentó el caso N° 5 que llegó a la consulta quejándose de síntomas vagos de cansancio, enflaquecimiento y anorexia.

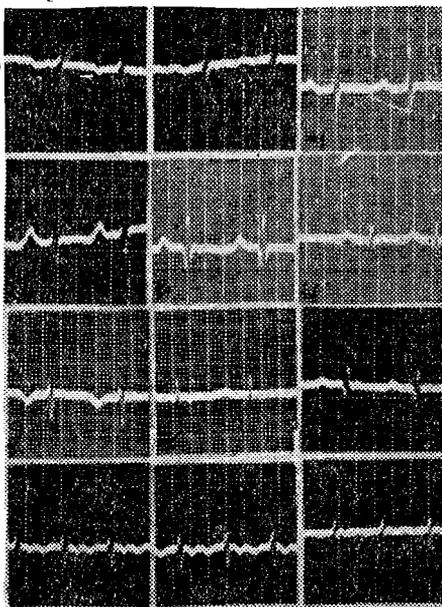
Se trataba de una muchacha de 13 años que entre sus antecedentes personales no se registraba ningún dato de poliartritis ni mialgias ni corea; tampoco presentaba alteraciones cutáneas, características del estado reumático ni se anotaba epistaxis a repetición y el aspecto de la enferma era macilento, muy pálida y de hábito asténico.

La paciente no demostraba signo alguno llamativo de estado reumático al examen. Sus pulmones eran normales en la pantalla fluoroscópica y el corazón tenía tamaño y forma perfectamente normal. La presión arterial y los signos estetoscópicos fueron también normales y como dato anormal al examen somático, sólo pudimos anotar una amigdalitis críptica; pero la eritrosedimentación estaba aumentada, con un índice de Katz de 35mm; existía además una ligera leucocitosis de 11.200.

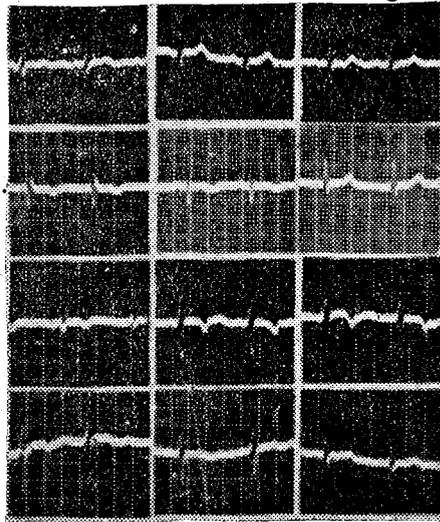
Ni la enferma ni sus familiares habían anotado las pequeñas febrículas que solamente pudo comprobarse cuando se obligó a tomarse la temperatura por la mañana y por la tarde. La reac-

ción de Mantoux fué negativa, lo mismo de los datos de uranálisis y demás procedimientos de investigación. Solamente el electrocardiograma nos reveló un complejo en M en V2 y guiados únicamente por la anorexia y el aspecto de la enferma al lado de la eritrosedimentación alta, la leucocitosis y las pequeñas febrículas, se nos ocurrió pensar en un estado reumático con manifestaciones larvadas, y no obstante de que el electrocardiograma no arrojaba ninguno de los datos conocidos para sospechar en una carditis reumática, instituímos un tratamiento antireumático a base de salicilatos, penicilina y reposo en cama. Los resultados fueron sorprendentes: al poco tiempo, la enferma empezó a comer con apetito, engordó, desaparecieron sus febrículas y tanto la leucocitosis como la eritrosedimentación se hicieron normales.

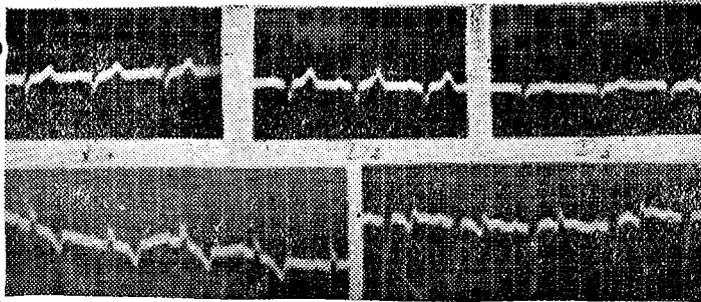
Nuestra sorpresa fué grande cuando al repetir el examen electrocardiográfico observamos la desaparición del complejo en M en V2 como podemos ver en las láminas que adjuntamos a continuación.



Caso Nº 5, antes el tratamiento antireumático



Caso Nº 5, después el tratamiento antireumático.



Caso Nº 521, antes el tratamiento.

Hasta éste momento nunca se había señalado ésta manifestación electrocardiográfica como un signo de carditis reumática evolutiva, por lo menos que yo haya sabido. Poco tiempo antes, los doctores Charlotte Friedland y Demetrio Sodi Pallares de México, habían publicado un trabajo: "Sobre el significado clínico del complejo en "M" en las derivaciones precordiales VI y V2.

Basan sus observaciones en 7.358 electrocardiogramas, en los cuales se encontró 80 con este complejo. Los autores citados, Sodi Pallares y Friedland, dividen estos casos en 2 grupos.

"a), aquellos que, presentando el complejo en M en VI y V2, no tienen anomalías, aparte naturalmente del aumento de la deflexión intrínseca en esas derivaciones, la cual, según la expresión textual del trabajo, implica la necesidad de ser cautos en la interpretación de estas deflexiones para el diagnóstico de hipertrofia ventricular derecha, dando más valor a su retardo, cuando existen otras modificaciones que hablan en el mismo sentido.

"b), un segundo grupo, compuesto de la mayor parte de los trazos estudiados, en los que, además del complejo en M en VI y V2, existen otras anomalías electrocardiográficas.—Las conclusiones más importantes, a las que llegaron pueden sintetizarse así:

1.—Trazos con complejos en M en las derivaciones señaladas son anormales, si existen otras alteraciones eléctricas; si estas faltan, el trazo puede corresponder a sujetos sin cardiopatía, pero nos parece justificada la interpretación de "trazo no necesariamente anormal".

2.—Cuando la deflexión negativa del complejo en M (onda S) tiene un voltaje de 4,5 mm o más, hay que pensar en hipertrofia global, excepto en los casos con complejos en M sin otras anomalías eléctricas.

3.—Se pudo demostrar hipertrofia ventricular derecha por radiología, exploración física y estudio necrópsico en 56 historias clínicas de los 80 casos estudiados".

Para los autores citados la aparición del complejo en M en VI y V2 sería debido a una rotación del corazón en el eje longitudinal en el sentido de las manecillas del reloj, esta rotación se produciría frecuentemente en la hipertrofia ventricular derecha, pero en el caso que acabamos de presentar no existía hipertrofia ventricular ni radiológicamente ni al examen físico y esta manifestación electrocardiográfica desapareció con el tratamiento antireumático.

Con la inquietud que nos dejara este hallazgo empezamos a investigar sistemáticamente el trazo electrocardiográfico en todos los pacientes de estas manifestaciones larvadas del estado reumático habiendo encontrado complejos bizarros en M en VI y V2 en 7 pacientes más de sintomatología análoga, y a semejanza del caso primero que hemos presentado las patentes electrocardiográficas de las diferentes historias clínicas a las que nos estamos refiriendo no demostraban ninguna otra alteración

fuera de los complejos bizarros o en M en V1 y V2.—Esto es lo que podemos observar en la figura 1 y en la figura 3.

Solamente encontramos un complejo bizarro en V1 en un niño de 15 años con poliartritis reumática típica pero en el existía ya una lesión mitral; todos los demás electrocardiogramas de este tipo fueron registrados en pacientes, que sólo presentaban o epistaxis a repetición, o cefaléas, anorexia y desnutrición, o estados de inquietud del tipo coreiforme.

En ninguno de estos pacientes a excepción de aquel, que tenía poliartritis y lesión mitral, se encontró ni hipertrofia ventricular ni deformación ninguna de la sombra cardíaca, y en el caso N° 521 pudimos comprobar también después de la medicación antireumática, la desaparición de este complejo en M. Pero en los 8 pacientes hubo siempre una leucocitosis más o menos marcada y un aumento de la eritrosedimentación. En muchos de estos pacientes pudimos comprobar las febrículas aún cuando en otros no nos fue posible. Desgraciadamente en los 6 casos restantes no pudimos realizar el electrocardiograma de prueba por ser enfermos de consulta privada a quien no se les pudo obligar a la repetición del trazo electrocardiográfico.

RESUMEN

1° Se examinan ocho casos de carditis reumática evolutiva con diversos complejos sintomatológicos de estado reumático donde se presentan complejos bizarros o en M en V1 y V2 como única manifestación electrocardiográfica de carditis reumática.

2° La mayor parte (87,5%) de estos casos corresponden a formas larvadas de reumatismo sin poliartritis.

3° En todos los casos se encuentra un aumento de la velocidad de eritrosedimentación y leucocitosis acompañada de febrícula.

4° En dos de estos casos, N° 5° y N° 521 se ha visto desaparecer los complejos descritos en V1 y V2 después del tratamiento antireumático.

5° Es posible que los complejos bizarros o en M en V1 y V2 puedan constituir un valioso signo electrocardiográfico de carditis reumática.

BIBLIOGRAFIA

1º Dres. Charlotte Friedland, Demetrio Sodi Pallares "Sobre el significado clínico del complejo en "M" en las derivaciones precordiales V1 y V2" Archivos del instituto de cardiología de México, año 17, tomo XVII, N° 3, 1947.

2º Emanuel Goldberger B. S., M. D. Unipolar lead electrocardiography", Philadelphia 1948.

3º Dr. Sergio Alvarez Mena "Electrografia clínica" La Habana, Cuba 1947.

4º William D. Stroud B. S., M. D., F. A. C. P. "The diagnosis and treatment of cardiovascular disease" Vol. I. Philadelphia 1946.

5º Georg Burch M. D., F. A. C. P. y Travis Windsor M. D. "A primer of electrocardiography", Philadelphia 1945.

6. Samuel A. Levine M. D., F. A. C. P. "Cardiopatología clínica". Barcelona 1946.

7. Dr. Rafael Carral y de Teresa "Semiología cardiovascular". México 1947.

8. Luis H. Sigler M. D., F. A. C. P. "The electrocardiogram" New York 1946.

9. Demetrio Sodi Pallares M. D. "Nuevas bases de la electrocardiografía". México 1949, 2 edición.

10. Charles E. Kossmann M. D., Adolph R. Berger M. D., Joseph Brumlik M. D. Stanley A. Briller M. D. New York "An analysis of causes of right axis deviation based partly on endocardial potentials of the hypertrophied right ventricle", American heart journal, Vol. 35 N° 2, Febr. 1948.

11. Dr. Miguel Salvador "Incidencia Reumática y nuevos signos del Estado Reumático". Quito 1950.

Dr. Arsenio de la Torre M.

Profesor Titular de Semiología de la
Facultad de Medicina.

La Evolución de la Historia Clínica

Tema demasiado amplio para ser comprimido y expuesto en una sola conferencia; tema en si, equivalente a una Historia de la Medicina.

Las primeras historias clínicas o relatos patográficos de que tenemos noticia, son, sin duda, las contenidas en el "Corpus Hippocraticum", escrito en el siglo V antes de Nuestro Señor Jesucristo. En los textos médicos mas antiguos; y en las lápidas votivas, se encuentran referencias sobre el nombre y dolencia del oferente, pero nunca un verdadero relato patográfico.

¿Qué móviles, que circunstancias históricas hicieron sentir a los médicos griegos la necesidad intelectual de consignar por escrito, con orden y precisión, sus experiencias de médicos ante la enfermedad de sus pacientes? La respuesta debemos encontrarla en las peculiaridades de la cultura helénica del siglo V antes de Jesucristo.

Entre ellas resaltan dos cualidades fundamentales, a saber: 1º La profunda inclinación de la mentalidad griega hacia la realidad natural; 2º la voluntad de precisión con que la observaban. H. Bergson ha escrito, con toda justicia, que la ciencia ha podido existir en el mundo porque los griegos inventaron la precisión. Y 3º, la intensa avidez de saber que se descubre ya en los primitivos helenos.

Estas cualidades fundamentales del pueblo griego hicieron posible la creación de la Cultura Helénica, que ha impregnado

indeleblemente, y hasta el fin de los tiempos, la mentalidad humana.

Y el médico griego, saturado de este ambiente e hijo de este pueblo, no podía quedar rezagado en esta ansia de saber, no podía despojarse de este sentido de realidad y de precisión. Y por esto, fueron capaces de crear el primer relato patográfico o historia clínica.

Para comprimir nuestro relato dentro de lo imprescindible, consideraremos la historia clínica solamente en las etapas fundamentales del desarrollo del conocimiento médico, o sea: la historia clínica Hipocrática, la historia clínica del Siglo XIX, y la historia clínica de nuestros tiempos.

LA HISTORIA CLINICA HIPOCRATICA

Ante todo cabe preguntarse ¿Qué intención tuvo Hipócrates cuando escribía sus historias clínicas? ¿Qué describía el médico griego en sus historias clínicas? ¿Qué significaba estas historias para los médicos que las leían?

Está fuera de duda, y así lo afirman Littré Temkin, y otros, que han profundizado las historias clínicas hipocráticas, que la intención de Hipócrates al escribirlas, fué la enseñanza y el adiestramiento de sus futuros lectores en la técnica médica.

Las historias clínicas hipocráticas están llenas de términos que significan "Nousos", causas morbosas o enfermedad, síntomas y signos; Phrrenitis (variedad de fiebre remitente); Lethargos, (fiebre violenta con somnolencia aguda); describen las fiebres remitentes e intermitentes; peripneumonía (equivalente a nuestras neumonías lobares) phtisis oftalmia; disentería, equivalente algunas veces al cuadro patológico que conocemos; coma, angina (estrangular) epistaxis, tumores parotídeos, etc., etc.

Para los hipocráticos, Semeión era simplemente todo lo que el enfermo pudiera indicar que su vida individual se hallaba alterada. Diagnóstico, o conocimiento, para Hipócrates, era saber ordenar los procesos morbosos individuales en la general regularidad de la naturaleza. Sorprende descubrir en las historias hipocráticas la ordenación sintomática, la evolución del proceso o relato patocrónico; la localización de la enfermedad en la región corporal que se cree afectada; el parecido o de semejanza etiológicos de los procesos; signos pronósticos; y, una tendencia a di-

ferenciar las diversas constituciones biológicas (melancólicos, flemáticos, biliosos, etc., etc.)

Conociendo así, en líneas generales, la estructura de la historia clínica hipocrática, es lógico pensar que quienes la leían lo hacían para aprender y adiestrarse en la práctica de la medicina, tomándolos como un modelo o un texto.

Hasta nosotros han llegado 42 historias clínicas contenidas en los libros I y III de las "Epidemias", distribuidas en las siguientes partes: Catástasis 1º; Catástasis 2º; Catástasis 3º; "Un Intermedio sobre el Diagnóstico". Catorce enfermos. Doce enfermos. Catástasis. Dieciseis enfermos.

Para los griegos, la palabra Catástasis tenía dos significados: uno dinámico, la acción de establecer, instituir o constituir; y otro fijo, estático, condición permanente o carácter de un ser cualquiera. Así, Catástasis Anthropos significaba la constitución física y moral de un hombre; Catástasis Niktos, el modo de ser de la temperatura de una noche; Catástasis polio, la constitución por la que se rige una ciudad. Catástasis es, en fin, el aspecto de algo según lo que de regular o dominante haya en ello. Y Acatástasis es lo irregular; por ejemplo: pirexias acastatásicas, son las fiebres de evolución desigual y anárquica.

Debía aclarar este término, ya que es usual en la historia clínica Hipocrática. Leamos dos historias clínicas de los libros I y III de las "Epidemias":

LAS HISTORIAS EN SI.—ENFERMO PRIMERO.— Filisco vivía junto a la muralla; se encamó. PRIMER DIA, fiebre aguda, sudor, noche penosa. SEGUNDO DIA, exacerbación general; por la tarde, con un lavado evacuaciones favorables; la noche, tranquila. TERCER DIA por la mañana, hasta el mediodía, pareció quedar apirético; hacia la tarde, fiebre aguda con sudor; sed; la lengua se desecó; orinó negro; noche penosa; no durmió; toda clase de alucinaciones. CUARTO DIA, agravación general orinas negras; la noche, más soportable; orinas de color más favorable. QUINTO DIA, hacia el medio día, fluyó de su nariz un poco de sangre no mezclada; la orina, de vario color, con nubéculas redondeadas, semejantes al esperama y dispersas, no dejaba depósito. Tras la aplicación de un supositorio, deposición escasa y ventosidades. Noche penosa; sueño entrecortado; habló mucho, deliró; extremidades frías en toda su extensión, y no era posible recalentarlas; orinó negro; de día durmió un poco; perdió el habla; sudor frío; extremidades lívidas. Murió hacia la mitad del sexto día. En este enfermo la respiración fué, hasta el fin, rara y amplia, como en

una a quien se reanima; el brazo se hinchó y formó un tumor redondeado; sudores fríos hasta el fin; los accesos en los días pares.

ENFERMO TERCERO.— El hombre que habitaba en el jardín de Dealces tuvo durante mucho tiempo pesadez de cabeza y dolores en la sien derecha; tras una causa ocasional, le sobrevino fiebre y se encamó. En el SEGUNDO DIA fluyó de su orificio nasal izquierdo un poco de sangre no mezclada; dió de vientre una buena deposición; orinas tenues, de vario color, con pequeñas eneoremas como harina de cebada y semejantes al esperma. TERCER DIA: fiebre aguda, heces negras, tenues y espumosas, con un depósito de color pálido; breve embotamiento; molestias cuando se levantaba; en las orinas depósito pálido y algo viscoso. CUARTO DIA: Vómito poco abundante de materia biliar, amarillas y al poco tiempo herrumbrosas; ligero flujo de sangre no mezclada por el orificio nasal izquierdo; iguales heces; igual orina; sudor en la cabeza y en las clavículas; tumefacción del brazo; dolor a lo largo de la pierna; tensión sin tumefacción en el hipocondrio derecho; no durmió por la noche; ligeras alucinaciones. En el QUINTO DIA, deposiciones más abundantes, negras, espumosas; depósito negro en las heces; sin sueño por la noche; alucinaciones. En el SEXTO DIA, heces negras, grasas viscosas, fétidas; durmió; sensorio más lúcido. SEPTIMO DIA: Lengua algo seca; sed; ningún sueño; alucinaciones; orina tenue y de mal color. OCTAVO DIA: heces negras, escasas, coherentes; sueño; lucidez; sed moderada. NOVENO DIA: escalofrío, fiebre aguda; sudor, enfriamiento; alucinaciones; torcía el ojo derecho; lengua algo seca; sed; insomnio. DECIMO DIA: el mismo estado. UNDECIMO DIA: plena lucidez; apirético; durmió; orinas tenues hacia la crisis. Permaneció dos días sin fiebre; ésta volvió el DECIMOCUARTO DIA; tras esto, insomnio; toda clase de alucinaciones; ningún sueño; dolor en las rodillas y en las pantorrillas; tras un supositorio, evacuación de heces negras. DECIMOSEXTO DIA: orinas tenues, con un eneorema nebuloso; alucinaciones. DECIMOSEPTIMO DIA: por la mañana extremidades frías; se le cubrió; fiebre aguda; sudoración general; mejoría; mejor sensorio; no quedó sin fiebre; sed; vómito escaso de materias biliosas y amarillas; dió de vientre heces sólidas, y a poco negras, tenues y escasas; orinas tenues y no de buen color. DECIMOCTAVO DIA: no conocía, coma. DECIMONOVENO DIA: lo mismo. VIGESIMO DIA: durmió; lucidez completa; sudor; apirético; no tuvo sed; pero su orina era tenue. VIGESIMOPRIMER DIA: ligeras alucinaciones, algo de sed; molestia en el hipocondrio; en el ombligo, latido que persistió hasta el fin. VIGESIMOCUARTO DIA: depósito en la orina; total lucidez. VIGESIMO SEPTIMO DIA: Dolor en la cadera derecha, orinas tenues, que dieron depósito; por lo demás, el estado fué soportable. Hacia el VIGESIMO NOVENO DIA: dolor en el ojo derecho; orina tenue. CUA-

DRAGESIMO DIA: evacuación bastante abundante de heces mucosas y blancas; sudoración abundante y general; crisis final.

Cuales son las características de las historias clínicas Hipocráticas? 1º Numeración; 2º su encabezamiento con el nombre y residencia del enfermo; 3º la finura de la observación y de la descripción del cuadro sintomático, recurriendo a todos los sentidos, inclusive al del gusto (libro 3º página 272 y libro 5º página 318) según lo aconsejaba Hipócrates; los autores cómicos llamaban copróagos a los médicos griegos; 4º el detallado relato cronológico, y 5º el cuidado de descubrir las relaciones entre cada caso clínico con las particularidades geográficas de cada lugar.

Comparando la historia clínica hipocrática con la actual observamos lo siguiente: el poco interés sobre la anamnesis; la historia clínica empieza con la llegada del médico al domicilio del paciente; rara vez se encuentra la descripción de los antecedentes patológicos y, cuando existen, el médico no se preocupa de diferenciarlos del estado actual. No hay una distinción precisa entre los síntomas subjetivos y los hallazgos objetivos del médico.

Son raras las alusiones a los tratamientos empleados: lavados, supositorios, embrocaciones calientes, sangría en tal o cual día. No es que no se usasen otras medidas terapéuticas, sino que solamente se dejan constancia de aquellas que se consideraban excepcionales o contra la costumbre. Esta es la opinión de Galeno. Por último, la historia clínica hipocrática es la obra de un solo médico.

En la interpretación de la historia clínica hipocrática siempre hay que tomar en cuenta, que él sabía menos medicina que nosotros, y que las sabía de otro modo, e interpretaba los hechos de diferente manera.

LA HISTORIA CLINICA SYDENHANIANA

Sydenham, el hipócrates inglés del siglo XVII, recibió la influencia de algunos de los creadores del pensamiento moderno: de Descartes, de Bacon, de Locke con quien le ligaba íntima amistad; y de algunos botánicos precursores de Lineo, que introdujeron el concepto de "Especies vegetales". De Descartes tomó su actitud frente al conocimiento de la realidad. Del segundo,

de Bacón, adquirió las ideas de las "Formas Naturae" y los métodos de las "Interpretatio Naturae". De Locke, el concepto de "las esencias reales" y de "las esencias nominales" de las cosas, entendiéndose por "esencia real la constitución interna y desconocida de las cosas", y por "esencia nominal, la idea abstracta, ingenerable e incorruptible", que la mente humana extrae de las esenciales reales para constituir los géneros y las especies. Y de los botánicos, sobre todo de Jhon Ray, tomó el término y concepto de "especies", como el conjunto de caracteres peculiares o específicos de un gran número de individuos que a la vez constituían sus caracteres diferenciales.

Gracias a estas influencias filosóficas y de los grandes naturalistas del siglo XVII, Sydenham fué el creador de "las Especies Morbosas". Los médicos del siglo XVIII, bajo el signo de la Nosografía empirista y tipificadora de Sydenham, ensayaron con verdadera originalidad la descripción de numerosas entidades clínicas. Pero el espíritu médico, inconforme con la Nosografía formalista, sin poder comprender íntegramente la "Esencia Real" de la enfermedad en el cuerpo del enfermo, tenía que abocar, después de la patografía Sydenhamiana, al empleo del método anatomo-clínico; es decir, a la autopsia anatomo-patológica. Y son, tres las máximas figuras médicas del comienzo del siglo XVIII, herederos inmediatos espirituales del gran médico Inglés, Boerhaave, Hoffman y Stahl, los iniciadores de este movimiento, que constituye una tercera etapa sustancial en la evolución de la historia clínica.

En algunos de los libros de Sydenham, "De Morbis", "De affectionibus", "Observationes Medicae", leemos conceptos originales que valen la pena transcribir:

"La enfermedad no es otra cosa que un esfuerzo de la naturaleza para exterminar la materia mórbica, procurando con todas sus fuerzas la salud del enfermo". En esta definición se distinguen claramente dos términos: Las causas y el proceso morbo-

so.

Sydenham distingue tres grupos de causas morbosas principales: 1º "Partículas miasmáticas" ocasionalmente llegadas a la sangre e inconvenientes para los humores humanos. 2º "Perturbación de las cualidades habituales de la atmósfera: temperatura y humedad". Y 3º "Fermentaciones y putrefacciones de los humores mismos".

En los síntomas ve manifestaciones activas dotados de un sentido biológico: "La Naturaleza emplea un método y una concatenación de síntomas para expulsar a la materia pecante y extraña".

¿Cómo puede conocer el médico a la enfermedad y cómo curarla? Todavía no esboza una técnica de examen clínico; continúa con la técnica hipocrática de la observación sensorial. En el prefacio de sus "Observationes Médicae", Sydenham dice claramente: "Creo que la perfección de nuestro arte consiste en tener: 1º una historia o descripción de las enfermedades, tan gráfica y natural como sea posible; y 2º, una práctica y método curativo estable y acabado en relación con aquellas". Para conseguirlo, Sydenham recomienda cuatro preceptos:

"Conviene, en primer lugar, reducir todas las enfermedades a especies ciertas y determinadas, enteramente con la misma exactitud conque vemos que lo hacen los escritores de botánica en sus Fitologías". Es decir, reducir los procesos morbosos individuales a "Especies Morbosas". Obsérvese la influencia de los sabios botánicos contemporáneos de Sydenham, y de las "Formas Naturae" de Bacon.

Aconseja, en segundo lugar, "prescindir por completo de cualquier hipótesis fisiológica". Proclama aquí su radical empirismo, tan igual en su significado al empirismo realista de Bacon y al empirismo nominalista de Locke; y que en lo fitológico es la "Especie Botánica" de Jhon Ray. Y desecha las hipótesis, cuando Sydenham textualmente dice "que se hallan absolutamente fuera del alcance de los sentidos", "absolutamente incomprensibles e inescrutables".

La tercera regla es positiva: "Conviene separar los **fenómenos constantes** y peculiares de los **accidentales** y adventicios, cuales son los que aparecen no solo según el temperamento y la edad de los enfermos, sino también por razón de diferentes métodos curativos".

Y, el cuarto precepto, establece la relación que puede existir entre la enfermedad y el tiempo del año en que aparece, ya que algunas enfermedades "se presentan merced a algún impulso oculto de la naturaleza en determinadas épocas del año, no de otro modo que ciertas aves y plantas".

Todas estas cuatro prescripciones descansan sobre una base fundamental: la Especie Morbosa cimiento de la historia clíni-

ca Sydenhamiana y simiente de la medicina de los siglos venideros.

Para conocer en su intimidad la obra patográfica de Sydenham, es necesario responder a las siguientes preguntas:

¿Qué entiende Sydenham por especie morbosa? ¿Es un concepto propio y original? ¿Cómo levanta sobre él su patología y su terapéutica?

Sydenham no dá una definición de especie morbosa en forma concisa, pero si transcribimos lo que él ha escrito en su "Prefacio", podemos conocer lo que él entendía por especies morbosas: "Aún concediendo que el temperamento de los individuos y el método curativo introduzcan alguna diversidad en el aspecto de las enfermedades es, sin embargo, de tal manera siempre igual y semejante el orden de la naturaleza en la producción de las enfermedades, que las más de las veces se encuentran los mismos síntomas de la misma enfermedad en los más diversos cuerpos enfermos; y así todos aquellos síntomas que se hubieran observado en Sócrates enfermo, se pueden atribuir en general a cualquier hombre atacado por la misma enfermedad, no de otra manera que se hacen extensivos rectamente a todos los individuos de cualquier especie los caracteres universales de las plantas". Y en sus "Observaciones", introduce la curiosa idea de la posible extensión y debilitamiento de las especies morbosas cuando dice: "Así pues me será lícito creer que las enfermedades tienen períodos determinados, según las ocultas y todavía no descubiertas alteraciones que ocurren en las entrañas de la tierra y conforme a su diversa edad y duración; y que así como existieron en otro tiempo algunas enfermedades que, o han desaparecido por completo, o al menos, debilitadas por el tiempo han perdido su vigor y aparecen rarísimas veces como la lepra y algunas otras; así las enfermedades que ahora existen desaparecerán también en algún tiempo dejando su lugar a especies nuevas, de las cuales no podemos aventurar lo más mínimo".

Así ve, Sydenham las "Especies Morbosas". Y la manera de aislarlas y conocerlas, para Sydenham es una sola: mediante la experiencia clínica. El clínico inglés ya distingue "síntomas peculiares y constantes, específicos y patognomónicos" que aparecen en todos los individuos atacados de la misma especie morbosa; y distingue también "síntomas accidentales o adventicios" que se añaden al cuadro patológico por la naturaleza del enfermo o por la influencia del tratamiento; y, además, síntomas anómalos, que

excepcionalmente, se presentan en el curso de la enfermedad. Así pues, siguiendo el plan de regularidad ordenada y razonable de la naturaleza "cada especie morbosa tiene propiedades constantes y univocas emanadas de su esencia peculiar". Sydenham sabe perfectamente que desde Hipócrates se clasifican las enfermedades en géneros y especies, basándose en hipótesis acerca de la naturaleza íntima de las causas morbosas. Y sustituye la definición de cada especie según su hipotética constitución real, por otra exclusivamente basada en los síntomas que el médico observa en el enfermo. En esto reside la originalidad de Sydenham sobre el concepto de especie morbosa. Y para hacer más sólido este concepto, no solamente propone tres grupos de causas morbosas, capaces de provocar las enfermedades, sino que también las clasifica en enfermedades agudas y en enfermedades crónicas, atribuyendo a cada una características propias. La mentalidad tipificadora y abstractiva de Sydenham lo hace enemigo de toda casuística. El caso particular, su historia clínica, no es sino un ejemplo para la observación nosográfica general. El caso raro debe ser excluido de la patología científica.

Leamos una historia clínica sydenhamiana del Doctor Guillermo Cole, de un caso de Viruela tratado por el mismo Sydenham en el invierno de 1681-1682:

"Tratábase de un joven de temperamento muy sanguíneo. La víspera sintió fiebre violenta, con vómitos biliosos y gran dolor en la espalda. Se acostó e hizo lo posible por sudar, arropándose mucho y tomando bebidas calientes. Fué en vano, porque los vómitos y una diarrea moderada impidieron el efecto de los sudoríficos. Al día siguiente le ve Sydenham, y sospecha que no tardará en aparecer una Viruela confluyente, y de las más intensas, así por la edad del paciente como por el gran calentamiento de los sudoríficos habían producido en la sangre. Tan intenso era éste, dice Sydenham, que si la enfermedad hubiese comenzado en verano no habrían faltado la micción sanguínea y las petequias purpúreas. Cuatro datos permiten al patógrafo sospechar la pronta aparición de una viruela muy confluyente: la edad del enfermo, sus vómitos, su gran postración y los violentos dolores. Prescribe el oportuno tratamiento (estación vertical, para impedir la pronta asimilación de la materia mórfica; sangría, un emético), pero no logra evitar que en la mañana del cuarto día brote una gran cantidad de pústulas confluentes. Así siguen las cosas hasta el día sexto. En él consiente Sydenham que el enfermo guarde cama —porque ya han salido todas las pústulas— y le prescribe jarabe de meconio con agua de flores de primavera,

decocciones de avena y cebada, manzanas cocidas y cerveza ligera. El octavo día le hace aplicar sobre las plantas de los pies ajo picado envuelto en un paño, práctica que se repetirá cotidianamente. Todo fué bien hasta el día décimo, en cuya mañana son advertidos signos precursores de fiebre secundaria, con alguna agitación. El jarabe de meconio tranquilizó al enfermo. El día undécimo, otra vez agitación, suprimida de nuevo reiterando las tomas de la medicina opiácea. Desde este momento hasta que el enfermo pudo levantarse, hubo de cuando en cuando anuria pasajera y leve, síntomas no extraños en los jóvenes. También disminuyó algo la salivación, pero fugazmente. La cara y las manos se hincharon en el tiempo debido y en la forma deseable. Se levantó el enfermo al día décimooctavo. El día vigésimo se le extrajeron ocho onzas de sangre, semejante por su aspecto a la de los pleuríticos. En el curso de su enfermedad fué purgado el paciente cuatro veces".

Sydenham que murió en 1689, era un obsesionado por la Histeria: para él el 16% de todos sus pacientes eran histéricos. Consideraba la histeria como una "ataxia de los espíritus animales". Leamos otra historia clínica:

Fuí llamado para ver a un hombre tan noble de estirpe como de espíritu, al que, convaleciente aún de una fiebre, otro médico había hecho sangrar, le purgó tres veces y le prohibió la alimentación cárnea. Como encontré a este hombre vestido y le oí hablar con buen juicio de varias cosas, pregunté por qué se me había hecho venir. Unos de sus familiares me contestó que esperase un poco, y por mí mismo lo vería. Me senté, pues, y conversé con el enfermo. A poco observé que el labio inferior comenzaba a temblar, con movimiento pendular anteroposterior, como suelen hacer los niños enfurruñados cuando lloran, tras lo cual el enfermo se deshizo en lágrimas —nunca he visto yo tantas—, con gemidos y suspiros casi convulsivos. Poco después cesó este súbito torrente. Atribuí la efección a una ataxia de los espíritus (en parte por la duración de la enfermedad antecedente, en parte por las evacuaciones que su tratamiento exigió, en parte, también por la abstinencia de carne prescrita por el médico durante algunos días de la convalecencia a fin de evitar una recaída); y juzgando asegurado al enfermo contra el riesgo de la fiebre, pensé que el síntoma descrito no era sino efecto de la inanición y aconsejé que le preparasen un pollo asado y que lo comiera con algo de vino. Hizolo así, continuó comiendo carne moderadamente, y ya no se repitió el llanto convulsivo.

En resumen, los distintivos de la patografía Sydenhamiana son los siguientes: 1º El empirismo clínico, eliminando todas las

hipótesis fisiopatológicas del proceso, ateniéndose exclusivamente a lo que se ve en el enfermo. Esto lo distingue fundamentalmente de las "Consilia" medievales, y de las "Observaciones" del Renacimiento, en los que no faltaba una detallada explicación fisiopatológica del caso, desde luego más instructivas. Y 2º, la especificidad: especificidad en la descripción únicamente de los síntomas propios de la especie morbosa lo cual explica la brevedad del relato patográfico; y especificidad en el tratamiento, conclusión lógica y realista de Sydenham que se trasparenta nítidamente en sus "Observaciones". Fué el quien primeramente empleó la palabra "Remedio Específico" para curar determinadas especies morbosas.

Tres grandes caminos se abrieron para los médicos después de la obra de Sydenham, durante los siglos XVII, XVIII, y aún durante el mismo siglo XIX, con Bichat y Virchow. Algunos seducidos por la "especie morbosa", fundaron una verdadera doctrina nosológica de las enfermedades. Sauvages es el típico representante de esta tendencia con sus dos famosos libros: "Tratado de clasificación de las enfermedades" (1730), y "Nosología metódica de las enfermedades según la mente de Sydenham y una ordenación botánica". (1760).

Otros, continuaron el método descriptivo de las enfermedades y nos han dejado obras maestras: Werlhoff, Van Swietters, que describieron los exantemas agudos. Sarcone, la Peste y la Viruela. Roederer el Tifus abdominal. Torti, la malaria perniciosa. Stoll, Huxham y Borsieri, la neumonía y la pleuritis. Francisco Hoffman, las enfermedades del páncreas y del hígado. Tissot, la epilepsia. Diversas neuralgias, Fothergill y Cotugno.

Y un tercer grupo, constituido por aquellos médicos descontentos con su incapacidad para resolver los problemas clínicos, resolvieron buscar la solución en la autopsia: así nació el método anatómo-clínico que permanece en plena vigencia hasta nuestros días. Boerhaave y Morgagni iniciaron ésta magnífica labor.

LA HISTORIA CLINICA DEL METODO ANATOMO-CLINICO

La primera inspección de cadáveres que se conoce, ordenada por decreto, corresponde al Papa Inocencio III, en 1209.

La primera autopsia que conocemos documentalmente, la realizó Guillermo Varignana en 1302, por orden de los tribunales de Bolonia. Federico II, que fundó la Universidad de Nápoles

en 1224, prescribió la enseñanza de la Anatomía en los cuerpos humanos. En la doctrina del Corpus Hippocraticum y en la obra de Galeno, permanece latente el pensamiento anatómico-patológico, sin llegar a materializarse en observaciones más o menos sistemáticas en el cadáver.

Tres diversos motivos pusieron a los médicos en la vía de encontrar lesiones en el cadáver: la investigación anatómica, las órdenes judiciales, y la curiosidad por conocer las causas de las epidemias que asolaron Italia, y luego a Europa, en el siglo XVIII.

Es indiscutible que el hallazgo de lesiones en el cadáver debía influir en la configuración de la historia clínica: Unas veces la lesión anatómico-patológica era un hallazgo casual o comprobatorio; otras veces, era la clave diagnóstica; y otras, por fin, la lesión se convierte en el fundamento principal y casi exclusivo del saber patológico. (Bichat y Virchoer del siglo XIX).

Ejemplo de lo primero, hallazgo casual, lo tenemos en la siguiente historia clínica correspondiente a la última enfermedad del gran anatomista Marcelo Malpighio, en la cual fué atendido por su médico y amigo Gregorio Baglivi.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD y de la disección del cadáver de Marcelo Malpighio, arquiátrata pontificio.—Como durante algún tiempo traté familiarmente en Bolonia con el señor Malpighio, le asistí en Roma en su última enfermedad. En atención a los doctores no seré prolijo describiendo la historia de su enfermedad, y tras ésta daré breve cuenta de la disección que en el cadáver de tan sagaz anatómico llevé a término.

Hallábase Marcelino Malpighio próximo a los 66 años de su vida, y era de temperamento proclive hacia la sequedad, de hábitos corporales medianos y de mediana estatura.

Durante el transcurso de los años de su madurez padeció de deyecciones y vómitos biliosos; y tras la cesación de éstos, de vómitos ácidos, palpitations cardíacas, cálculos del riñón y de la vejiga, con orinas sanguinolentas y tal cual leve accidente gotoso. Cuando llegó a Roma se exacerbaron todos estos síntomas, especialmente las palpitations cardíacas, los cálculos del riñón y algunos sudores, vespertinos muy ácidos. Al fin y después de preocupaciones y conmociones del ánimo, fue víctima de apoplejía, el 25 de julio de 1694, hacia la hora del mediodía. Siguió a la apoplejía una parálisis de todo el lado derecho del cuerpo, desviación de la boca y del ojo del mismo lado, etc. Prescribimos, enseguida, varios remedios, a saber: sangría en el brazo izquierdo (yo suelo hacer sangrar en el lado paralítico, porque el impedimento de la circulación de los líquidos en la parte afec-

tada nada le hace desaparecer más rápidamente que una sangría hecha en el mismo lado, como claramente se deduce estudiando mecánicamente la resistencia y el impulso; pero ante las diversas opiniones de los médicos llamados para el tratamiento, no pude ensayar mi método); ventosas escarificadas en las escápulas, polvo de Cornacchini, sinapismos en las plantas de los pies y algunos medicamentos espirituosos, cefálicos y específicos de la aplopejía. Usando todo esto, y al cabo de 40 días de trastornos muy graves—locuacidad sin sentido, pesadez de cabeza y otros accidentes— quedó libre de la aplopejía y de la parálisis mencionada, así como de los demás restantes accidentes. Pero las enfermedades graves suelen dejar secuelas insidiosas; y así, por obra de la enfermedad antecedente, quedó este clarísimo varón dañado en la memoria y en su raciocinio, y por la mínima causa se deshacía en lágrimas; a lo cual se añadía de cuando en cuando inapetencia, indigestiones gástricas, sobresaltos musculares y leves crisis vertiginosas. En fin, atormentado por este y otros síntomas, acabada la inyección del acostumbrado clíster matutino, fue atacado de aplopejía el día 29 de noviembre del mismo año. Este nuevo ictus apoplético fue precedido por gravísimos vértigos e irritación calculosa de la vejiga casi durante 8 días; y se hicieron más grave la inapetencia y los restantes síntomas. Pero más vehemente que todos fue el nuevo insulto apoplético, porque, administrados en vano algunos remedios, subió al cielo el paciente a las 4 horas de haberse iniciado el ataque.

Sección del cadáver.—Disecado el cadáver, observé que el pulmón de la parte izquierda se hallaba algo flácido y lívido, sobre todo en la porción posterior, por lo cual se adhiere al dorso. El tamaño del corazón había aumentado, sobre todo las paredes del ventrículo izquierdo, de un grueso igual a dos traveses de dedo. La bilis negreaba mucho en la vesícula biliar. El estado del riñón izquierdo era normal; pero el derecho mucho menor, casi dimidiaba el tamaño del izquierdo, y tenía la pelvis tan dilatada, que sin violencia se podían introducir en ella dos dedos. Acaso por esta dilatación de la pelvis renal acaecía que los cálculos formados en el riñón descendían al punto a la vejiga, y salían de ésta hacia el exterior, como muchas veces pude oír cuando vivía este óptimo varón. En la vejiga urinaria se hallaba el pequeño cálculo que había descendido a ella 4 días antes de iniciarse el último accidente apoplético, y descendiendo hizo más graves los vértigos postreros. Las restantes vísceras de la vida vegetativa se hallaban en perfecto estado.

Abierto el cráneo, hallamos casi dos libras de sangre negra y grumosa, extravasada en la cavidad del ventrículo derecho del cerebro, derrame de sangre que fue causa de la aplopejía y de la muerte. El ventrículo izquierdo estaba ocupado por agua subcitrina, en cantidad como de onza y media, con la cual había mez-

clada una exigua cantidad de arenillas. Los vasos sanguíneos del cerebro eran por doquier varicosos. Toda la dura madre hallábase fuerte y preternaturalmente adherida al cráneo. Y éste es el resumen de lo que me fue dado observar durante la disección del cadáver mencionado, en Roma. Casa de San Vicente y San Atanasio en las faldas del Quirinal, y en las Calendas de Diciembre de 1694.

La autopsia del cadáver, y el hallazgo de las lesiones puede constituir la clave del diagnóstico, imposible de establecer en el curso de la enfermedad. Durante los años 1705-1706 abundaron en Roma las muertes repentinas. La intranquilidad de los habitantes hizo que el Papa entonces reinante, Clemente XI, ordenase a su médico de cámara Giovanini M. Lancisi realizar las autopsias, para indagar las causas de aquellas muertes. La historia clínica que voy a leer, corresponde a uno de esos casos.

Muerte súbita por síncope a causa de excesiva magnitud, prolapso y aneurisma del corazón.

HISTORIA.—Un criado del ilustrísimo marqués de Spada junior, y antes correo suyo, de nombre Filippo Turci, natural de Roma, de unos 25 años, hábito grácil, estatura mediana, color pálido, y en quien el sobrealiento hacía presa hasta con ocasión de movimientos leves de su cuerpo, padeció el año pasado de una angina sofocativa, de la cual quedó libre con tres sangrías en veinticuatro horas, pero a la cual siguieron, como secuelas suyas, mayor dificultad para respirar, palpitaciones cardíacas repetidas de cuando en cuando, sobre todo si caminaba con prisa, y algunas veces oculta angustia precordial y cierto peso pulsátil sobre el centro del diafragma. Todas estas dolencias aumentaron tanto, que le pusieron peor, así entre las comidas como, sobre todo, después de ingerido el alimento. El día 4 de febrero de este año 1706, y aunque por la mañana había soportado una inflamación de las fauces y algunas contracciones extendidas hasta el cuello y la garganta, acompañó a su señor durante unos quinientos pasos. Como éste demorase su permanencia en alguna parte, Filippo comió y bebió con un compañero en la taberna, abundantemente y sin discernimiento. Volvió a su casa y al cabo de una hora sintió frío, buscó alivio cerca de su mujer y trató de calentarse junto a un fuego de carbones semientendidos que ardía en el centro de su alcoba, donde poco después (¿también a causa de la excitación venérea?) fue sobrecogido por una leve debilidad de la cabeza, y luego por sudores en la frente y en todo el cuerpo, con disnea muy vehemente y angustia cardíaca; a la cual siguió un síncope mortal.

Diseción del cadáver.—1. Abierto el abdomen se halló al intestino delgado algo enrojecido. Las restantes vísceras vegetativas se apartaban poco del estado normal, si bien aparecieron un poco tumefactas y como levemente teñidas de púrpura. 2. Asiento de la muerte y enfermedad del paciente mostró ser el tórax; aserrado el cual, todos los presentes pudieron ver que los pulmones se hallaban pálidos, y el derecho tenazmente adherido a las costillas verdaderas. 3. Las fauces estaban difusamente enrojecidas y la tráquea llena de una sustancia no muy distinta de la gelatina, pero de color negrusco y fuliginoso. Los ramos bronquiales igualmente inflamados, padecían cierta aspereza. 4. El tamaño del corazón era tres veces el natural; mayor, sin duda, que el de una vaca, puesto que suprimido el pericardio y limpio de coágulos pesó dos libras y media. Esta víscera caía sobre el diafragma, y, por tanto, comprimía fácilmente el esófago, la aorta y el estómago. 5. Aunque el aspecto del corazón parecía conservar su figura natural, una vez disecado ofreció nuevo tema de consideración a los más agudos investigadores de la naturaleza: la aurícula y ventrículo derechos aparecieron vacíos de sangre, pero de diámetro ordinario; al paso que las cavidades izquierdas se hallaban ocupados por un coágulo negro y eran de anchura doble que las derechas. La arteria aorta, muy dilatada junto al corazón. 6. Resecado el cráneo, la pia madre mostró sus vasos más dilatados que de ordinario. La corteza del cerebro se adhería tenazmente a la dura madre en la superficie de entrambos hemisferios y hacia su parte posterior, mediante una especie de gluten calloso. Los plexos se hallaban constituidos en toda su extensión por vasos bien llenos de sangre.

Boerhaave, es el primero que redacta un canon de historia clínica integrado por cinco partes:

- 1º—Descripción del sujeto: nombre, edad, condición social;
- 2º—Antecedentes remotos y próximos;
- 3º—Estado presente, es decir, el examen clínico: Pulso, respiración, exploración sensorial de las excretas, orina, heces, menstruos, sudor, lágrimas, mucosidades;
- 4º—Curso de la enfermedad;
- 5º—Tentativa de diagnóstico;
- 6º—Inspección del cadáver y autopsia;
- 7º—Explicación del cuadro sintomático y de la muerte a la vista del resultado de la autopsia.

Las historias clínicas de Boerhaave son modelos de honradez, de meticulosidad y de profundo espíritu analítico. En algunas de ellas ya se encuentran esbozos de semiología. Son historias clínicas extensas y detalladas, verdaderas monografías.

Dejó escritas tres obras: "Introducción a la práctica clínica", "Instituciones Médicas" y "Discusión Filosófica sobre las distinciones entre el Alma y el Cuerpo".

Boerhaave fuera de la exploración visual, olfativa, táctil y gustativa, no disponía de otros métodos de exploración clínica. El "Inventum Novum" la Percusión, de Anenbrugger no había sido tomada en cuenta.

Las Historias Clínicas de Corvisart, son las primeras en que aparece la percusión como método de exploración clínica. Desde entonces, el oído es el sentido de mayor utilidad para la exploración de los enfermos. Corvisart no alcanza a comprender el porqué de los diversos cambios percutorios.

Dos de sus discípulos, Bayle y Laennec continuarán su obra. Bayle se hace fisiólogo y anatómo patólogo. Su obra es el fundamento de todos los estudios sobre tuberculosis, pero la exploración clínica queda estancada en sus manos.

Teófilo Jacinto Laennec (1781-1826) el más grande genio clínico de todos los tiempos, discípulo de Corvisart y fraternal amigo de Bayle, publicó en 1819 su "Tratado de la auscultación mediata de las enfermedades del corazón y del pulmón" El invento del Estetoscopio marca una nueva era y una línea divisoria entre la medicina de antes de Laennec y después de él. Patólogo, semiólogo y clínico, establece la diferencia entre signo y síntoma; del signo clínico se remonta a la lesión anatómo patológica, explica el porque de los signos. Posteriormente, el signo clínico ha adquirido tanto valor que se monarquizó. No fué culpa de Laennec que así sucediera.

Sorprende su precisión en la descripción de los signos acústicos pulmonares y cardíacos. Sobre los primeros muy poco se ha podido añadir en 132 años. Establece las condiciones anatómo patológicas necesarias para su producción. Mediante el signo se pueden diagnosticar las lesiones internas: es una de las mayores adquisiciones de la medicina. Aisla numerosas especies morbosas; Dilatación Bronquial, Edema del Pulmón, Aplepegia Pulmonar, Tisis Tuberculosa, la Cirrosis Atrófica. He aquí su obra en pocas palabras.

Leamos una de sus historias clínicas:

DE LOS TUBERCULOS DEL PULMON O DE LA TISIS PULMONAR.—Úlcera transformada en fístula semicartilaginosa en

el pulmón de un sujeto que presentaba otra no curada y que mostraba, además, tubérculos crudos.

Una mujer como de 40 años, bien conformada, de talla mediana y de temperamento linfático-sanguíneo, ingresó en el Hospital Necker el 19 de diciembre de 1817. Hacia mucho tiempo era víctima de una tos bastante frecuente y de una molestia en la respiración que crecía súbitamente, sobre todo bajo la influencia de ciertos estados atmosféricos. Estos accidentes, que ella consideraba como el efecto de un asma, no la habían impedido de entregarse a sus trabajos; sólo desde hace 15 días la han obligado a guardar cama. Como la tos aumentaba y le producía insomnios, la enferma se hizo transportar al hospital. Examinada al día siguiente, presentó los síntomas que se indican.

La enferma sentada más que acostada, sentada en su lecho, no podía soportar otra posición. La cara estaba pálida e hinchada, los ojos abatidos y algo lacrimosos, los labios violáceos, las extremidades inferiores infiltradas; la respiración corta, acelerada, anhelante. Percutido el pecho resonaba bastante bien en toda su extensión, pero tal vez un poco menos que en estado normal. Inmediatamente bajo las clavículas se oía en los dos pulmones, mediante el estetoscopio, un estertor bastante acusado. Las paredes del tórax se levantaban con fuerza en cada inspiración, de tal modo que daban al oído, por intermedio del estetoscopio, un choque desagradable. A la tos, bastante frecuente, seguía la expectoración de estupos amarillos y opacos. No se encontró en este primer momento la pectorilogía. El pulso era frecuente, pequeño, sin irregularidades; el vientre estaba un poco abombado; las venas yugulares externas se veían un poco abultadas y ofrecían pulsaciones bastante bien perceptibles; los latidos del corazón eran bastante profundos, regulares, daban un sonido poco intenso y no levantaban sensiblemente la oreja del auscultador. Después de este examen me creí autorizado para pensar que, aún cuando los síntomas generales pareciesen caracterizar una enfermedad del corazón llevada a su grado sumo, no existía lesión perceptible de este órgano. En consecuencia, establecí el diagnóstico siguiente: Tisis sin enfermedad del corazón. Hice aplicar cuatro sanguijuelas en el epigastrio y prescribí bebidas pectorales.

El 21, la nariz y los labios mostraron un color lívido; la respiración era corta y precipitada, el decúbito en supinación imposible, el sueño nulo. Ese mismo día, la contracción de los ventrículos dió alguna impulsión (al oído), síntoma que unido al latido de las yugulares, y habida cuenta de la sangría hecha la víspera, debía modificar el diagnóstico precedente y hacer pensar que el ventrículo derecho tenía un espesor relativamente excesivo. Del 22 al 27, disminución progresiva de la lividez de rostro y de la molestia de la respiración; tos frecuente y expectoración abundante. Pero esta mejoría fué muy fugaz. En los primeros

días de 1818, la respiración volvió a ser muy difícil; progresó la infiltración, más acusada en el lado izquierdo.

El 18 de enero, toda la mitad izquierda del tórax y las extremidades del mismo lado mostraban una infiltración considerable, que conserva la impresión del dedo; el rostro estaba lívido, la piel fría, el pulso era pequeño y frecuente. Se percibió la pectoriloquia de manera evidente hacia el tercio interior del cuarto espacio intercostal del lado derecho, punto que no había sido explorado la vez primera. Las facultades intelectuales se hallaban intactas, pero la palabra era difícil, y la enferma sucumbió el 19 por la mañana.

ABERTURA DEL CADAVER.—Infiltración considerable de la mitad izquierda del pecho, y de las extremidades del mismo lado. Abdomen un poco abombado. El cráneo no fue abierto. El corazón era de volumen normal. La aurícula derecha estaba fuertemente distendida por sangre negra, en parte coagulada. El apéndice auricular se hallaba exactamente lleno por una concreción poliforme y fibrinosa bastante firme y mezclada con sangre. El ventrículo derecho, de una capacidad proporcionada a la del izquierdo, tenía sus paredes un poco más gruesas que lo normal. Una equimosis de la extensión de una uña se veía en la superficie interna del pericardio. Había como una pinta de serosidad derramada en el lado izquierdo del tórax. El pulmón de este lado se adhería a la pleura, hacia su vértice, por medio de una brida celulosa firme y muy corta. Hacia la zona de esta adherencia, mostraba el pulmón varias líneas o rayas irregulares y hundidas, reunidas en un centro común y más deprimidas hacia el centro. El vértice del pulmón presentaba, en el punto correspondiente, tres o cuatro láminas bastante anchas, formadas por tejido celular condensado, que lo atravesaban en diversos sentidos, cruzándose a trechos entre sí.

Veíase en el mismo paraje una docena de tubérculos del grosor de un cañamón, aislados, amarillentos y opacos en el centro, grises y semitransparentes en su contorno, y una pequeña excavación tapizada por una falsa membrana blanda y blanquecina, bajo la cual las paredes de la úlcera mostraban el tejido pulmonar desnudo, algo rojo y endurecido. Esta cavidad, capaz de alojar una avellana pequeña, se hallaba llena de una materia tuberculosa, reblandecida y de consistencia caseosa en parte, y en parte de la consistencia del pus. El pulmón derecho se adhería fuertemente y en toda su extensión a la pleura costal. Como a media pulgada de profundidad, e inmediatamente bajo el cuarto espacio intercostal, se encontró una excavación capaz de alojar una nuez. Se hallaba tapizada por una membrana semicartilaginosa, lisa, de un cuarto de línea de espesor a lo sumo, de color gris perla, pero que, a primera vista, y a causa de su poco espesor y semitransparencia, parecía tener el color rojizo del tejido pulmonar. Su cavidad contenía una escasa cantidad de

una materia puriforme amarillenta. Hacia la parte correspondiente a la raíz del pulmón, se veía una abertura ensanchada, cuyo contorno se continuaba evidentemente con las paredes de la cavidad. Esta abertura, que demostró ser un tubo bronquial algo más grueso que una pluma de cuervo, estaba obstruido en parte por una pequeña concreción calcárea que no se adhería a ella. El tejido pulmonar contenía siete u ocho pequeñas concreciones semejantes, íntimamente unidas a su parénquima. Dos de estas concreciones, situadas inmediatamente bajo la pleura, tenían el grosor de un hueso de ciruela. En las partes restantes el pulmón era crepitante y se hallaba un poco congestionado. El ciego y una parte del colón estaban fuertemente distendidos por gases. El estómago, vacío. Su membrana mucosa, así como la de la parte final del íleo y del ciego, mostraba un enrojecimiento bastante acusado. El hígado era de volumen considerable, un poco duro y poco arrugado en su superficie.—Los aparatos urinarios y reproductores eran normales.

Con el conocimiento de las lesiones anátomo patológicas, con el descubrimiento e interpretación científica de los signos clínicos, finaliza esta etapa de la historia clínica. El síntoma, trastorno funcional, había sido menospreciado.

LA HISTORIA CLINICA EN EL SIGLO XIX

Siglo fecundo para la Ciencia Médica pero que asienta sólidamente en el siglo anterior. Sin la obra de Boerhaave, Corvisart, Bayle y Laennec, no pudo ser lo que en realidad fue.

Tres son las orientaciones dominantes en el pensamiento patológico en el siglo XIX: anátomo clínica, fisio patológica, y etiológica. En Francia e Inglaterra, dominaba la primera; en Alemania, la segunda y la tercera.

El signo físico es jerarquizado. Los datos de laboratorio, con Richard Bright como iniciador; los desórdenes del lenguaje con Broca; los trastornos del movimiento y de la sensibilidad con Bel, Burdach, Florence y Vulpian; Charcot, fundador de la Neurología. Se inventan métodos de exploración que proporcionan siempre signos físicos: Recamier con su espejo vaginal; Helmholtz con el oftalmoscopio. Manuel García inventa el laringoscopio; Politzer, el otoscopio. Adolf Kussmaul en 1869 intenta la primera esofagoscopia y gastroscopia. Nitze inventa el cistoscopio. Kirstein y Killian hacen la primera broncoscopia. Raentgen inicia las investigaciones radiológicas.

Las historias clínicas van siendo la expresión de cada una de estas técnicas: se inicia la era de las especialidades. Monarquizado el signo clínico, se busca en toda enfermedad una lesión anatómo patológica que los explique.

Pero el síntoma, como trastorno funcional, fué revalidado: se lo describe, analiza e interpreta, y nace así la Fisiopatología. Wunderlich estudia la temperatura. Vierardt en 1855 y Marey en 1860 hicieron los primeros esfigmogramas. Luciani en 1877 hace el primer trazado esófago auricular. Liebig emplea por primera vez el término metabolismo. Frederich, Naunin, Erlich, y Wagner estudian la Diabetes y la Gota. Rivarocci inventa el esfigmomanómetro. Aparecen las pruebas funcionales. Los experimentos de Claudio Bernard son decisivos. Se establece la diferencia entre los trastornos funcionales, y los lesionales u orgánicos. Los estudios de la física y química son sistemáticamente aplicados en las investigaciones de los procesos morbosos. La evolución de las enfermedades se estudia a fondo; se precisan la mayor parte de los cuadros clínicos. Surgen nuevas enfermedades y nuevos síntomas y nuevos signos.

En la investigación de los agentes etiológicos la obra es ingente. Nace el concepto de infección, y se individualizan muchas enfermedades infecciosas. La obra del gran Pasteur y de Robert Koch, es continuada por Frankel, Klebes, Friedlander y otros.

Se produjo una acre pugna entre anatómo clínicos y etiologistas. Primero entre Virchow y Koch; después, entre franceses y alemanes. Francia vivía en Pasteur, y Prusia en Virchow. Se estableció una especie de nacionalismo científico allá por el año de 1885. Francia buscaba la revancha en las lides científicas, ya que había sido derrotada en los campos de batalla. Disputaron fisiopatólogos y etiologistas, Rosembach y Klebs. Broca y el inglés Jackson, ambos neurólogos, entablaron largas discusiones sobre las localizaciones cerebrales. Jackson se impuso a lo largo sobre Broca.

Morel con Thomson, y otros, inician los estudios sobre Heredo-patología. Freud, discípulo de Charcot, escribió una apología sobre su maestro pocos días después de su muerte ocurrida el 16 de Agosto de 1893. En medio de elogios, refutaba sus ideas acerca de la Histeria. La obra de Freud, su contribución verdadera que vivirá indefinidamente, es el Psicoanálisis.

Saturado así el siglo XIX de avances en todos los campos de la Medicina, surgieron clínicos como Trousseau, Dieulafoy, Galdstein, Krehl, y muchos otros, cuyas historias clínicas condensan las enormes adquisiciones logradas por numerosos investigadores. La perfección del examen clínico se une a la etiología, a la interpretación fisiopatológica y al hallazgo anatomopatológico. Las escuelas Francesa y Alemana llenan esta centuria.

LA HISTORIA CLINICA DE NUESTROS TIEMPOS

La evolución de la ciencia Médica, como todo lo humano, depende de todas las actividades desarrolladas por el hombre. El desarrollo industrial, el perfeccionamiento de la técnica, los nuevos inventos y descubrimientos, las consecuencias provocadas por la guerra (ya van dos en este siglo, no solamente han creado diversos modos de vida, sino también una nueva mentalidad.

Los hechos y los fenómenos se han acumulado en tal forma, que se hace difícil, su catalogación y su clasificación. La mente médica se encuentra en incapacidad para asimilarlas totalmente y así forzosamente han surgido los especialistas. Sin embargo, la especialización es un fraccionamiento de la personalidad, aunque pueda significar perfección y precisión desde algún punto de vista. Es una especie de "fabricación en cadena del diagnóstico". Quizás esto sea una copia de la perfección industrial; pero creo sinceramente que nunca será un perfeccionamiento en la formación integral de la personalidad del médico.

La máquina y el número pretenden suplantar a la mente humana. El diagnóstico, consecuencia de la experiencia y de la meditación médicas, se pretende sea el producto de los análisis de laboratorio: la mecánica reemplazando a la mente. Quizás sea una expresión exagerada, pero bastante realista.

Como una reacción ante esta situación, se eleva un nuevo concepto médico más humano: el de la medicina Psicosomática.

El paciente, para la medicina del siglo pasado y de comienzos de éste, es un simple individuo enfermo. No se acostumbraba a ver en él a la persona humana, lo mismo en lo social, en lo económico, en lo emotivo, en salud y en enfermedad. Las relaciones psicosomáticas fueron descuidadas. Quizás aquella, la medicina Psicosomática, sea una subconsciente reacción contra las corrientes materialistas y materializantes que predominan en

nuestra época. El Espíritu, tan menospreciado, trata de reconquistar su situación de privilegio.

Salvo esta tendencia a considerar al enfermo como una persona humana en todo el amplio sentido de los términos, no se observa ninguna variación fundamental en la historia clínica de nuestro siglo. Cada especialización exige una norma propia para hacer la historia clínica, pero siempre guiándose por las mismas normas generales que todos conocemos.

La historia clínica didáctica tiene que ser siempre más detallada; la que sirve para los archivos y estadísticas tiene que ser concisa y contener sólo lo fundamental; o sea, una especie de historia clínica a lo Sydenham.

Creo sinceramente que el descubrimiento de nuevas sustancias dotadas de gran poder curativo, y que se podrán utilizar indistintamente para el tratamiento de las más variadas afecciones, si bien conseguirán el objetivo principal de la Medicina, la conservación de la vida humana, va a imposibilitar la observación de muchas enfermedades, y debilitará los esfuerzos diagnósticos, envolviendo en penumbra el conocimiento médico. Quizás, con el tiempo, la patografía volverá al estado de las "Especies Morbosas".

La Humanidad a pesar del grado de civilización que ha alcanzado, en algunos aspectos se encuentra en franco retroceso. ¿No correrá la Ciencia Médica igual destino? Dios quiera que no sea así.

HISTORIA DE LA MEDICINA

Dr. LUIS A. LEON,
Profesor Principal de Medicina Tropical

Salud P

Relación Cronológica del Tifus Exantemático en el Ecuador (1)

La historia de esta peste en el Ecuador, ha sido inexacta, y superficialmente tratada, y la gran deficiencia en el conocimiento de su pasado ha dado lugar a que hasta hace veinte años se dude y aún se niegue su existencia en el país, quizá, olvidando que ha sido desde épocas inmemoriales el azote de nuestros pueblos serraniegos.

Se ha discutido mucho acerca de la paternidad de este flagelo: unos le han considerado como autóctona de América, otros, como originaria de Europa, y otros, como oriunda del lejano Oriente. En España se le ha venido conociéndola con el nombre de **tabardillo** desde 1577, con motivo del gran brote epidémico que azotó a toda la Península, y que fué objeto de estudio por los más destacados médicos de España y de los demás países de Europa. Luis del Toro publicó en 1574 las primeras observaciones, con el título de **De feбри epidémica st novore quoe latine punticulis, vulgo tabardillo et pintas dicitur, nature conditios, et medela, 1574**, y en dicho estudio sostenía que desde 1490 hubo casos y brotes epidémicos a consecuencia de haberla importado los soldados que volvían de Chipre, después de la toma de Granada por los Reyes Católicos. (II).

(1) El Tifus Exantemático constituyó tema oficial de las Terceras Jornadas Médicas Nacionales. Un extracto de este trabajo fué presentado y leído en dichas Jornadas.

(II) L. Albaladejo. Tifus Exantemático y otras Rickettsiosis Exantemáticas, pág. 16. Madrid. MCMXLI.

Villalba en su *Epidemiología Española*, afirmaba que por el año de 1606 el tabardillo hacía tales estragos en España, que perpetuaron la memoria de aquel desgraciado año con el mote vulgar de **año de los tabardillos**. Según el Dr. Nicasio Marical, la palabra tabardillo tiene una etimología eminentemente científica: para él "la palabra tabardillo, es hija y sinónima de **febris tabífica** de los antiguos, viene de **tabes ardens**, fiebre pestilente, ardorosa, que causa corrupción, de donde vino el verbo **taberc**, emponzoñar, corromper".

Los términos **tabardillo** y **tabardete** fueron introducidos a la América por los conquistadores; pues, desde fines del siglo XVI, en todas las colonias de habla española se venían aplicando dichos términos al tífus exantemático; una ojeada de la historia de esta enfermedad en México, Guatemala, Perú y Chile, nos hará convencer de su vieja existencia en América y, apreciar su acción devastadora, especialmente entre los aborígenes y chape-tones.

LAS PESTILENCIAS EN LA EPOCA PRECOLOMBINA

El ilustre indio **Phelippe Guaman Poma de Ayala** (1, pág. 62), al analizar el gobierno del Imperio de Tahuantinsuyo durante la tercera edad de los llamados **Purun-runu**, que se multiplicaron de **unari-uiracocha-runu**, se presentó —dice— una pestilencia que acabó con mucha gente. Los filósofos indios, llamados **camasca amanta runa** (hombre sabio y ordenador), anunciaron por medio de los quipos, que habían de sucederles los reyes de otras naciones del mundo, y además hambre, sed, muerte de gente, guerras, pestilencias. (Pág. 72). Según dicho autor, en tiempo de los "yngas" el Dios los castigaba con erupciones volcánicas y con pestilencias. Durante el reinado de **guayna capac ynga** se presentó pestilencia de "saranpión" y "birguelas", con las que murieron mucha gente; este historiador y sociólogo indio añade: "el ynga dicen quese avía metido en una cueva depiedra de miedo de la **pestilencia y de la muerte y allí dentro se murió**". (Pág. 286)".

1530.—Acerca de esta gran epidemia, el doctor Latoreria, dá esta versión: "A principios del siglo XVI, durante el reinado de Huaynacpac estalló una formidable y mortífera epidemia exantemática, muriendo el propio monarca en Tomebamba (Ecuador), el general Mihacnacamayta, otros muchos capi-

tanos y guerreros, así como un hermano y un tío del referido Inca, una ñusta de la ciudad Imperial del Cuzco y más de doscientos mil súbditos en el resto del Imperio" (2): Al hablar del tifus exantemático, el doctor Gualberto Arcos, que fué una verdadera autoridad en historia de la Medicina, nos dice: "Algunos cronistas han tratado de asegurar que esta enfermedad fué posterior a la conquista y traída a las colonias por los negros africanos: pero descartadas en absoluto estas opiniones, sabemos que esta mortífera infección fué uno de los flagelos más temidos en el imperio de los hijos del Sol, y que a la entrada de los inviernos solía aparecer con carácter epidémico y que, especialmente, por temor a ella se efectuaba la fiesta llamada **citua**. Algunos historiadores creen que fué el tifus el que asoló el pueblo cuando la muerte de Huaina-capac, pero ésto no podemos asegurarlo, ya que las opiniones al respecto son múltiples y variadas". (3 pág. 119). El doctor Arcos, en otro capítulo de su obra nos hace la siguiente relación: "Cuando en el delirio de la fiebre ocasionado por el **tifus exantemático** que mató a Huaina-capac, sintiéndose cercano a la muerte se encerró en una casa de adobes que hizo construir en Tomebamba..." (3 pág. 42).

Christobal de Molina, nos habla del significado de la fiesta **Citua** en estos términos: "Al mes de Agosto llamaban **Coya-Raimi** y en este mes hacían la fiesta de la **Citua**, y para hacer la dicha fiesta extraían las figuras de las huacas de toda la sierra de Quito a Chile... la razón porque hacían esta fiesta llamada Citua en este mes, es porque entonces comenzaban las aguas y con las primeras aguas suele haber muchas enfermedades, para rogar al Hacedor que en aquel año, así en el Cuzco como en todo lo conquistado por el Inca, tuviese por bien no las hubiese" (4).

Si damos fé principalmente a las informaciones de Guaman Poma de Ayala, el pueblo del incario pagó un alto tributo a las enfermedades pestilenciales. A ésto se sumaban las sequías, los terremotos, erupciones volcánicas, guerras y otras calamidades sociales que muy a menudo trastornaban el equilibrio económico y biológico del Imperio. Aunque el Monarca había implantado leyes sociales muy férreas, las condiciones higiénicas de los incas no eran de las mejores, con respecto al tifus hubo en toda la América la enorme agravante de la abundancia de piojos y la familiarización del indio con dichos insectos.

Hacer la historia de los piojos, es hacer la historia del tifus epidémico. Antonio de Herrera (III) al hablar de los pormenores de la conquista de México y de la prisión de Montezuma, nos refiere que "entrando Alonso de Ojeda, por ciertos apocentos halló en uno muchos costalejos de codo llenos, y bien atados: tomó uno y sacóle fuera, y abriéndolo delante de algunos de sus compañeros, halló que estaba lleno de piojos: y afirmando que era verdad, le ataron de presto; y espantados de aquella extrañeza contáronlo a Cortés, el que preguntó a Marina, y a Aguilar, lo que quería decir cosa tan nueva. Respondieron que era tan grande la sumisión, que al Rey hacían todos, que el que de muy pobre, o enfermo no podía tributar, estaba obligado a espulgarse cada día, y guardar los piojos, para tributarlos, en señal de vasallage; y como había gran número de Gente menüda, así había muchos Costalejos de piojos". Cienza de León (IV) nos relata también que cuando visitó la villa de Pasto, los indios de este sector "asi ellos como todos los demás que se han pasado son tan poco asquerosos, que cuando se espulgan se comen los piojos como si fueran piñones". De los indios de la Isla Española (Haití), Fray Bartolomé de las Casas (V) se expresaba: "Los vecinos naturales indios desta isla criaban en las hamacas sus camas, y también en la cabeza hartos piojos". Refiriéndose a estos mismos indios, el Cronista Mayor de las Indias, Antonio de Herrera, nos informa: "En muchas provincias de estas Indias no usaban Peines, y donde no los tenían echaban los piojos en el suelo, o en el fuego, a donde se limpiaban de ellos con la mano, que los hacían las Mujeres a otras, porque raras veces espulgaban el Hombre a nadie, y también se los echaban en la boca, no porque tuviesen gusto de tal suciedad, sino porque trayendo todos tan grandes cabellos, es dificultoso tomarlos y teniendo la una mano ocupada en ir siguiendo, y abriendo el cabello, sin levantarla con la otra se se echaban el Piojo en la boca y cuando el Inca mandó a los Pastos, que pagasen tributo de Piojos, porque dijeron que no tenían hacienda, no fué para comerlos, sino por el reconocimiento de

(III) **Antonio de Herrera.** Historia General de los Hechos de los Castellanos en las Islas y Tierra Firme del Mar Océano, escrita en 1554. Editorial Guaranía. Tomo III. pág. 252. Asunción.

(IV) **Pedro Cieza de León.** La Crónica del Perú. Escrita en 1553. Ed. Calpe. Pág. 110.

(V) **Fray Bartolomé de las Casas.** Historia de las Indias. Tomo III. Apéndice cap. XIX, pág. 469. Madrid, 1927.

Vasallaje". También Gonzalo Fernández de Oviedo (VI) al hablar sobre la aparición de los piojos en algunos niños, hijos de españoles, que nacían en las Indias, se expresaba en estos términos: "pero los indios si y muchos en los cuerpos y en las cabezas". Pedro Mártir de Anglería (VII) en sus Décadas del Nuevo Mundo nos indica que los indios de Cumaná "Se comen sin asco las arañas, las ranas y cualquier gusano, hasta los piojos, si bien en los demás son melindrosos".

He aquí las condiciones en las que vivían nuestros aborígenes y el angustioso panorama sanitario, que con relación al tifus, encontraron los conquistadores. A su llegada, el tifus, llamado **tabardillo, tabardete, chovalongo**, y en quichua **accelasta**, tomó caracteres alarmantes y de cuya difusión y malignidad nos han hablado Monardes, el Padre Cobo, Juan de Cárdenas, Fray Agustín Farfán, Antonio de Calancha, Antonio de Herrera y muchos otros religiosos y cronistas de la época.

EL TABARDILLO EN LA EPOCA DE LA COLONIA

1582.—El primer dato de la presencia del tabardillo en el Ecuador, nos ha dejado en 1582, el Corregidor y Justicia Mayor del partido de Otavalo, Sancho de Paz Ponce de León. Al analizar las causas de la extinción de los indios de dicho corregimiento nos dice: "Hanse acabado estos indios con las guerras que tuvieron con el Ingua cuando los conquistó, y después con la conquista de los españoles y a la postre con ciertas pestilencias, que en estas partes ha habido de sarampión, viruelas y tabardete". (5).

1587-1588.—Diego Rodríguez Docampo, en su interesante Relación del Estado Eclesiástico del Obispado de San Francisco de Quito, nos dá cuenta que el gran temblor que se registró en Quito y sus provincias en el año de 1582" fué pronóstico de la peste general que hubo en estas provincias, de tabardillo, viruelas y sarampión, tan grande que duró desde el mes de Julio de 1587 hasta marzo de 588. Murió —nos dice— innumerable gente, criollos, hombres y mujeres, niños e indios, en tan gran nú-

(VI) **Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdez.** Historia General y Natural de las Indias. Publicada en 1535-1557. Ed. Guaranía. Tomo III. Pág. 172.

(VII) **Pedro Mártir de Anglería.** Décadas del Nuevo Mundo. Escrita en 1950. Ed. Bajel. Pág. 607. Buenos Aires.

mero que no se pudo advertir cuantos fueron. . . asoláronse los pueblos de indios en las provincias de **Otavalo, Latacunga, Puaruayes, Chimbo, Sichos, Riobamba**, ciudad de **Pasto** y sus pueblos **Cuenca, Loja, Zaruma, Zamora**, gobernación de Yaguarzongo, cosa lastimosa y nunca vista en estas tierras ni Dios permita acaezca otra semejante; aunque por nuestros pecados, corrió otra peste semejante por los años 648 y parte del 49, donde murió muchísima gente" (6).

A fin de irnos formando un concepto cabal de este gran azote de la humanidad, consideraremos, desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia de su vector, el piojo, y las medidas adoptadas para su exterminio antes y durante el coloniaje.

1571.—Tóribio de Ortiguera, al darnos cuenta de la fertilidad, temple y sitio de la ciudad de San Francisco de Quito, nos trae en su obra este pequeño detalle observado por él en 1571: "No tiene sabandija mala de víbora, culebra ni lagartos; pocas lagartijas y algunas ratas; no hay piojo en el hombre español, ni ladillas, ni garrapatas en los ganados". (7). Este cronista de la "Jornada del Río Marañón" al hablarnos así, nos está indicando que el piojo, desde aquella época, era muy notorio entre los indios.

1573.—Las noticias sobre los tributos de piojos impuestos por el Monarca en el siglo XVI, dados a conocer por Antonio de Herrera, las vemos vertirse en 1573, en un importante trabajo anónimo sobre la Ciudad de San Francisco de Quito; y aquellas se refieren a que ningún pueblo le dejaba de tributar a Guaynacpac; este monarca "Quería que conforme a las cosas que tenían de su labranza y crianza le tributasen, y cuando el pueblo era tan pobre que no tenía qué, dicese del que quería tributasen piojos; y no por razón de señorío legítimo, pues no lo era ni de las tierras, que eran de los casiques e indios". (8).

1604.—El doctor Pablo Herrera, en su Apunte Cronológico de las Obras y Trabajos del Concejo de Quito, da a publicidad este dato existe en los Archivos de dicho Cabildo: el Ilmo. D. Fray Luis López de Solís, que se hallaba en Guápulo: "observó que los indios por su propia inclinación y naturaleza son haraganes y perezosos. . . que si no se les compeliere como a muchachos, no vivirían más que en sus borracheras, sin dedicarse voluntariamente al trabajo. Por cuya consideración el Inca tuvo grandísimo cuidado de ocuparlos, de suerte que no teniendo cosa que emplearlos los hacía trasladar piedras de un cerro a otro, o

que le tributasen canutos de piojos" (9, T. I. pág. 71). Mendi-
buru en su Diccionario Histórico Biográfico del Perú (Tomo I.
pág. 386 y González Suárez en su Historia General de la Repú-
blica del Ecuador (Tomo I, pág. 218) nos hablan también de es-
te saludable tributo que imponía dicho Emperador y que en Amé-
rica viene a ser la primera medida profiláctica contra el tifus.

Sin olvidar el problema de la pediculosis del país en aque-
llas épocas, continuemos conociendo los estragos del tabardillo.

1611.—En el Apunte Cronológico del doctor Pablo Herrera,
se resume el acta del mes de noviembre de 1611 con estas pala-
bras: "El día 10 de este mes, se dispuso en el Cabildo que se su-
plicara al Obispo, Deán y Cabildo Eclesiástico, así como a los
Conventos de religiosos, que hiciesen plegarias y procesiones por
el tabardillo y sarampión que había atacado a la ciudad y moría
muchoa gente". (9, T. I. págs., 73-74).

1614.—En la misma obra anterior encontramos el resumen
del acta de sesión del mes de junio de 1614, que dice: "El día 28
de este mes, dijo el Corregidor que se debía implorar la miseri-
cordia divina por medio de oración y de la intercesión de algún
santo, que el Cabildo elija por suerte, para que desaparezca la
enfermedad o epidemia llamada **tabardete** que aflijía esta pro-
vincia el espacio de más de veinticuatro años agravándose cada
año y arrebatando al sepulcro una gran parte de la población".
(9, T. I. págs. 76-77).

1614.—Phelipe Guaman Poma de Ayala, que durante 30
años estudió a conciencia el Imperio de Tahuantinsuyo, para es-
cribir su maravillosa obra que la terminó, aproximadamente, por
el año 1614, y en la que encontramos descripciones de las ciuda-
des de Quito, Riobamba, Cuenca, Loja, Portoviejo, y Guayaquil
y de las costumbres de sus habitantes, nos trae esta interesante
reflexión que hace un zapatero a un religioso: "la camisa por
ser cerca del cuerpo mortal quedando limpio de anima y de con-
sencia y muy limpia camisacria suciedades y pioxerías comeso-
nes prosedía sarna y pestilencia" (1. pág. 605). A qué pestilen-
cia se refería el artesano? Si procedía a las piojerías, es lógico
que sospechemos en el tabardillo. Este concepto se esclareció
sólo en 1892 a 1893: cuando Netter y Thoinot, al estudiar la
epidemia de tifus que se presentó en aquellos años, señalaron la
posibilidad de propagarse esta enfermedad por el piojo, idea que
Carlos M. Cortezo la sostuvo categóricamente en 1903, en la
Conferencia Sanitaria Internacional de París, en la que expuso

que el piojo era el parásito intermediario del microbio productor del tifus exantemático, y que de conformidad con esta manera de pensar había combatido con éxito una grave epidemia desarrollada en Madrid, en aquel año (VIII).

Guaman Poma de Ayala, en el calendario que trazó, fijando la época de las cosechas, las variaciones del tiempo, la aparición de las enfermedades, etc., nos señala que en el mes de Setiembre se presentan las pestilencias y la reuma. De acuerdo con la curva epidemiológica del tifus en la América Meridional, sabemos que en el mes de Setiembre suelen registrarse brotes epidémicos de esta enfermedad.

1645.—El Padre Juan de Velasco, que supo enriquecer su Historia con varios datos de interés médico, no dejó de relatar la terrible epidemia que asoló a la ciudad de Quito en 1645. "Hallábase —dice— aquel año afligida con terremotos participados de la provincia de Riobamba, distante cerca de 40 leguas, desde donde llegaron sus repetidas y violentas convulsiones. Creció la consternación común con la circunstancia de encenderse al mismo tiempo una terrible epidemia a la cual dieron los nombres de alfombrilla y garrotillo y con la que murieron dentro de la ciudad cerca de 11.000 personas, según los registros citados al 4º de este libro" (10, T. III, pág. 68). Este mismo ilustre discípulo de Loyola, en su obra "Historia Moderna del Reyno de Quito y Crónica de la Provincia de la Compañía de Jesús del mismo Reyno" nos da mayores detalles de esta devastadora peste; después de hablar sobre el "Espantoso Terremoto en la Provincia de Riobamba y sus Estragos" nos ofrece esta relación: "Participaron de los estragos varias otras provincias más retiradas; y aun la capital de Quito, hasta donde llegaron las violentas convulsiones. Creció aquí la aflicción común por la circunstancia de encenderse al mismo tiempo una epidemia o peste formal, que fué bautizada con los nombres de **alfombrilla** y **garrotillo**, de la cual fue rarísima la persona que se libró, y con la cual murieron muchos millares. De noventa colegiales de S. Luis, sólo se libraron tres de la epidemia y murieron varios. No se veían por las calles y plazas, sino cadáveres y ruinas, ni se oían sino tristes alaridos y lamentos. consternada la ciudad con el doblado azote de la divina jus-

VIII) J. Estellés Salorich. La Lucha contra el Tifus Exantemático. Pág. 29. Barcelona. 1944.

ticia, hizo pública penitencia para implorar su misericordia" (11, T. I., pág. 312).

Acerca de esta epidemia de 1645, el Arzobispo González Suárez también nos dió a conocer, más o menos en los mismos términos, que a los temblores de Riobamba "siguió un terror difundido por el flagelo de la peste: las casas se llenaron de enfermos, acometidos de alfombrilla y garrotillo; de noventa colegiales internos que había en el Seminario de San Luis, solamente escaparon tres: todos los demás cayeron enfermos y algunos murieron; en las gentes del pueblo y principalmente en los indios desaseados e indolentes, el contagio hizo estragos". (12, T. IV, págs. 206-207).

Una peste eruptiva (porque se llamaba alfombrilla) que haya hecho su aparición después de violentos sismos; que haya provocado gran mortandad y que se haya propagado especialmente en los internados y entre los indios, nos obliga a pensar en el tifus exantemático. Esta enfermedad entre nosotros ha sido siempre la que ha sellado la desgracia de nuestros pueblos serraniegos después de las erupciones volcánicas, temblores y terremotos. Con el terremoto que el año pasado conmovió material y espiritualmente a las provincias de Cotopaxi y Tungurahua, tenemos un ejemplo muy claro de lo que epidemiológicamente sucede con esta enfermedad; pues, no obstante haberse puesto en práctica las técnicas sanitarias más modernas y de haberse hecho derroche del insecticida D.D.T., a los pocos meses de la catástrofe, en algunos pueblos comenzaron a aparecer brotes epidémicos de esta pestífera enfermedad. Muchas veces, como acabamos de ver en la epidemia de 1645, los efectos mortíferos del tifus en la meseta andina del Ecuador, han sido superiores, a toda comparación, a los estragos de las convulsiones sísmicas.

1693.—El Ilustrísimo Arzobispo González Suárez nos da razón en su Historia que "En el año de 1693, la ciudad de Quito y los pueblos de esta meseta interandina, desde el Norte hasta el nudo del Azuay, padecieron el azote de una peste que se encruelció principalmente en la gente pobre y desvalida" (12, T. IV, págs. 369-370). El doctor Herrera también nos da cuenta de este gran brote epidémico, pues, nos dice: "En este año hubo una espantosa peste de viruela, alfombrilla y sarampión y otras enfermedades. Por cuya razón se hizo traer a Nuestra Señora de Guápulo y del Quinche y celebraron novenarios de misas, con rogativas públicas". (9, T. I., pág. 162). En estas relaciones vol-

vemos a encontrar a la **alfombrilla** como una de las pestes malignas, además de la **viruela**, del **sarampión** y del **garrotillo** (difteria).

En patología no existe una entidad nosológica, que científica o vulgarmente se llame alfombrilla. Pero tenemos en nuestro léxico este término, que según L. Cardenal y la Academia de la Lengua se aplica a una "Erupción cutánea y febril parecida al sarampión", es decir que con este nombre se conoce a cualquier infección exantemática, que en nuestro caso es sumamente contagiosa y grave, que ataca principalmente a los indios y a la gente pobre y desaseada, sin distingos de edad. Por consiguiente, no podía ser otra entidad que el tifus exantemático o petequial.

1748.—Antonio de Ulloa y Jorge Juan al considerar las enfermedades más frecuentes de nuestros indios expresan que "También son propensos al Bicho, o Mal del Valle; pero de éste —dicen— que curan brevemente. Suelen acometerles a veces, aunque raras **Fiebre malignas o Tabardillo**; cuya curación es asimismo, entre ellos breve y especial: reduce a arrimar cerca del fuego al enfermo con aquellas dos zaleas, que les sirve de cama; y ponerle inmediata una botija de **chicha**; con el calor de la Fiebre y del fuego, que lo aumenta. Se alteran tanto que cada instante beben: esto les hace prorrumpir, y al día siguiente suelen estar buenos o empeorar, para morir más breve" (13, T. II, pág. 564). Estos dos científicos españoles, en el capítulo correspondiente a las enfermedades reinantes en Quito, se expresan en estos términos: "Aunque no se entiende allí en su propio sentido el nombre de **Contagio**, ni el de **Peste**, porque nunca se ha experimentado en lo que se entiende aquella América, suele haber algunas enfermedades, que lo parecen, y que son muy comunes con el disfraz de **Fiebres Malignas o Tabardillo y Pleuresia, o Costados**; accidentes que en ocasiones causan mucha mortandad" (13, T. I, pág. 385).

1759.—Alejandro de Humboldt en su disertación sobre el **matlazahuatt** que asoló el imperio azteca en los años de 1545 y 1562, y en la que los enfermos vomitaban sangre por boca y narices, refiere que estos síntomas "también se han observado en la enfermedad epidémica que en 1759 corrió por toda la América Meridional, desde Potosí y Ururo hasta Quito y Popoyán, y que según la descripción incompleta de Ulloa, era cierto **typhus** propio de las regiones altas" (14, T. IV, Libro V, págs. 156-157).

1764.—El señor Alcides Anríquez nos hace conocer el siguiente extracto de las actas y comunicaciones del Ayuntamiento de Quito, correspondientes al 3 de Octubre de 1764: "El señor Alférez Real, don Francisco de Borja, puso en conocimiento del Cabildo que como Diputado de dicha Corporación para asistir a la autopsia de los cadáveres de los que han muerto a consecuencia de la peste reinante en la ciudad y puedan dar los médicos con la causa y recetar los remedios". El Cabildo Reunido el 18 del mismo mes acordó: "Sin embargo de ser hoy de la fecha ferriada, atendiendo el lamentable conflicto en que se halla la ciudad con el estrago que ha ocasionado la peste, que ha sobrevenido haciendo sangrienta carnicería en innumerables personas que súbitamente han muerto, así en la ciudad como en los lugares circunvecinos, sin que se haya podido encontrar medicamentos que la exterminen, ni causa de qué provenga, aún habiendo hecho la Anatomía para su conocimiento; de suerte que no encontrando otro árbitro ni recurso que el de implorar el patrocinio de Nuestra Reyna y Señora María Santísima del Quinche, Patrona especialísima de la peste, para aplacar el azote de la justicia divina que la ha introducido, dispusieron los señores del Ayuntamiento que se haga un novenario solemne con la rogativa acostumbrada en esta Santa Iglesia Catedral..." (9, T. II., págs. 436-438).

Qué clase de peste era ésta? El verdadero médico y sanitario de entonces y que le evocamos con veneración, Xavier Eugenio de Santa Cruz y Espejo, nos ha proporcionado de ella estos valiosos detalles: "En esta provincia —nos dice— se vió en año pasado de 1764 por este mismo tiempo, lo que se llamó **mal de manchas o peste de los indios**; cuya descripción hice y tengo aún entre mis manuscritos, y no era sino una de esas fiebres inflamatorias, pestilentes, que habiéndose encendido en un cortijo o hacienda de los Regulares del nombre de Jesús, ya extinguidos, llamada Tanlagua, se extendió por algunos lugares o pueblos de este distrito infestando tan solamente a los indios y a algunos mestizos que perecieron sin consuelo por la impericia de los que entonces se llamaban temerariamente profesores de Medicina". (15, T. II., págs. 387-388).

Los antecedentes epidemiológicos que acompañaron al brote y los síntomas de la enfermedad, nos hacen ver claramente que este **mal de manchas o peste de los indios**, no era sino el tífus exantemático, que en forma epidémica, de cuando en cuan-

do, hace todavía su aparición en Tanlagua, que queda al norte de la Capital. El doctor Gualberto Arcos creía también "que se trata de una observación sobre un brote epidémico de tifus exantemático, en los indios de Chillo, brotes muy frecuentes en aquellos tiempos en que la peste assolaba inmisericordes". (16).

No podemos dar por terminado esta época del Coloniaje, sin tocar de nuevo el aspecto histórico de la pediculosis corporis, cuyo desarrollo tiene íntima relación con la incidencia del tifus epidémico.

1760.—Aproximadamente por los años de 1760 al 65, el Padre Juan Bautista Aguirre, de la Compañía de Jesús, en una carta poco seria escrita a su cuñado Jerónimo Mendiola, en la que hace un paralelo entre las ciudades de Quito y Guayaquil, de la primera se expresa sarcástica y humorísticamente, diciendo en sus décimas: "Yo afirmo sin rebozo

Que es este Quito piojoso
El Valle de Josafat". (17).

1789.—Otro religioso de la Compañía de Jesús, el Padre Juan de Velasco, en la parte concerniente a la Historia Natural del Reino de Quito, da la siguiente descripción: "Los piojos de la cabeza y del cuerpo llamados estos **pilis** y aquellas **usa**, son únicamente de la gente pobre y descuidada, con la diferencia, que no se hallan sino en los templos fríos y poco templados y nunca en los muy calientes". (10, T. I., pág. 123).

1799-1803.—Alejandro de Humboldt al discriminar sobre zoogeografía de los Andes equinocciales, emite este concepto: "En este nivel que es de la cúspide del Canigua, abundan por desgracia los piojos". (18).

No podemos negar que en tiempos de la Colonia, la pediculosis era también una plaga del habitante andino y, quizá, más grave que en épocas precolombinas, ya que habían dejado radicalmente de regir las leyes contenidas en el Código Indiano, aún las que propendían al bienestar social, dadas a conocer especialmente por Guaman Poma de Ayala y por Solórzano, y analizadas tan sabiamente por Louis Baudín.

EL TABARDILLO EN LA EMANCIPACION Y EN LA EPOCA DE LA GRAN COLOMBIA

La concentración y movilización de tropas pertenecientes tanto a las fuerzas reales como a las que clandestinamente se or-

ganizaban para alcanzar la independencia, vinieron también a despertar los brotes de tabardillo, que comenzó a hacer sus estragos en ambos ejércitos. Las campañas que se desarrollaron, sobre todo en la Sierra, sufrieron de parte y parte las consecuencias de este flagelo.

Rubricadas las actas de la independencia no tardaron en anexarse a Colombia, Guayaquil, Quito y Cuenca. Con la estabilidad de las tropas y la pacificación de nuestros pueblos, el tabardillo tendió a disminuir, pero no a desaparecer, según la documentación que existe al respecto, aunque muy escasa.

1826.—Oigamos la voz muy autorizada del eminente médico francés, doctor Abel Victorino Brandin, que estuvo en Quito en 1826, y, que conocía las enfermedades del Viejo y del Nuevo Continente; al tratar del clima de Quito dice: "hay fiebres malignas, tabardillos y pleuresías o costados que en ocasiones causan mortandad". (19).

1826-1828.—El doctor José María Astudillo, en su valiosa y desconocida tesis doctoral "El Tifus en el Ecuador" tiene este interesante párrafo en el capítulo de la historia de la enfermedad, en las provincias australes: "La importación de la enfermedad, desde las otras secciones de la República, a las comarcas de allende el Azuay, data probablemente del año 1825 al 1828, como se desprende de la siguiente referencia: Don Francisco Eugenio Tamariz, Gobernador, Comandante General de la Plaza de Cuenca, en vista del terrible flagelo que amenazara la ciudad, ante la invasión de una enfermedad contagiosa, que se introducía por la vía Naranjal (al occidente con dirección a Guayaquil) optó como heroica medida contra el mal, por ordenar la incineración de todos los mesones del **Tambo de Quinoas**, que hubieron dado alojamiento a tales enfermos; y, que luego se constituyera una comisión en ese lugar, con el objeto de impedir el ingreso de sospechosos, portadores del mal; mas, a despecho de tales medidas, la enfermedad no tardó en hacer su aparición, sembrando el pánico al aviso del terrible Tabardillo, calificativo cuyo autor se ignora; pero que probablemente debió ser dado por algún médico del entonces". (20, pág. 3).

EL TABARDILLO EN LA EPOCA DE LA REPUBLICA

Al cabo de ocho años de haberse anexado a la Gran Colombia, el Ecuador se constituyó en Estado independiente, y emprendió

dió en el arreglo de todos sus problemas políticos y económicos, descuidando el aspecto sanitario, lo cual motivó la recrudescencia de las enfermedades pestilenciales; mientras en la Sierra seguía el tabardillo haciendo su agosto, especialmente entre la gente campesina, vuelve a aparecer en Guayaquil la fiebre amarilla y después la disentería bacilar, que diezmaron su población. Se desencadenan las ambiciones al poder y los odios políticos, que conducen a la guerra fratricida, y a la propagación de sus pestes. En el norte de la República, los terremotos, la plaga de las langostas, la sequía, provocan el hambre, la muerte y la desolación, y dan auge a las enfermedades, sobre todo a las viruelas y al tifus, que atacaron con saña y ocasionaron gran mortandad, especialmente en las parcialidades indígenas.

A fines del siglo pasado, los estudios bacteriológicos de las dotienterías llevados a cabo en Europa con tanto éxito, sugestionaron también la mente de nuestros médicos: pues, desde entonces, los facultativos ecuatorianos, comenzaron a ver tifoidea en todos los procesos piréticos y petequiales, olvidándose cada vez más del viejo y apocalíptico tabardillo, no porque éste se haya extinguido, sino porque somos, según la conveniencia, fácilmente impresionables, o completamente escépticos, y porque no disponemos de los medios de diagnóstico seguros y convincentes, aún para las respectivas comprobaciones.

Sin embargo en algunos médicos, subsistió de la enfermedad el terrible recuerdo del pasado, y frente a un enfermo pirético, estupuroso y con gran exantema, no dejaban de pensar en el tifus.

1888.—El doctor Lino Cárdenas, por ejemplo, al examinar las pésimas condiciones higiénicas de la ciudad de Quito y de sus moradores, tiene estas frases: "¿quién sabe qué sinnúmero de microbios ofensivos a la salud tengan aquí su origen, contribuyendo de esta manera al desarrollo y mantención de las epidemias, así se explica la existencia de la tifoidea y el tifus, cuyo origen se encuentra perfectamente demostrado" (21). Como podemos ver, este distinguido profesor universitario, hace un claro distinguo entre tifoidea y tifus; por consiguiente estuvo en la conciencia de algunos médicos de aquella época la existencia de esta enfermedad.

El doctor Angel R. Saenz, en su interesante estudio "Breves Consideraciones acerca del clima de la ciudad de Quito con relación a algunas enfermedades", publicado en 1905, nos da a

conocer que desde 1880 a 1904, ésto es en el lapso de 24 años, ingresaron a las salas de clínica del Hospital "San Juan de Dios" de esta ciudad, 6.184 enfermos con tifoidea, de los cuales llegaron a fallecer 695. En algunos años el número de pacientes pasó de 400. La mayor incidencia se registró en los meses de enero, febrero, marzo, mayo, julio, setiembre, octubre y noviembre. De acuerdo con el estado actual de nuestros conocimientos, era innegable que unos brotes epidémicos debían ser de tifoidea, y otros, como los que se presentaban de setiembre a noviembre, de tifus. La propagación de la enfermedad en el medio hospitalario debía ser inevitable, en vista de que todos estos pacientes se les asistía en las salas generales de clínica interna, porque no existían todavía los servicios de aislamiento. En los hospitales de provincia esta situación, era todavía más grave.

En la ciudad de Cuenca reinaba la misma confusión que en Quito; unos médicos se acogían al criterio de que todos los procesos tifoideos que se registraban en la ciudad y en los pueblos aledaños, eran casos de tifoidea; al lado de éstos habían prestigiosos facultativos, como los doctores Nicolás Sojos y Manuel Farfán, que además de la tifoidea, sostenían la existencia del tifus, y consecuentes con este criterio clínico, propugnaron procedimientos terapéuticos apropiados para tales casos, con el consiguiente éxito. El segundo de los facultativos pagó caro tributo a la enfermedad, que por largos años la estudió y la combatió con bastante acierto. (22).

Mientras la mayoría de los médicos del país se habían inclinado, pues, al origen tífico de los grandes brotes epidémicos que causaban mortíficos estragos en el Altiplano, el problema sanitario del piojo no había cambiado absolutamente; seguía siendo un mal sin remedio; estos temibles vectores, sin el menor temor, ni escrúpulo eran tolerados en las escuelas, cuarteles, hospitales y sobre todo en el mísero hogar del indígena.

1892.—Teodoro Wolf, refiriéndose a los climas fríos de nuestros Andes, indica que existe la tolerancia a estos parásitos, de los "pueblos paramales, con sus pulgas y otros insectitos asquerosos (en la gente baja)". (23).

Con esta incertidumbre, creada por los propios médicos, y con este mismo atraso epidemiológico entramos al siglo XX.

EL TIFUS EN EL SIGLO XX

1912.—En el cuadro de mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas de Guayaquil, el doctor León Becerra, Director General de Sanidad, en su Informe Anual, correspondiente al año de 1912, hace figurar cuatro defunciones por tifus, señalando, además, el número de defunciones registradas por tifoidea y otras enfermedades transmisibles (24). Se deduce, pues, que al señalar así en un informe sanitario la máxima autoridad del Ramo, se acepta oficialmente la existencia del tifus exantemático en el país.

No está por demás indicar que el doctor León Becerra, como sanitario y especialista en enfermedades infecto-contagiosas, fué una gloria nacional, y que sus informes merecen por lo mismo la aceptación unánime y nuestra admiración por la veracidad y firmeza de sus conceptos epidemiológicos.

1913.—El doctor Antonio C. Pérez, que falleció prematuramente y cuya muerte fué una verdadera pérdida para el país, en sus muy importantes "Observaciones Clínicas" (25), nos hace la descripción de algunas formas de tifoidea que corresponden exactamente al tifus clásico; pues, señala la facies filosofal, hipocrática, la mirada fija, vaga y estúpida, la congestión conjuntival, los párpados entreabiertos y pesados, el "signo palmo-plantar", la enorme postración de los enfermos, la frecuencia de las complicaciones broncopulmonares y otros datos clínicos que corrientemente se encuentran en el tifus.

1914-1915.—El doctor León Becerra, en el Informe que en 1916 presentó como Director de Sanidad Pública al Ministro de lo Interior y Sanidad, en forma categórica hace figurar en el cuadro de mortalidad de Guayaquil, las siguientes defunciones por **tifus exantemático**: 2 en el año de 1914, y 4 en 1915 (26, pág. XX). Como en su Informe del año de 1912, señala también las defunciones habidas por tifoidea; establece un paralelo entre la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas de los años de 1914 y 1915, e indica que en este último ha aumentado la mortalidad por Fiebre Tifoidea; Tifo exantemático, Paludismo, etc.. Y en su parte expositiva dice: "El Tifo Exantemático es raro entre nosotros; se presenta esporádicamente, sin que hasta hoy haya ocurrido casos repetidos de esta pirexia". (24, pág. 16). El doctor Becerra estaba en lo justo, en lo que respecta a Guayaquil, pero no podía expresar lo mismo en cuanto a la Sierra, en

primer lugar, porque él tenía que hacerse eco de los informes elevados por sus subalternos, que se resistían a incorporar esta entidad en nuestra patología, y en segundo lugar, porque el doctor León Becerra no había actuado en la Sierra, desgraciadamente, tan de cerca para poder formarse un criterio epidemiológico y clínico, por lo menos aproximado.

Sin embargo, en 1915, en una publicación oficial se hace constar por primera vez en el cuadro de mortalidad de la ciudad de Quito, una defunción por **tifus exantemático**. (27).

1917.—El doctor Luis Espinoza Tamayo, en su tesis doctoral presentada a la Universidad de Laussana, estudia al tifus como entidad nacional, en la siguiente forma: "**Typhus exanthématique** (Tifo exantemático). (Tabardillo).—Cette maladie est très rare à observer, on ne signale que deux décès pendant l'année 1915 dans la ville de Guayaquil. On n'en a jamais observé d'épidémies" (28, pág. 65). Este científico guayaquileño, en su magnífico trabajo, hace una descripción de los piojos, señalando los cambios de color que sufren dichos parásitos en nuestro medio étnico, según el color de la piel de sus huéspedes, adaptación mimética que había sido ya observada por Marray. Se preocupa, además, del grave problema de la pediculosis en los indios y en los escolares y sobre la necesidad de realizar, tanto en unos como en otros, un tratamiento antiparasitario obligatorio y enérgico. Es conveniente —dice— llamar la atención en el sentido de que los piojos no son sólo parásitos desagradables, sino también huéspedes intermediarios de los gérmenes del tifus exantemático y de las fiebres recurrentes. Surgiere también la conveniencia de luchar contra la abominable costumbre de los indios de masticar los piojos que se cogen de la cabeza. (28. págs. 36-37).

En este mismo año de 1917, las salas de clínica interna del Hospital "San Juan de Dios" de esta ciudad, como de costumbre, estaban llenas principalmente con pacientes que presentaban un cuadro tifoideo bastante grave, con el que sucumbían muchos enfermos; por entonces en dicho hospital se encontraba trabajando su tesis de grado el doctor Francisco Pervan, médico serbio, muy conocedor del tifus exantemático, ya que su patria había sido a menudo azotada por este flagelo; Pervan diagnosticó y sostuvo que dichos pacientes adolecían de **tifus exantemático clásico**, criterio que le reforzó al realizar algunos protocolos de de autopsia. Sin embargo nuestros médicos, a excepción de muy

pocos, siguieron obstinados en la idea de que todos los tifoideos eran dotientéricos.

1918.—Con motivo de haberse presentado en el Azuay repetidos brotes de una enfermedad tifoidea con caracteres alarmantes, surgió nuevamente la polémica entre los facultativos de Cuenca, que sostenía, unos, que se trataba sólo de una forma clínica especial de la tifoidea, y otros, que era tifus exantemático. Esta acalorada discusión repercutió en las Facultades de Medicina de Quito y Guayaquil; la primera, por falta de suficientes elementos de juicio, se abstuvo de emitir su opinión; la segunda se confió en el dictamen de la Comisión que marchó al Azuay por orden de la Dirección de Sanidad, Comisión que oficialmente llegó a concluir que se trataba de formas atípicas de tifoidea. Pues, el señor doctor Sayago Samaniego, Jefe de la mencionada Comisión dió por terminada su misión con el siguiente telegrama: "Director de Sanidad. Hoy declaro terminados los trabajos de investigación científica sobre la epidemia reinante en esta localidad y tengo el honor de comunicar a usted que clínica y bacteriológicamente queda establecido mi diagnóstico de fiebre tifoidea y paratifoidea". (43, pág. 308). Sea que tuvo o no razón el doctor Sayago Samaniego, sus resultados indujeron a aceptar en Cuenca la naturaleza tífico y paratífico de dichos brotes (20 pág. 6). (IX).

1930.—El doctor Manuel Malo Crespo, al referirse a estos mismos brotes nos ofrece de ellos estos pequeños datos clínicos y epidemiológicos: "trastorno morboso que, en forma endémica o con ligeros brotes epidémicos, se presentan en nuestra localidad; trastornos que, para unos, eran manifestaciones de Tifus Exantemático, y para otros, formas anómalas de Fiebre Tifoidea.—Esta entidad patológica, en sus características clínicas más salientes, se manifiesta por el alza brusca de la temperatura; aparición precoz de manchas, que adquieren, a medida que se presentan, el carácter de exantemáticas; ausencia o ligeros síntomas abdominales, y evolución de la enfermedad en 14 a 16 días". Con una ilustración propia de un catedrático universitario, nos habla de

(IX)—En un artículo periodístico titulado "Memorandum Sintético de los trabajos bacteriológicos efectuados en Cuenca en torno a la endemia dominante en las Comarcas Azuayas llamada "Tifus Exantemático", el doctor Nicolás Merchán, últimamente nos dió a conocer todo el desarrollo y los resultados de esta interesante polémica; ver: "El Mercurio" Año XXVII, Nº 9914. Cuenca 1950.

las experiencias de Ch. Nicolle, Conor, Comte y Conseil sobre la trasmisión del tifus exantemático a los monos, sobre las inoculaciones al cobayo y el papel del **Pediculis vestimenti** como trasmisor del tifus; nos ilustra también sobre la importancia de la reacción de Weil-Felix y sobre los descubrimientos del agente por Ricketts, Prowazek y Da Rocha Lima. Finalmente, el doctor Malo Crespo llega a estas conclusiones:

1ª—En la Provincia del Azuay no existe el TIFUS EXANTEMÁTICO.

2ª—Las formas infecciosas estudiadas, son, en la mayoría de los casos, FORMAS ANORMALES DE FIEBRE TIFOIDEA, variedad exantemática; y, en su minoría, PARATÍFICAS, debidas al paratífico A o B'' (29). El análisis de este trabajo, nos hace entrever que muchos de los casos estudiados bacteriológicamente por el doctor Malo eran formas asociadas de tifus exantemático y tifoidea, que no son raras en las regiones amagadas por estas dos enfermedades endemo-epidémicas; y por los caracteres clínicos y la evolución de la enfermedad, podemos también conjeturar que la mayoría de los casos, estudiados sólo semiológicamente, correspondían a tifus.

Las conclusiones a las que habían llegado los médicos de Cuenca y Guayaquil, no convencieron a todos los facultativos, como vamos a ver a continuación.

Casi a raíz de esta gran polémica, el doctor Augusto Aguilera C. (30) presentó a la Facultad de Medicina de Cuenca su tesis doctoral, que versó sobre "Tifus Exantemático", en la cual epidemiológica y clínicamente sostuvo la existencia de dicha enfermedad en la provincia del Azuay.

1921.—En el mes de junio de 1921, el doctor José María Astudillo, a su vez, presentó a la Facultad de Medicina de Quito su tesis doctoral que versó también sobre "El Tifus en el Ecuador". (20) En la historia de la enfermedad que nos ocupa, este trabajo, como el anterior, tienen enorme importancia por cuanto dichos autores llegan a sostener categóricamente la existencia del tifus exantemático en la provincia del Azuay; el doctor Astudillo que había cursado sus estudios médicos en la ciudad de Cuenca "bajo el austero control del antiguo profesor de Clínica Interna, doctor don Nicolás Sojos", en la introducción de su tesis nos relata que "Díjose que en la capital se había constatado formas o modalidades clínicas de **tifus**, que podían referirse al denominado **exantemático**; pero la observación atenta, y la dismi-

nución de la mortalidad señalada por las estadísticas, a raíz del tratamiento por la vacunación antitífica, preparada por el Profesor, doctor Francisco Cousín, en tiempo de epidemia, confirmaron que se trataba de la dotienenteria: la Fiebre Tifoidea". Como veremos después, este concepto no se podía aplicar a todos los brotes epidémicos, ya que algunos de ellos debían ser de tifus, que con relativa frecuencia se han presentado y siguen aún presentándose en Quito.

El desarrollo de la tesis lo hace el autor en los 11 capítulos siguientes, que por tratarse de un trabajo inédito y por lo mismo, muy poco conocido, voy a considerar los puntos de mayor interés de cada uno de ellos.

1º Historia.—Después de informar sobre el período de aparición del **tabardillo**, en el Azuay, considera el período de diagnóstico clínico, con la interrogante de Tifus exantemático?, en el que analiza un brote que se presentó por el año de 1896, a cuya enfermedad los indígenas le dieron el calificativo de **Tispug hün-güig**, o mal de la oruga, probablemente —dice— por el símil que presenta el exantema de la enfermedad, con el que produce la picadura de la oruga. Luego analiza el período de duda, haciendo un discrimen de las observaciones realizadas en los febricitantes que llenan las salas del hospital por los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre (tiempos de sequía por esos lugares). Expresa que en dichos enfermos veían: "cara congestionada; ojos brillantes y locos; un esbozo de rash en las espaldas, pecho y miembros. Doctor Sojos referíamos haber observado desde época inmemorial, según le habían hablado sus maestros, esta especial epidemia, que recrudece en los meses citados, y presenta idénticos caracteres clínicos. Diéronse en llamarle Tifus exantemático, atendiendo únicamente al síntoma exantema, y al estado delirante del paciente". A continuación dice, que al realizar las autopsias, en busca de las lesiones anatómo-patológicas, dos de sus discípulos fueron presas de la afección, presentando los síntomas alarmantes y la evolución que se observa en el tifus.

2º Etiología.— Después de aceptar el contagio directo, indica que "el contagio indirecto se verifica por intermedio de vestidos u objetos infectados por el uso del enfermo y en donde pululan infinidad de piojos y liendres, parásitos que son los agentes de trasmisión de la infección". Se refiere luego a los conceptos

del doctor Muratel que considera el tifus como una enfermedad infecciosa de **virus invisible** y al papel que desempeña el piojo especialmente el *Pediculis vestimente*, en la trasmisión de la enfermedad.

3º Laboratorio.—Hace referencia de los exámenes microscópicos realizados en la sangre de los enfermos, en los que encontraron "diplococos, cocobacilos, corpúsculos intra-globulares y hasta espiroquetas; cada uno de estos microbios puso en movimiento a diferentes investigadores, suscitándose largas y reñidas discusiones. Doctor Marchán afirma —dice— que se trata de un protozooario, de la clase de los flagelados. ¿Será del grupo de los tripanosomidos? Al haber encontrado el doctor Astudillo y los investigadores del Azuay, espiroquetas en la sangre de estos enfermos; cabe preguntar: ¿Se trató, quizá, de la **Spirochaeta recurrentis**, agente de la fiebre recurrente cosmopolita, enfermedad que reconoce idéntica epidemiología del tifus exantemático y que a menudo se asocia a esta rickettsiosis, Si bien es cierto que al tratar del diagnóstico diferencial asegura no haber visto jamás fiebre recurrente.

4º Anatomía Patológica.—Hace la deducción a base de ocho observaciones, encontrando: ausencia de lesiones gastrointestinales; esplenomegalia ligera; laringotraqueítis con exudado mucoso abundante; corazón blando y flácido; dilatación de las mucosas y de la piel. "La muerte ocurre casi siempre por las complicaciones, así en los casos observados por nosotros —anota— hallamos: en el 1º una endocarditis; en el segundo, un empiema de la pleura derecha, con nefritis concomitante; en el tercero, bronconeumonía; en el cuarto, meningitis; en el quinto, pericarditis, y de los tres restantes no supimos la causa de la muerte".

5º Sintomatología.—Destaca el tipo de curva térmica, el exantema y el estupor. La temperatura alcanza rápidamente a 39 y 40 grados, con pequeñas oscilaciones entre la temperatura de la mañana que es de 39 y la de la tarde, de 40 grados, durante doce días, viniendo al cabo de dicho período la defervescencia brusca, por crisis. Período exantemático: el rash aparece al 4º o 5º día de la fiebre; la erupción está constituida por "manchitas rosadas irregularmente redondeadas, que forma una ligera emi-

nencia sobre la piel y están aisladas, ora generalmente agrupadas entre sí, dejando entre unas y otras, espacios de piel sana: a la presión digital desaparecen, pero cuando ya se han transformado en petequias, no desaparecen al ser comprimidas, se convierten en petequias en 8 días; alguna vez cubre el cuerpo un exantema papuloso o eritematoso que recuerda el del sarampión o de la escarlatina, pero diferenciados fácilmente: el rash comienza por la axila, se extiende en corto tiempo sobre el pecho, el dorso, y después invade el abdomen, las extremidades, hasta en la palma de la mano y planta del pie, pero, respetando siempre la cara y el cuello". La descripción del exantema que semeja al sarampión o a la escarlatina, nos hace evocar la temida alfombrilla que tantos estragos causó en la Sierra ecuatoriana en la época de la Colonia.

Estupor: "En los primeros días de la enfermedad la cara está congestionada, y hay inyección conjuntival; insomnio o somnolencia; temblores de la lengua, labios, mandíbula, manos; pérdida de la memoria". Secundariamente analiza el autor los trastornos del aparato digestivo, respiratorio y urinario en los que también encuentra alteraciones apreciables.

6º Complicaciones y formas clínicas.—Además de las complicaciones consignadas en el capítulo 4º, señala la parotiditis y otitis.

7º Marcha, duración y terminación.— Se limita únicamente a citarlas.

8º Diagnóstico.—Hace el diagnóstico diferencial con las paratíficas, tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio; emprende también con estos fines, en inoculaciones de sangre de enfermos al cobayo, en el que sigue el curso de la enfermedad. En estos pacientes recomienda buscar algunos signos que tienen valor en el diagnóstico de esta enfermedad, como por ejemplo el signo de la goma de borrar, el de la venda, etc.

9º Pronóstico.—"Depende —dice— de muchas circunstancias: en las embarazadas acarrea frecuentemente el aborto o el parto prematuro, siempre que la infección alcance una alta temperatura, es tanto más grave, cuanto más avanzada es la edad del sujeto y en los debilitados físicos o moralmente; pero sobre

todo el pronóstico se funda en el estado del corazón...; también reviste gravedad en los casos en que es sumamente generalizado y confluyente el exantema".

10º Tratamiento.—"Empleamos —expresa el autor— el método de la espectación armada y medicamentos generales para combatir la infección y facilitar la eliminación de las toxinas del organismo, asegurando el funcionamiento regular de los emuntorios y de las secreciones. Para rebajar la fiebre, la balneoterapia, envolturas frías, gorras de hielo en la cabeza. Inyecciones intravenosas de colargol, electrargol u otro coloidal; la autohematoterapia la empleamos satisfactoriamente en quince casos. Los antipiréticos químicos deben proscribirse, porque debilitan el corazón y disminuyen la depuración renal. Deben usarse las bebidas abundantes, limonadas simples, vinosas, durante el curso de la enfermedad; las preparaciones alcohólicas, estimulantes, se reservan para el caso de insuficiencia miocárdica, pero sobre todo la digital nos dá brillantes resultados empleada oportunamente...".

11º Deducciones.— I. Por las razones aducidas parece confirmada la existencia en las comarcas de allende el Azuay de una modalidad de tifus que **clínicamente** pudiera aceptarse con el nombre de **tifus exantemático**, mientras estudios ulteriores no demuestren lo contrario. Pues apoyan esta opinión mis propias observaciones al microscópio de la sangre de tíficos; la ausencia en ella del bacilo de Eberth, además la sueroreacción practicada por algunos médicos ha dado también resultados negativos para la tifoidea, excluyendo así dicha enfermedad.— II. En Quito sólo hemos constatado epidemias de fiebre tifoidea con su cortejo variado de formas clínicas.— III. El tifus a que me refiero en mi primera conclusión no presenta las lesiones anatómo-patológicas de la fiebre tifoidea.— IV. Es inoculable experimentalmente a los animales del laboratorio y reproduce la enfermedad en estudio.—V. Débese tener a los piojos (pediculis vestimenta) como los vectores de esta epidemia.—VI. Es una afección de curso más benigno que el de la tifoidea propiamente dicha.—VII. Acaso exista en las demás provincias de la sierra ecuatoriana algunos casos de esta afección y sería de interesar por esas investigaciones a comisiones universitarias.— VIII. Es contagiosa.—IX. Cede al tratamiento racional y sintomático de toda infección.—

X. Sería de experimentar en ella los resultados de la vacunación antitífica, preparada por el doctor F. Cousín, para conclusiones más seguras.—XI. Invade tanto los lugares urbanos, como los caseríos rurales.—XII. La estadística arroja un 15% de mortalidad al año, por esta afección.—XIII. Sería de apoyar a que una comisión, de verdad científica estudiase con el prestigio de la experiencia, y de la observación concienzuda, esta modalidad de tifus.—XIV. Para la profilaxia, se recomienda la incineración de sábanas, etc. y objetos de uso individual que haya sido del enfermo.—XV. Puede tratarse de una entidad peculiar de algunas poblaciones". Quito, mayo de 1921.

Al mes justo de haber sido presentada esta tesis a la Facultad de Medicina de Quito, el doctor A. J. Valenzuela, leía su discurso académico ante la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, en la sesión solemne celebrada el 13 de julio de 1921. En dicho discurso llegó a exponer: "Aún cuando el doctor Luis Espinoza Tamayo en su trabajo ya citado menciona la existencia del tifus exantemático en Guayaquil, fundándose el haber hallado la palabra tabardillo en una de las estadísticas Oficiales de la letalidad, creemos que es un error, y que tal nombre se refiere a cualquier otro estado morbosos, ya que los diagnósticos exigidos por el Registro Civil no son siempre firmados por un facultativo y que basta la declaración de dos o más testigos para establecer la partida de defunción. Tal enfermedad no existe ni ha existido en Guayaquil hasta la fecha" (31). El doctor Valenzuela, quizá, olvidaba que esos datos estaban consignados no solo en uno, sino en dos Informes, elevados por el mismo Director General de Sanidad Pública y que en forma muy explícita el doctor Becerra tuvo el cuidado de señalar como causa de muerte el **tifus exantemático** y de emitir un concepto muy terminante sobre la frecuencia en Guayaquil de esta rickettsiosis.

El problema es, pues, el mismo en Quito, Cuenca y Guayaquil.

1923.—En el mes de noviembre de 1923 se hace constar 11 casos y una defunción en la ciudad de Quito, por **tifus exantemático** en una reseña epidemiológica del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, datos que son publicados en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta información suministrada por dicha Oficina Internacional de Salud, fué motivo de reclamos diplomáticos, presentados por el Ministro del Ecuador en Washington, doctor

Rafael H. Elizalde, y por intermedio de nuestro representante, se dió al Ecuador la excusa correspondiente, por haberse incurrido dizque en un error que afectaba el estado sanitario de un país. (32-33).

1926-1927.—El doctor Pablo Arturo Suárez, como Director General de Sanidad, impone la declaración obligatoria del **tifus exantemático** en el grupo de las enfermedades infecto-contagiosas. (34, pág. 19), de acuerdo con el Reglamento expedido para el efecto.

1927.—En el cuadro de letalidad correspondiente al año de 1927, se hace constar un caso de defunción por tifus exantemático en la ciudad de Guayaquil. (35).

1928.—En este año hubo un brote de tifus en el Valle de los Chillos, de donde condujeron a la sala de San Vicente del Hospital San Juan de Dios a uno de los enfermos, que falleció a las pocas horas; el cadáver fué llevado inmediatamente a la mesa de autopsias del anfiteatro anatómico; después de un detenido examen, el doctor Luis G. Dávila, profesor de Anatomía Patológica, sentó el diagnóstico de **tifus exantemático**, impidiéndonos a sus alumnos trabajar en dicho cadáver por los peligros que ofrecía principalmente la pediculosis existente.

La lectura de los Informes de los Directores Generales de Sanidad, como también de los Delegados de Sanidad de las diferentes provincias interioranas y de los Médicos Municipales, correspondientes a los años de 1928 a 1938, nos proporciona datos sumamente alarmantes sobre la aparición de grandes brotes epidémicos de tifoidea, especialmente en los caseríos y parroquias rurales del Altiplano, que dado su carácter de difusión y de malignidad y la clase de individuos que eran víctimas, se puede deducir que estas epidemias eran en su mayor parte de tifus exantemático.

1930.—El doctor Luis M. Cueva en su exposición de razones para solicitar que a Guayaquil se le declare Puerto Limpio de la Clase A, sostiene que "Tifo exantemático: Nunca ha existido" (35 a).

1932.—El doctor Jorge Illingworth Icaza, Director de Sanidad del Litoral, en su Informe Anual de 1932, analiza: **5ª Tifus Exantemático:** Esta enfermedad cierra el grupo de las cuarentenables y de denuncia obligatoria; pero no existe ni ha llegado a producirse ningún caso. . . " (35 b).

1934.—El doctor A. J. Valenzuela, en su artículo "La República del Ecuador y su Patología", ya nos da a conocer que "el Tifus Exantemático se encuentra endémico en toda la extensión de la zona de los Andes; aunque muy raros también se han observado algunos casos en Guayaquil, provenientes de las alturas serraniegas y del tráfico con las naves provenientes del Perú y Chile". (35 c.)

1936.—El doctor Jorge Correa, por entonces Interno del Servicio de Enfermedades Infecto-contagiosas del Hospital "San Juan de Dios" de esta Capital, publicó un artículo acerca de algunas observaciones recogidas en dicho Servicio, sumariando el sexto y último capítulo con la interrogante: "Hay tifus exantemático en el Ecuador?" Principia el desarrollo del capítulo indicando que "Son 6 casos que me atrevo —dice— a catalogarlos dentro de un mismo cuadro: tifus exantemático; ligeras variantes entre ellos". Al doctor Correa le llamó la atención el olor especial comparable al de las ratas, la facies intensamente cianótica, las conjuntivas oculares intensamente congestionadas, la lengua saburral de color violáceo, el ligero temblor de los labios, las petequias de un color rojo intenso, más grandes que las ordinariamente vistas, una dificultad manifiesta de la ventilación pulmonar, un estado congestivo de las bases, al principio una taquicardia de 150 hasta 160 pulsaciones por minuto, después la aparición de intermitencias y finalmente, de miocarditis, etc., etc. Termina el artículo con las siguientes consideraciones: "Después de haber hecho esta descripción en un resumen ligero, hay que tomar en cuenta que de los 6 enfermos eran 4 hombres, dos mujeres y que sólo uno era de raza blanca y de vida medianamente higiénica, en cambio que los demás eran 4 indios y un mestizo, (pobres) perfectamente puede creerse en la acción de los piojos, o de ciertas pulgas de ratas las cuales todavía no son estudiadas por la sencilla razón de haberse negado la posible existencia del tifus exantemático en el Ecuador. Seguramente viene como una razón profunda y de peso la contagiosidad de la epidemia no reconocida; más cabe también aceptar que mientras el estado de higienización deje que desear tanto como ahora entre nosotros, especialmente en la gente pobre y del pueblo; mientras no se pueda negar valiéndose de la reacción de Weil, Felix, queda siempre la sospecha y más que sospecha la evidencia de su

existencia ante casos tan diferentes en evolución y sintomatología". (36).

1938.—El doctor Juan Montalván, como Delegado del Ecuador a la X Conferencia Sanitaria Panamericana, en lo que respecta a las "**Enfermedades tifoexantemáticas**", llegó a informar que "Prácticamente no existen en el Ecuador, pues solo alguna vez se han denunciado casos esporádicos en ciertos lugares de la región interandina sin que se haya comprobado su existencia, tan dudosa, cuanto que jamás se ha registrado brote epidémico a pesar de los hábitos tan poco higiénicos de los indígenas de dicha región (37). Dicho autor se pronunció en el mismo sentido en su opúsculo "El Ecuador ante la X Conferencia Sanitaria Panamericana". (38).

1939.—En los primeros días de enero de 1939, cayó gravemente enfermo el doctor Tito Livio Ortiz, médico del Hospital "Eugenio Espejo", con un cuadro febril agudo, acompañado de gran cefalea, postración, taquicardia, marcada congestión conjuntival; a los cinco días le apareció un exantema que fué rápidamente extendiéndose al resto del cuerpo, inclusive a las palmas de las manos y a las plantas de los pies; el rash era tan intenso que se destacaba en la piel blanca del paciente. En calidad de Laboratorista de dicho hospital y como compañero de estudios y buen amigo del doctor Ortiz, realicé en él todas las investigaciones posibles encaminadas a descubrir la naturaleza etiológica de ese cuadro tifoideo; los datos de laboratorio desvirtuaban la existencia de una infección eberthiana y paratífica, y ante el gran estupor del enfermo, la fibrilación de la lengua y la dificultad de proyectarle hacia afuera, la gran hepatomegalia y esplenomegalia, la taquicardia, etc., etc. no hubo sino que pensar en un tifus exantemático. Con este motivo, me ví obligado a poner en conocimiento del médico epidemiólogo de la Sanidad, doctor Cristóbal González Hidalgo, quien concurrió al Hospital a constatar el caso; mas, fué grande nuestra sorpresa al oírle decir que en el Ecuador no había tifus exantemático y que el caso del doctor Ortiz era una eruptiva. Extraña contestación, ya que en Informes Oficiales del Director General de Sanidad y en publicaciones del mismo Servicio, se habían hecho constar casos y defunciones por tifus exantemático tanto en Quito como en Guayaquil. Aprovechando que en esos días había llegado al Laboratorio de Sanidad antígeno Proteus OX19, solicité la reacción de Weil-Félix, recibiendo el 11 de enero de ese año (1939) el resultado: Po-

sitivo. Título 1 x 400". Casi conjuntamente con el Dr. Ortiz ingresó al Hospital el doctor Porfirio Barragán, otro colega y amigo, y también compañero de estudios universitarios, que estaba ejerciendo la profesión en la ciudad de Cayambe, de donde fué a atender a unos indios que eran víctimas de un cuadro muy sospechoso de tifus, especialmente dado el antecedente de contraer la enfermedad durante los velorios. Se solicitó también para el doctor Barragán la reacción de Weil Félix, la cual resultó positiva, al 1 x 400. Fué en estos dos médicos en quienes se practicó por primera vez la reacción de Weil Félix en la ciudad de Quito, conforme consta en las actas de la Tercera Conferencia de Directores de Sanidad, (39, pág. 40), y fueron también los dos primeros casos en quienes el diagnóstico clínico de tifus estuvieron confirmados por las seroaglutinaciones.

He querido hacer hincapié en este punto, por cuanto en todos los bosquejos históricos de la enfermedad en Quito, se ha omitido este importante paso en las investigaciones de esta rickettsiosis, que bajo su virulento poder sucumbió el primero de los citados médicos.

A los pocos meses, el doctor Alfredo Valenzuela reprodujo su importante artículo "Breve resumen sobre la patología ecuatoriana y su distribución geográfica" que había sido publicado hace 18 años (31); en esta nueva publicación (40) los conceptos emitidos en la primera, hasta cierto punto los rectifica indicando que "En Cuenca ha sido anotado el tifus exantemático por el doctor Nicolás Sojos. Ultimamente nosotros hemos constatado algunos casos, todos procedentes de la zona interandina y uno de la república chilena".

A fines de 1939, retornaron de Chile los distinguidos facultativos doctores Juan Francisco Orellana y Egberto García, después de realizar en dicho país hermano, estudios de especialización en clínica interna y en laboratorio, respectivamente; con este motivo los doctores Orellana y García tuvieron la oportunidad de enterarse de todos los problemas relacionados con el tifus exantemático, con el plausible propósito de investigar esta entidad nosológica en el Ecuador. Tan pronto como llegaron a Quito, llevaron a la práctica los concebidos proyectos. El 4 de Diciembre del mismo año, en un enfermo del servicio del doctor Orellana, la reacción de Weil-Félix fué positiva al 1 x 800, resultado que despertó el más vivo interés entre los Médicos de Sanidad Militar y especialmente entre los dos investigadores. Habiéndose ellos in-

formado, por los datos de prensa, que en Malchinguí se había presentado una **fiebre desconocida**; con los auspicios de la Sanidad Militar y del Ministerio de Defensa, los doctores Orellana y García se trasladaron a dicha parroquia, consiguiendo en tres convalescientes obtener la reacción de Weil Félix positiva, a los títulos del 1 x 50; del 1 x 400 y del 1 x 800°.

1940.—Las seroaglutinaciones practicadas por los métodos lento y rápido, el 4 de Diciembre al 29 de Enero de 1940, en número 18, les dió éstos resultados: 10 positivas para la reacción de Weil-Félix y 3 positivas para la de Widal, siendo los enfermos, 14 de Quito, 3 de Malchinguí y 1 de Tocachi. (41, pág. 41).

El estudio Clínico y experimental del tifus exantemático realizado en Quito por el doctor Orellana, le condujo a sentar estas conclusiones:

1ª—La positividad de las reacciones de Weil Félix obtenida con suero de enfermos, demuestra la existencia en Quito de una fiebre exantemática.

2ª—Las aglutinaciones para el *Proteus* OX19 se conservan en los sueros de individuos que enfermaron, aún después de 8-30 y 45 días de efectuada la defervescencia.

3ª—Inoculaciones al cobayo con sangre de enfermo con reacción de Weil-Félix positiva sobre el 1/200, produce la termoreacción típica del virus mejicano, en los cuyes N° 1/0, 1/1 y 1/2; y en forma típica en los cuyes N° 1/7 y 1/8.

4ª—La termoreacción en el cobayo se produce a más tardar al 6º día.

5ª—La inflamación testicular, que Mooser observa en la fiebre exantemática mejicana, la hemos observado en los cuyes Núrs. 1/0, 1/1, 1/2, 1/4, 1/5, 1/7 y 1/8, desde el tercer día de inoculados con sangre de enfermos con reacción de Weil-Félix positiva sobre 1/200.

6ª—El signo de Mooser decrece en nuestros cuyes al onceavo día, o sea con la defervescencia.

7ª—El cuy N° 1/0 presentó manchas petequiales en forma difusa y localizadas en los flancos al cuarto día de fiebre.

8ª—Los cuyes que enfermaron presentaron manifestaciones tóxico-infecciosas traducidas por síndrome diarreico que se mantuvo desde el primer día de fiebre, hasta la muerte.

9ª—Las lesiones anatómo-patológicas de los cuyes que enfermaron, son típicas del tifus exantemático tipo murino.

10ª—Existe entre nosotros, de acuerdo con las observaciones recogidas dos formas de fiebres exantemáticas; la una de carácter urbano y benigna y la otra de carácter rural y grave.

11ª—El virus etiológico de la fiebre exantemática estudiada en nuestro medio hasta la presente, se comporta como el virus mejicano, que es el único capaz de producir experimentalmente la reacción de Mooser. Por consiguiente, podemos pensar en principio que esta fiebre exantemática se trasmite por la rata, por intermedio de la pulga.

12ª—Si se trasmite por la pulga de la rata, podemos pensar, por anticipado que el motivo de no haber llegado a manifestarse esta fiebre con carácter de epidémica y devastadora, se debe a la frecuente desratización que a causa de la peste bubónica, se hace entre nosotros". (42.)

Debemos reconocer que los doctores Orellana y García, mediante la reacción de Weil-Félix y los estudios clínicos y experimentales del tifus, llegaron a confirmar la existencia de esta rickettsiosis en la provincia de Pichincha y a señalar por primera vez, serológicamente, la magnitud del problema en la región interandina del Ecuador. Los reparos que se pueden hacer en lo que se refiere a sus vectores y al tipo de la rickettsiosis, prescindiendo de su repercusión epidemiológica y sanitaria, son nada en comparación con la orientación científica que dieron al problema.

En el mes de Abril de 1940, el doctor Alfredo Valenzuela sustentó en el Hospital de San Vicente de Paúl, en Cuenca, una brillante conferencia sobre el "Tifus Exantemático" en la cual, en forma muy detenida, trató de la historia de la enfermedad, fuera y dentro del país; aunque en lo que concierne a nosotros existen algunos vacíos. Según su manera de pensar, la enfermedad existió desde la época colonial y persiste todavía —dice— especialmente entre la población indígena, en estado endémico, con brotes epidémicos que la diezman. Luego añade: "Es en la zona que se extiende desde la provincia del Chimborazo, hasta la del Azuay, incluyendo al Cañar, donde existe más arraigada la enfermedad, según las informaciones que hemos podido obtener. Hace más de cuarenta años que el doctor Nicolás Sojos, distinguido médico cuencano, diagnosticaba la enfermedad..." Este pequeño capítulo de historia, termina el doctor Valenzuela indicando que "En Guayaquil, hemos tenido ocasión de estudiar seis casos de T. E. El primero proveniente del vapor chileno "Guayas", que fué desembarcado y aislado convenientemente, sien-

do médico del Puerto el doctor Antonio J. Ampuero, quien diagnosticó el caso, y Director de Sanidad, el Dr. Wenceslao Pareja. Otros casos han sido precedentes, uno de Riobamba, dos de Quito y tres de Alausí". En una nota adicional indica también haber visto tres casos procedentes de Baños, Azuay. Da después a conocer la historia clínica de un caso que tenía su residencia en Guayaquil, y con la cultura médica amplia que la distinguía, hace el diagnóstico diferencial del caso con la fiebre tifeoidea, con la tifobacilosis de Landouzy, con el sarampión, escarlatina, tifus recurrente, tifus de las Montañas Rocosas y con la meningitis cerebro espinal. Al estudiar la distribución de la enfermedad nos ofrece este curioso dato: "En la provincia del Guayas y en la de Los Ríos, hay colegas —dice— que opinan (y nosotros compartimos dicha opinión) por la existencia de una fiebre acompañada de exantema, análoga a la fiebre fluvial del Japón". (43)

A principios de este mismo año, se estableció una acalorada y desagradable polémica entre la Subdirección de Sanidad de Quito, con el Médico Epidemiólogo, Dr. González Hidalgo a la cabeza, y los doctores Orellana y García, del Servicio Sanitario Militar; mientras los funcionarios de la Sanidad Civil negaban la existencia del Tifus y aún condenaban las investigaciones que se llevaban a cabo, los médicos del Servicio Sanitario Militar, basados en sus trabajos clínicos y de laboratorio, sostenían, en cambio, la existencia de la mencionada enfermedad, dando la debida alarma al Cuerpo de Facultativos del país y al pueblo en general. El Directorio de la Asociación Médica, presidido por el Dr. Manuel Moreno, trató de mediar, auspiciando un debate científico entre los dos bandos, ya que estaban comprometidos los prestigiosos científicos de tres de sus miembros y deseaba obtener para la medicina nacional los resultados de una discusión científica, realizada en un plano de cordura y compañerismo.

Desgraciadamente, en medio de la discusión, los ánimos se caldearon tanto, que obligó a la Presidencia a dar por terminada su intervención.

En el mes de Mayo, tiene lugar en Quito la Tercera Conferencia de Directores de Sanidad, bajo la Dirección del Director General, Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, y en ella el Director de Sanidad de la Zona Central, Dr. Alfonso Mosquera Narváez, hace una exposición sobre el tifus exantemático, en la cual manifiesta

que, en vista de la incertidumbre que había sobre la existencia del tifus, "solicitó al Instituto Bacteriológico de Santiago de Chile, hace más de un año, cepas de *Proteus* X19, para el efecto de la reacción de Weil-Félix, la que se comenzó a hacer, precisamente en los casos dudosos. Las investigaciones del Departamento Epidemiológico de la Dirección de Sanidad, se mantenía en debida reserva, de acuerdo con las prácticas del Código Sanitario Panamericano, porque no estábamos autorizados para hacer una declaración formal de la existencia del tifus, con las pocas reacciones Weil-Félix positivas, esperando siempre tener un número mayor de casos comprobados, para hacer aquella declaración".

En relación a los trabajos llevados a cabo por los doctores Orellana y García, dice a continuación: "Como era mi deber e invocando siempre el Código Sanitario Panamericano, me dirigí al Ministerio de Defensa pidiendo que a los señores Cirujanos Militares les reintegrara a sus propias funciones, puesto que la única llamada a decir la última palabra en materia de enfermedades infecciosas y a declarar la presencia de una nueva en el país, era la Sanidad Civil" (39).

Pero vuelvo a indicar que los altos funcionarios de nuestro servicio de Salud Pública olvidaban tres hechos importantes:

1º Que el eminente sanitario Dr. León Becerra, en los años de 1912, 1914 y 1915, como Director General de Salubridad Nacional y por medio de sus Informes Oficiales (24 y 26) aceptó la existencia del Tifus en el Ecuador.

2º Que para la ciudad de Quito, en 1915 se hizo figurar una defunción por tifus exantemático en una publicación oficial de la misma Sanidad, y

3º Que el Dr. Pablo Arturo Suárez, uno de los más destacados higienistas que ha tenido el país, en 1927, como Director General de Sanidad incluyó al Tifus Exantemático en la lista de enfermedades de declaración obligatoria (34).

En la citada exposición se deja constancia que el Dr. Eduardo Bejarano, Profesor de Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de Quito, realizó el examen post-mortum del "único caso de fallecimiento registrado aquí por este motivo", comprobando la ausencia absoluta de lesiones tíficas y hallando, en cambio, lesiones que son frecuentes en los casos fallecidos por tifus exantemático.

Se pide que "La Conferencia debe acordar un Voto, interesando a todos los Médicos del país a fin de que se preocupen del asunto, denuncien a la Sanidad los casos sospechosos y se hagan siempre las debidas comprobaciones".

La Tercera Conferencia de Directores de Sanidad tomaron en Mayo de 1940 esta "RESOLUCION: Estima conveniente la continuación de los estudios e investigaciones que, sobre el tifus exantemático, ha emprendido la Dirección de Sanidad de la Zona Central y resuelve invitar a los médicos del país a colaborar con la Sanidad en estos estudios e investigaciones y les exhorta para denunciar oportunamente cuando se encuentren al frente de un caso sospechoso de dicha enfermedad". Firman: Enrique Malo, Ministro de Previsión Social y Sanidad e Higiene; Leopoldo Izquieta Pérez, Director General de Sanidad; Alfonso Mosquera, Director de Sanidad de la Zona Central; Carlos Aguilar Vázquez, Director de Sanidad de la Zona Austral, y Agustín Franco, Secretario.

En el mes de mayo de este año de 1940, el Lcdo. Luis Enrique Ortega presentó a consideración de la Facultad de Medicina de Quito su tesis de grado: "Comprobación de la existencia del Tifus Exantemático en la Provincia de Pichincha", tesis que del Dr. Pablo Arturo Suárez, catedrático de dicha Facultad, mereció el siguiente informe: "Me consta que el Sr. Luis E. Ortega realizó en el Laboratorio de Diagnóstico de la Asistencia Pública las reacciones de sero-aglutinación que a mi regreso de Chile, se iniciaron en dicho laboratorio, con el fin de efectuar el diagnóstico rápido y seguro de las infecciones tíficas, poratíficas; tifus exantemático y brucelosis con seis antígenos específicos.

"El señor Ortega por iniciativa propia, sin ayuda de la Oficina de Sanidad, donde es empleado, se dedicó durante 3 meses continuados a efectuar las aludidas sero-aglutinaciones, con los antígenos que puse a su disposición. Y ha logrado establecer la existencia del tifus exantemático, dando la inmensa importancia que ella implica para un Servicio Sanitario. . . ."

El señor Ortega toca muy ligeramente el aspecto histórico del tifus exantemático en el Ecuador; y al respecto expresa: "Parece que alguna vez se mencionó la posibilidad de tener el tifus exantemático entre nosotros; pronto salieron las refutaciones de los experimentados, los conceptos científicos de aquellos que tienen el respaldo de sus conocimientos y experiencias"

Hace luego alusión a la presencia de algunos casos sospechosos en la parroquia de Pomasqui, los cuales fueron estudiados debidamente por una Comisión que llegó a concluir que se trataba de tifomalaria; hace mención también del artículo del doctor Jorge Correa (36) y de las Conferencias de los doctores Orellana y García.

En la tesis del doctor Ortega se contemplan los siguientes capítulos: Definición. Datos Históricos. Etiología. Caracteres Clínicos Principales. Pronóstico, Mortalidad. Lesiones e Histopatología. Mecanismo de la Infección del Hombre. Relaciones del Tifus con otras Enfermedades. Fiebres Exantemáticas. Reacción de Weil-Félix, Técnica de la reacción. Interpretación. Diagnóstico diferencial con la gripe, neumonía, reumatismo articular agudo, fiebre tifoidea, paratíficas, fiebre recurrente, tifomalaria, triquinosis y meningitis cerebro espinal. Profilaxis del Tifus epidémico y del Tifus murino. Medidas Sanitarias. Tratamiento.

Estos diferentes puntos fueron desarrollados por el doctor Ortega, desgraciadamente, sin relacionarlos con nuestra patología; la importancia de la Tesis radica en el estudio de los antecedentes epidemiológicos de los casos reportados, en el análisis de los cuadros clínicos y en los resultados de las reacciones de Weil Félix. Las conclusiones a las que llegó el autor fueron las siguientes:

"I.—Los 50 casos de esta casuística con sus respectivas historias clínicas hacen innegable la existencia en el Ecuador del Tifus Exantemático, pese a algunas teorías en contra.

"II.—Como agentes o portadores del Tifus Exantemático entre nosotros, pueden aceptarse: al piojo del hombre, a la pulga murina y también puede incluirse a la pulga de los cuyes.

"III.—Basándose en los casos ya descritos el Tifus Exantemático se desarrolla preferentemente en la gente pobre, que no dispone de medios de higienización.

"IV.—Continuando, con los resultados de laboratorio, se tiene como positivos los tipos de aglutinación desde 1×100 hasta 1×1.600 , siendo los más frecuentes al 1×800 y 1×600 .

"V.—Como se ha podido ver en todos los casos citados, la positividad de la reacción de Weil Félix no se asocia a reacciones serológicas positivas como las de Widal, Hemocultura y de Paratíficas, es única.

"VI.—Debe aclararse obligatorio para todos los hospitales que disponen de laboratorios, el hacer en los enfermos sospechosos de Tifus Exantemático, la reacción de Weil Félix; así podremos tener datos estadísticos sobre esta entidad patológica.

"VII.—Debe aceptarse que el Tifus Exantemático entre nosotros no tiene sino en contados casos la toxicidad de los presentados en otros países.

"VIII.—La comprobación del Tifus Exantemático en el Ecuador, tomada en cuenta ya antes de ahora requiere toda la atención de las autoridades sanitarias: primero aceptando su existencia, luego empleando todas las medidas sanitarias para combatirla enérgicamente, dictar medidas profilácticas y proveerse de sueros o vacunas específicas.

"IX.—La desratización y el despiojamiento precisa implantar como medidas de primer orden, propagandas constantemente hechas en todos los sitios donde hay agrupaciones: en las escuelas como preliminar de clase diaria; en las esferas religiosas, por conferencias durante determinados días de la semana y por último por la prensa, estaciones radio-difusoras y revistas de carácter educacional, de carácter médico-sanitario.

"X.—En el diagnóstico Clínico del Tifus Exantemático, se tiene como patonognómico la: esplenomegalía, hepatomegalia, profunda intoxicación, tendencia al bloqueo total del corazón; (pudiéndose observar por las dos autopsias realizadas, las lesiones del pericardio y miocardio), y también puede añadirse un olor característico (olor de ratas) en la generalidad de estos enfermos.

"XI.—El tiempo que dura entre nosotros la evolución del Tifus Exantemático hasta la convalecencia oscila entre los 21 y 26 días.

"XII.—Merece mucha atención, lo benéfico que resulta en el Tifus Exantemático el empleo de sueros clorurados y glucosados racionalmente empleados, constituyendo un medio de verdadera ayuda en su tratamiento.

"XIII.—Sería de beneficio general entre nosotros un entendimiento entre las autoridades Sanitarias Militares, Municipales, Civiles y Directores de Hospitales, quienes en reuniones periódicas de carácter científico orientarían hacia una profficua labor de verdadero interés humanitario; y

"XIV.—En nuestra Patria, con mayor crudeza en determinadas épocas asolan los hogares las terribles epidemias, pese a

los esfuerzos de los médicos. Ojalá hubiera más especialistas en este ramo, más epidemiólogos que teórica y prácticamente combatieran los temibles flagelos". (44).

El malogrado doctor Ortega, al final de su importante tesis nos ofrece un cuadro de las incidencias por sexo y edad de los tifosos y del número de defunciones registradas en los 50 casos estudiados. Dicho cuadro lo ha elaborado a base de las siguientes cifras: Hombres. 24; Mujeres 24. Defunciones 2 en 50, o sea el 4%. En cuanto a la edad se deducen los siguientes datos: de 1 a 9 años, 3 casos; de 10 a 19 años, 13 casos; de 20 a 29 años, 15 casos; de 30 a 39 años, 9 casos; de 40 a 49 años, 6 casos, y de 50 a 59 años, 2 casos. De la lectura de la casuística podemos sacar que 41 casos han sido de Quito y 9 de las poblaciones rurales; en cuanto al oficio de los pacientes: 6 han sido mecánicos; 7, carpinteros; 6, jornaleros; 5, cocineras; 3, estudiantes y el resto de varios otros oficios, propios de la gente del pueblo. Es muy sensible que el autor no haya realizado un estudio detenido, desde el punto de vista clínico, de todos los casos, y que no se haya sujetado a considerarlos aisladamente cada uno de ellos; pues, dentro de las 80 observaciones quedan incluidos los 50 casos de tifus exantemático y 2 de tifoidea. En la observación Nº 13 se hace constar el protocolo de autopsia practicado por el señor doctor Eduardo Bejarano, de uno de los dos enfermos que falleció con tifus exantemático. En dicho protocolo se señalan los siguientes datos de importancia: Corazón grande, hiperplásico, con algunas placas lechosas en el pericardio; aorta con placas ateromatosas, con depósitos calcáreos algunas de ellas; corazón derecho dilatado y conteniendo trombos; pulmones con congestión pasiva y con presencia de petequias congestivo-hemorrágicas en toda la región posterior; se aprecia también petequias subpleurales; hígado con degeneración turbia asentuada, de color gris rojizo y de consistencia blanda y friable; bazo grande, congestionado, algo blando y en el cual se observa al corte un punteado especial; ganglios mesentéricos normales; ausencia de congestión en las asas intestinales; mucosa entérica indemne; riñones grandes, con congestión activa y con signos de degeneración turbia. Datos del examen histopatológico: Piel (a nivel de las petequias), congestión, hemorragias y procesos necróticos; corazón con degeneración turbia; pulmones con alveolitis congestiva, hemorrágica y edematosa; bazo congestionado, con necrosis e hiperplasia de los folí-

culos de Malphigio; riñones, con degeneración turbia y vacuolar, glomerulitis congestiva serosa; hígido con intensa degeneración turbia.

1940.— En el Informe que el doctor Izquieta Pérez elevó, en calidad de Director General de Sanidad, al señor Ministro del Ramo nos da a conocer que en el año de 1940 se ha registrado en Guayaquil entre las **Enfermedades debidas o atribuidas a Rickettsias** una defunción por "Tifo exantemático transmitido por piojos". (45).

1940-1941.—Este alto funcionario del Servicio Sanitario, en su Informe presentado al señor Ministro de Previsión Social acerca de las labores desarrolladas durante el período de 1940 a 1941, al tratar de la epidemiología expone: "**Tifus exantemático:** También ocurrieron algunos casos procedentes del interior. Si estas dos graves enfermedades (se refiere además a la tifoidea) se presentan raramente, tenemos en cambio todos los especímenes de las infecciones intestinales (46).

1941.—El doctor Cristóbal González Hidalgo, que como Médico Epidemiólogo del Servicio Sanitario negó obstinadamente la existencia del Tifus en el Ecuador, en 1941 publicó su artículo "Aparición y Desarrollo del Tifus Exantemático en Quito" (47). En su resumen histórico, después de ponernos al corriente: 1º Que la Comisión Sanitaria que en el año de 1926 marchó a estudiar un presunto brote de tifus que apareció en Pomasqui, llegó a la conclusión que tal enfermedad no existía en el Ecuador; 2º Que el doctor Porfirio Barragán sospechó la aparición de algunos casos de tifus en Cayambe; 3º Que del protocolo de autopsia practicado por el señor doctor Eduardo Bejarano se llegó a concluir que fué el tifus exantemático la enfermedad que mató a dicho paciente, acepta que "Los estudios realizados por una Comisión de distinguidos médicos del ejército comprobaron que tal epidemia (se refiere a la que hubo durante el año de 1939 en Malchinguí, Tocachi y La Esperanza) no era otra cosa que un clásico brote de Tifus Exantemático.

Al tratar de la distribución geográfica de la enfermedad, el doctor González señala algunos barrios de Quito habitados por obreros y gente pobre, como los principales focos epidémicos, y luego afirma: "El Tifus se ha extendido también a varios pueblos y cantones de la Provincia de Pichincha. Son estos: Cayambe, Tabacundo, Machachi, Pomasqui, Cotocollao, Calderón, Malchinguí, Tocachi, Aloasí, etc." Pero cabe preguntar ¿el tifus se

extendió de la Capital a esos lugares? Conocemos ahora por las páginas que anteceden que el tifus desde tiempos de la Conquista hacía frecuentemente su aparición en los pueblos rurales de nuestra serranía que ofrecen condiciones óptimas para su desarrollo.

En cuanto a la virulencia de la enfermedad dicho epidemiólogo afirma "Al principio, como toda epidemia que comienza, el Tifus presentó un carácter benigno; hecho perfectamente comprobado tanto por los señores cirujanos del ejército como por el suscrito. Ahora esta benignidad, en mi concepto, va desapareciendo y así debo señalar que solo en octubre último fallecieron en Quito 6 personas." Por la lectura de este párrafo se tiene la impresión que el doctor González toma este brote epidémico como uno de los primeros que se han presentado en la Provincia de Pichincha, cuando en realidad la enfermedad en nuestros campos es endemoepidémica.

Finalmente el doctor González llegó a la conclusión: "Puesto que los agentes trasmisores del Tifus Exantemático son los piojos y, posiblemente en nuestro medio, también las pulgas, toda campaña contra el Tifus, debe antes ser dirigida contra estos parásitos". Es exactamente la misma conclusión a la que llegaron los doctores Orellana, García y Ortega.

En este año, por cuenta de la Dirección de Sanidad, se pone en circulación la cartilla sanitaria "El Tifus Exantemático"; por ser la primera hoja de divulgación sobre la profilaxis de esta enfermedad la transcribiré íntegramente.

"CARTILLA PROFILACTICA DEL TIFUS EXANTEMATICO

"Las investigaciones realizadas por el Departamento respectiva de la Dirección de Sanidad, permiten establecer la existencia del tifus exantemático en Quito y en algunas poblaciones vecinas; es decir, que la infección que ocupa el primer lugar y que no cede a ninguna en contagiosidad, ha sentado sus reales entre nosotros.

"A fin de prevenir a los habitantes del contagio de tan terrible mal, la Dirección de Sanidad da a conocer la siguiente cartilla, que debe ser difundida profusamente.

"Agente patógeno.—El germen del tifus exantemático es todavía desconocido, solo se sabe que vive en la sangre de los enfermos, pero se ignora su resistencia fuera del organismo.

"Factor de diseminación.—La sangre del enfermo contiene el virus durante todo el período febril y hasta el segundo o tercer día después de que ha declinado la fiebre.

"Agentes y modos de trasmisión.—La enfermedad se trasmite por el piojo: piojo del cuerpo (*Pediculus vestimenti*) y también, aunque más raramente, por el piojo de la cabeza (*Pediculus capitis*), pulgas y otros parásitos.

Los piojos se infestan de cuatro a ocho días después de haber picado a un tífico y transmiten la enfermedad sea por picaduras o sea por sus secreciones, que son igualmente virulentas y que se las inocula el sujeto, al rascarse.

"Causas predisponentes y ocasionales.— El frío, la miseria, el hacinamiento y, sobre todo, el desaseo (el tifus exantemático es una enfermedad de la suciedad).

"Principales síntomas.—Temperatura elevada (40 grados), dolor de cabeza, postración general, lengua seca, tos, delirio y sobre todo, desde el cuarto día de la enfermedad, manchas en todo el cuerpo, menos, ordinariamente, en el cuello y en la cara, lo cual le diferencia del sarampión. Las manchas aparecen primeramente en los sobacos, después se extienden a los brazos, antebrazos y muñecas, generalizándose en seguida en todo el cuerpo.

"Inmunización.—Un primer ataque de la enfermedad confiere, generalmente, inmunidad duradera.

"Incubación.— El período de incubación del tifus es de ocho a veinte días, lo más común de doce días.

"Profilaxia.—Limpieza absoluta de los vestidos y ropas de cama y aseo corporal diario. Solo el individuo que alberga en su cuerpo o en sus vestidos al piojo u otros parásitos, puede contraer la enfermedad.

Aparte de estos cuidados es necesario evitar el alcoholismo, la fatiga y toda otra causa que disminuye la resistencia del organismo; así como, en tiempo de epidemia, evitar la concurrencia a las aglomeraciones (iglesias, teatros, tranvías, autobuses, etc., etc.)

"Cuando se sospeche la existencia de un caso de tifus, se debe denunciar inmediatamente a la Oficina de Sanidad, para evitar el contagio" (48).

Es muy laudable que el Servicio Sanitario, reconociendo la gravedad del problema, haya procedido a la campaña de divulgación higiénica, aunque con cierto atraso en el conocimiento de ciertos hechos fundamentales; pues, al expresar que "el tifus ha sentado sus reales entre nosotros" y que "el germen del tifus exantemático es todavía desconocido", se quiere decir que no es mucho tiempo que esta peste ha invadido la ciudad de Quito, y que se desconocen las conquistas bacteriológicas y los sacrificios de Ricketts y Prowazek, que conmovieron a la ciencia en 1909 y 1913, respectivamente, y la determinación genérica y específica del germen llevada a feliz término por Rocha Lima en 1916.

1941-1942.—El doctor Izquieta Pérez, Director General de Sanidad, en el Informe elevado al Ministro de Previsión Social sobre las labores realizadas en el período de 1941-1942, dice: "**Tifus Exantemático:** Existe en el Ecuador, en la Región Interandina, especialmente en la provincia de Pichincha. Se comprobó plenamente su existencia en el año de 1940; y, según las palabras del señor Director de Sanidad de la Zona Central, su aparición confronta un nuevo problema que cada vez se torna más grave por el aumento de número de casos y por su extensión a otras zonas del País. En el Informe del señor Director de la Zona Central, que adjunto, constan los demás detalles y cuadros estadísticos sobre esta enfermedad. El señor doctor Alfonso Mosquera Narváez, Director de Sanidad de la Zona Central, trata de combatir esta nueva infección desplegando una labor ardua y eficiente, y así ha obtenido, por intermedio del señor doctor Atilio Macchiavello Varas y del doctor Ruiz Castañeda, Jefe de Sanidad de la República de México, que el Gobierno de México concediese una beca a un médico ecuatoriano a fin de que realice estudios especializados sobre esta materia. El doctor Cristóbal González Hidalgo se encuentra en la actualidad en la ciudad de México realizando un curso sobre el tifus exantemático, y a su regreso contará el País con un experto que facilitará la lucha contra esta enfermedad" (45 págs. 6-7). Como podemos deducir de este acápite del Informe, "con la aparición del tifus en el Ecuador, el Servicio Sanitario venía a confrontar un nuevo problema que cada vez se tornaba más grave, por el aumento de casos y por su extensión a otras zonas del País" y que dicho Servicio trataba de

combatir esta nueva infección. Salta a la vista que para las autoridades sanitarias de esta época el tifus era una nueva enfermedad que iba aumentando en su frecuencia y extensión.

1942.—Es en 1942 cuando los conceptos bacteriológicos del tifus exantemático son tomados en cuenta y difundidos por el Servicio Sanitario en una segunda cartilla profiláctica; en ella se habla por primera vez de la *Rickettsia prowazeki* como agente del tifus exantemático y de su localización en ciertas células del organismo. En esta cartilla se contemplan los siguientes puntos: "Modo de trasmisión del Tifus", "Factor de diseminación", "Período de diseminación", "Agentes y modo de transmisión", "Causas predisponentes y ocasionales", "Principales síntomas", "Inmunización", "Incubación" y "Profilaxia". (49).

A fines de 1942, el doctor González Hidalgo, a su regreso de México, en su artículo "Campaña contra el Tifus Exantemático" expresa: "sabemos que el Tifo no es una enfermedad exótica de otros tiempos, sino que ella se halla difundida a lo largo de casi todas las ciudades y pueblos de nuestra región Interandina. Según datos estadísticos que reposan en el Archivo de esta Dirección, en 1940, el número de casos de Tifo registrados en Quito fué de 86, en 1941 de 173 y durante el primer semestre de 1942, el de 93, con una mortalidad que oscila entre 18 y 24%. En ciertos cantones este porcentaje ha llegado en algunos meses hasta el 50% (Canton Ibarra, mes de Mayo: 17 casos con 8 defunciones. Mes de Junio: 6 casos con 3 defunciones). Fácil es deducir por estas cifras el desarrollo que el Tifo va alcanzando cada año y el peligro que entraña para la salud pública".

Al tratar del aspecto científico del problema, nos hace esta observación: "Afirmamos que en el Ecuador existe el Tifo, porque lo hemos comprobado desde el punto de vista clínico y serológico; pero esto no es todo. Para cerrar el ciclo de nuestras investigaciones, faltanos aislar el Virus; prueba decisiva y máxima, la única que autoriza, en el terreno científico, a aceptar la existencia del Tifo Exantemático; labor hacia la cual he orientado de preferencia todos mis esfuerzos. De este modo podemos, además, conocer la variedad de tifo que predomina entre nosotros. ¿Será el tifo europeo, cerebral o epidémico? Será el mexicano, murino o endémico? No lo sabemos; vamos a investigarlo". Sugiere la conveniencia de construir un laboratorio para tal fin anexo al hospital de enfermedades infectocontagiosas.

Al hablar del problema sanitario, el doctor González hace estas consideraciones: "Se ha dicho con razón que el Tifo Exantemático es la enfermedad del desaseo y la miseria; y que su peligro aumenta en las épocas de guerra o de grandes calamidades públicas: incendios, terremotos, inundaciones; es decir en todos aquellos momentos en los que la humanidad se ve forzada a vivir una tragedia. . . . Sabemos asimismo, que el Tifo Exantemático se propaga de hombre a hombre, por la picadura de los piojos. De aquí se deduce que toda campaña sanitaria contra el Tifo, debe ser dirigida de preferencia contra tales parásitos. Luchar contra el Tifo es, por consiguiente, emprender en una campaña de despiojamiento" Recomienda realizar también la campaña de vacunación antitífosa, y a este respecto sostiene: "La vacuna Cox se obtiene de la yema de huevo; la de Ruiz Castañeda, del pulmón de las ratas.—La primera protege admirablemente bien contra el tifo europeo, forma Breind y está recomendada por el Departamento de Salubridad de Washington; pero no protege en absoluto contra el Tifo Murino o Mexicano, que seguramente, es la forma de Tifo que predomina en la mayor parte de los países latinoamericanos, digo seguramente, porque son muy pocas las naciones del Nuevo Mundo que se han preocupado de aislar el virus del Tifo". Se declara partidario de realizar en el Ecuador la vacunación con la vacuna de Ruiz Castañeda, por cuanto protege contra ambas formas de Tifo, en un ciento por ciento de casos.

En el Resumen sostiene "que la actividad sanitaria en la lucha contra el Tifo se reduce a dos cosas: 1º A evitar la aparición de la enfermedad, ésto es abarca —dice— el conjunto de medidas profilácticas; y 2º A curar el enfermo cuando el Tifo se ha presentado", y termina en las siguientes "**conclusiones:** 1º **Creo** que es imperioso establecer en el Ecuador la campaña contra el Tifo Exantemático; campaña que debe realizarse bajo el directo control de la Dirección de Sanidad de la Zona Central, por cuanto el Tifo Exantemático se halla extendido a lo largo del callejón interandino.— 2º Como elemento esencial para este trabajo, debe fundarse un Laboratorio Experimental de Tifo, anexo al futuro Hospital de enfermedades infecto contagiosas. . . y 3º Se debe ordenar el uso obligatorio de la vacuna contra el Tifo Exantemático en toda la República". (50).

El problema del Tifus en el país va enfocándose cada vez mejor, aunque en los funcionarios sanitarios se aprecia todavía

una notable incertidumbre en cuanto al tipo de rickettsia que está produciendo los continuos brotes epidémicos de la enfermedad; en efecto, por un lado se acepta la existencia del tifo clásico o epidémico en la región interandina y la necesidad de realizar la campaña de despiojamiento, y por otro se asegura que el tifo murino o mexicano es el predominante en la mayor parte de los países latino americanos; nosotros sabemos que el tifus clásico se encuentra predominando en Chile, Perú, Bolivia, Colombia, Guatemala, y aún en México; en el Ecuador el carácter epidémico de la enfermedad, que ha revestido desde tiempos muy remotos, las condiciones climatológicas de las regiones en donde reina la enfermedad y la alta incidencia de la pediculosis, tanto en las ciudades como en el campo, debía hacernos ya inclinar hacia el tifus europeo o clásico.

A la XI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Río de Janeiro del 7 al 18 de Setiembre de 1942, asistieron en calidad de Delegados del Ecuador los Drs. Leopoldo Ezquieta Pérez, Atilio Macchiavello y Lewis W. Hackett; en la séptima Sesión científica destinada al estudio del Tifo Exantemático, el Dr. Macchiavello se refirió por primera vez en una reunión internacional, a este gran problema que afrontaba el Ecuador (51).

El 2 de diciembre de este mismo año, el Dr. González Hidalgo, con motivo de la conmemoración del Día Panamericano de la Salud, sustentó en la Universidad Central una conferencia sobre "El Tifus Exantemático en el Ecuador". Ya que se trata de hacer la relación cronológica de esta enfermedad en el país, transcribamos de esta conferencia algunos acápites, de lo que a historia se refiere y veremos una vez más cómo cada autor ha estudiado el pasado de esta enfermedad a su capricho, sin recurrir generalmente a documentación alguna. Cedamos la palabra al conferencista: "No se desde cuando pudo haber existido en el Ecuador; pero si puedo afirmar que, sólo a partir de 1940, fué comprobada su presencia por la Dirección de Sanidad de Quito, en forma terminante e indiscutible.

"La historia del Tifus Exantemático, si bien entre nosotros, corta y sencilla, no deja de ser interesante en alto grado. Recordémosla.

"En 1913, con motivo del sensible fallecimiento de uno de los más distinguidos estudiantes de medicina de aquella época, varios colegas de Quito hablaron insistentemente del Tifus Exantemático, como de una enfermedad endémica en nuestro medio;

opinión que corroborada por la del eminente médico extranjero doctor Perván, quien por aquel entonces hallábase de paso en esta ciudad.

"El doctor Perván, en una serie de lucidas conferencias, sustentadas en nuestro viejo Hospital "San Juan de Dios", hizo alusión a sus temores sobre la posible existencia de Tifus Exantemático en Quito.

"También se volvió a tratar sobre el mismo tema en la época de los muy queridos maestros, señores doctores Enrique Gallegos Anda y Aurelio Mosquera Narváez; cuyas lecciones plenas de sapiencia parecen vibrar todavía en los oídos de quienes tuvimos la suerte y el honor de ser sus discípulos.

"Mas de una ocasión habíamos presenciado en los servicios hospitalarios casos que por sus caracteres clínicos pudieron ser considerados como ejemplos de Tifus Exantemático; sin embargo, no se pudo llegar al diagnóstico preciso, porque faltaron las pruebas de Laboratorio.

"He ahí el gran escollo que hizo fracasar siempre toda tentativa de confirmar la existencia del Tifus Exantemático, y que desalentó, por muchos años, a la mayor parte de colegas capitalinos.

"A esto se debe añadir que en los claustros universitarios tampoco se volvió a tratar de dicho punto, por lo cual, las discusiones sobre la existencia del Tifus Exantemático quedaron en el olvido.

"Talvez el hecho de ser el Ecuador un país tropical por excelencia, hizo pensar a la mayoría de aquellos colegas de la Facultad de Medicina, que el Tifus no era una enfermedad para desarrollarse en nuestro medio; y así muchos de ellos razonaron de la siguiente manera: El Tifus Exantemático, decían, es propio de los países de las zonas frías o templadas; nunca del trópico. Tifus hay en las estepas rusas, en los campos montañosos del Cáucaso, en Polonia, en Hungría, en Inglaterra, es decir en Europa; pero jamás en aquellos pueblos en donde el sol cae con verticalidad meridiana, como en el Ecuador. Olvidaban que nuestra Región Interandina, por las condiciones climatéricas, por los medios de vida de sus habitantes, y por la indiscutible abundancia de parásitos entre la gente del pueblo, constituye un lugar óptimo para que exista el Tifus.

"Continuando con este breve recuento histórico, en 1925, esto es, hace 17 años, se trasladó una Comisión Sanitaria a la

vecina parroquia de Pomasqui, en donde, con fundadas sospechas, se habló de la aparición de un brote epidémico de Tifus Exantemático.

"Las conclusiones a las que dicha Comisión llegó fueron negativas. Los competentes facultativos que la integraron, después de repetidos trabajos, afirmaron que, al menos por el momento el Tifus Exantemático no existía en el Ecuador y que, por lo mismo, ella era una enfermedad exótica en nuestro medio.

"Varias ocasiones, en cambio, colegas de Cuenca sostuvieron que en ciertos sectores de las provincias australes, el Tifus Exantemático existía en forma endémica; afirmaciones que tampoco pudieron comprobarse de manera terminante".

A continuación el doctor González vuelve a hablar de las sospechas que el doctor Barragán tuvo en Cayambe y de los trabajos emprendidos por el Servicio Sanitario.

Sin tratar de quitar el mérito a tan brillante conferencia y pensando sólo hacer la historia de la enfermedad, ajustada en lo posible a la verdad de los hechos, me permito rectificar dos de los principales datos históricos y comentar algunas versiones de carácter institucional expuestas en ella. El doctor Francisco Perván estuvo en Quito en 1917, y que la declaración de la enfermedad ante el Servicio Sanitario se impuso 13 años antes, ésto es en 1927, de acuerdo con un reglamento expedido para el efecto, reglamento que obligatoriamente debía ser puesto en conocimiento de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El doctor González parece haber olvidado tan pronto su negativa rotunda ante la primera denuncia de tifus y la acalorada discusión que sostuvo con los médicos de la Sanidad Militar; pues, las razones que atribuye a los profesores de la Facultad de Medicina constituyeron, quizá, los argumentos en los que él se basó para negar tan aplomo la existencia del tifus exantemático en el Ecuador. Tanto en Quito como en Cuenca, cabalmente, han sido los profesores de la Facultad de Medicina los primeros en sospechar y algunos en sostener, con sobrada razón, que el tifus existe en nuestro medio.

El conferencista, después de darnos a conocer el curso que han seguido las investigaciones del Tifus a partir de 1939 y las razones por las cuales el Servicio de Salubridad Nacional no denunció oficialmente antes de 1940 la existencia del Tifus en el Ecuador, a la Oficina Sanitaria Panamericana, estudia los siguientes capítulos:

Distribución geográfica.—Por la importancia que reviste, transcribiré parte de la exposición. "Después de repetidas experiencias, se pudo comprobar que había Tifus exantemático en casi todas las poblaciones de la Sierra. . . . En Mayo de 1940 me trasladé a las provincias de Tungurahua y Chimborazo, y tanto en el Lazareto de Ambato como en el de Riobamba encontré varios casos de Tifus Exantemático, los mismo que fueron identificados mediante las reacciones de Weil Félix, practicadas en serie. En cambio fueron negativas las reacciones de Widal y la Hemocultura.

"En Junio del mismo año visité con idéntico motivo, las poblaciones australes del Azuay y Cañar. En Cuenca, como en Quito, Riobamba y Ambato, el Tifus Exantemático había pasado comprendido con la fiebre tifoidea; error que nada tiene de particular, si se toma en cuenta la gran similitud de síntomas clínicos que ambas enfermedades presentan en su evolución.

"Al respecto, quiero manifestar que Cuenca es la ciudad del Ecuador en donde más se habló y discutió sobre la existencia del Tifus Exantemático. Corresponde por lo mismo a destacados colegas de esta bella Metrópoli el honor de haber sido aquí los primeros en diagnosticar: Tifus Exantemático en el aspecto clínico.

"Entre ellos nombraré de preferencia al señor doctor Nicolás Sojos de la Escuela de Medicina Azuaya, quien hace 40 años desde la tribuna de su cátedra, habló a sus alumnos con aplomo sobre la existencia del Tifus Exantemático en Cuenca; diagnóstico que sin embargo, solo a partir de 1940 pudo ser confirmado por el Laboratorio".

"Etiología del Tifus.—"El Tifus Exantemático como la peste Bubónica —sostiene el doctor González— es una enfermedad esencialmente murina. De las ratas se trasmite al hombre por la picadura de las pulgas, y de hombre a hombre se propaga por la picadura de los piojos. Son notables las epidemias del Tifus que en repetidas épocas han asolado Europa, así como también algunos países de América". A continuación el conferencista habló: sobre las causas predisponentes; la virulencia del tifus de acuerdo con la edad y condiciones sociales; los caracteres generales de la enfermedad; sobre los trabajos y sacrificios de Ricketts y Pro-wazeky y las investigaciones bacteriológicas emprendidas por Da Rocha Lima. Por tratarse de puntos de capital importancia en la etiología e historia del tifus exantemático, deseo, entre paréntes-

sis, aclarar algunos conceptos. Desde el punto de vista etiológico en el tifus exantemático se aceptan dos variedades: 1º el tifus clásico, epidémico, europeo, cerebral o typhus major, transmitido por los piojos y cuyo agente específico es la **Rickettsia prowazeki**, Da Rocha Lima, 1916; 2º el tifus murino, endémico, orquíptico o typhus minor, transmitido por las pulgas y que tiene por agente específico la **Rickettsia mooseri**, Monteiro, 1931. De estos dos tipos es el tifus murino el único que encontrándose en las ratas, puede por medio de las pulgas pasar al hombre, confundiendo, por **humanización** de la cepa, con el primer tipo, tanto desde el punto de vista clínico, de las seroaglutinaciones y aun desde el punto de vista epidémico, pues ambos pueden presentarse en forma endémica y epidémica; la diferencia entre ellos radica principalmente en las reacciones orgánicas que cada virus produce en los animales de experimentación y en el acantonamiento que éstos hacen en dichos animales; pues, mientras el virus clásico no da en el cobayo la reacción orquíptica y se localiza de preferencia en el cerebro, el virus murino se localiza de preferencia en la túnica vaginal, dando reacciones orquípticas. (Signo de Mooser). Por consiguiente no se puede decir en términos generales que el "Tifus exantemático es una enfermedad esencialmente murina" y si la cepa es de origen murino, dicho virus no será la **Rickettsia prowazeki**, sino la **Rickettsia mooseri**. Este criterio dualista es aceptado casi universalmente.

El doctor González nos dice también que "Rickett, ilustre sabio norteamericano, vislumbró la existencia del Virus del Tifus Exantemático, pero no pudo reconocerlo, ni aislarlo" y que "Años más tarde lo que no había alcanzado a realizar Rickett y Prowazeki, lo consiguió el notable bacteriólogo chileno Da Rocha Lima, a quien debe el mundo esta conquista". Todos los investigadores están de acuerdo en considerar como verdaderos descubridores del virus, a Howard Taylor Ricketts y a Wilder, en América, (1910), investigaciones que fueron confirmadas por von Prowazeki en Europa (1913) y por Sergent, Foley y Vialatte en el Africa (1914); el doctor Da Rocha Lima, sabio investigador brasileño, en 1916 llegó a ratificar el descubrimiento realizado por los citados médicos y a describir y bautizar el germen de la enfermedad con los nombres de los dos investigadores que cayeron en aras de la ciencia y de su amor a la humanidad.

Bacteriología de las Rickettsias.—En este capítulo el doctor González nos habla de los caracteres de los gérmenes, de las investigaciones efectuadas por el doctor Ruiz Castañeda, de la preparación de la vacuna y de la técnica de coloración de las rickettsias que se sigue en Méjico.

Caracteres Biológicos de las Rickettsias.—El autor hace una revisión del comportamiento al calor y de las localizaciones en el hombre y en los animales de las rickettsias, y de las lesiones orgánicas que producen; a este respecto nos dice: "Al examen anatomopatológico en los cadáveres de las personas que han fallecido de Tifus Exantemático, no se encuentra ninguna lesión. A primera vista parece que dichas personas hubieran muerto de nada". Es verdad que las lesiones anatomopatológicas que se descubren en el tifus no guardan relación con la malignidad del proceso infeccioso, pero tampoco vamos a desconocer la presencia de lesiones inflamatorias y a veces de úlceras en la faringe, la hiperhemia o las hemorragias puntiformes en las leptomeninges y en otros órganos, la esplenomegalia, la degeneración cética de los músculos abdominales, etc. Pero son especialmente las lesiones microscópicas las que revelan la naturaleza y el carácter peculiar de esta infección, lesiones que radican en las pequeñas arterias de casi toda la economía, sobre todo de la piel, del sistema nervioso central y periférico, del miocardio, de los riñones, cápsulas suprarrenales, etc. En el Ecuador los doctores Francisco Pervan, Luis G. Dávila, José María Astudillo, Eduardo Bejarano, nos han hablado ya sobre la anatomía patológica del tifus.

Cultivos.—Señala la forma de hacerse estos cultivos en los animales de experimentación y las observaciones recogidas en el hombre por el doctor Félix Veintimilla.

Virus.—El autor se refiere a las semejanzas y diferencias que existen entre las dos variedades del virus; el que corresponde al tifus europeo, Polaco o Epidémico (virus de Breinl), (X), y el que corresponde al Tifus Murino, Méjicano o Endémico (virus Leandro); al final llega a sostener que la **Rickettsia Prowazeki**

(X)—En todas las transcripciones, como es lógico y legal, se ha tenido cuidado de no alterar el texto del original. (La enfermedad y el virus es de Brill).

es una; siguiendo la escuela de Ruiz Castañeda, se declara unicista. Se comprende, pues, que no admite al virus del tifus murino ni en calidad de subespecie, como aceptan algunos investigadores, que lo designan con el nombre de **Rickettsia Prowazeki mooseri**, y con mayor razón se entiende que no acepta la existencia de la **Rickettsia mooseri**, de los dualistas.

Diagnóstico.—Nos pone al corriente sobre el diagnóstico clínico y sobre el diagnóstico diferencial con la fiebre de las montañas rocosas, la grippe, las fiebres paratíficas, el sarampión y la tifoidea.

El conferencista terminó su brillante exposición después de tratar de las "Pruebas de las Rickettsias", "Pruebas Epidemiológicas", "Vacunación" y "Lucha contra el Tifus". (52).

1943.—En el diario "El Comercio" del 7 de enero apareció un dato de crónica en el que se daba cuenta de un Informe que el señor doctor Cristóbal Hidalgo había presentado a la Dirección de Sanidad de la Zona Central, dando a conocer que ha quedado definitivamente comprobada la identificación de la cepa "Quito" del tifus exantemático (virulentísima) y que, "los caracteres adoptados por el virus llevan a afirmar que corresponde al tipo Breinl (europeo), cerebral o epidémico". En dicha crónica periódica se transcribe parte del Informe que hace realación con las experiencias realizadas en cobayos y ratoncitos blancos y el hallazgo de abundantísimas Rickettsias Prowazeki en los frotis preparados con los pulmones de los ratones del experimento. (53) Este informe jamás fué dado a publicidad, ni llegó a ser puesto en conocimiento de la Facultad de Medicina de acuerdo con el deseo del autor de dicha comunicación. Posteriormente veremos la opinión emitida por el doctor Atilio Macchiavello sobre esta cepa "Quito". (58).

En mayo de 1943, el doctor J. A. Cevallos Larrea presentó a la Facultad de Medicina de Quito, su tesis doctoral, titulada "Investigaciones de la Rickettsia en el Tifus Exantemático". Veamos lo que dice en el capítulo "Breves Rasgos Históricos del Tifo en el Ecuador":

"La historia del Tifus Exantemático entre nosotros, podemos decir que es interesante, sobre todo en los últimos años, pero recordémosla desde 1913, en que el doctor Pervan, eminente médico, que de paso por Quito sustentó brillantes conferencias,

en las que ya trataba sobre la posible existencia de tifus exantemático en nuestro medio.

"En 1917, Espinoza Tamayo, de Guayaquil denunciaba dos casos de defunciones, que se inscribieron en el Registro Civil, en el año de 1915, como ocasionadas por tifus exantemático.

"En 1918, el doctor Enrique Gallegos Anda, recordado profesor de la Universidad Central, sospechaba la existencia de esta enfermedad entre nosotros y en la Cátedra lo sostenía, siempre se encontraba frente a casos bizarros de fiebre tifoidea indiagnosticada por los medios serológicos conocidos en esa época.

"Sojos de Cuenca y Valenzuela de Guayaquil, dice el doctor Macchiavello en su Informe a la XI Conferencia Sanitaria de Río de Janeiro, ya venían sospechando insistentemente al respecto.

"En 1926, una Comisión Sanitaria destacada a Pomasqui, concluyó que no había tifus en el Ecuador, en virtud de que investigaciones hechas al respecto, llegaron a esta conclusión: no lo sabemos, pues el dato es sustraído del Boletín del Ministerio de Previsión Social, de una monografía del doctor González Hidalgo".

"En Junio de 1938, el doctor Egberto García S. remitía de Chile a la Dirección de Sanidad, los antígenos y técnicos para la práctica de la reacción de Weil-Félix, y en una carta que escribió a un amigo del Hospital Militar, manifestaba su sospecha sobre la existencia de esta enfermedad en la sierra ecuatoriana. Las reacciones no se practicaron hasta el año de 1939, a su regreso al Ecuador".

Roberto Nevaes, bacteriólogo guayaquileño, realizaba con antígenos chilenos la primera reacción de Weil Félix en Guayaquil, en Octubre de 1938: es el primer caso diagnosticado serológicamente.

"En Diciembre de 1939, García y Orellana del Hospital Militar de Quito, constatan por medio de la reacción de Weil-Félix, los primeros casos de tifus exantemático, iniciando las primeras investigaciones sistematizadas que hemos encontrado. García y Orellana presumen de una variedad murina para el tifo local de la ciudad de Quito, y tifo europeo, epidémico y mortal, en la epidemia de Malchinguí, que conocieron en el mismo mes de Diciembre, con verificación de reacciones de Weil, Félix en tres sobrevivientes.

"El 1º de Febrero de 1940, García presenta a la "Asociación Médica de Quito", una charla sobre la reacción de Weil-Félix y una estadística que arroja un porcentaje alto de infección exantemática entre obreros y campesinos.

"En Marzo de 1940, García y Orellana presentan su trabajo iniciado en Diciembre del año anterior, y concluyen con la existencia innegable del tifus en el Ecuador.

"El doctor Ortega, con la base de la reacción de Weil-Félix practicadas por el doctor García, presenta 50 casos de tifo exantemático, con un breve estudio clínico realizado en enfermos del Lazareto de tíficos de la Sanidad Pública.

"En Noviembre de 1941, García, continuando sus investigaciones, presenta al Cuerpo Médico del Hospital Militar de Quito, los resultados de una pequeña encuesta en la población murina, que pretendía determinar el reservorio habitual del virus, con resultados negativos.

"En esta misma fecha, García expone dos casos tratados con Sulfamidas, en uno de los cuales tuvo un éxito claro.

"En 1942, García presenta un informe sobre la epidemia de Ibarra y establece que dicha epidemia es de tifo exantemático, y presume que se trata de virus murino, en atención a que en su mayoría el cuadro clínico es benigno. Estos datos los he obtenido de la exposición que el doctor García hizo a la "Asociación Médica de Quito" el 27 de Enero de 1943. No se conoce hasta la presente fecha otros trabajos publicados.

"Por la prensa, en forma informativa y sin sistematizar ni demostrar los hechos, se conoce del aislamiento de una cepa tipo cerebral, realizada por el doctor González Hidalgo; pero hasta la presente estos estudios no se han publicado, ni se ha confirmado en dato de la prensa".

El doctor Cevallos Larrea en su tesis llega a las siguientes conclusiones: 1º Después de una prueba experimental que comprende hasta el sexto pase y de un total de 60 cobayos inoculados y reinoculados, consigno que no he podido aislar Rickettsias, ni he podido conseguir que el virus, comprometido en el tifo endémico de la Sierra ecuatoriana, tome condiciones biológicas experimentales en el cobayo;

"2º Es muy posible, según las reacciones térmicas que se han presentado en mis animales de experimentación, así como un discreto edema escrotal en once cobayos inoculados, que el virus de la localidad urbana de Quito se comporte en forma en

cierto punto inaparente y que por falta de recursos para provocar el menoscabo de las defensas polimorfo-nucleares de los animales de experimentación, haya dado lugar a la ausencia de Rickettsias en el cerebro y vaginal de los cobayos y en el peritoneo y pulmón de las ratas blancas". (54).

En junio de ese mismo año el doctor Alfonso Morán E. también presentó a consideración de la Facultad de Medicina de Quito, su tesis doctoral "La Reacción de Weil Félix en las Enfermedades Infecciosas". Dicha tesis contempla los siguientes puntos:

CAPITULO I

Inmunidad: Inmunidad natural. Inmunidad adquirida. Inmunidad activa. Inmunidad pasiva. Propiedades del suero inmunizado. Teorías de la inmunidad.

Tifus exantemático: Etiología. Morfología. Propiedades biológicas. Reservorios. Localización, Mecanismo de infección.

Sintomatología. Complicaciones. Pronóstico. Diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Gripe. Tifoidea. Tifo-bacilosis. Escarlatina. Sarampión. Meningitis cerebro espinal epidémica. Tifus recurrente. Neumonía central. Reumatismo poliarticular agudo. Tifo-malaria. **Formas clínicas:** Formas común. Forma larvada. Forma ataxo-dinámica. Tifus levísimus. Tifus del niño.

Fiebres exantemáticas.

Tifus murino. Inmunidad. Tratamiento. Profilaxis.

Tifus inaparente.

Reacción de Weil-Félix: Bacilo Proteus X. Formas de Proteus, Rol etiológico del Proteus. Interpretación de la Reacción de Weil-Félix. Técnica de la Reacción de Weil-Félix. Método lento. Método rápido. Material usado en la Reacción. Suero del enfermo. Titulación del suero.

CAPITULO II

Reacción de Weil-Félix en las Enfermedades Infecciosas, Casuística. Reacción de Weil Félix en las Pirexias. Reacción de Weil Félix en el Tifus Exantemático.

Reacción de Weil Félix en los individuos normales.

"CONCLUSIONES: Primera.—Según nuestros trabajos, la reacción de Weil-Félix en el Tifus Exantemático es positiva en el 100% de los casos.

Segunda.—En los sueros de individuos con otras enfermedades piréticas, la aglutinación es positiva en un 26,6%, cuyo título oscila entre 1 por 50 y el 1 por 400 como máximo.

Tercera.—En los individuos sanos, sin antecedentes de tifus ni que vivan en medios contaminados, el título de aglutinación oscila entre el 1 por 50 y el 1 por 100.

Cuarta.—Según las curvas de aglutinación realizadas en los casos de tifus exantemático, se observa que dicha curva se caracteriza por el ascenso gradual.

Quinta.—En las otras enfermedades no aparece la curva ascendente, pues se presentan con un título constante en todo el período febril y aún en la convalecencia, a excepción de muy pocos casos en que desciende o desaparece dicho título.

Sexta.—La aglutinación de la reacción de Weil Félix en los sueros de tíficos, se caracteriza por inmediata (en el 1er. minuto) y presentarse con aglutinaciones gruesas (floculado), en especial en aquellos de títulos altos.

Séptima.—En el suero de otras enfermedades y en los individuos sanos la aglutinación es tardía (segundo minuto) y las granulaciones finas (granulado) a excepción de algunos con título de 1 por 400, que dan una granulación mediana.

Octava.—En caso de que la reacción diera negativa, o positiva a títulos bajos, se repetirá de dos a tres veces, dejando transcurrir por lo menos unos dos a tres días de la primera reacción.

Névena.—La reacción tiene valor específico desde el uno por cuatrocientos para arriba, o desde el uno por ciento, siempre que el examen anterior haya sido inferior o negativo". (55).

De los 170 febricitantes que comprende la casuística 150 corresponde a individuos hospitalizados por enfermedades piréticas que no tienen ni han tenido tifus; ahora bien, de estos 150 enfermos, 40 han dado la reacción de Weil Félix positiva, o sea el 26,66%, siendo los siguientes procesos infecciosos los que han acusado la seroaglutinación:

Grippe: en el 11% de los casos, a un título del 1 x 50.

Tifoidea y paratíficas: en el 25% de los casos, a un título que va desde 1 x 50 hasta el 1 x 200.

Escarlatina, sarampión, rubeola, viruela y erisipela: en el 12% de los casos, a un título del 1 x 50.

Neumonías, bronconeumonías y bronquitis: en el 11% de los casos, a un título que va desde el 1 x 50 hasta el 1 x 200.

Pleuresías: en el 28% de los casos, a un título del 1 x 50.

Litiasis biliar, colecistitis y angiolitiasis. en el 25% de los casos, a un título que va desde el 1 x 50 hasta el 1 x 100.

Colitis amibiana y hepatitis: en el 75% de los casos. a un título que oscila entre el 1 x 50 y el 1 x 200.

Paludismo: en el 9% de los casos, a un título que va desde el 1 x 50 hasta el 1 x 100.

Amigdalitis: en el 33% de los casos, a un título del 1 x 50.

Reumatismo poliarticular agudo: 5 casos, de los cuales dos positivos, el uno al 1 x 100 y el otro, al 1 x 400.

Eritema nudoso: dos casos, el uno negativo y el otro positivo al 1 x 400.

Pielitis: 4 casos, de los cuales dos fueron negativos y dos, positivos, el uno al 1 x 100 y el otro al 1 x 400.

El doctor Morán en su tesis nos hace la siguiente aclaración: "Debe anotar que en algunas pirexias que han presentado aglutinación, he practicado dos y tres reacciones de control, con el objeto de observar como se comporta dicho título de aglutinación durante el curso de la enfermedad. Hemos visto que tanto en el período febril como en la convalecencia, todos los casos han presentado un solo título, constante e invariable, sin ningún ascenso, y solo en muy pocos casos ha descendido o ha desaparecido durante la convalecencia.

Nos ofrece también los resultados de la Reacción de Weil Felix en el tifus exantemático, mas por haber basado sus conclusiones solo en 20 observaciones, están fuera de todo comentario.

Esta tesis viene a confirmar hasta cierto punto que la reacción de Weil-Félix no es específica del tifus en el 100% de los casos, teniendo en cuenta los títulos del 1 x 50 hasta el 1 x 400; además de unos pocos casos de reumatismo poliarticular agudo, de eritema nudoso y de pielitis, se puede registrar la reacción de Weil Félix en el paludismo, en la tuberculosis y en el tracoma. Sería de gran utilidad practicarse dicha seroaglutinación en un número bien alto de enfermos de cada una de estas

entidades nosológicas a fin de obtener datos más aceptables sobre la especificidad de dicha reacción.

En agosto de 1943, el doctor Cristóbal González Hidalgo publicó en el diario "El Comercio" su artículo "El Tifus Exantemático en el Ecuador", artículo ilustrado con dos cartas geográficas, la una correspondiente a las zonas amagadas por el tifus exantemático (Callejón Interandino) y la otra a los focos existentes en las regiones sanitarias del país. El autor previamente da a conocer que formuló "el diagnóstico mediante un minucioso examen clínico de los enfermos y luego por el empleo sistemático de la Reacción de Weil-Félix; reacción cuya práctica fué introducida al país por el doctor Egberto García en 1939.

"A partir de setiembre de 1942 —añade— utilicé también antígeno de Rickettsia Prowaseky, habiendo sido positivas las pruebas realizadas en todos los casos sospechosos.

"De este modo puedo afirmar hoy, que el Tifus Exantemático encuéntrase difundido en todas las provincias de la Sierra. En algunas como en la de Pichincha, los focos epidémicos son múltiples y revisten, desde el primer momento, una marcada virulencia. En otras son aislados y parecen sin importancia; pero no por eso, menos graves ni peligrosos".

El doctor González da la siguiente distribución del tifus en el Ecuador:

PROVINCIAS AFECTADAS:

Empezando por la provincia del Carchi, los focos epidémicos de Tifo constatados hasta ahora, son los siguientes. Cuadro N° 2.

Carchi.—Mira. Tufiño. Bolívar.

Imbabura.—Ibarra. Yuracruz. Angochagua. La Esperanza. Chiriguasi.

Pichincha.—Quito. Cayambe. Tabacundo. Sangolquí. Machachi. Malchinguí. Tocachi. Calacalí. Cotocollao. Calderón. Puembo. Pifo. Tumbaco. Cumbayá. Chillogallo. Tambillo. Conocoto. Pintag. Alangasí.

Cotopaxi.—Latacunga. Lasso. Toacaso. Guaytacama.

Tungurahua.—Ambato. Pelileo. Atocha. Huachi. Cevallos. Baños. Santa Rosa.

Cañar.—Azogues. Cañar. Ingapirca y Biblián.

Azuay.—Cuenca. Gualaceo.

Loja.—San Lucas.

Napo Pastaza.—Mera. Zúñac.

El articulista tiene ahora esta apreciación sobre el problema del tifus: "De aquí se deduce que el Tifo Exantemático, enfermedad que hasta hace poco, fué considerada como desconocida y exótica en nuestro medio, se ha transformado en uno de los problemas sanitarios más graves y de mayor actualidad; tal vez en mi concepto es el problema sanitario N° 1 de la Sierra; ya por el constante peligro de su difusión, ya por el alto porcentaje de mortalidad que en muchos lugares ha ocasionado. Este porcentaje por ejemplo, pasó del 70% en la epidemia de Yuracruz, en junio de 1942".

El autor del artículo llega a las siguientes conclusiones:

1º—Existe el Tifo Exantemático en el Ecuador.

2º—El Tifo hállase extendido a lo largo del Callejón Interandino.

3º—Hay en 11 de nuestras provincias.

4º—Debe generalizarse el empleo de la reacción de Weil Félix.

5º—Es urgente e inaplazable emprender en una enérgica campaña sanitaria contra el Tifo.

6º—Se debe iniciar la vacunación en gran escala contra el Tifo.

7º—Juzgo de imperiosa necesidad, que Quito disponga de un Laboratorio de Investigaciones para el Tifo Exantemático" (56).

1944.—En la Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical del Instituto Nacional de Higiene aparecen tres trabajos básicos que llevan como denominador común "El Tifo Exantemático en el Ecuador". Por la gran importancia que revisten en nuestra medicina, haré un pequeño resumen de cada uno de ellos.

I. Estudio Experimental de Cepas Aisladas en el Ecuador Interandino, por el doctor Atilio Macchiavello.

A fin de tener a la vista las diferentes versiones sobre la historia del tifus en el Ecuador y conocer los progresos científicos que año tras año se han ido alcanzando en los estudios de esta enfermedad, ofreceré a los lectores, en forma textual, el capítu-

lo titulado "Antecedentes históricos" que encontramos al principio de este valiosísimo artículo.

"En Setiembre de 1942, el autor presentó (XI) ante la **XI Conferencia Sanitaria Panamericana de Río de Janeiro**, un resumen acerca del Tifo Exantemático en el Ecuador. Apenas merece recordarse que, desde comienzos del siglo, Sojos, de Cuenca, aseguraba la existencia del Tifo, al igual que en 1913, Pervan (XII) lo sospechaba en Quito. En 1917, Espinoza Tamayo (XIII) señalaba dos defunciones por Tabardillo, en Guayaquil, diagnósticos impugnados por Valenzuela (XIV). En 1920, Sayago Samaniego, en la Provincia de Azuay (XV); en 1925, una Comisión Sanitaria destacada en la Parroquia de Pomasqui y Malo en Cuenca, (XVI) niegan que sendos brotes epidémicos ocurridos en esas localidades, fueran realmente de la enfermedad que nos ocupa.

"Montalván, 1938, declara ante la **X Conferencia Sanitaria Panamericana de Bogotá** (XVII) que el Tifo Exantemático es esporádico en la Sierra ecuatoriana, no habiendo observado en forma epidémica.

"El año de 1940 marca una fecha importante en el conocimiento del Tifo Ecuatoriano. Casi simultáneamente García (XVIII) y Orellana y García (XIX) en Quito, y Valenzuela, en Cuenca (XX) dictan ante Sociedades Científicas representati-

(XI).—Macchiavello, A. Actas de la XI Conferencia Sanitaria Panamericana de Río de Janeiro.—1942.—En prensa.

(XII).—Pervan.—Citado en Referencia XXII.

(XIII).—Espinoza Tamayo.—Contribution a l'étude de la Geographie Medicale de la Republique de Equateur.—These. Lausanne, 1917.

(XIV).—Valenzuela, A. J. Tifus Exantemático. Revista de la Universidad de Guayaquil 10: 329.—1939.

(XV).—Sayago Samaniego. E. Citado en Referencia XIV.

(XVI).—Malo Crespo M.—Memorias del II Congreso Médico Ecuatoriano. 1930.—Guayaquil. 1931, p. 351.

(XVII).—Montalván, J. A.—Actas de la X Conferencia Sanitaria Panamericana de Bogotá. 1938. p. 810.

(XVIII).—García, E. La Reacción de Weil Féliz y las Fiebres Exantemáticas. Conferencia en la Soc. Médica de Quito. 1º de febrero de 1940.

(XIX).—Orellana, F. & García, E. Contribución al estudio clínico y experimental del Tifus Exantemático en Quito. Conferencia en la Soc. Méd. de Quito. 11 de marzo de 1940.

(XX).—Valenzuela, A. J. Ver referencia IV y además Rev. de la Universidad de Guayaquil 10: 329.—1939.

vas, conferencias en que de modo irredargüible se comprueba la existencia del Tifo en el país, tanto clínica, como serológicamente. En ese mismo año, Ortega (XXI) escribe sobre el mismo tema una interesante Tesis doctoral, con una nutrida casuística.

"Las comprobaciones de García (XXII) son importantes, porque serológicamente permiten confirmar la existencia de pequeños brotes epidémicos de Tifo en Malchinguí, Tocache y Quito.

"Las comprobaciones clínicas de Orellana y García (XXIII) se acompañan de trabajos experimentales en cobayos inoculados con sangre de tifosos. Los autores dicen haber observado signo de Mooser positivo, sin presencia de *Rickettsia* en la Túnica vaginal. Como veremos más adelante, sospechamos que se ha tratado de edema escrotal inespecífico. Los autores hacen en forma sucinta, anotaciones de carácter epidemiológico en Malchinguí y Quito, siendo estas las primeras observaciones de esta naturaleza publicadas en el país.

"En el relato de Valenzuela se cita una bien documentada observación clínica personal, a la vez que se hace referencias a otros casos de diversos puntos de la Sierra.

"A partir de esta época, la Dirección General de Sanidad denuncia oficialmente ante la Oficina Sanitaria Panamericana la existencia de Tifo Exantemático en el Ecuador.

"En Mayo de 1940 (XXII). González Hidalgo comprueba la afirmación de Ortega de existir Tifo Exantemático en la Provincia de Tungurahua y además, lo señala en la provincia de Chimborazo (Riobamba). En Junio hace la misma declaración para el Cañar, Azogues, Cuenca y Gualaceo, e indica que la Oficina de Estadística de la Dirección de Sanidad de Quito, ha registrado la existencia de 86 casos de Tifo (Con 16 defunciones) para 1940 (o sea 18,6% de letalidad); 173 casos con 28 defunciones (16,1%) para 1941, y 258 casos con 37 defunciones (14,3%) para 1942.

(XXI).—Ortega, L. E. Comprobación de la existencia del Tifo Exantemático en la Provincia de Pichincha. Tesis de Medicina. Quito.—1940.

(XXII).—González Hidalgo, C.—El tifo Exantemático en el Ecuador. Talleres Gráficos de Educación, Quito. 1943.

(XXIII).—García E.—Comunicación personal.

(XXIV).—Macchiavello, A.—Informe a la Dirección General de Sanidad sobre la Cepa Quito, de supuesto Tifo Exantemático.—1943.

"En 1941, observamos casos indudables de Tifo en la Sierra Ecuatoriana y comprendiendo la importancia del problema para el país, gestionamos ante el doctor Ruiz Castañeda una beca para un médico ecuatoriano Oficializado el asunto, la beca fué servida por el doctor González Hidalgo.

"En 1941 y 1942, varios casos de Tifo, clínica y serológicamente positivos, fueron observados en Guayaquil por el autor a solicitud del Profesor Tanca Marengo. Todas las inoculaciones a cobayos, hechas tardíamente en el curso de la enfermedad, resultaron negativas. Ninguno de los casos era autóctono de Guayaquil.

"El 7 de Enero de 1943, "El Comercio" de Quito, anunció que el doctor Cristóbal González Hidalgo había comprobado la existencia del Tifo Exantemático en el Ecuador por inoculaciones experimentales a cobayos y lauchas y observación microscópica de Rickettsias en el material de pasaje. El 12 de Enero, el Director General de Sanidad, entregó al autor, en calidad de Director del Instituto Nacional de Higiene, dos cobayos inoculados con dicha cepa (Quito 1) para que fueran estudiados en el establecimiento. Después de realizar 15 pasajes seriados en 54 cobayos, llegué a la conclusión (XXIV) de que los cobayos enviados de Quito padecían una afección no tifosa, atenuada, simulando el Tifo orquíptico.

"El 15 de Marzo de 1943, González Hidalgo inoculara sangre del paciente M. G. al cobayo. La curva febril del animal inoculado y de los pasajes siguientes (cerebro a peritóneo) son sospechosas de infección Tifosa experimental. Al 4º pase, en dos cobayos, se desarrollan signos orquípticos. El curso de la enfermedad se hace en ambos con temperaturas superiores a 41°C., y el estado general de los animales revela una dolencia grave con amenaza de desenlace fatal. Ante lo desusual del cuadro clínico, el doctor González Hidalgo trasladó ambos cobayos a Guayaquil, para someterlos al estudio del Instituto de Higiene. El 2 de Mayo sacrificué uno de los cobayos **in extremis**, encontrando una extensa peritonitis fibrino purulenta, inespecífica respecto al Tifo (los cultivos desarrollaron **Salmonella typhimurium** y **Pseudomonas aeruginosas**); pero a la vez infección Tifosa específica de ambas tunicas vaginales, con presencia de Rickettsias en cantidad desusualmente abundante en unas 20 células serosales. Esta ha resultado ser la primera observación microscópica de Rickettsia en el Ecuador. La autopsia del 2º cobayo realizada al día si-

guiente, comprobó ampliamente la concomitancia de infección específica e inespecífica.

"Después de grandes esfuerzos he podido aislar el Tifo de las infecciones inespecíficas recurriendo a la vacunación antisalmonelar, terapia con sulfatiazol e inoculaciones de pasaje con material pobremente contaminado (cerebro) por vías inaptas para la localización peritoneal de los agentes de infección. El estudio de esta cepa que designaremos Quito II, así como el estudio de otra cepa **limpia** proveniente de sangre de un enfermo de Tifo observado en Loja por el doctor Montero Carrión, es objeto del presente artículo. Igualmente, se hacen algunas observaciones sobre la supuesta cepa de Tifo, Quito I".

El doctor Macchiavello estudia después:

Cepa Quito I. (Supuesta de Tifo Exantemático).

Cepa Quito II, de Tifo Exantemático. Castración unilateral. Tifo inaparente. Prueba de inmunidad. Pseudo-inclusiones y Rickettsias cocoides. Cultivos Anatomía.

El doctor Macchiavello es universalmente conocido por sus estudios epidemiológicos del Tifo Exantemático y por su técnica de coloración de las Rickettsias, y por consiguiente su opinión es muy autorizada en tratándose de aclarar ciertos puntos que han surgido entre los investigadores nacionales, razón por la cual reviste suma importancia su capítulo **Discusión:**

"La experiencia que antecede deja poca duda acerca de la existencia del Tifo exantemático en el Ecuador. A las comprobaciones clínicas, serológicas, epidemiológicas, agregamos ahora la comprobación microscópica, bacteriológica, inmunológica y experimental y la observación directa y aislamiento del agente etiológico. La cepa que nos ha servido para estos trabajos fué aislada en Quito por el doctor Cristóbal González Hidalgo de un paciente clínica y serológicamente diagnosticado como Tifo Exantemático. En los tres primeros pasajes, de los cinco practicados por el doctor González Hidalgo, no hay duda que la curva febril corresponde al tifo clásico experimental del cobayo. En el 4º pasaje, hay un acortamiento de incubación; el bloque de temperatura abarca hasta los 41.95 C., y aparece un edema escrotal intenso. En el 5º pasaje, estas características se acentúan si bien solo uno de los dos cobayos inoculados presenta signo de Mooser evidente. En estas condiciones, el estudio de las curvas febriles y del edema escrotal nos sugiere la posibilidad de infección agre-

gada, y en efecto, a la necropsia se comprueba este hecho. Después de grandes esfuerzos, logra limpiarse la cepa tífosa y desde ese momento recupera sus características típicas de Tifo clásico experimental del cobayo. Con anterioridad, García de Quito, había obtenido signo de Mooser positivo, sin observación de *Rickettsia* en cobayos inoculados con sangre de Tifosos de la Sierra. Es probable que en tales casos también se tratara de falsos Mooser debidos a infecciones inespecíficas. Lo anterior sugiere que la conclusión que el Tifo de la Sierra Ecuatoriana pueda ser de variedad murina, no está demostrado, ni cuenta apoyo en nuestras observaciones. En efecto, por el período de incubación, por la curva febril, por ser las ratas refractarias a la inoculación experimental, al igual que las lauchas, por el fuerte poder antigénico de la cepa, por la ausencia del signo de Mooser, por la intensidad de las lesiones nodulares infiltrativas del cerebro, por la presencia precoz de *Rickettsias* en la túnica vaginalis y su desaparición posterior, etc., puede afirmarse que el Tifo de la Sierra corresponde a la variedad clásica, llamada europea o no orquílica. Epidemiológicamente, nada hay que sugiera que el Tifo serrano pueda reconocer origen murino. La incidencia familiar de los casos asociados a una intensa pediculosis, la escasez de ratas en localidades en que el Tifo es prevalente, como ser en Loja, la ausencia de *X. cheopis* o su bajo índice en la mayor parte de los meses del año, y sobre todo en aquellos de mayor incidencia del Tifo, etc., todo sugiere la posibilidad de tifo nacido de piojos y no de pulgas. El encuentro de tifo murino en Bogotá por Patiño Camargo (XXV) hace posible que cepas de esta variedad también pueda encontrarse en las ciudades de los Andes ecuatorianos hecho a demostrar en el futuro.

"El autor acepta ampliamente la opinión de Zinsser que tanto el tifo murino, como el europeo, pueden ser epidémicos o endémicos. La epidemicidad o endemicidad del primero depende de la oportunidad de ser transmitido por piojos o por pulgas. Pasajes insistentes por piojo-hombre-piojo hacen perder al virus murino su propiedad orquílica, de manera que llega a ser indiferenciable del virus clásico a menos de operarse una reversión espontánea o artificial de las cepas hacia la cualidad orquílica primi-

XXV.—Patiño Camargo, L. Tifo murino en Bogotá. *Rev. de la Fac. de Medc.* 503. 1943.

tiva. Así pues, en el virus murino, la propiedad orquíutica está ligada al vector tanto como a la característica intrínseca del virus. Incontables pasajes hombre-piojo tal vez hayan fijado el carácter no orquíutico de la variedad murina, para convertirlo en virus clásico, pero el hecho es que al presente las características endémicas o epidémicas de este último, dependen casi exclusivamente del estado de inmunidad de las poblaciones y no de cambios en las propiedades del virus o en la calidad del vector. El retorno de la infección humana por virus europeo a la rata, por mediación de la **X.Cheopis** es algo improbable, pero posible, y que es necesario demostrar fehacientemente antes de aceptarlo. Estadísticamente, sin embargo, la posibilidad de que la infección tifosa pase de la rata al hombre por medio de la **X.cheopis** es infinitamente mayor que la posibilidad de reversión de la infección del hombre a la rata, por mediación de la misma pulga, por el simple hecho de ser ésta, huésped de los roedores y no del hombre. Llamar al tifo murino, orquíutico, no es del todo justificable, ya que comprendería sólo ciertos virus endémicos murinos; llamar al tifo europeo, no orquíutico, tampoco es justificable, pues tal denominación incluye virus murino en trance de epidemizarse o humanizarse, es decir, en vías de perder temporalmente la cualidad orquíutica.

"En muchos puntos de la sierra ecuatoriana el Tifo es endémico, pero esto no prejuzga que necesariamente deba ser murino. La endemidad nace de posibles infecciones en la niñez y del carácter que esta inmunidad colectiva impone a la diseminación del mal. Cuando alcanza poblaciones indemnes, el tifo rápidamente impone su carácter epidémico clásico; pero la distribución de la población rural en pequeños poblados impide imprimir a estas epidemias la difusión e intensidad que las caracteriza en núcleos más densos de población. El estudio clínico de las formas juveniles del Tifo o de las formas liminares frustras, aún no ha sido hecho en el país; pero cuando se haga, se podrá observar que la incidencia de estas formas es elevada, incluso evolucionando sin la aparición de exantemas, como simples cuadros gripales.

"La cepa en estudio proveniente de Loja, confirma que el Tifo ecuatoriano es de la variedad europea. En el sitio en que se produjo el caso humano que le dió origen, las ratas son excepcionales y constituyen menos del 3% de la población de roedores representada casi exclusivamente por **Mus musculus**".

El doctor Macchiavello, que ha esclarecido tan bien este debatido problema, termina su trabajo con estas **conclusiones**:

"Se estudia una cepa de Tifo Exantemático aislada en Quito de un caso humano, y se concluye, que corresponde a la variedad clásica, europea, no orquítica. La aparición transitoria de un falso signo de Mooser (edema escrotal) y el acortamiento aparente del período de incubación, se debió a infección salmonelar y piocianica agregada. Eliminada la infección secundaria, la cepa readquirió sus características de Tifo clásico, transmitido por piojos. Esta es la primera cepa en que se observa y aísla **Rickettsia prowazeki** en el Ecuador, y es la primera que se estudia experimentalmente. Otra cepa, aislada de sangre de un enfermo de la región austral del país, confirma los hallazgos anteriores, aunque todavía no se encuentra completamente aislada". (57).

"II. Sobre supuestos casos de Tifo Exantemático en Guayaquil. Por el doctor Atilio Macchiavello.

Antecedentes: "El doctor J. M. Carbo Noboa ha denunciado a la Dirección General de Sanidad cuatro casos supuestos de Tifo Exantemático, autóctonos de Guayaquil, de los cuales desconocemos el tenor de la primera denuncia, siendo el de las otras, el siguiente". (Se transcriben sucesivamente las denuncias de los tres casos en referencia). El doctor Macchiavello procede a realizar las investigaciones en el caso N^o 2, a base del cultivo enviado por el doctor Carbo, del suero del enfermo y de las inoculaciones practicadas a un cobayo con sangre del paciente.

El doctor Macchiavello llegó a estas conclusiones finales:

"1).—El cultivo entregado por el doctor Carbo, no contiene Rickettsias viables, ni demostrables por métodos microscópicos o experimentales.

"2).—Los casos denunciados por el doctor Carbo, de los que tenemos conocimiento (3 de las 4 denuncias a la Dirección General de Sanidad) clínicamente no pueden ser diagnosticados como Tifo Exantemático, con una base razonable de seguridad.

"3).—Uno de estos caso, observado directamente y que corresponde al cultivo del doctor Carbo (negativo por Rickettsias) ni clínicamente, ni serológica, ni experimentalmente, pueden ser diagnosticado como Tifo Exantemático.

"4).—Muy al contrario, este paciente ha revelado una infección diplococal, cuyo estudio será tema de una comunicación

aparte, por no interesar a la finalidad de este informe, que sólo ha sido probar que no deben ser incluidos en las estadísticas sanitarias los 4 casos que el doctor Carbo ha denunciado como de Tifo Exantemático, autóctono de Guayaquil, denuncias carentes de toda base científica". (58).

III. Investigaciones sobre la existencia de Tifo Murino en Guayaquil, por los doctores Atilio Macchiavello y Daniel Urigüen

Estos distinguidos médicos del Instituto Nacional de Higiene, han emprendido dicho estudio a partir de un caso autóctono de Tifus exantemático, que fué serológicamente reportado y diagnosticado en la ciudad de Guayaquil. Acerca de los demás casos observados en la ciudad nos hacen esta aclaración: "La presencia ocasional de algunos casos de Tifo Exantemático en el puerto de Guayaquil, puede relacionarse, en todos los casos, a infección adquirida fuera de la ciudad. Algunos de los enfermos pudieron infectarse en la Sierra, donde la enfermedad prevalece en forma endémica, otros posiblemente en ciertas localidades interiores de Manabí, a donde todavía no se han efectuado estudios que permitan confirmar esta suposición.—Entre todos los casos estudiados, sólo uno permite sospechar la existencia de Tifo Exantemática autóctono".

Las investigaciones realizadas, condujeron a dichos galenos a emitir las siguientes **conclusiones y resumen:**

"La investigación de la presencia de Tifo murino en 1.300 ratas capturadas en Guayaquil durante 14 meses, y en 524 pulgas de ratas, es sugestiva que el virus existe en forma atenuada; pero no se pudo llegar a una comprobación microscópica directa del mismo.

"Sugieren su existencia: la reacción térmica positiva en cobayos inoculados con emulsiones de cerebro de ratas y desarrollo de inmunidad subsecuente más o menos firme frente a cepas de Tifo conocidas; ocasional desarrollo de aglutininas específicas para **R.prowazeki** en el suero de las mismas ratas.

"Limitan la significación de estos hechos: la trasmisibilidad restringida del virus de cobayo a cobayo, de modo de no ser posible mantenerlo en series indefinidamente; la ausencia de edema escrotal; la imposibilidad de demostrar **R.prowazeki** en las vaginales testiculares; las bajas tasas y la escasa frecuen-

cia de aglutinas específicas en los sueros de ratas y la ausencia del virus en las pulgas". (59).

En la V Conferencia Panamericana de Directores Generales de Salud Pública celebrada en Washington del 22 al 27 de abril de 1944, el doctor Leopoldo Izquieta Pérez informó que en "Ecuador los estudios serológicos demuestran que el tifus existe en 12 de las 17 provincias y en mas de 50 pueblos especialmente en los montañosos; es producido por los piojos, endémica, con pequeños brotes locales los cuales no se propagan, quizá por la inmunidad adquirida en la infancia o por la baja densidad de la la población; se registraron 13 casos en 1913; 86 C 26 D en 1940; 173 y 28 en 1941, 258 y 37 en 1942, y 143 y 11 en 1943, siendo de Quito la mayoría de las defunciones" (60).

En abril de este mismo año, el Lcdo. Carlos Naranjo Moncayo presentó a consideración de la Facultad de Medicina de Quito su tesis doctoral "El Tifus Exantemático en Quito y su Tratamiento por la Peptona". En el capítulo III toca los problemas de la historia y del estudio estadístico-epidemiológico del Tifus Exantemático en Quito, capítulo que vamos a reproducirlo en sus partes más importantes:

Historia: "El Tifus Exantemático ha sido hasta el año de 1918 en que se presenta la primera sospecha clínica del doctor Enrique Gallegos Anda, que ocupó un sitio reelevante entre los clínicos nacionales, una enfermedad que nos la han enseñado, en brillantes conferencias, nuestros profesores, pero como entidad que no existía ni merecía tomársela mayormente en cuenta en la Patología Nacional; sinembargo en 1919 un médico serbio, el doctor Francisco Pervan, residente en Quito, diagnosticó clínicamente un caso de Tifus Exantemático. En 1923 el médico cuencano doctor Sojos, quien como lo dijimos en un capítulo anterior, insistía en su Cátedra, sobre la existencia del Tifus Exantemático en el país; pero, confirmando las líneas que incertamos al iniciar este capítulo, el doctor Cristóbal González Hidalgo, distinguido Epidemiólogo de Quito y Jefe del Lazareto de Aislamiento, que dirigía la Comisión Sanitaria a Pomasqui, publicó en un artículo del Boletín del M. P. S., afirmando que el Tifus Exantemático no existía en el País.

"Revisando los Libros de Estadística desde el año 1936, encontramos que el único diagnóstico que aparece en esta clase de afecciones de las que tratamos, es el de Fiebre Tifoidea. Al registrar historias clínicas, encontramos en todas el mismo diagnósti-

co, todos los enfermos que pasaron por las salas en este año y todos los siguientes hasta 1940, todos no tuvieron otra enfermedad que Fiebre Tifoidea. Sin embargo, grato no es consignar el que en una que otra historia clínica del tiempo en que el señor doctor Correa trabajaba como Interno; hemos hallado, algo así como una sospecha del Tifus ya que el mencionado doctor, consigna con el nombre de Fiebre Tifoidea de Manchas, en unas, y de Fiebre Tifoidea (pertóxica, en otras, esta sospecha; indicando así que la observación atenta, clínica, de sus enfermos le había orientado en el sentido de que existía una forma especial de Tifoidea que no podía recibir el nombre genérico de Fiebre Tifoidea. En 1927 el doctor Valenzuela de Guayaquil dió también el diagnóstico de Tifus Exantemático en uno de sus enfermos. En 1938, el doctor Barragán sentó el mismo diagnóstico en Cayambe. En 1939, en el caso tan discutido del doctor Tito Livio Ortiz, el doctor Luis León lo diagnosticó como Tifus Exantemático. En ese mismo año, el doctor Bejarano lo comprobó en una autopsia y llegamos a Diciembre de este año de 1939, que marca una época en la clínica de las enfermedades Infecto-Contagiosas en Quito, con la denuncia formal y primera comprobación de Laboratorio, por la Reacción de Weil Félix y estudio clínico del Tifus Exantemático realizado por los doctores Francisco Orellana y Egberto García en el brote de Malchinguí”.

Estudio epidemiológico y estadístico: El autor, poniendo de relieve la falta de exactitud y veracidad de los libros del Lazareto, especialmente desde 1936 a 1940, en su tesis nos proporciona estos dos cuadros estadísticos, que los transcribo por la significación epidemiológica que tienen dentro de nuestra patología local.

CUADRO EPIDEMIOLOGICO ESTADISTICO DESDE 1936
HASTA MARZO DE 1944

TIFOIDEA

Año	Ingresos	Defun- ciones	Porcentaje de mortalidad	Porcentaje medio
1936	656	134	20,00%	
1937	522	67	12,83%	
1938	566	76	13,42%	
1939	378	45	11,90%	
1940	263	15	5,70%	13,38%
1941	255	21	8,23%	
1942	131	15	11,45%	
1943	328	38	11,58%	
1944 (mazo)	71	18	25,35%	

TIFUS EXANTEMATICO

1939	32	6	18,75%	
1940	100	15	15,00%	
1941	187	17	9,09%	
1942	197	23	11,78%	16,15%
1943	320	60	18,75%	
1944 (mazo)	106	25	23,58%	

El doctor Naranjo se lamenta que las defunciones por tifus se encuentran inscritas en los Libros del Lazareto, no debidas al tifus, sino a sus complicaciones: meningitis, colapso cardiaco, etc., atenuando o tratando de ocultar la elevada cifra de mortalidad; su opinión está respaldada por estas palabras del señor Director del Hospital "San Juan de Dios": "Están muriéndose con Tifus tantos más enfermos que de los que morían cuando recientemente se denunció la presencia de Tifus Exantemático en Quito". Efectivamente, en nuestra Capital, desde años atrás, ha sido **vox populi** que algunos Jefes del Lazareto con aquiescencia a veces de los Directores de los Servicios de Salud Pública, han optado, como táctica administrativa, bajar el índice de mortalidad por tifoidea, tifus, etc., haciendo figurar como causas de muerte sus complicaciones; ¡tremendo error científico y falta absoluta de responsabilidad administrativa!

El doctor Naranjo está en lo cierto al decir que "Nuestra raza india, con su vestimenta característica: poncho, rebozo, bolsicones, el descuido notable en sus costumbres higiénicas, la indiferencia inconcebible al piojo, las grandes agrupaciones en que esta clase social tercia en la vida corriente, como en los templos, mercados, chicherías, guaraperías, autobuses, etc., son mecanismos poderosos para que esta enfermedad sea fácilmente transmitida y constituya uno de los más graves problemas epidémico-sociales de nuestro medio".

Pasando por alto los conceptos etiológicos algo desacertados que el autor tiene del tífus, en su tesis encontramos valiosas observaciones sobre la sintomatología de la enfermedad y sobre el diagnóstico diferencial con el sarampión, escarlatina, fiebre tifoidea, rubeola, meningitis cerebro espinal, fiebre recurrente y fiebre recurrente africana, que nos demuestran su espíritu de investigación clínica y de aprovechamiento, en bien de la medicina nacional, de sus cargos de Interno y de Epidemiólogo en el Lazareto de Enfermedades Infecciosas. El doctor Naranjo llama la atención sobre la gran hepatomegalia y el dolor vesicular que se observan en el 99% de nuestros enfermos, síntomas poco descritos en los textos, y que le han servido de punto de partida para la aplicación de la terapia peptonada; en el 10% de los casos ha podido observar parálisis transitorias, parciales o generalizadas y pérdida de la palabra, o ligera afonía, que no tardan en desaparecer. En nuestro medio hospitalario ha podido constatar la frecuencia de las siguientes complicaciones: bronconeumonías, neumonías, bronquitis, gangrenas pulmonares, formas laringeas de pericondritis, otitis, parotiditis, adenitis, flemones, flebitis, perinefritis y difteria. Al tratar de las formas laringeas de pericondritis nos dice: "complicación de características graves que termina frecuentemente con la asfixia del enfermo, haciéndola confundir tanto al clínico como al Laboratorista con Difteria; al Clínico, porque los síntomas de brusca presentación, rápido empeoramiento del estado general del enfermo, difícil respiración y verdadera asfixia llegan casi a identificarla con aquella. Al Laboratorista, porque los frotis de las numerosas pseudo-membranas y fuliginosidades que cubren la nasofaringe de estos enfermos, contienen en forma muy constante bacilos pseudo-diftéricos y flora bacteriana de lo más variada que pude hacer confundir con el bacilo de Loeffler". Esta complicación, según nuestro criterio, merece un estudio más detenido, si tenemos en cuenta, so-

bre todo, que dentro del mismo Lazareto, y, ahora, dentro del mismo Hospital de Aislamiento, funciona el servicio destinado para la atención de los diftéricos, atención encomendada a un personal subalterno que desconoce todo principio de asepsia, y que por ende la infección secundaria de los tifosos, tíficos, y de los demás enfermos con el bacilo de Löffler no es rara, como el doctor Naranjo mismo lo señala.

De sus conclusiones, me limitaré sólo a transcribir las dos últimas y eso también por constituir el primer tratamiento quimioterápico seguido en Quito; pues, las últimas conquistas alcanzadas, con la medicación antibiótica, ha hecho que la terapia peptonada en el tifus, pase a la historia, además de que su acción de choque y deprimente en el organismo constituía un peligro para el tifoso.

"11ª) — "El estudio comparativo de igual número de enfermos tratados por nuestro sistema y por la terapéutica habitual, nos da el siguiente resultado:

"Por la Terapéutica habitual el índice medio de mortalidad es en 500 enfermos, el 20%.

"Por la Terapéutica con la peptona, el índice de mortalidad en igual número de enfermos es del 10%.

"Es decir que se ha conseguido la baja de la mortalidad a la mitad; por lo tanto es muy bueno.

"12ª) — Resumiendo, dado nuestro medio ambiente, la situación económica de la mayor parte de nuestros enfermos atacados por Tifus, la sencillez y poco costo de este tratamiento, su inocuidad, la circunstancia de que contribuye a salvar el mayor número posible de esta clase de enfermos:

"El tratamiento del Tifus exantemático por la peptona es en Quito el más aconsejado hasta la presente". (61).

El 1º de agosto de 1944, por decreto ejecutivo, se promulgó el Código Sanitario vigente, Código que en lo referente a la "Profilaxis de las grandes endemias, especialmente tropicales" contiene los dos siguientes artículos en lo que se relaciona con el Tifus.

"Art. 62.—Se consideran endemias nacionales de interés preferente del Estado y con goce de prioridad en las asignaciones presupuestarias, las siguientes enfermedades que afectan

profundamente la economía nacional y el porvenir biológico de la raza ecuatoriana: malaria, anquilostomiasis, peste, fiebre amarilla, pian, tifus exantemático, rabia y fiebre tifoidea.

"Art. 63.—Con excepción de esta última mencionada, las otras endemias se combatirán mediante la organización en la Dirección General de Sanidad, de servicios o campañas nacionales, las que quedarán sujetas en su estructuración y funciones a reglamentos propios que se considerarán como parte íntegras de este Código". (62).

Por decreto ejecutivo, el 7 de agosto se expidió la ley de "Organización Estructural y Funcional del Servicio Sanitario Nacional y sus Dependencias", contemplándose en el Art. 5º la creación del "Servicio Nacional contra el Tifo Exantemático". (63).

Al entrar en vigencia estas dos leyes sanitarias, se organizó anexo a la Inspectoría de Sanidad de la Zona Central, el Servicio Nacional contra el Tifo Exantemático, Servicio que desde ese momento emprendió en la lucha contra esta enfermedad, tomando el carácter de campaña nacional y cuya Jefatura y organización corrieron a cargo del doctor Juan Vacacela, competente y distinguido profesional ecuatoriano.

Justo es dejar constancia que los proyectos de estas dos leyes fundamentales, que actualmente rigen la vida de nuestras instituciones de Salubridad Pública, fueron concebidas y redactadas por el doctor Atilio Macchiavello, internacionalmente conocido por su labor científica y sanitaria, y gracias a su asesoría y a las ejecutorias del Jefe del Servicio se pudo en el Ecuador emprender con relativo éxito en la campaña contra una de las enfermedades que desde varios siglos atrás, como hemos visto, ha venido provocando la muerte, la miseria y el exterminio humano en las incipientes poblaciones de la serranía ecuatoriana.

De los simples estudios especulativos se pasó a una activa y bien orientada campaña antitífica; se desechó una vez más el ocultismo y desde entonces se emprendió en la más franca divulgación del problema, se fomentaron las investigaciones epidemiológicas y se pusieron en práctica las medidas profilácticas más aconsejadas hasta esa época; pues, mediante un cuerpo de inspectores y de brigadas sanitarias, se investigaron los focos urbanos y rurales, se aislaron con carácter obligatorio los enfermos y sospechosos, se buscaron los casos ocultos, se estudiaron las cadenas de contactos, se determinó el índice pediculósico en el medio familiar, en las iglesias, escuelas y en todos los conglomerados.

dos humanos, se realizó la más intensa campaña de despiojamiento activo y pasivo, empleando para la desinsectización personal, los baños, las lociones antipediculósicas, etc., y para la desinsectización colectiva, el anhídrido sulfuroso, el ciano-gas, el calor húmedo, y se consignó estos datos en fichas epidemiológicas, fichas que por primera vez se introdujeron en el Servicio Sanitario Nacional.

Es así como mediante estas investigaciones se pudo descubrir en 1944 y sólo en la provincia de Pichincha 492 enfermos de tifus y se pudo estudiar con exactitud los caracteres epidemiológicos del brote de ese año, que se había iniciado ya en el mes de junio y que llegó a su máximo en el mes de octubre y noviembre. (64).

El número de tíficos reportados y la campaña de divulgación que emprendió el Servicio desde el mes de setiembre, inspiraron al doctor Alfredo Valenzuela a escribir, en octubre, su interesante artículo periodístico titulado "TIFUS IMPERAT" (65). He aquí algunos párrafos de esta interesante crónica.

"El tifus exantemático es conocido en España y fué conocido en todas sus colonias de Norte, Centro y Sud América, con el nombre propio de TABARDILLO, con el cual se designa todavía en la madre patria, en Chile y en México.

"El ilustre por uno y mil títulos, doctor Francisco Xavier de Santa Cruz y Espejo, lo conocía bien y en su Memoria sobre las viruelas, elevado ante el Gobierno de S. M. el Rey de España e Indias, hace mención de esta enfermedad, que era muy bien conocida por los médicos de esta ciudad en aquellos tiempos idos..... "Cuando tuvimos la ocasión de vivir en Quito por cuatro meses en el año de 1902, se nos pasaban por las narices los casos de tifus exantemático, lo mismo que a los demás colegas de esta Capital, confundidos con los casos de fiebre tifoidea. La palabra Tifus, que significa estupor, servía para designar varias enfermedades: la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla, apellidada tifus ictéricos y el tifus exantemático, que el público, el vulgo, denominaba tifus pintado.

"La diferenciación bien establecida por el doctor Espejo, había desaparecido, pero la enfermedad cundía lo mismo o quizá más que ahora, involucrada bajo el nombre de tifus o tifoidea.

"Tenemos la certidumbre de que el tifus exantemático ha existido en las poblaciones interandinas desde la época colonial y que por lo tanto la epidemia actual no debe causar tanto te-

mor. Ahora se la tiene miedo porque al fin la Sanidad la ha reconocido oficialmente, pero debemos saber que una gran parte de la población debe estar ya inmunizada, a través de los siglos transcurridos, lo que es un hecho indudable, que debe estudiar la Sanidad.

"La enfermedad es endémica hace un par de siglos, cuando menos, en la zona interandina, en toda la república y muy probablemente en todo el continente, desde Méjico hasta Chile.

"En la población indígena interandina, el piojo encuentra el desiderutum para su multiplicación y el virus, para propagarse indefinidamente por todos los siglos de los siglos. Sacramentalmente, deberíamos decir Amén, pero como, esta palabra significa "Así sea" y es todo lo contrario, nuestro deseo, nos abstemos de pronunciarla.

"El crecimiento vegetativo de la raza indígena es quizá sólo el 2 por ciento, nos decía un ilustrado agricultor que vive en Quito. El tifus exantemático, unido a otras plagas, entre ellas la Tb. y sobre todo, el aguardiente con que nosotros envilecemos y degeneramos a esa raza autóctona, que nos es tan útil, acabarán por exterminarla..."

Esta crónica del sabio Profesor, de un vistazo nos da a conocer la evolución del tifus a través de nuestra historia de la medicina, tan deficientemente estudiada o relegada por nosotros.

En 1944 se introdujo en el país la vacunación antitífosa, mediante el empleo de la vacuna Cox; sólo en la provincia de Pichincha, en dicho año se llegó a practicar 1.023 vacunaciones (64 N° 12, pág. 13).

1945.—En enero entró en vigencia el convenio con la República de Colombia para la protección de las regiones fronterizas contra la rabia, el pian, tifo exantemático y otras enfermedades transmisibles, de acuerdo con el siguiente articulado:

"1°—Los Gobiernos de Colombia y Ecuador se comprometen a crear Servicios Sanitarios dependientes de las respectivas autoridades nacionales de Higiene Pública, con capacidad para controlar la rabia, el pian, el tifo exantemático en cualquiera de sus formas y otras enfermedades infecto-contagiosas previamente convenidas, en las provincias limítrofes de ambos países.

"2°—Con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en este Convenio, los Gobiernos de Colombia y Ecuador establecerán medidas tendientes a mantener el control de dichas enfermedades en las zonas fronterizas de ambos países por intermedio de Ser-

vicios Sanitarios especializados. Se considerarán como tales los que cumplan los siguientes requisitos de organización y personal”.

El “SERVICIO DE PROFILAXIS DEL TIPO EXANTEMÁTICO” contemplaba el siguiente personal y organización:

“(a) Personal:

“Un Médico-Jefe.

“Un Inspector Sanitario por cada cantón o municipio de cada provincia o departamento limítrofe en que exista el tifo exantemático.

“Una brigada sanitaria por cada cantón o municipio de las provincias o departamentos afectados, compuesta por lo menos de dos auxiliares.

“(b) Facilidades de aislamiento, cuarentena y aseo:

“Facilidades para la hospitalización de enfermos de tifo incluyendo el transporte y los servicios de baño y desinfección.

“Facilidades para la búsqueda y la observación de los contactos por el tiempo necesario.

“Establecimiento de una Casa de Limpieza para la desinfección de contactos y otras personas, con el personal y servicios necesarios.

“Dotación de equipos ambulantes para limpieza y desinsectización.

“(c) Diagnóstico y medidas preventivas:

“Intensa campaña de despiojamiento general de la población acompañada de la respectiva campaña de educación sanitaria.

“Obligación de hacer la reacción de Weil-Félix y otras que fueran aceptadas por las respectivas autoridades sanitarias a todos los casos febriles sospechosos o no de tifo exantemático. Se aceptarán las mismas técnicas de laboratorio en ambos países.

“Obligación de practicar esta misma reacción en toda sangre que sea sometida a cualquier tipo de examen de laboratorio en instituciones oficiales o privadas. Estos resultados deben comunicarse oportunamente a las Autoridades Sanitarias.

“Instalación y dotación de un laboratorio capacitado para hacer investigaciones sobre tifo exantemático y otras rickettsia-

sis. No hay necesidad de que este laboratorio esté ubicado en la región fronteriza.

"Adopción de técnicas uniformes para la investigación de estas enfermedades a fin de que los trabajos sean comparables.

"(d) Cooperación y facilidades internacionales:

"Para Servicios de Sanidad de ambos países harán extensivas estas medidas al tifo murino en lo referente a la lucha contra ratas y pulgas y la posible adopción de la vacunación antitifosa en la población.

"Todas las medidas sanitarias para el control de tifosos y contactos, exámenes de laboratorio inclusive cepas y técnicas y para el desarrollo de la profilaxis en general, serán estandarizadas y reglamentadas de común acuerdo entre las Autoridades Sanitarias de los países contratantes". (66).

La circunstancia de haberse presentado algunos brotes de tifus en Ipiales y en otras poblaciones fronterizas de Colombia, como también en Tulcán y en algunas parroquias rurales del Carchi, el control de estos brotes se volvían prácticamente difíciles; se imponía por consiguiente un convenio internacional para poder realizar de común acuerdo dicha campaña, que beneficiaba a los dos países; si bien es cierto que con este convenio se consiguió orientar mejor la lucha antitifosa, pero desgraciadamente no se han llegado a cumplir hasta la presente todos sus postulados, que puestos en práctica rendirían óptimos resultados.

En el diario "El Comercio" (67), el doctor González Hidalgo publicó su artículo "Investigaciones sobre fiebre de montañas rocosas en el Ecuador"; el doctor González en este artículo asegura que dicha enfermedad "existe en algunas secciones de nuestros valles andinos", declaración que la hace fundándose principalmente en el exantema maculoso que presentaron los 6 casos sospechosos hospitalizados en el Lazareto de aislamiento de esta ciudad, y en las inoculaciones practicadas en cobayos y ratones con el contenido de ciertas garrapatas. Estos enfermos procedían de Pisquer (Carchi), Baños (Tungurahua) y de las siguientes localidades de la provincia de Pichincha: Quinche, Chilibulo, Chillos, Chiriaco, Quito y Pomasqui. El doctor González llegó finalmente a sentar esta "conclusión: Fundándose en las anteriores experiencias, fruto de 3 años de silenciosas e independientes investigaciones, afirmo que hay en el Ecuador fiebre de Montañas

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA

Rocosas y desde las columnas del "Comercio" denunció su existencia a las autoridades respectivas".

El doctor Juan Vacacela, Jefe del Servicio Nacional de Tifus", acogió tal denuncia, y procedió en primer lugar a realizar una revisión de las historias clínicas que resposaban en el Archivo del Lazareto, correspondientes a los pacientes considerados por el médico denunciante como casos con fiebre de las Montañas Rocosas, y del examen de dichos documentos nosocomiales llegó a deducir que tales pacientes habían presentado síntomas y signos muy característicos y seroaglutinaciones positivas de tifus clásico (68). Con respecto a dicha denuncia me permití también emitir en 1946 esta opinión: "se ha publicado un trabajo en la prensa de esta Capital, en el que se sostiene la existencia en la región interandina del tifus rocoso, región en donde no existen los ixodíneos del género **Amblyomma**, ni del género **Dermacentus**. En las regiones occidentales, en donde constituyen una verdadera plaga el **Amblyomma cajennense** y varias especies de tribitídeos, en cambio, es posible su existencia". (64, p. 11). En efecto, nosotros sabemos que la fiebre de las montañas Rocosas en Estados Unidos y la Fiebre Manchada de Sinaloa y Sonora en México son transmitidas por los ixodíneos **Dermacentor andersoni** y **Rhipicephalus sanguineus**, respectivamente, y que la Fiebre Petequial de Tobia en Colombia y el Tifo de Sao Paulo en el Brasil, que pertenecen al mismo grupo de rickettsiasis, son transmitidas por el **Amblyomma cajennense**; ahora bien, ninguno de estos vectores se los ha encontrado, hasta la presente, en la Región Interandina; pero no está por demás señalar que tenemos, en cambio, en toda esta región y especialmente en los valles, el **Ornithodoros furcosus** Neumann, especie propia del Ecuador; según las experiencias de los doctores Luis Mazzotti y Gerardo Varela (69) este argasídeo ecuatoriano "puede conservar el virus de la fiebre manchada de México cuando menos durante 345 días y que la infección puede transmitirse a los descendientes por lo menos a la primera generación"; pero que "los Intentos de transmisión por picadura, efectuados posteriormente con 13 de dichos descendientes han dado resultados negativos" (70). El doctor Alfredo Valenzuela (43, p. 323) expresó ya que "En la provincia del Guayas y en la de Los Ríos, hay colegas que opinan (y nosotros —dice— compartimos dicha opinión) por la existencia de una fiebre acompañada de exantema, análoga a la fiebre flu-

vial del Japón"; por otra parte el doctor Isaías Medina ha observado también en el Litoral formas atípicas de tifus que revisten las características de la fiebre manchada y que sospecha ser transmitida por un *Amblyomma*; pues, dada la abundancia de *Amblyomma cajannense* y de *Trombidideos* en las regiones selvosas del Litoral, hace posible la existencia de estas rickettsiasis en dichas regiones. En la provincia de Manabí, como veremos después (71), se han presentado brotes muy sospechosos de estas rickettsiasis.

El año de 1945 marca para el Ecuador una era de progreso en la lucha contra el Tifus Exantemático; pues, a mediados de ese año algunas casas comerciales comenzaron a introducir en el país pequeñas cantidades de D.D.T., y a fines de dicho año el doctor Juan Vacacela, Jefe del Servicio Nacional del Tifus, nos ofreció ya los primeros resultados de su aplicación y un programa de campaña de tifus a base de este insecticida; a este respecto escribió las siguientes palabras: "el descubrimiento del D.D.T. y su aplicación sistemática de acuerdo con el plan que a continuación expresamos, nos hace confiar que el índice de parasitación por el piojo y pulga disminuirá notablemente, lo que, como es lógico suponer, traerá una repercusión favorable en la baja de la incidencia del Tifus Exantemático". (71).

En 1945 se incrementó, por otra parte, la vacunación antitífosa con la vacuna Cox, llegando a recogerse importantes observaciones sobre el poder preventivo de esta vacuna, especialmente en la provincia del Carchi, gracias a la inteligente colaboración del doctor Fernando López Guerra, Jefe del Servicio en dicha provincia.

En el Informe del Servicio Nacional del Tifus presentado al Ministerio de Previsión Social anexo al de la Inspectoría de Sanidad de la Zona Central, encontramos interesantes datos de valor epidemiológico, recogidos de enero a octubre de 1945, y que por su importancia los resumimos a continuación:

El Tifus en las diferentes Provincias: Azuay 17 casos; Bolívar 4; Cañar 8; Carchi 13; Cotopaxi 32; Chimborazo 28; Imbabura 74; Loja 14; Manabí 55; Tungurahua 69; y Pichincha 199 casos. La exposición del Informe se divide: Tifus en Pichincha y Tifus en las demás provincias, mereciendo la primera un control y estudio más retenido por parte de dicho Servicio y de la Jefatu-

ra de Sanidad de Pichincha, razones por las cuales el número de casos viene a ser superior, especialmente en las ciudades.

Según los meses:

	Tifus en Pichincha		Tifus en las otras Provincias	
	Casos	%	Casos	%
Enero	23	11,55	26	8,27
Febrero	15	7,53	25	7,96
Marzo	20	10,05	16	5,09
Abril	27	13,56	37	11,78
Mayo	13	6,53	37	11,78
Junio	23	11,55	37	11,78
Julio	16	8,04	38	12,10
Agosto	37	18,59	52	16,56
Setiembre	9	4,52	33	10,50
Octubre	16	8,04	13	4,14
Total	199		314	

Según el sexo:

Hombres	90	45,22	171	54,50
Mujeres	109	54,77	143	45,50

Según las razas:

Blancos	51	25,62	...	.....
Mestizos	83	41,70	...	.....
Indios	65	32,66	...	.....

Según la procedencia:

Urbanos	121	60,80	...	.....
Rurales	78	39,20	...	.....

Según la edad:

1— 9 años	27	13,56	19	6,05
10—19 años	52	26,13	92	29,29
20—29 años (20-44) ..	12	46,23	96	30,57
30—39 años (45 y más)	12	6,03	70	22,29
40 y más años			37	11,73

Mortalidad: De los 513 casos controlados han fallecido 41, es decir el 8%, siendo hombres 26 (63,41%) y mujeres 15 (36,59%). De acuerdo con las edades de los pacientes se han obtenido estos datos:

1 a 9 años	2 defunciones = 4,87%
10 a 19 años	5 defunciones = 12,19%
20 a 29 años	7 defunciones = 17,19%
30 a 39 años	12 defunciones = 29,26%
40 y más años	15 defunciones = 36,58%

“Se ve por esto que el porcentaje de letalidad aumenta paralelamente con la edad; en cuanto al sexo hay letalidad mayor en el masculino”. (71). Estos datos tendrían mayor importancia si se hubiera unificado la estadística de los dos grupos. Se han omitido los índices de morbilidad por 1000 habitantes, que figurarán en dicho Informe, por haberse hecho a base de una población sólo calculada, y por entonces todavía no censada.

En el mes de octubre de 1945 tuvo lugar en México la **Primera Reunión Internacional del Tifo**; en dicha Reunión, el doctor Juan Antonio Montoya, Secretario de la Comisión Panamericana del Tifo, que personalmente se informó en Quito de nuestro problema, dió a conocer que las rickettsiosis en el Ecuador se encuentran distribuídas en las siguientes provincias: Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay, Loja y Guayaquil; habiendo anotado, además, estas incidencias: 1942: 398 casos y 67 defunciones; 1943: 347 C. y 44 D.; 1944: 652 C y 79 D. y 1945 (1/I—31/VIII): 406 C. y 32 D. (72).

En este mismo certámen internacional, el doctor Atilio Macchiavello, al exponer los “Aspectos Clínicos de las Enfermedades Rickettsiales” emite esta opinión sobre el Tifus en nuestro país: “En Ecuador no se ha hecho la delimitación exacta de las zonas endémicas, entendiéndose hoy como tales la sierra. Pero esto no es del todo efectivo. En Quito, Riobamba, Ambato, el tifo es bastante más grave que en el Perú”. (73).

La gravedad de las infecciones tíficas entre nosotros parece guardar relación con el factor racial; tuvimos oportunidad ya de anotar acerca de la benignidad de estas infecciones en el indio, lo siguiente: “De 432 enfermos clínica y serológicamente comprobados como tíficos, que se han internado en el Hospital de Enfermedades infecto contagiosas de la ciudad de Quito, desde el 1º de Junio de 1944 al 31 de Mayo de 1945, esto es durante un año, 101 han sido de la raza india o sea el 23,37%. Si consideramos el coeficiente de mortalidad de acuerdo con las razas observamos una gran diferencia a favor de la raza india, pues,

mientras el coeficiente de mortalidad en las demás razas consideradas conjuntamente, llega al 10,41%, la mortalidad en los indios asciende a lo mucho al 1,9% (74). Pero tampoco debemos olvidar nosotros que en algunas parcialidades indígenas se han presentado brotes de tifus con caracteres malignos, provocando en aquellas gran mortandad.

1946.—Por disposición de la Dirección General de Sanidad en enero de 1946 se investigó la efectividad del insecticida DDT. frente a la pediculosis en la parroquia de Alóag, que fué tomada como tipo de población rural de nuestro medio serraniero. La investigación corrió a cargo de la Jefatura Nacional contra el Tifus con la colaboración de la Jefatura Sanitaria de Pichincha. Fué la primera vez que en el país se hacía uso del D.D.T. en forma intensiva, con sujeción a normas demográficas y epidemiológicas que respaldaban la veracidad de los resultados. Se escogió la población de Alóag por condiciones climatológicas, higiénicas, sociales, etc. y principalmente porque en años anteriores y sobre todo en 1931 había sido azotada por algunos brotes de tifus exantemático, de acuerdo con las investigaciones anamnésicas llevadas a cabo. La población, que tiene unos 1.000 habitantes, fué estudiada previamente desde estos puntos de vista: situación geográfica, datos climatológicos, descripción de la parroquia, censo de la población, situación cultural, higiénica, situación económica, morbilidad y mortalidad, datos epidemiológicos, población murina, etc. Luego se procedió a realizar la detetización de la población y de sus vestidos durante tres semanas mediante un riguroso control. Por cuanto muchos de los datos que constan en el Informe de este trabajo sanitario revelan la realidad de nuestras poblaciones rurales frente a los problemas de la pediculosis y del tifus, transcribiré los datos de mayor importancia.

Costumbres higiénicas de los pobladores:

Baño:

Se bañan semanalmente, 825 personas; Mensualmente 249; No se bañan 43.

Lavado de ropa:

Número de piezas que se lavan: Diariamente 46.—Semanalmente 4.286.—Mensualmente 475.—Nunca, de una persona.

Ropas parasitadas:

(Examinadas en tres semanas) (con la aplicación del DDT.)

Semana	Ropa de vestir	Ropa cama	Parasitadas	No parasitadas
1ª	18.236	5.715	6.725	15.226
2ª	20.108	3.614	.....	23.722
3ª	16.819	3.505	.....	20.324
Totales	55.163	10.834	6.725	59.272

Índice de parasitación: (Humana)

Grado parasitación	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana
No parasitados	270	342	544
Poco parasitados	310	228	61
Medianamente id	159	110	5
Intensamente id	136	13	0
	65,66%	50,64%	10,28%

Durante las tres semanas se aplicó en 2.078 personas 19.179,94 gramos de D.D.T. con una inversión promedial de 9,23 gramos de substancia por persona y con un costo promedial de \$ 0,85. Y durante este mismo lapso, en 55.163 piezas de vestir se aplicó 44.782 gramos de D. D. T., invirtiendo 0,81 gramos por pieza y gastando un promedio de \$ 0,075. (76).

En esta Relación Cronológica no es posible consignar todos los valiosos datos obtenidos en este trabajo sanitario; recomiendo sí a los médicos del país interesados en el asunto y en especial a los altos funcionarios del actual servicio de sanidad, la lectura de dicho Informe y la realización de las labores sanitarias en el medio rural siguiendo el plan que tan buenos resultados nos dió en dicha parroquia; en ella no solo se llevó a cabo un fructífero trabajo de dedetización, sino que también se hizo una campaña sanitaria global y además una labor cultural y asistencial, de lo más efectiva.

En el año de 1946, gracias a la campaña intensa y bien orientada del Departamento Nacional contra el Tifus, esta rickettsiasis vino ya a ocupar un tercer plano entre las causas de mortalidad. Del Informe que el señor Jefe de la Campaña Nacional dió a conocer al Jefe de Sanidad de Pichincha, acerca de las labores realizadas por dicho Departamento en la Provincia de Pi-

chíncha durante el año de 1946, transcribiré los siguientes párrafos:

"Morbilidad 174 casos, letalidad 28 defunciones" (16%).
"Con motivo de los brotes epidémicos y de los casos reportados en esta provincia se ha realizado un trabajo intenso de Dedetización como puede apreciarse en los datos numéricos que siguen: "Dedetización en la provincia: ropas de vestir 2'481.556.— Ropas de cama 248.820.— Personas 145.860.— Habitaciones 4.001. Otras deditizaciones en Quito: de buses 2.827. De escuelas 104. De cuarteles 10. De hospitales 54. De mercados 27. De comedores populares 30. De casas posadas 24. De Asilos de mendigos y ancianos 29. De fábricas 15. De cárceles 18 y de Teatros 11.

"Control de casos Ocultos: N° de calles controladas 1.546. N° de casas controladas 26.169. Enfermos encontrados 4. Dentro de nuestro plan de acción sanitaria contra el tífus, tenemos en esta ciudad un servicio de desratización, cuyas actividades podemos resumirlas en las siguientes cifras: desratización en 1946: N° de ratas cazadas 14.903, clasificadas así: Mus noruegicos 5. 828. Mus alexandrinus 4.075. Mus rattus 323. Ratones 4.677.

"Para terminar, cabe anotar —nos indica el doctor Juan Vacacela Gallegos, Jefe Nacional contra el Tífus Exantemático— que todos los casos que son identificados como tífus exantemático, tienen sus respectivas comprobaciones serológicas, mediante la prueba de Weil-Félix". (77).

En una publicación posterior (84) el doctor Vacacela trató más ampliamente sobre el trabajo de dedetización y más labores desarrolladas en el país durante el año de 1946 por la Jefatura Nacional contra el Tífus. Los siguientes datos de morbilidad y mortalidad nos está indicando que a pesar del empleo del DDT, el tífus exantemático hace todavía sus estragos en el Altiplano.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR TIFUS EXANTEMÁTICO EN 1946.

		Defunciones.
Carchi	78 casos	4
Imbabura	38 casos	5
Pichincha	174 casos	28
Cotopaxi	64 casos	1
Tungurahua	127 casos	8
Chimborazo	171 casos	3
Bolívar	63 casos	0
Azuay	69 casos	4
Cañar	80 casos	7
Lola	24 casos	1
Manabí	2 casos	0
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Total	890 casos	61
	<hr/>	<hr/>

“Lo que da una letalidad de 6,9% aproximadamente”.

Mientras la campaña de despiojamiento, los estudios clínicos y las investigaciones epidemiológicas del tifus exantemático habían tomado incremento en Quito y las investigaciones bacteriológicas, en Guayaquil, en la ciudad de Cuenca la atención de los médicos se había dirigido en el sentido de estudiar principalmente el comportamiento de algunas reacciones de Laboratorio frente a los sueros sanguíneos de tíficos. El doctor Francisco Lillo C. principia señalando que la reacción de Kahn Standard es positiva en el 68% de los sueros de enfermos con tifus exantemático, siendo la reacción de Verificación, en cambio, negativa en todos los casos. Sus conclusiones estaban basadas en el examen de 47 sueros (78). Separándose de esta corriente de investigaciones de Laboratorio, que se había iniciado, el doctor Máximo López Vilca (79), emprende en estudios clínicos y epidemiológicos del Tifus en Cuenca, viniendo a completar con las seroaglutinaciones, los interesantes trabajos de los doctores Augusto Aguilera (30) y José María Astudillo (20), que durante un cuarto de siglo no habían tenido, allí, continuadores.

1947.—En las V Jornadas Médicas celebradas en Quito en febrero de 1947, en conmemoración del Bicentenario del nacimiento de Francisco Javier de Santa Cruz y Espejo, el doctor

Juan Vacacela Gallegos presentó un interesante estudio sobre "El Tifus Exantemático en nuestra Población Infantil". Por contener valiosas informaciones epidemiológicas y clínicas, que deben ser conocidas por nuestros médicos, transcribiré algunos párrafos y las conclusiones de este trabajo.

"En el estado endémico de una población como sucede en nuestra meseta interandina, se encuentra siempre, además de los casos claramente diagnosticados de la enfermedad, individuos con síntomas muy ligeros, casos frustrados, que en ocasiones llegan a no presentar ningún signo, constituyendo estos hechos, factores desconocidos de propagación, por tratarse de una infección inaparente.

"Existe la creencia en nuestro medio, que el tifus exantemático es una enfermedad que siempre se exhibe en forma dramática y con caracteres de malignidad, que siempre se denuncia por su exantema típico; que nunca faltan los trastornos nerviosos. Nada más falso y peligroso que mantener este criterio.

"En presencia de un pirético, con un cuadro clínico tranquilo, carente de exantema y de síntomas nerviosos llamativos, rara vez se piensa en el tifus exantemático; y si se llega a este diagnóstico es porque el Laboratorio ha proporcionado tal sorpresa.

"Agréguese a ésto que, según estudios epidemiológicos hechos por Brill, esta infección carente de síntomas, puede durar muchos meses; y se ha demostrado que la enfermedad puede aparecer, o mejor dicho, reaparecer después de muchos años de latencia, en un cierto número de individuos; lo que quiere significar que estos portadores sanos, serían los reservorios de virus más peligrosos que podrían ser el punto de partida de focos epidémicos insospechados.

"El investigador Marre afirma que la infección tífosa es una infección preinmunizante, es decir, una infección en la cual la inmunidad está ligada a la presencia del germen en el organismo. Si en razón de una insuficiente alimentación o de fatigas excesivas, el equilibrio inmunitario de un individuo anteriormente infectado de tifus se rompe, el virus libre invade de nuevo el torrente circulatorio; los síntomas de la enfermedad aparecen; la infección de los piojos de que son portadores se efectúa y el ciclo epidémico recomienza.

"Esta sería una de las explicaciones de los silencios del tifus, que suelen existir durante algunos meses en las poblaciones

infectadas" y, nosotros añadiríamos, de su reaparición y virulencia después de los terremotos, sequías, guerras y de otras calamidades sociales.

"Si nos familiarizamos mejor con el cuadro clínico del tifus en el niño; si tenemos presente que en el niño, el tifus es silencioso y benigno; si recordamos que el exantema en el niño tífico, no es un atributo constante, no sería extraño constatar que la incidencia de esta enfermedad en nuestra población infantil, tenga una cifra que sorprenda nuestra atención.

"El tifus exantemático en el niño tiene un comienzo poco ruidoso, siendo los síntomas dominantes: escalofrío, cefalea, raquialgía, dolores articulares, inyección conjuntival y alza térmica. Es decir una sintomatología que también se observa en otras clases de infecciones, motivo por el cual, el diagnóstico clínico es difícil establecerlo en su comienzo.

"Mas tarde el cuadro morboso es igualmente pobre en signos y síntomas; no existiendo ninguna característica de la enfermedad, los signos de inflamación bronquial son caso constantes.

"Como puede apreciarse en el historial clínico, el exantema rara vez se observa en el niño tífico; y cuando existe, es tan escaso y discreto, que es menester buscarlo con atención.

"La curva febril, no tiene ninguna tipicidad. A veces el ascenso es brusco; otras lento. El tipo de la fiebre es continuo con ligeras remisiones matinales; y el descenso se realiza ya en crisis, ya en lisis.

"Los síntomas nerviosos son discretos; y no tienen la dramaticidad que se observa en el adulto.

"En general, la evolución de la enfermedad es corta y benigna; siendo su duración variable de siete días, hasta catorce como máximo, excluída la convalecencia.

"He aquí las razones, por las que un diagnóstico de tifus en el niño, sin el apoyo del laboratorio, es una tarea muy difícil; y es muy explicable, que se confunda esta infección con otras que se observan corrientementé durante la infancia.

"Por las razones expuestas, creemos que la infección tífosa en la infancia del hombre interandino tiene tal frecuencia, que solamente ella puede explicar la ausencia en nuestras serranías de brotes epidémicos devastadores, si consideramos que el piojo, vector de la enfermedad, es el compañero inseparable de nuestra población pobre e inculta,

"Si nuestros indígenas se han inmunizado en su infancia contra el tifus, por haberlo padecido un gran porcentaje, es lógico que no debemos esperar epidemias asoladoras como las que se describen en otros tiempos y en otros países, donde no se desenvolvía esta inmunización espontánea".

CONCLUSIONES:

- "1) —El tifus en nuestros niños es una enfermedad bastante frecuente. Su incidencia en la provincia de Pichincha, corresponde a un 24,1% del total de tíficosos.
- "2) —El diagnóstico clínico del tifus en el niño es difícil, por la ausencia de una sintomatología específica; razón por la que, la prueba de Weil-Félix, no debe omitirse en ningún caso obscuro acompañado de piroxia.
- "3) —El cuadro morbo en nuestros niños, es discreto y poco llamativo: acompañado de un buen estado general.
- "4) —El exantema es un fenómeno raro en el tifus de nuestro medio infantil.
- "5) —La evolución del tifus en el niño es corta y benigna; no siendo raro los casos frustrados e inaparentes.
- "6) —En nuestro medio, el niño afecto de tifus constituye un factor epidemiológico importante, pero ignorado; y que por tanto, escapa a las medidas profilácticas.
- "7) —Creemos que nuestros médicos deben pensar con mayor frecuencia en el tifus exantemático, frente a un niño pirético.
- "8) —El 30% de los escolares sujetos a la intradermoreacción, han padecido alguna rickettsiosis.
- "9) —El 28% de estos mismos escolares, son francamente susceptibles al tifus exantemático.
- "10) —La frecuencia del tifus en el niño explica la inmunización progresiva de la población en general; y por tanto, la ausencia epidemias en la población adulta." (80).

El estudio original está acompañado de 20 historias clínicas, asistidos en el Servicio de Aislamiento de enfermedades infecto contagiosas de esta Capital.

El doctor Vacacela en su artículo "Campaña contra el Tifus Exantemático. Servicio de Dedetización exhibido en cifras" nos da a conocer el trabajo de dedetización realizado en Pichincha y en las demás provincias de la Región Interandina durante el año de 1946, analizando las malas condiciones higiénicas de los buses, cuarteles, hospitales, mercados, comedores populares, hospicios y casas de ancianos, cárceles, escuelas y poblaciones rurales, y recalando sobre la conveniencia de practicar sistemáticamente la dedetización a fin de combatir el alto índice de pediculosis que se observa en los conglomerados humanos de nuestra región serraniega. (81). La dedetización realizada en cerca de medio millón de personas y en algunos millones de ropa de vestir y de cama y en algunos millares de habitaciones, nos hace apreciar el gran volumen de trabajo que tiene la Jefatura Nacional contra el Tifus Exantemático, y a la vez nos vuelve optimistas en el sentido de que este flagelo de nuestras poblaciones interiores, llegará, tarde o temprano, a extinguirse, o por lo menos a ser fácilmente combatido.

En marzo de 1947, el Gobierno del Ecuador suscribió con el del Perú un convenio sanitario con el objeto de establecer una mayor colaboración en materia de salud pública. He aquí los considerandos y acuerdos.

"Considerando:

1) — Que la peste continúa siendo una seria amenaza para ambos países: que entorpece el comercio y tránsito internacional por la frontera terrestre; y que los problemas de control de la peste son semejantes en ambos lados de la frontera;

2) — Que otras enfermedades infecto-contagiosas, susceptibles de propagarse a través de las fronteras de los dos países signatarios, existen o pueden existir, en las zonas fronterizas, como son la viruela, el tifo exantemático, la bartonelosis, la lepra, la enfermedad de Chagas, las fiebres recurrentes, la fiebre amarilla, el pian, el mal de Pinto, el esquistosomiasis, la leishmaniosis, el paludismo y otras; y

3) — Que el control adecuado de estas enfermedades puede ser alcanzado por medios y métodos uniformes en los dos lados de la frontera;

Acuerdan:

a) —El mejoramiento en el control y la ampliación en los estudios de la peste en las áreas fronterizas del Perú y del Ecuador;

b) —El estudio y control de otras enfermedades transmisibles y capaces de ser propagadas a través de las fronteras de los países signatarios; y

c) —La enseñanza e intercambio del personal técnico de los países signatarios".

En cuanto al **Tifo Exantemático** en dicho Convenio se estipuló lo siguiente:

"Art. 10.—Organizar campañas intensivas de desinsectización mediante el empleo de DDT o sucedáneos superiores.

"Art. 11.—Recomendar el uso de vacunas tipo Cox u otra similar, debidamente comprobada por las Autoridades Sanitarias, cuando la inmunización por la vacuna está indicada, extendiéndose el respectivo certificado a las personas que viajen, entre zonas endémicas exclusivamente, y que, a juicio de esas Autoridades, representen un peligro potencial de propagación del Tifo Exantemático.

"Art. 12.—Establecer certificados de desinsectización para las personas procedentes de zonas endémicas o sospechosas de ser portadores, y sus enseres personales, los que tendrán la validez de un mes.

"Art. 13.—Establecer la diferenciación de cepas entre el Tifo histórico y murino, mediante procedimientos científicos comprobados.

"Art. 14.—Intensificar campañas contra el Tifo murino". (82).

Con la subscripción de este convenio, el Ecuador vino, pues, a completar la campaña antitífosa internacional por sus dos principales fronteras, desgraciadamente sólo en terreno de la teoría, ya que muy poco se ha hecho aunando prácticamente los esfuerzos para la campaña con los dos países vecinos.

En este mismo año el Dr. Agustín Landívar presentó a la Facultad de Medicina de Cuenca su tesis "La Melanofloculación de Henry y la Prueba del agua como método diagnóstico del tifo exantemático", prueba que, como lo sabemos, fué propuesta y recomendada en 1927 por el Dr. Henry para el diagnóstico

del Paludismo y aceptada universalmente con tal fin. El Dr. Landívar, a igual que E. Agasse-Lefront, encontró esta reacción positiva en el 97, 52% de los casos de tifus exantemático, dando en esta rickettiasis una "floculación intensísima y de insólita rapidez, tramada entre sí; y que, al romperse con un ligero movimiento, deja en libertad enormes flóculos" (83).

En este año, el Dr. Juan Vacacela G. introdujo en la quimioterapia antitifosa nacional el empleo de ácido Paraaminobenzoico, substancia ensayada en 1942 por Syder, Maier y Anderson en la curación del tifo murino experimental de los ratones blancos y utilizada con éxito, en el Cairo, por Yeomans, Snyder, Murray, Zarafonetis y Ecke en el tratamiento del tifus humano.

1948.—Durante todo este año no se realizó en el país ninguna clase de investigaciones, ni aparecieron publicaciones que merezcan tomarse en cuenta.

1949.—El Dr. Agustín Landívar da a publicidad en la ciudad de Cuenca su interesante opúsculo titulado "La Formolfloculación de Landívar. Nuevo Método Diagnóstico del Tifus Exantemático. Otras Reacciones". Me limitaré a transcribir sus principales conclusiones y los aspectos de mayor interés de su "Resumen y porcentaje de los casos estudiados":

"CONCLUSIONES:

"1—La **Formolfloculación de Landívar es una reacción de laboratorio** para el diagnóstico del tifus exantemático, consiste en la floculación de un fracción euglobulínica del suero tifofo, por acción del reactivo formolado, en condiciones experimentales apropiadas.

"2—La Formolfloculación se muestra positiva desde el comienzo de la infección en la siguiente forma: del primero al cuarto día de comenzado la infección en un 80%; del cuarto al octavo día: el 97,5%; del octavo al décimo sexto día: el 100%; del décimo sexto a los treinta días: el 100%, y más de treinta días en el 96%.

"3—En 233 reacciones realizadas en tifosos, 213 casos han sido positivos y 20 negativos.

"8—La especificidad de la Formolfloculación es enorme, ya que sólo he podido obtener reacciones positivas en los casos de tifus endémico epidémico. Siendo negativa en otras rickettsiosis transmitidas por garrapatas (según informe del doctor Alcívar),

quien ha realizado muchas pruebas en enfermos de rickettsiosis de Guayaquil, y siempre ha obtenido resultados negativos.

"16—La reacción de Weil-Félix se muestra positiva desde el cuarto día de enfermedad, mientras que la Formolfloculación puede encontrarse positiva desde el segundo día de enfermedad, aumentando a fines de la primera semana, siendo el 100% positiva a fines de la segunda semana, disminuyendo durante la convalescencia en oposición a la reacción de Weil-Félix, que se comporta de modo contrario.

Se han omitido los demás numerales porque son más bien explicaciones técnicas.

Por los conocimientos que hasta el momento se tienen del tifus de Guayaquil, sabemos que la mayoría de los casos corresponden al tipo clásico, tanto por los trabajos realizados por el doctor Macchiavello, como por investigaciones llevadas a cabo en México con sueros enviados del Instituto Nacional de Higiene; el doctor Macchiavello ha encontrado casos muy contados de tifus murino; las rickettsiosis transmitidas por garrapatas son consideradas como **probables**, pero científicamente no han sido hasta ahora demostradas. Otra aclaración que nos permitimos hacer es en lo relativo a la designación de "antígeno" que da el autor a la solución formolizada y neutralizada con sosa, pues, se trata de un **reactivo** que no reúne las condiciones de antígeno.

"Resumen y porcentaje de los casos estudiados.

"b)—Las reacciones de Widal se han mostrado negativas en 202 casos. Las 18 restantes han sido positivas; 13 casos menores al 1/80; 4 positivas al 1/100 y una positiva al 1/150.

"La reacción de Weil-Félix ha sido positiva en todos los casos, y nos ha servido de comprobación del diagnóstico clínico.

Formolfloculación.— En 120 casos de tifus exantemático se ha obtenido 120 reacciones positivas. . ."

"c)—**Reacciones de Henry.**—La reacción de Henry ha sido efectuada en 120 casos de tifus exantemático, con un porcentaje total de 97,52%. . ."

"Del primero al cuarto día de enfermedad se presentan positivas el 25%. Del cuarto al octavo día el 80,48%. Del octavo

al décimo sexto día el 93,07%. Del décimo sexto al trigésimo día el 97,37%. Más del trigésimo día el 84,61%.

"ch) —**Reacción de Wolff.**—Esta reacción ha sido efectuada en 120 casos de tífus exantemático con un 94,14% de positividad."

"Del primero al cuarto día de enfermedad se presenta positivas un 20%. Del cuarto al octavo día el 75,06%. Del octavo al décimo sexto día el 89,24%. Del décimo sexto al trigésimo el 91,3%. Más del trigésimo día el 84,61%.

"d) —**Prueba del agua destilada.**—Esta reacción ha sido efectuada en 120 casos de tífus exantemático, con un 90% de positividad."

"Del primero al cuarto día de enfermedad: 20%. Del cuarto al octavo día: 70,75%. Del cuarto al décimo sexto día: 88%. Del décimo sexto al trigésimo día: 90%. Más de treinta días: 84,61%.

"e) —**Formol-gel o Reacción de Gate y Papacostas.**— Esta reacción ha sido practicada en 37 casos, con un porcentaje de positividad total del 81,9%.

"f) —**Reacción de Takata Ara.** Se ha efectuado en 38 sueros tíficos, con un porcentaje de positividad del 71,2%.

"g) —**Reacción Standard de Kahn.**—Esta reacción ha sido efectuada en 57 casos de tífus exantemático, dando un porcentaje de positividad del 70,2%, que es mayor en los primeros días de infección, disminuyendo en la segunda semana y negativizándose en la convalecencia.

"i) —**En las tifo-paratíficas:** en 94 sueros examinados, 94 formolfloculaciones negativas, 94 reacciones de Henry negativas, 94 reacciones de Wolff negativas y 94 pruebas de agua negativas".

La reacción de la **formolfloculación** de Landívar, según mi criterio, puede ser utilizada en los Laboratorios a falta de antígeno OX19; no he tenido la oportunidad todavía de comprobar su sensibilidad y su valor específico; pero tratándose de una prueba en la cual se utiliza un reactivo inespecífico, es de esperar que la formolfloculación resulte también positiva en otras infecciones.

El doctor Landívar, al comprobar que las reacciones de Henry, Wolff, Prueba del agua, reacción de Formol-gel, de Kahn, etc., se comportan positivas en el tifus, ha contribuido con sus luces a la interpretación clínica de estas reacciones, que también van perdiendo su valor específico. Con la reacción de Wassermann tenemos, pues, un ejemplo muy claro de la pérdida de su especificidad que ha venido sufriendo a través de los tiempos, pese a la introducción de nuevas técnicas.

1950.—El Dr. Jorge Rodríguez Cornejo presentó a la Facultad de Medicina su tesis doctoral "El Acido Paraminobenzoico en el Tratamiento del Tifus Exantemático". Como capítulos previos el doctor Rodríguez estudió en su tesis:

2º—El Tifus exantemático en el Ecuador. Generalidades y Datos epidemiológicos. a) Definición.—b) Recuento histórico.

3º—Epidemiología en Quito.

4º—Etiología.— Clasificación de las fiebres exantemáticas.

5º—Cuadro clínico frecuente en nuestro medio:

6º—Diagnóstico, pronóstico, profilaxis.

7º—Tratamiento. a) Tratamiento inespecífico: 1) Tratamiento General, 2) Tratamiento sintomático y 3) Tratamiento de las complicaciones; b) Tratamiento específico: 1) Inmunoterapia y 2) Quimioterapia.

8º—El ácido paraminobenzoico. Datos farmacológicos. Acción contra el Tifus Exantemático.

CONCLUSIONES.

"1ª—La mortalidad del Tifus Exantemático en Quito, está en relación con las formas clínicas.

"2ª—Durante el año de 1949, se han registrado un 86% de formas clínicas que podríamos llamar corrientes y un 14% que podríamos denominarlas graves. Mientras en las primeras no se registran defunciones, en las segundas un 71% son mortales.

"3ª—Como la mayoría de las formas clínicas corresponden a las corrientes, que evolucionan a la curación espontáneamente, ha dado lugar a los aparentes éxitos de la quimioterapia.

"4ª—El ácido paraminobenzoico no es capaz de bajar la mortalidad con respecto a los índices ordinarios.

"5ª—Tampoco disminuye en forma apreciable la duración del período febril.

"6ª)—No ha podido apreciarse bajo la administración del ácido paraminobenzoico atenuación de los síntomas ni menor incidencia de las complicaciones.

"7ª—En la actualidad, creo, no debe recomendarse su aplicación en el tratamiento del Tifus Exantemático, sin embargo de ser prácticamente atóxico a las dosis corrientes, una vez que se dispone en la actualidad de la aureomicina, cuya eficacia ha quedado definitivamente establecida".

El doctor Rodríguez ha hecho en unos pocos casos el estudio comparativo del ácido paraminobenzoico con la aureomicina y con el cloromycetín, obteniendo con estos antibióticos resultados muy alagadores.

Por tratarse de datos oficiales, que pueden darnos una idea, aproximadamente, sobre la mortalidad del tifus en el país, consigno a continuación las cifras de fallecimientos por Tifus Exantemático, proporcionadas por la Dirección General del Registro Oficial, en una década, de 1939 a 1949.

DEFUNCIONES POR TIFUS EXANTEMATICO EN EL ECUADOR De 1939 a 1949.

Años	EIDADES EN AÑOS										M.Total			
	Menos de 1	1-4-5	9-10	14-15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65	0 V.				
1939	—	5	4	—	1	—	—	—	—	—	7	3	10	
1940	1	6	7	1	2	1	2	1	—	2	—	10	13	23
1941	3	7	1	—	6	3	15	2	3	4	—	24	20	44
1942	1	11	7	2	7	17	15	8	9	3	3	47	36	83
1943	—	2	1	2	2	13	9	2	4	2	2	23	17	40
1944	5	8	8	5	10	18	18	14	8	3	—	56	41	97
1945	4	3	2	3	10	3	11	6	4	4	—	31	19	50
1946	1	5	3	5	11	11	17	22	6	7	—	54	34	88
1947	—	2	2	2	7	10	6	2	5	3	—	25	14	39
1948	—	1	2	2	7	9	6	3	2	1	—	16	17	33
1949	—	2	1	1	8	7	6	4	1	4	—	21	13	34
Totales	15	52	38	23	71	92	105	64	42	33	5	314	227	541

Según este cuadro, se nota que se ha registrado un aumento de la mortalidad en los años de 1944 a 1947, período que concuerda con el mejor control que se hizo del tifus en toda la Sierra ecuatoriana, conforme se puede apreciar en el texto de este trabajo. Se han expuesto ya las razones por las cuales la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas en general han aparecido en ciertos períodos administrativos del Servicio Sanitario Nacional, más bajos de lo son en realidad.

Si tomamos en cuenta la letalidad en los tres años mejor controlados, en los cuales se han registrado 227 defunciones, y si tenemos en cuenta por otra parte, que más o menos la mortalidad por tifus exantemático corresponde a un 10% de la morbilidad, podemos ya calcular el número de casos por esta rickettsiasis que se han reportado en el país durante los tres años, que da un total de 2.270 y un promedio anual de 756 enfermos.

Si tenemos presente que desde 1582 existió, con certeza, el tabardillo entre nosotros, podemos también calcular el número de casos y de defunciones por esta enfermedad habidas en el país hasta 1949; en el transcurso de 367 años, sólo con tifus exantemático han enfermado 277.452 ecuatorianos y han muerto 27.745, teniendo que hacer la advertencia que en los años de 1944 a 1947, los brotes de tifus exantemático no han revestido los caracteres de malignidad ni la difusión que alcanzaron a tener en tiempo de la Colonia y durante el siglo XIX de vida republicana, y haciendo la advertencia también que en ese período de los tres años, la campaña del despiojamiento y las demás medidas sanitarias adoptadas contra el tifus, por su intensidad, adquirieron relieves nunca vistos, hasta entonces, en la historia de la Salubridad Pública Nacional.

He aquí la Relación de una de las enfermedades pestilenciales que más ha diezclado la población de la Sierra ecuatoriana. Siguiendo en la investigación histórica un camino, un tanto largo, oscuro y tortuoso, se ha tratado de ofrecer a los médicos y sanitarios del país, en forma lo más documentada, una información útil y completa, en lo que ha sido posible. Esta pequeña monografía histórica está confeccionada con los relatos y estudios que a través de los siglos nos han dejado cronistas,

geógrafos, naturalistas y médicos. En dicha confección yo no he puesto sino el hilo, procurando aprovechar y coordinar ese material abundante, variado y disperso, para ofrecer una obra ajustada a la realidad de los hechos y de conformidad con el tiempo. Soy el primero en reconocer que su lectura resulte, hasta cierto punto, monótona y llena de ajenas contradicciones; pero ante la necesidad de respaldar esta Relación con el mayor número de pruebas, he tenido que intercalar capítulos enteros de cosecha ajena. Más abrigo la confianza de que los interesados en este problema encontrarán en ella no sólo una información bibliográfica, sino también una recopilación sintética de todos los datos, artículos, tesis, folletos, etc. que se han escrito en el país y fuera de él sobre Tifus Exantemático en el Ecuador.

BIBLIOGRAFIA SOBRE EL TIFUS EXANTEMATICO EN EL ECUADOR CITADA EN ESTE TRABAJO

- 1) —PHELIPE GUAMAN POMA DE AYALA. 1584-1614. El Primer Nueva Coronica y Buen Gobierno. (Escrita entre 1584-1614). La Paz (Bolivia). 1944.
- 2) —DANIEL EDUARDO LAVORERIA. 1902. **El Arte de Curar entre los Antiguos Peruanos**. Anales de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima. Tomo XXIX, págs. 159-255. Lima. Perú.
- 3) —GUALBERTO ARCOS. 1933. Evolución de la Medicina en el Ecuador. Quito.
- 4) —CHRISTOBAL DE MOLINA. 1573. Relación de las fábulas y ritos de los Incas. Manuscrito.
- 5) —SANCHO PAZ PONCE DE LEON. **Relación y Descripción de los Pueblos del Partido de Otavalo**. Relación Geográfica de Indias. Tomo III, pág. 109. Madrid. 1897.
- 6) —DIEGO RODRIGUEZ DOCAMPO. 1650. **Descripción y Relación del Estado Eclesiástico del Obispado de San Francisco de Quito**. Relación Geográfica de Indias. Tomo III, Apéndice, págs. CXVI-CXVII. Madrid. 1897.
- 7) —TORIBIO DE ORTIGUERA. 1571-1581. **Jornada del Río Marañón con todo lo acaecido en ella y otras cosas notables dignas de ser sabidas acaecidas en las Indias Occidentales**. (Escrita de 1571-1581?). En "Historiadores de Indias". Tomo II, cap. XIII. pág. 327. Madrid. 1909.
- 8) —ANONIMO. 1573. **La Ciudad de San Francisco de Quito**. Relación Geográfica de Indias. Tomo III. Págs. 96-97 Madrid. 1897.
- 9) —PABLO HERRERA Y ALCIDES ENRIQUEZ. 1916. Apunte Cronológico de las Obras y Trabajos del Cabildo o Municipalidad de Quito. Tomos I y II. Quito.
- 10) —JUAN DE VELASCO. 1842. Historia del Reino de Quito en la América Meridional. Tomos I, II y III. Quito.
- 11) —JUAN DE VELASCO S. J. 1788. Historia Moderna del Reyno de Quito y Crónica de la Provincia de la Compañía de Jesús del mismo Reyno. Tomo I. Años 1550-1685. Ed. Biblioteca "Amazonas". Vol. IX. Pág. 312. Quito, 1941.
- 12) —FEDERICO GONZALEZ SUAREZ. 1890-1891. Historia General de la República del Ecuador. 7 tomos. Quito.
- 13) —ANTONIO DE ULLOA Y JORGE JUAN. 1748. Relación Histórica del Viaje a la América Meridional. Tomos I y II. Madrid.
- 14) —BARON A. DE HUMBOLDT. 1827. Ensayo Político sobre la Nueva España. Tomo IV. Libro V. Págs. 156-157. París.
- 15) —FRANCISCO EUGENIO XAVIER DE SANTA CRUZ Y ESPEJO. 1788. **Reflexiones Acerca de las Viruelas**. Escritos del

- doctor Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo. Tomo II, Págs. 387-388. Quito. 1912.
- 16) —GUALBERTO ARCOS. 1939. Prólogo a "Reflexiones sobre el Contagio y Transmisión de las Viruelas por el doctor don Francisco Xavier de Santa Cruz y Espejo. Pág. XXX. Quito.
 - 17) —ACADEMIA ECUATORIANA CORRESPONDIENTE DE LA REAL ESPAÑOLA. 1892. Antología Ecuatoriana. Poetas. **El P. Juan Bautista Aguirre**, págs. 8-9. Quito.
Juan Bautista de Aguirre, S. I. Poesías y Obras Oratorias. Breve Diseño de las Ciudades de Guayaquil y Quito. En esta Obra se ha suprimido las estrofas, que en la Antología hacen relación con la pediculosis. Clásicos Ecuatorianos. Vol. III. Quito. 1943.
 - 18) —ALEJANDRO DE HUMBOLDT. 1799. **Geografía de las Plantas, o Cuadro Físico de los Andes Equinociales**. En "Semanaario de la Nueva Granada" por Francisco José de Caldas. Tomo II. pág. 129. Bogotá.
 - 19) —ABEL VICTORINO BRANDIN. 1826. **De Quito, De su Decadencia. Voto por su Regeneración. De la Pacibilidad de su Temperamento**. De las Influencias de los Diferentes Climas del Universo sobre el Hombre y en particular de la Influencia de los Climas de América Meridional. Pág. 100. Lima.
 - 20) —JOSE MARIA ASTUDILLO. 1921. **El Tifus en el Ecuador**. Tesis doctoral. Archivos de la Facultad de Medicina de Quito. Quito.
 - 21) —LINO CARDENAS. 1888. **Observaciones de Higiene Local**. Anales de la Universidad de Quito. Serie II N° 13. Págs. 689-690. Quito.
 - 22) —NICANOR MERCHAN. 1931. **Breves Apuntaciones sobre la Medicina del Azuay y en los últimos cien años**. Memorias del II Congreso Médico Ecuatoriano. Pág. 590. Guayaquil.
 - 23) —TEODORO WOLF. 1892. Geografía y Geología del Ecuador. Pág. 409. Leipzig.
 - 24) —LEON BECERRA. 1912. Informe de la Dirección de Sanidad Pública. Año 1912. Sección Estadística. Pág. XVII. Guayaquil.
 - 25) —ANTONIO C. PEREZ. 1913. Observaciones Clínicas tomadas en el Hospital de San Juan de Dios. Quito.
 - 26) —LEON BECERRA. 1916. Informe que presenta el Director General de Sanidad Pública. Años de 1915-1916. Págs. 16 y XX. Guayaquil.
 - 27) —BOLETIN SANITARIO N° 1. 1915. Quito.
 - 28) —LUIS ESPINOSA TAMAYO. 1917. Contribution a l'Etude de la Géographie Médicale et des Conditions Hygiéniques de la République de L'Equateur. Págs. 36-37 y 65. Laussane.
 - 29) —MANUEL MALO CRESPO. 1920. **Estudio Bacteriológico de las Infecciones Tíficas en el Azuay**. Memorias del II Congreso Médico Ecuatoriano. Págs. 551-556. Guayaquil.

- 30) —AUGUSTO AGUILERA C. 1920. **Tifus Exantemático**. Tesis Doctoral. Archivos de la Facultad de Medicina de Cuenca. Cuenca. (Cita del doctor Agustín Landívar U.)
- 31) —A. J. VALENZUELA. 1921. **Breve resumen sobre la patología médica ecuatoriana y su distribución geográfica**. Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas. N° 13. Pág. 117. Guayaquil (De Enero de 1922).
- 32) —BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. 1924. Año III. N° 4. Pág. 103. Washington.
- 33) —BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. 1924. Año III. N° 7. Pág. 209. Washington.
- 34) —PABLO ARTURO SUAREZ. 1927. Informe al Ministro del Ramo, correspondiente al año de 1926 y al primer cuatrimestre de 1927. Pág. 19. Quito.
- 35) —LUIS M. CUEVA. 1928. Informe que presenta el Director de Sanidad Pública de la Zona del Litoral, al señor Ministro de Previsión Social y al Director General de Sanidad, sobre los trabajos sanitarios realizados en 1927. Cuadro F. Guayaquil.
- 35 a) —LUIS M. CUEVA. 1930. **Guayaquil, Puerto Limpio de Clase A**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 9. N° 12. Pág. 22. Washington.
- 35 b) —JORGE ILLINGWORTH ICAZA. 1932. **Informe Anual**. Boletín Sanitario. Año II. N° 6 y 7. Pág. 84. Quito.
- 35 c) —A. J. VALENZUELA. 1934. **La República del Ecuador y su patología**. Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas. Año XXV. Vol. XIV. N° 9. Pág. 354. Guayaquil. Traducido de Archiv fur Schiffs und Tropen Hygiene Pathologie und Theraphie Exotischer Krankheiten.
- 36) —JORGE CORREA H. 1936. **Ligeros Apuntes para la Patología Ecuatoriana**. Revista "Sistole". Año II. N° 6. Págs. 40-45. Quito.
- 37) —JUAN ANTONIO MONTALVAN. 1938. **Informe que la Delegación del Ecuador presenta a la X Conferencia Sanitaria Panamericana, de las Labores Sanitarias Desarrolladas en la República durante los últimos años**. Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana. Pág. 810. Bogotá.
- 38) —JUAN ANTONIO MONTALVAN. 1938? El Ecuador ante la X Conferencia Sanitaria Panamericana. Pág. 7. Guayaquil.
- 39) —TERCERA CONFERENCIA DE DIRECTORES DE SANIDAD. 1940. Quito.
- 40) —ALFREDO J. VALENZUELA. 1939. **Breve resumen sobre la patología médica ecuatoriana y su distribución geográfica**. Revista de la Universidad de Guayaquil. Año X. Número 2. Pág. 338. Guayaquil.
Reproducido en: "Clínica Médica", del doctor Alfredo J. Valenzuela. Vol. I. Pág. A 10. Guayaquil. 1946.

- 41) — EGBERTO GARCIA. 1940. **La reacción de Weil-Félix en las fiebres exantemáticas.** Revista de las Fuerzas Armadas (Dedicada al servicio Sanitario Militar). Año II. Nº 6. Págs. 27-42. Quito.
- 42) — JUAN FRANCISCO ORELLANA. 1940. **Contribución al Estudio Clínico y Experimental del Tifus Exantemático en Quito.** Revista de las Fuerzas Armadas. (Dedicada al servicio de Sanidad Militar). Año II. Nº 6. Págs. 5-26. Quito.
- 43) — ALFREDO J. VALENZUELA. 1940. **Tifus Exantemático.** Revista de la Universidad de Guayaquil. Año X. Nº 2. Págs. 305-328. Guayaquil.
Reproducido en:
Revista de la Asociación Médica de Cuenca. Año I. Nos. 3-4. Págs. 18-36. Cuenca.
"Clínica Médica", del doctor Alfredo J. Valenzuela. Vol. I. Págs. G-1 a G-24. Guayaquil. 1946.
- 44) — LUIS ENRIQUE ORTEGA. 1940. **Comprobación de la Existencia del Tifus Exantemático en la Provincia de Pichincha.** Tesis doctoral. Archivos de la Facultad de Medicina de Quito.
Publicada la primera parte en: Revista Médica de la Asociación Médica de Quito. Año II. Nº 4. Págs. 17-21. Quito. 1940.
- 45) — LEOPOLDO IZQUIETA PEREZ. 1942. Informe que el señor Director General de Sanidad presenta al señor Ministro del Ramo, acerca de las labores desarrolladas entre los meses de Abril a Diciembre de 1941 y de Enero a Abril de 1942. Ver: **Defunciones ocurridas en Guayaquil en el bienio 1940-1941. Clasificadas según sus Causas.** Numeral 39. Guayaquil.
- 46) — LEOPOLDO IZQUIETA PEREZ. 1941. Informe que el señor Director General de Sanidad Presenta ante el señor Ministro del Ramo, acerca de las labores desarrolladas entre los meses de Abril a Diciembre de 1940 y de Enero a Abril de 1941. Pág. 10. Guayaquil.
- 47) — CRISTOBAL GONZALEZ H. 1941. **Aparición y Desarrollo del Tifus Exantemático en Quito.** Boletín del Ministerio de Previsión Social. Nº 8. Págs. 130-132. Quito.
- 48) — DIRECCION DE SANIDAD. 1941. Cartilla Sanitaria. **El Tifus Exantemático.** 3 págs. Talleres Tip. "Chimborazo". Quito.
- 49) — DIRECCION DE SANIDAD. 1942. Cartilla Sanitaria. **El Tifo Exantemático.** 4 págs. Tifo. "Chimborazo". Quito.
Reproducida en: Boletín del Ministerio de Previsión Social Nº 10. págs. 132-134. Quito. 1942.
- 50) — C. GONZALEZ HIDALGO. 1942. **Campaña contra el Tifo Exantemático.** Boletín del Ministerio de Previsión Social. Nº 11. Págs. 59-62. Quito.

- 51) —LEOPOLDO IZQUIETA PEREZ, ATILIO MACCHIAVELLO Y LEWIS W. HACKETT. 1942. **Informe de los Delegados ante la XI Conferencia Sanitaria Panamericana de Río de Janeiro. 1942.** Boletín del Ministerio de Previsión Social. N° 12. Págs. 29-30. Quito. 1943.
- 52) —C. CRISTOBAL GONZALEZ HIDALGO. 1943. **El Tifus Exantemático en el Ecuador.** Conferencia sustentada en la Universidad Central el 2 de Diciembre de 1942 en conmemoración del "Día Panamericano de la Salud". Opúsculo de 27 páginas. Quito.
- 53) —CH. 1943. **La identificación de la Cepa "Quito" del tifus exantemático (Virulentísima) ha quedado definitivamente comprobada.** "El Comercio". N° 13.529 del 7 de Enero. Quito.
- 54) —J. A. CEVALLOS LARREA. 1943. **Investigación de la Rickettsia en el Tifus Exantemático Local.** Tesis doctoral. Archivos de la Facultad de Medicina de Quito. Quito.
- 55) —ALFONSO MORAN E. 1943. **La Reacción de Weil Félix en las Enfermedades Infecciosas.** Tesis doctoral. Archivos de la Facultad de Medicina de Quito. Quito.
- 56) —C. GONZALEZ HIDALGO. 1943. **El Tifo Exantemático en Ecuador.** "El Comercio". N° 13753 del 22 de agosto. Quito.
- 57) —ATILIO MACCHIAVELLO. 1944. **El Tifo Exantemático en el Ecuador. I. Estudio experimental de cepas aisladas en el Ecuador Interandino.** Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical. Año (Vol.) I. N° 1. Págs. 3-16. Guayaquil. Reproducido en: Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XII. N° 12. Págs. 694-709. Bogotá. 1944.
- 58) —ATILIO MACCHIAVELLO. 1944. II. **Sobre Supuestos casos de Tifo Exantemático en Guayaquil.** Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical. Año (Vol.) I. N° 1. Págs. 17-26. Guayaquil.
- 59) —ATILIO MACCHIAVELLO Y DANIEL URIGUEN. 1944. III. **Investigaciones sobre la existencia de Tifo murino en Guayaquil.** Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical. Año (Vol.) I. N° 1. Págs. 27-32. Guayaquil.
- 60) —V PAN AMERICAN CONFERENCE OF NACIONAL DIRECTORS OF HEALTH. 1944. (April 22-27). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 25. N° 11. Pág. 994. Washington. 1946.
- 61) —CARLOS V. NARANJO MONCAYO. 1944. **El Tifus Exantemático en Quito y su Tratamiento por la Peptona.** Tesis doctoral. Archivos de la Facultad de Medicina de Quito.
- 62) —CODIGO SANITARIO. 1944. Registro Oficial. Año I. N° 78. Págs. 678-679. Quito.
Reproducido en: Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical. Año (Vol.) 2. N° 1-4. Pág. 147. Guayaquil.

- 63) —ORGANIZACION ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL SERVICIO SANITARIO Y SUS DEPENDENCIAS. 1944. Registro Oficial. Año I. Nº 80. Pág. 702. Quito.
Reproducido en: Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical. Año (Vol. 2. Nº 1-4. Pág. 167. Guayaquil.
- 64) —LUIS A. LEON 1944-1945. **Control de las Enfermedades Infecto-contagiosas en la Provincia de Pichincha durante los años de 1944-1945.** Boletín de Sanidad. Año II. Nº 8. Págs. 10-11. Quito, 1946.
- 65) —A. J. VALENZUELA. 1944. **Tifus Imperat.** "El Comercio" Nº 14.160, del 2 de Octubre. Quito.
- 66) —CONVENIO DE LAS REPUBLICAS DE COLOMBIA Y ECUADOR PARA LA PROTECCION DE LA SALUD PUBLICA. 1945. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 24. Nº 7. Págs. 598-599. Washington.
- 67) —C. GONZALEZ HIDALGO. 1945. **Investigaciones sobre Fiebre de las montañas rocosas en el Ecuador.** "El Comercio" Nº 14.341, del 1º de abril. Quito.
- 68) —JUAN VACACELA GALLEGOS. 1945. **Supuesta Identificación de la Fiebre de las Montañas Rocosas.** "El Día" Nº 11.249 del 4 de abril. Quito.
- 69) —LUIS MAZZOTTI Y GERARDO VARELA. 1946. **Conservación Experimental del Virus de la Fiebre Manchada en Ornithodoros furcosus.** Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Tomo VII. Nº 1. Págs. 13-15. México.
- 70) —LUIS MAZZOTTI Y MA. TERESA OSORIO. 1947. **Observaciones sobre la Biología de Ornithodoros furcosus Neumann.** Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Tomo VIII. Nº 1. Págs. 57-62. México.
- 71) —JUAN VACACELA GALLEGOS. 1945. **El DDT en la profilaxia contra el Tifus Exantemático.** Boletín de Sanidad de la Zona Central Nº 1. págs. 9-11. Quito.
- 72) —INSPECTORIA TECNICA DE LA ZONA CENTRAL. 1945. **Labores de la Jefatura Nacional de Profilaxia del Tifus Exantemático.** Boletín del Ministerio de Previsión Social Nº 16. págs. 135-142. Quito.
- 73) —JUAN ANTONIO MONTOYA. 1945. **Datos sobre la Distribución e Incidencia de las Rickettsiosis en las Américas.** Trabajo auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana. Primera Reunión Interamericana de Tifo. págs. 57-67. México. 1947.
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 25. Nº 5. Págs. 394-402. Washington. 1946
- 74) —ATILIO MACCHIAVELLO. 1945. **Aspectos Clínicos de las Enfermedades Rickettsiales.** Primera Reunión Interamericana de Tifo. Pág. 365. México. 1947.

- 75) —LUIS A. LEON. 1946. **Breves Consideraciones sobre la Patología del Indio en el Ecuador.** Cuestiones Indígenas del Ecuador. Pág. 243. Quito.
- 76) —JUAN VACACELA GALLEGOS. 1946. **Primer ensayo de dedetización contra la Pediculosis en la Sierra Ecuatoriana.** Boletín de Sanidad de la Zona Central. Año I. N° 4. Págs. 3-25. Quito.
- 77) —JUAN VACACELA GALLEGOS. 1947. **Informe del Departamento contra el Tifus acerca de las labores realizadas en la Provincia de Pichincha durante el año de 1946.** Quito. (Inédito).
- 78) —FRANCISCO LILLO CABESON. 1946. **Estudios de la Reacción de Verificación de Kahn en las Enfermedades Tropicales e Infecciones en General.** Universidad de Cuenca.
- 79) —MAXIMO LOPEZ VILCA. 1946. **Tifus Exantemático en Cuenca.** Universidad de Cuenca. (Cita del doctor Agustín Landívar).
- 80) —JUAN VACACELA GALLEGOS. 1947. **El Tifus Exantemático en nuestra Población Infantil.** Trabajo presentado a las V Jornadas Médicas de Quito.
Publicado en :
Boletín de Sanidad de la Zona Central. Año III. N° 5. Págs. 8-22. Quito. 1947.
"Papeles Médicos". Año I. N° 2. Quito. 1947 (El aspecto inmunológico del problema y la estadística de la intradermoreacción dada a conocer en el trabajo anterior).
- 81) —JUAN VACACELA GALLEGOS. 1947. **Campaña contra el Tifus Exantemático. Servicio de Dedetización exhibido en cifras.** Boletín de Sanidad de la Zona Central. Año III. Nos. 1 y 2. Págs. 50-54. Quito.
- 82) —CONVENIO SANITARIO CELEBRADO ENTRE ECUADOR Y PERU. 1947. Boletín del Ministerio de Previsión Social. N° 19. Págs. 187-193. Quito.
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 26. N° 6. Págs. 481-485. Washington. 1947.
- 83) —AGUSTIN LANDIVAR. 1947. **La melanofloculación de Henry y la prueba del agua como método de Diagnóstico del Tifus Exantemático.** Tesis doctoral. Universidad de Cuenca.
- 84) —JUAN VACACELA GALLEGOS. 1947. **Labores Desarrolladas en el año de 1946 por el Servicio Nacional del Tifus.** Boletín de Información Sanitaria. Año I. N° 1. Págs. 2-3. Guayaquil.
- 85) —AGUSTIN LANDIVAR. 1949. **Formolfloculación de Landívar. Nuevo Método Diagnóstico del Tifus Exantemático. Otras Reacciones.** Cuenca. 1949.
- 86) —JORGE RODRIGUEZ CORNEJO. 1950. **El Acido Paraminobenzoico en el Tratamiento del Tifus Exantemático.** Tesis doctoral. Archivos de la Facultad de Medicina. Quito.
Quito, 25 de octubre de 1950.

NOTA DE LA DIRECCION

Conocido por escaso número de estudiosos, el libro de MM. GAYRAUD Y DOMEK titulado «LA CAPITAL DEL ECUADOR BAJO EL PUNTO DE VISTA MÉDICO-QUIRÚRGICO», citado por Arcos, Paredes Borja y Tobar Donoso, no ha sido traducido del francés sino en una quinta parte.

Para el conocimiento de la evolución de la enseñanza médica en el Ecuador, el estado de la medicina ecuatoriana en 1873 y la iniciación de una nueva época de nuestra Historia Médica, el libro de M. M. Gayraud y Domek es de singular importancia, siendo muy oportuna la publicación de la versión española que va a publicar en un volumen de 300 páginas, con abundantes ilustraciones, el Dr. Virgilio Paredes Borja, Catedrático de Anatomía Descriptiva de la Universidad Central, quien ha venido ocupándose en anteriores y conocidos estudios de Historia de la Medicina Ecuatoriana.

En el Preámbulo se encuentran datos sobre la enseñanza de la medicina en Quito a la venida de los Profesores franceses, traídos por el Presidente García Moreno para modernizar la enseñanza médica (1873), el Plan de Estudios Médicos que encontraron y el que formularon, la edificación del Anfiteatro de la Cátedra de Anatomía en las calles García Moreno y Morales, que a la fecha todavía resiste al tiempo y en él se sigue explicando la asignatura, pese a los 77 años que han transcurrido; la modernización de los estudios y técnicas quirúrgicas. Es impresionante el Capítulo III que trata de «La lepra en Quito», seguido de un estudio epidemiológico e histórico de la enfermedad.

La Dirección de esta Revista se complace en dar a conocer a sus lectores una parte, muy reducida por cierto, de la obra de MM. Gayraud y Domec, en la seguridad de que les será interesante y provechosa, a la vez que amena, como todo lo francés.

Y quedemos esperando la publicación de la obra completa, en la versión española que nos ha^d prometido el Profesor Paredes Borja.

A nombre de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, a nombre del traductor, y en el nuestro, hacemos presente nuestro profundo reconocimiento al Excelentísimo señor Ministro de Relaciones Exteriores de la República Francesa, al Excelentísimo señor Ministro de Francia en el Ecuador, M. Henrriot, al señor Decano de la Facultad de Medicina de París, al señor Bibliotecario en Jefe de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de París, Dr. A. Hann, y al señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central Dr. Miguel Angel Arauz, por sus valiosas gestiones, que permitieron que la Dirección General de Relaciones Culturales de la Cancillería francesa obsequiara, a la Biblioteca de nuestra Facultad, el micro-film de la obra de los distinguidos Profesores franceses, haciendo posible su traducción al español, ya que ningún ejemplar de la edición francesa única se conserva entre nosotros.

E. GAYRAUD

D. DOMEZ

61.91
T. 2.86

Exposición y S. de la Facultad de Medicina

La Capital del Ecuador bajo el punto de vista Médico-Quirúrgico

PARÍS 1886

Traducido del francés por el Dr. Virgilio Paredes Borja, Catedrático de Anatomía Descriptiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, según la UNICA EDICIÓN de C. A. COCCOZ, Librero Editor.—Calle de la Antigua Comedia.—París.—1886.

PREAMBULO

En el mes de agosto del año 1873, acepté, después de largas dudas, a trasladarme a la capital del Ecuador para cumplir, con autorización del Ministro de Instrucción Pública, una misión tan honrosa como difícil. El fin de mi viaje, que debería durar tres años, está claramente indicado en el artículo primero de mi contrato, concebido en los siguientes términos: «M. Gayraud toma con el Gobierno de la República del Ecuador el compromiso de trasladarse a Quito, Capital de dicha República, para hacer los cursos de Cirugía, dirigir los de Anatomía en la Facultad de Medicina, dirigir los Hospitales y ejercer la Cirugía haciendo todas las operaciones quirúrgicas; en una palabra, ayudar al Gobierno a desarrollar y mejorar el ejercicio de la Cirugía y de todo lo que se relaciona con tratamiento y curación de enfermedades de toda naturaleza, de acuerdo con el Gobierno, que deberá seguir sus consejos e instrucciones.

M. Gayraud tendrá el título de DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE QUITO y será Cirujano en Jefe de los hospitales».

«IV.—Si las circunstancias exigen que M. Gayraud se adjunte de uno o muchos ayudantes, él se entenderá con el Gobierno. «Esta promesa, que M. Fourquet, Consejero General, afirmaba debe ser prontamente realizada, me decidió a emprender una travesía que haríame parecido sin ello sobrepasaba a mis fuerzas.

En ese momento, la Facultad de Medicina de Quito, en la que sería Decano, estaba regida por la Ley Orgánica de Instrucción Pública promulgada el 24 de octubre de 1863, en la primera Presidencia de García Moreno y por el Reglamento General de Estudios dictado por el Consejo General de Instrucción Pública, el 23 de diciembre de 1864. Según este Reglamento, el número de profesores estaba fijado en cuatro, encargados de enseñar: el primero Anatomía Descriptiva, acompañando demostraciones sobre cadáveres de Hospital, y Anatomía General, el segundo Fisiología, Higiene y Cirugía; el tercero Patología General, Semiología, Etiología, Nosología, Anatomía Patológica, Medicina Legal, Toxicología y Obstetricia; y por fin el cuarto, Terapéutica, Materia Médica, Clínica y Farmacia. La enseñanza de Química y Botánica estará a cargo de los profesores de la Facultad de Ciencias. La Física se supondrá suficientemente conocida de los alumnos después de la recepción de sus títulos de bachillerato en Ciencias. Desde esta época, una modificación de gran importancia había separado la Cirugía de la Fisiología y de la Higiene, para adjuntarla a la Anatomía.

Los estudios médicos durarán seis años: primer año, Anatomía Descriptiva, acompañada de disecciones, Anatomía General y Química Inorgánica; segundo año, Fisiología, Higiene y Química Orgánica; tercer año, Patología General, Etiología, Semeyótica, Nosología, Anatomía Patológica, Organografía y Fisiología Botánicas; cuarto año, Terapéutica y Materia Médica, Taxonomía y Fitografía Botánicas; quinto año, Clínica Interna y primer curso de Cirugía; sexto año, segundo curso de Cirugía, Medicina Legal, Toxicología y Obstetricia. Durante el cuarto año, los alumnos deben tomar lecciones prácticas de Farmacia en una de las oficinas de la capital. Los de quinto año deben asistir a las lecciones

prácticas de medicina dictadas por el cirujano y el médico del Hospital de San Juan de Dios.

El programa no carecía de amplitud, mas tenía el defecto capital de reservar una parte muy pequeña a los estudios prácticos. En realidad, estos eran casi nulos. Los alumnos de primer año asistían a algunas disecciones y las lecciones clínicas se reducían a nada. Las salas de Cirugía estaban bien provistas de enfermos, mas no se hacían operaciones de urgencia, y se carecía de arsenal de instrumentos los más usuales, que los alumnos jamás habían visto. Mi primer cuidado fué terminar con un estado de cosas perjudicial a la enseñanza. Gracias a las órdenes dictadas por el Gobierno, adquirí antes de partir una colección completa de instrumentos de Cirugía y obras de esta ciencia. «Robert et Collin» recibieron la autorización de proveerme de todo lo que les pidiera; es decir que yo iba lo más bien provisto posible. Llevaba hasta las sustancias medicamentosas que creía útiles para el servicio clínico.

Desde mi llegada, reconocí que las precauciones tomadas eran justificadas, pues me hubiese sido imposible conseguir lo que necesitaba en la capital del Ecuador. El Presidente de la República, convencido como yo de la necesidad de estudios prácticos de Anatomía, hizo construir inmediatamente, al lado del Hospital y con los planos que yo le proporcioné, un gran Anfiteatro donde los alumnos, en los que inmediatamente aprecié celo e inteligencia, pudiesen diseccionar cómodamente. En algunos meses estuvo terminado, y los cadáveres del Hospital, conservados por los procedimientos químicos, suministraron suficiente material para las disecciones cotidianas. Poco después, en mayo de 1974, tuve la satisfacción bien grande de colocar a la cabeza de este servicio al doctor Domec, uno de los internos más distinguidos del Hospital San Eloy de Montpellier, agraciado por el Gobierno del Ecuador en calidad de Profesor de Anatomía y autorizado a conseguir en Francia todos los instrumentos y aparatos necesarios para el estudio de Anatomía e Histología. Entonces me fué posible consagrarme especialmente a la enseñanza de Cirugía. Junto con el curso teórico establecí lecciones

clínicas muy seguidas para los alumnos, felicitándome de ver practicar un gran número de operaciones que hasta entonces les eran desconocidas. El resto, frecuentes ejercicios de medicina operatoria que les fueron impuestos a fin de completar su educación quirúrgica.

Esto no fué sino una parte de la tarea que había aceptado. En la intención del Presidente, la medicina debía sufrir una reforma general. Conforme su deseo, preparó un nuevo reglamento, destinado a poner la enseñanza médica en relación con las exigencias de la ciencia moderna. Entre otras reformas, obtuve que los profesores siempre fuesen nombrados por concurso y que su número sea llevado a siete. Las cátedras se repartieron de la siguiente manera: 1º. Anatomía, 2º. Fisiología, 3º. Patología General y Anatomía Patológica, 4º. Terapéutica, Materia Médica e Higiene, 5º. Medicina Interna, 6º. Patología Quirúrgica o Externa, 7º. Medicina Legal y Obstetricia.

A causa de la importancia que han tomado los estudios Fisiológicos, se decidió que el profesor de Fisiología sea elegido en Francia, y nuestro recordado decano, M. Bouisson, recibió del Cónsul General del Ecuador una petición sobre este objeto. Con el fin de no aumentar los gastos, dejé a los profesores de Patología Médica y Quirúrgica el encargo de dirigir los estudios clínicos en el Hospital, y los que debían agregarse en calidad de Médico y Cirujano en Jefe. Los profesores de Botánica y de Química de la Escuela Politécnica o Facultad de Ciencias, quedaron así encargados de la enseñanza de estos ramos de la Ciencia Médica, a los que hice adjuntar la Física, muy importante para ser abandonada a partir del bachillerato.

Lo más difícil no estaba en obtener que fuera aumentado el número de profesores. Faltaba sobre todo imponer a los cuerpos de enseñanza la obligación de hacer verdaderas lecciones preparadas con cuidado, y no, como pasaba, comentarios sobre un texto aprendido y recitado por los alumnos. En 1873 se comentaba el TRATADO DE PATOLOGIA de Roche y Sanso, es decir, como eran insuficientes los conocimientos exigidos de los alumnos, se pedía por tanto una cantidad de trabajo

considerable. Esta nueva reforma fue admitida por el Presidente, del que obtuve la creación de un cuarto número de puestos de agregados, concedidos por concurso. En el primitivo proyecto no debía haber más que tres agregados: uno en la sección de Anatomía y Fisiología, uno en la sección de Medicina y uno en la sección de Cirugía, encargados de suplir a los profesores y completar su enseñanza. Se convino que este número sería lo más pronto posible llevado a siete, a fin de que cada cátedra tenga un agregado que reemplace las funciones de profesor adjunto. En esta forma, se encontraría asegurado el reclutamiento del profesorado.

A fin de estimular el celo de los alumnos fueron creados en los Hospitales los puestos de Internos y Jefes de Clínica, Ayudantes de Anatomía, un Proceptor y un Jefe de Trabajos Anatómicos, estuvieron encargados de asistir al profesor de Anatomía y supervigilar los trabajos de la Escuela Práctica de Anatomía y de Operaciones Quirúrgicas, que ya obtuve su creación. Aun más, con el fin de impedir que los alumnos eludan la nueva ley, el Presidente resolvió reclamar la supresión de la Facultad de Cuenca, la que no contaba sino con tres profesores, o más bien dicho, tres repetidores encargados cada uno de la enseñanza de las materias en dos años de estudios.

La reforma de la enseñanza médica iba a ser completa, y, gracias a la inteligencia del Presidente, no tenía sino que formular mis deseos para verlos realizados en la medida de los recursos económicos de la República. García Moreno había concebido el proyecto de erigir en el centro de la capital un verdadero monumento que serviría para instalar definitivamente a la Facultad de Medicina, hasta entonces relegada en una mala casucha, arrendada a particulares. El mensaje presidencial que debía leer a la apertura del Congreso, el 10 de Agosto de 1875, se expresa en estos términos: «La enseñanza en las Facultades Universitarias y especialmente en la Escuela Politécnica (equivalente a nuestra Facultad de Ciencias) da cada año resultados satisfactorios. La de Medicina que ha sufrido notables mejoras será definitivamente reorganizada en estos días,

y si ordenáis que para esta Facultad se construya un edificio conveniente, sin el que su instalación completa es imposible, llegará a ponerse a la altura que debe tener en el estado actual de la ciencia». Para todos los que conocen la saludable influencia ejercida hasta entonces por el Presidente en las desiciones del Congreso, la adopción de todos estos proyectos no ofrecían ninguna duda. Así, después de dos años de trabajos preliminares, esperaba, en el último año de mi permanencia en Quito, ver cumplida esta capital reforma.

Desgraciadamente, unos días antes de la reunión del Congreso, el 6 de agosto de 1875, García Moreno cae herido por sus asesinos, y su muerte, verdadera calamidad pública, deja suspendidas las mejoras proyectadas en todos los ramos de la administración. Para nosotros, era evidente que después de la elección presidencial, nuevos estudios se harían necesarios y podría ser que ningún proyecto sería ya aceptado. En estas condiciones, mi presencia no era de utilidad. Deseoso de entrar en Francia, yo conseguí hacer comprender a Francisco Xavier León, Vicepresidente de la República hasta las próximas elecciones, que el nombramiento del Dr. Domec para la cátedra de Cirugía y un puesto de Cirujano en Jefe del Hospital aseguraría la continuidad de nuestra obra. Gracias a su alta influencia, el Consejo de Estado, encargado de la administración de los negocios públicos, acuerda, el 13 de septiembre de 1875, en los términos más lisonjeros, su reconocimiento por los servicios prestados a la juventud ecuatoriana, la autorización de dejar la capital, en la que había recibido de todos una amable acogida.

Desde aquella época han estallado numerosas revoluciones en este desgraciado país, que marchaba a paso de gigante en la vía del progreso, bajo el fecundo impulso de aquel que Wiener, Cónsul de Francia en Guayaquil, denominó EL BUEN GENIO DEL ECUADOR. El Dr. Domec debía también abandonar su partida luego de algún tiempo.

Si todos los proyectos de García Moreno no pudieron realizarse, nos queda por lo menos la satisfacción de haber asegurado la institución definitiva de los estudios prácticos de Anatomía y Cirugía y haber iniciado-

toda una generación médica en los procedimientos científicos que ignoraba completamente. Son nuestros discípulos, que actualmente ocupan las cátedras de la Facultad de Medicina, y los concursos a los cuales deben su nombramiento, quienes han dado la medida que debían rendir a la Enseñanza Superior. Estamos seguros que, gracias a ellos, Francia será largo tiempo aún la inspiratriz de los programas de la juventud ecuatoriana.

De acuerdo con el Dr. Domec, resolvimos publicar las NOTAS MEDICO-QUIRURGICAS recogidas durante nuestra permanencia en ese país, aún poco conocido; una parte de este trabajo había ya aparecido en el *Montpellier Médical*, cuando circunstancias imprevistas nos obligaron a suspender la publicación. Mi excelente amigo y colaborador, encargado de enseñar primero Anatomía, después Medicina Operatoria y Enfermedades Sifilíticas en la Facultad de Medicina libre de Lille, se dedicó a la atención de sus numerosas ocupaciones. Muy pronto su salud ocasiona serias inquietudes a sus amigos, que lo convencen de tomar un necesario reposo. Cediendo a sus insistencias, consiente en volver a la capital del Ecuador, en la que el clima podía ejercer en él una saludable influencia. Mas, nuestras esperanzas no debían realizarse, y si nuestros temores, en apenas pocos meses, en que debía sucumbir a los progresos de aquella fatiga cerebral que parece ser la triste compañera de las inteligencias de élite. Para satisfacer un deseo frecuentemente expresado, he reunido en un solo volumen las Memorias aparecidas y aquellas elaboradas en común, en esta obra, desgraciadamente incompleta, que presento hoy a mis lectores.

Bajo la forma de Apéndice, adjunto a esta publicación un trabajo de mi recordado colaborador sobre el envenenamiento de Monseñor Checa por estricnina, y tres memorias personales basadas en observaciones recogidas en Quito. Una de ellas es una Relación Médico-legal de verdadero interés histórico, pues contiene todos los detalles relativos al asesinato y autopsia del ilustre Presidente que nos asoció a la gran obra de regeneración de su país.

Montpellier, 25 de mayo de 1886.

GINECOLOGIA

Dr. EDUARDO YEPEZ V.

Profesor Agregado de Clínica
Ginecológica

Ginecología - Esterilidad

El Diagnóstico Etiológico de la Esterilidad Femenina

Nos place abordar este tema por dos razones primordiales: la primera su esencia misma, y la segunda la finalidad a que él se dirige, - descubrir la causa ó causas que están determinando la esterilidad en la mujer - para, cuando es posible, tratar de suprimirlas quitando así el obstáculo que impide que la mujer llene la suprema función a ella encomendada, la de ser madre.

Hay también razones secundarias que nos han impulsado a presentar estos primeros casos de diagnóstico etiológico de la esterilidad femenina; éste es un problema que debe ser enfocado en totalidad, tratar de hacer el diagnóstico de la esterilidad por medio de exámenes o comprobaciones aisladas es un verdadero absurdo técnico; hacer lo que tan frecuentemente se hace - administrar, mejor dicho, abusar de la terapéutica hormonal en todo caso de esterilidad - es una sinrazón que aparte de no ser beneficiosa para la paciente, cuando la indicación no es adecuada, le puede ser grandemente perjudicial.

El diagnóstico etiológico de la esterilidad es por sí complejo, pero no imposible, requiere material técnico apropiado por una parte y por otra requiere la cooperación decidida de la paciente, cooperación que nace ya sea del convencimiento que el médico ha podido llevar a su paciente ó del anhelo de concebir que le hace afrontar a la mujer toda molestia en actitud esperanzada.

Mal haremos en tener una visión parcial del problema si al mismo tiempo que existe una cervicitis puede

haber un bloqueo tubario o puede haber una disfunción tiroidea o un ciclo monofásico o un error de inseminación, todas, causas de esterilidad que si bien en algún caso puede existir una sola de ellas, con más frecuencia existen varias de ellas concomitantemente. Y qué justificación podría tener la terapéutica hormonal si la causa de esterilidad es, por ejemplo, una incompatibilidad cérvico-seminal o una impermeabilidad tubaria? No es justo, por no decir no es honrado que campee el abuso de la terapia esteroidea con desconocimiento de las posibles causas de esterilidad femenina. Los que tal hacen, olvidan que lejos de estimular o mejorar la función ovárica van a la larga a empeorar y aún a anular la función ovárica por inhibición del estímulo hipofisario.

De aquí la grande responsabilidad para el médico y el imperativo de mirar el problema en forma conjunta.

Al decir esterilidad nos referimos a los casos de *esterilidad involuntaria*, no a aquellos casos en que la fecundación se realiza pero no llega a feliz término-son casos de infertilidad-ni a aquellos en que el uso de medidas anticoncepcionales impide la fecundación-son los casos de esterilidad voluntaria.

Un caso de esterilidad es tal cuando ha transcurrido un tiempo no menor de dos años de vida conyugal y la fecundación no ha podido realizarse a pesar de que tanto el marido como la esposa han puesto todos los medios necesarios para llegar a tal fin.

Interviniendo en la fecundación tanto el hombre como la mujer el estudio de la esterilidad debe mirar ambos factores, aún más si consideramos que la esterilidad absoluta se produce por defectos del marido en un 40 a 45% de los casos.

En nuestro trabajo *sólo nos referimos al factor femenino*, es necesario hacer esta aclaración no como una salvedad por haber considerado un solo factor, sino porque nuestra finalidad no ha sido otra.

La finalidad de toda investigación diagnóstica de la esterilidad en un matrimonio infecundo debe dirigirse a lo siguiente:

1º) Que el médico y los interesados puedan llegar al conocimiento de *todas* las causas de la esterilidad.

2º) Permitir al médico asesorar francamente al matrimonio acerca de las probabilidades de obtener descendencia.

3º) Definir la naturaleza de la terapéutica necesaria, y si la misma tiene alguna probabilidad expectativa razonable de éxito.

Qué hacemos en cada caso de esterilidad femenina:

1º Una historia completa, incluyendo la identificación de la enferma, el motivo de la consulta, los antecedentes familiares y los antecedentes personales. Es de sumo interés la historia menstrual, hay que verificarla en forma detallada recogiendo prolijamente los datos de menarquía, ritmo y cantidad de la menstruación, características del producto menstrual, dolor menstrual, pérdidas intermenstruales, fecha de la última regla y también de la penúltima menstruación.

Se incluye también en esta primera parte la historia conyugal, tiene mucha importancia especialmente para los casos en que la mujer haya tenido antecedentes obstétricos, en un primer matrimonio y también si el esposo ha tenido hijos anteriormente. Recogemos datos de duración del matrimonio, preventivos usados y en qué tiempo, antecedentes matrimoniales y embarazos anteriores, curso de esos embarazos y partos, tiempo y frecuencia de las relaciones sexuales, grado de satisfacción en el coito, etc.

2º El examen físico general, que debe realizarse completo, en una forma ordenada y metódica. Investigamos el comportamiento de la paciente, sus reacciones ante el mundo exterior, su temperamento, peso, talla, distribución de la grasa; examen del tiroides, pulmones, corazón, tensión arterial, senos, -sus características- secreción láctea, abdomen y extremidades.

3º Un cuidadoso examen ginecológico. Huelga recalcar sobre su importancia. Siempre hacemos el examen ginecológico abdominovaginal y no omitimos cuando es necesario, por lo menos, el examen abdomino-vagino-rectal.

4º Un examen endocrino, especialmente el metabolismo basal; la radiografía craneana referida en particular a la silla turca la verificamos cuando de los anteceden-

tes de la enferma, del examen físico, de la historia menstrual y del examen ginecológico se tienen datos que induzcan a afirmar la existencia de una disfunción hipofisaria.

5° Examen hemático: numeración globular, fórmula leucocitaria, dosificación de hemoglobina, eritrosedimentación. Tiempo de hemorragia y de coagulación. Examen microscópico y de elementos anormales en la orina.

6° Comprobación del estado de las trompas. Este es uno de los exámenes que en la mujer tiene mayor importancia dada la frecuencia de la obstrucción tubaria como causa de esterilidad ya relativa, ya absoluta.

Recomendamos a la paciente procurar una buena evacuación intestinal por medio de un lavado intestinal simple la noche anterior a la prueba.

La enferma debe ir con el estómago vacío y con medicación previa antiespasmódica. Esto último es de utilidad ya que podemos tener datos falsos en cuanto a la permeabilidad de las trompas y que son debidos a espasmos transitorios de la musculatura tubaria.

El examen lo verificamos del 4° al 8° día de terminada la última menstruación. Debemos conocer previamente el estado de los genitales para cerciorarnos de la ausencia de flujo vaginal, cervicitis, salpingitis, que son contraindicaciones formales para la prueba, lo mismo si hay presencia de sangre que venga del útero.

Siempre verificamos en primer término la insuflación tubaria con CO_2 y después la histerosalpingografía. Si con la insuflación tubaria tenemos el dato de permeabilidad hacemos a continuación la radiografía con inyección de aceite yodado.

Si tenemos una prueba de Rubin negativa, repetimos la insuflación por 3 o 4 ocasiones en la misma sesión para tratar de vencer el obstáculo si éste es transitorio. Si el resultado negativo persiste volvemos a repetir las insuflaciones en una nueva sesión al cabo de pocos días. Después de esto realizamos la histerosalpingografía utilizando aceite yodado fluído.

Para controlar con certeza la permeabilidad de las trompas, efectuamos una radiografía de control a las 24

horas para constatar la presencia de aceite yodado en la cavidad peritoneal.

Trabajamos con el Gynograph de Weisman, que tiene la ventaja de ir conectado a un tensiómetro de mercurio, por el cual, podemos darnos cuenta exacta de la presión ejercida por la introducción del gas y de la resistencia que ofrecen las trompas.

Hemos utilizado también para las radiografías la inyección directa sin el circuito del tensiómetro según el sistema de Stein y Arens, cuidando sólo de atender a la sintomatología de la paciente, a la aparición de dolor, que viene a ser el indicador, por su intensidad, de la mayor o menor resistencia que ofrecen las trompas al paso del aceite yodado.

7º Citología vaginal; los extendidos vaginales los efectuamos en las diferentes fases del ciclo menstrual en forma seriada. Para efectuar los extendidos vaginales hemos tratado de seguir fielmente las recomendaciones de Inés de Allende y Oscar Orías porque en la práctica las hemos encontrado muy justificadas.

Los autores citados dicen lo siguiente: «La secreción que normalmente humedece la cavidad vaginal es extraída diariamente por aspiración con ayuda de una pipeta de vidrio de 17 ctm. de largo y 6 mm. de diámetro, ligeramente curva en su extremo y provista de una pera de goma con buena capacidad de succión.

La pipeta se introduce lo más profundamente posible en dirección a los fondos de saco, pósterolateral derecho o izquierdo, en cuya zona su extremo libre toma contacto con la pared vaginal. Desde este punto se le retirará en forma lenta y como *barriendo* suavemente con su extremo la pared del órgano en una extensión de 3 cm. aproximadamente, mientras se va aflojando la pera de goma. Dirígida luego hacia la luz vaginal y ya sin presión alguna sobre la pera de succión, se le retira rápidamente, proyectando el material obtenido sobre un portaobjeto, desde una distancia de pocos milímetros del mismo, *sin tocar el vidrio con la pipeta en ningún momento*. Es éste uno de los más importantes tiempos de la técnica para la obtención de un buen extendido. En realidad no se trata de un ex-

tendido tal cual sería, por ejemplo, el efectuado con una muestra sanguínea común, sino más bien de una «proyección» del material extraído, desde la pipeta al vidrio. Tal procedimiento tiene por objeto no alterar, dentro de lo posible, la relación que guardan entre sí los distintos elementos celulares descamados, los cuales pueden aparecer aislados unos de otros, o bien reunidos en grupos tan compactos que ni su fuerte propulsión desde la pipeta al portaobjetos es capaz de separarlos, punto que constituye, una de las características más salientes de las variaciones que presenta el extendido en el curso del ciclo sexual bifásico (ovulatorio).

Fácil es comprender que la simple proyección del material extraído, desde la pipeta al vidrio, sin ninguna otra maniobra, determina una menor alteración de las relaciones que guardan entre sí las células, que la extensión del material por fricción instrumental, tal cual se efectúa en los extendidos comunes.

Otro detalle muy importante para la obtención de un buen extendido, es evitar en absoluto la desecación del material antes de su fijación, para lo cual se realizan con toda rapidez las maniobras de proyección del espécimen sobre el portaobjetos y la colocación de éste en el líquido fijador.

Cuando el material extraído es espeso, de tipo «caseoso», es necesario procurar la diseminación del mismo, proyectando aire sobre los grumos desde la misma pipeta, sin tocar la muestra, maniobra que requiere habilidad y rapidez porque, en este caso, agregamos un factor de desecación celular que, según hemos señalado ya, debe evitarse.

Nunca insistiremos lo suficiente acerca de estos detalles: *no tocar el material depositado en el cubreobjeto, e impedir su desecación, si se desea obtener un buen preparado.*

8° Biopsia del endometrio. Siendo la finalidad de la biopsia determinar el estado de diferenciación endometrial a la terminación de un ciclo óvrico, la biopsia se practica comunmente entre las primeras 12 a 18 horas después de iniciarse la sangría. Si se pospone la biopsia hasta 22 horas o más, continuando la sangría, los

tejidos fungosos enmascaran el tipo endometrial que puede observarse cuando se inicia la sangría.

En los casos que presentamos hemos verificado biopsias del endometrio en el tiempo ya señalado y además en días distintos durante el ciclo.

9º Temperatura basal; cuando hemos creído oportuno hemos hecho los cuadros de temperatura basal, prefiriendo, por ser más fácil de realizar el método de Davis al de Tompkins.

10. El test post-coito de Huhner y el test de compatibilidad de Kurzrok no los hemos realizado, ya que hemos hallado otras causas de esterilidad ya absoluta, ya relativa, juzgándolos, por lo mismo, innecesarios para nuestros casos.

HISTORIA CLINICA N.º 1

IDENTIFICACION

Nombre: C. P.

Edad: 23 años.

Condición social: casada 2ª. vez.

Ocupación: Q. D.

Motivo de la consulta: alteraciones del ritmo menstrual. Deseo de concebir.

Antecedentes familiares: S. I.

Antecedentes personales: Neumonía por 3 ocasiones en 1945. Gripe frecuentes. Estreñimiento crónico. Dolores poliarticulares periódicos, tipo reumático, recidivante.

HISTORIA MENSTRUAL

Menarca: 17 años. Regla 1 vez y amenorrea de 1 año. Después regla 8/30 abundante. Con coágulos. Julio '46: aborto de 5 meses. Septiembre '46: aborto de 1 mes. Octubre de '47: aborto de 2 meses. Octubre de '47: ligadura de las trompas (dato sin comentario). Octubre '47: amenorrea hasta Mayo del '48. Mayo '48: nueva operación. Sigue enfermándose 8/30.

Noviembre '49: se casa por 2^a. vez. Desde ahí regla cada 2 o 3 meses.

Características del producto menstrual: serosanguinolento obscuro; a veces sangre coagulada. En ocasiones el producto es de mal olor.

Dolor menstrual: cefalalgia acentuada en la fecha que debe enfermarse. Dolor abdominal.

Pérdidas intermenstruales: no.

Últimas menstruaciones: la penúltima menstruación ocurre el X-12/50, después de 2 meses de amenorrea; la última menstruación XI-26-50, es decir, a los 44 días.

Duración del matrimonio: 2 años.

Preventivos usados y en qué tiempo: no.

Antecedentes matrimoniales y embarazos anteriores: 3 embarazos anteriores.

Curso de esos embarazos y partos: 3 abortos.

Tiempo y frecuencia de las relaciones sexuales: normales.

Grado de satisfacción en el coito: en disminución.

EXAMEN GENERAL:

Comportamiento de la paciente: en los primeros días de amenorrea, excitable.

Peso: 123 libras.

Talla: 1,56 mts.

Distribución de la grasa: normal.

Tiroides: normal.

Pulmones: normal. Fotofluorografía del 27 de Noviembre de 1950.

T. A.: 120—76.

Senos: bien desarrollados.

Secreción láctea: no.

Abdomen: Dolor vesicular discreto. Dolor apendicular marcado. Dolor discreto en los puntos ováricos.

Extremidades: abundancia de vello en los muslos y piernas.

Examen ginecológico: Aumento de vello pubiano. Cuello desviado a la izquierda y dirigido hacia arriba. Utero en anteverso-flexión exagerada, la movilidad se halla reducida, el desplazamiento uterino provoca dolor. Trompas palpables y dolorosas, lo mismo que el ovario derecho.

DATOS DE LABORATORIO

HEMATOLOGICO:

Hematies por mm. cúbico.....	5'510.000
Leucocitos » » »	7,800
Hemoglobina en 100 cc. sangre	13,60 gms.
Hemoglobina porcentual	80%
Valor Globular (referido a 5'500.000)	0,79
Sedimentación de hematies	{ 1ª. hora..... 5
	{ 2ª. hora..... 15
	{ I. de Katz... 5,5
Tiempo de coagulación.....	4'
Tiempo de hemorragia (Duke)	2'

HEMOGRAMA

Neutrófilos:	{ Cayado..... 2%
	{ Jóvenes. 41
	{ Segmentados. 57

Hematies: Caracteres: Normales.

UREMIA Y GLICEMIA:

Urea	0,21 gms. ⁰ / ₁₀₀
Glucosa	1,04 gms. ⁰ / ₁₀₀

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA:

Reacción	Acida	Microscópico: Pocas células vesicales y uretrales
Densidad	1,012	
Sedimento	Nulo	
Color	Amarillo.....	
Olor	Normal	
Volumen	.....
Aspecto	Transparente...	
Albúmina	..... 0	
Azúcar	..... 0	
Acetona —	
Urobilina —	
Hemoglobina	..... 0	
Bilirrubina	Vestigios	
Ácidos biliares	..... 0	
Indol —	
Escatol	Vestigios	

METABOLISMO BASAL: + 3 %

BIOPSIA DEL ENDOMETRIO:

9 - XI/50—29° día del ciclo: endometrio escasamente proliferado.

15 - XI/50—35° día del ciclo: endometrio proliferativo igual al anterior. (Esta biopsia fue verificada en las primeras horas de la sangría).

28 - XII/50—35° día del ciclo: endometrio proliferativo.

19 - I/51—1er. » » » : » »

13 - III/51—1er. » » » : » »

(La biopsia se verificó a las 17 horas del comienzo de la sangría).

PRUEBA DE RUBIN

La primera prueba es negativa. Con la presión de 160 m.m. de mercurio no es posible vencer el obstáculo que presentan los oviductos. La paciente acusa dolor más o menos intenso en ambas zonas anexiales, pero especialmente en el lado derecho. En la misma sesión, se repiten 3 insuflaciones con igual resultado. Con intervalo de 4 días se verifica una nueva prueba y con la misma presión anterior se consigue permeabilizar las trompas.

Al mes siguiente se hace una nueva insuflación y se constata la permeabilidad tubaría restablecida.

Histerosalpingografía:—Trompas permeables.

COMENTARIO

En la paciente que nos ocupa encontramos que la principal causa de esterilidad es la existencia de un *ciclo monofásico breve*. Las biopsias del endometrio son concluyentes a este respecto sobre todo las verificadas en las primeras horas de la sangría. Se constató un endometrio escasamente proliferado lo que nos habla de un deficiente estímulo ovárico—en estos casos en el ovario hay atresia folicular precoz.

No vamos a discutir la posibilidad de ovulación en estos casos, pero lo que es indiscutible si es el hecho de que no es posible fecundación si no hay endometrio secretorio o progestacional.

La sintomatología concomitante: oligomenorrea, períodos de amenorrea, que señalamos en la historia menstrual es propia de estos casos.

Señalamos además la obstrucción tubaría, que, por suerte, con el tratamiento de la insuflación fue eliminada.

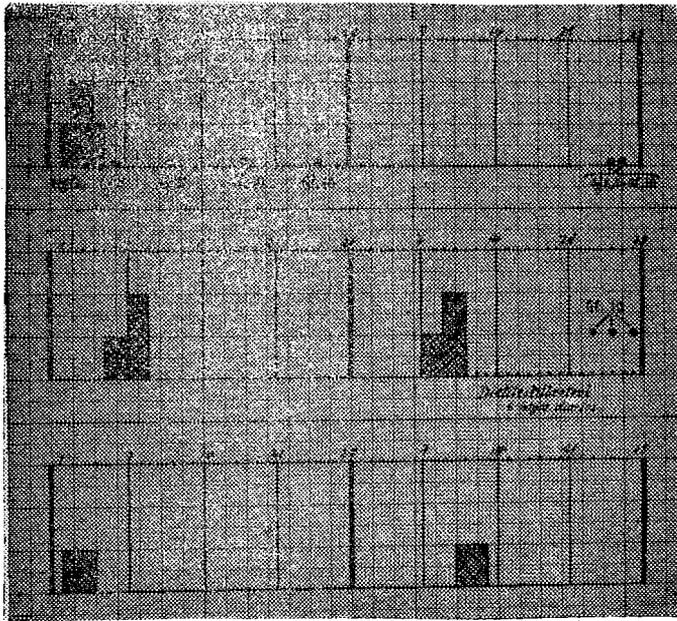
La mala posición uterina es otra causa de esterilidad, tanto la anteversoflexión exagerada, como la posición del cuello, que no estando dirigido hacia atrás es motivo de una inseminación defectuosa. Como causa reductora de la fertilidad debemos señalar la insufi-

ciencia ovárica, traducida por la menarca tardía y las alteraciones del ritmo menstrual como la oligomenorrea y amenorrea.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Aparte de las recomendaciones higiénico-dietéticas nos dirigimos en forma especial a procurar el cambio del endometrio proliferativo —cuya existencia es la principal causa de esterilidad— en endometrio secretorio.

Recurrimos a la terapéutica hormonal dirigida en primer término a regularizar el ritmo menstrual y luego a restablecer el ciclo difásico. La forma de tratamiento lo indica el cuadro adjunto. En él podemos ver también la regularización del ritmo menstrual.



NOTA.—En los cuadros de tratamiento Gf. = Grafaleón «Life» ampollas que contienen microcristales de dietilstilbestrol vehiculizados en Gradualina.

Gl. = Graluteón, ampollas que contienen microcristales de progesterona vehiculizados en Gradualina.

La cifra numérica adjunta a Gf y Gl significa la cantidad en miligramos. Así Gf 5 = Grafaleón de 5 mgrms.

HISTORIA CLINICA N^o. 2

IDENTIFICACION

Nombre: I. E.

Edad: 26 años.

Condición social: casada.

Ocupación: empleada.

Motivo de la consulta: trastornos menstruales, esterilidad.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: sin importancia.

HISTORIA MENSTRUAL

Menarca: 17 años.—6/30 - cantidad normal.—Al principio regla retrasada con pocos días; hay variaciones del ritmo.—En abril '50: suspensión de la regla por 2 meses.—En junio '50: metrorragia de 18 días.—En julio '50: metrorragia de 10 días.—En agosto '50: 4 días - escasa.

Últimas reglas: Septiembre 10 - 4 días, escasa; a la consulta acude el 23 - Octubre.—Noviembre 1^o (a los 50 días) regla 6/50. Cantidad normal.

Mólimen cataménial: escaso.

HISTORIA CONYUGAL

Duración del matrimonio: 7 años.

EXAMEN FISICO GENERAL

Paciente: tranquila, optimista.

Peso: 97 libras.

Talla: 1,43 metros.

Distribución de la grasa: normal.

Tiroídes: normal.

Pulmones: normal (Fotofluorografía).

Corazón: normal.

T. A.: 108 - 60.

Secreción láctea: no.

Abdomen: normal.

Extremidades: normales.

EXAMEN GINECOLOGICO

Genitales externos: normales.

• *Orificio vaginal:* estrecho.

Vagina: normal.

Cuello: desviado a la izquierda, pero dirigido hacia atrás.

Canal cervical: estrecho.

Orificio interno: estrecho - se vence con alguna dificultad la estrechez al verificar la histerometría. Cuerpo en látero posición izquierda y anteversión marcada. En el cuerno derecho se toca un engrosamiento.

Histerometría: 7 ctms.

EXAMEN HEMATICO

Hematíes por mm. cúbico	5'140.000
Leucocitos » » »	7.600
Hemoglobina en 100 cc. sangre	15,30 mg.
Hemoglobina porcentual	90 %
Sedimentación de hematíes	{ 1º hora 3
	{ 2º hora 10
	{ I. de Katz ... 4
Tiempo de coagulación	6'
Tiempo de hemorragia (Duke)	2'

HEMOGRAMA

Neutrófilos	{ Cayado..... 1 %
	{ Jóvenes
	{ Segmtds. 61
Linfocitos	38

Hemáties: Caracteres: normales.

Metabolismo basal: + 10 %

Citología vaginal: Se verifica en forma seriada en el primer mes que acude a la consulta y en los días subsiguientes a la primera sangría.

Los extendidos vaginales son normales y la proporción de los diversos tipos de células está en relación con el tiempo en que se realiza el extendido vaginal y nos indican que hay estímulo folículoínico. No hay para qué recordar que la cantidad de estrógenos ováricos puede ser subnormal y sin embargo suficiente para provocar los cambios normales del epitelio vaginal.

BIOPSIA DEL ENDOMETRIO

- 16-XI/50—16° día del ciclo—endometrio proliferativo.
- 2-XII/50—33° día del ciclo—endometrio proliferativo.
- 19-I/51—1er. día de la sangría—endometrio proliferativo.
- 8-II/51—1er. día de la sangría—endometrio proliferativo.

PRUEBA DE RUBIN

1^a. insuflación negativa.

2^a. insuflación a los 3 días, normal.

Histerosalpingografía: con 5 cc. de aceite yodado. Mucho dolor en los anexos, más en el lado derecho. La sustancia de contraste entra con mucha dificultad. Se constata la permeabilidad de la trompa izquierda, la trompa derecha está obstruida.

COMENTARIO

Hay evidencia de una insuficiencia ovárica que tiene como signo inicial la menarca tardía. Luego de un episodio metrorrágico que parece seguir a un aborto se instala una oligomenorrea, que traduce una hipofunción ovárica marcada.

Esta situación constituye un factor reductor de la fertilidad.

Tenemos además la impermeabilidad tubaria, que con la insuflación se consigue suprimir, pero subsiste la obstrucción de la trompa derecha, —otro factor reduc-

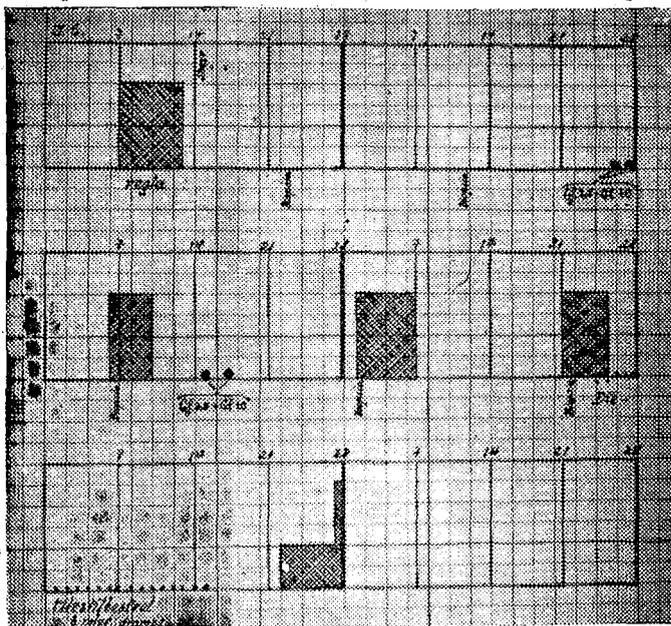
tor de la fertilidad. Por último constatamos la existencia de un ciclo monofásico breve. Las biopsias del endometrio se han verificado en distintos días del ciclo, pero exclusivamente damos valor a las efectuadas el primer día de la sangría. Las biopsias nos enseñan un endometrio escasamente proliferado.

En el caso presente, la existencia de un ciclo monofásico breve es la causa primordial de la esterilidad.

MEDIDAS TERAPEUTICAS

Hacemos hincapié en el valor de las prescripciones y consejos higiénico-dietéticos y ésta es nuestra primera medida.

Después instituímos el tratamiento hormonal de sustitución en la forma señalada en el cuadro adjunto y los resultados se los puede observar en el mismo. Su finalidad es la de regularizar la menstruación y la de convertir el endometrio proliferativo en progestacional o secretorio, esto último no lo hemos conseguido hasta este momento y por ende, la primordial causa de este-



rilidad subsiste. Lo que sí obtemos es la regularización del ritmo menstrual.

HISTORIA CLINICA. N° 3

Nombre: J. I.

Edad: 32 años.

Casada hace 7 años.

Ocupación: Q. D. Trabaja en costura. Trabajo intenso que le provoca fatiga.

Motivo de la consulta: Dismenorrea-Hipomenorrea-Esterilidad.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: Apendicectomía hace 10 años.

HISTORIA MENSTRUAL

Menarca: 14 años.—2/26-30.—Escasa.—En 1945 por 3 o 4 meses metrorragia. Le hicieron curetaje.

Después sigue enfermándose como antes 2/26-30.

Dolor menstrual: dismenorrea de tipo obstructivo.

Última regla: 18-XI/50-4 días-más abundante.

Penúltima regla: 22-X-2 días-escasa.

HISTORIA CONYUGAL

Casada hace 7 años.

No hay embarazo.

Relaciones sexuales: 2/8.

Dispareunía.

No llega al orgasmo.

EXAMEN GENERAL

Paciente: tranquila.

Peso: 111 libras.

Talla: 1.63 mtrs.

Distribución de la grasa: normal.

Tíroides: poco aumentado de volumen.

Pulmones: normales (fotofluorografía 20 - XI/50).

Corazón: normal.

T. A.: 108-70.

Senos: pequeños - no hay secreción.

Abdómen: normal.

Extremidades: normales.

EXAMEN GINECOLÓGICO

Genitales externos normales.

Cuello uterino en anteversión.

Cuerpo uterino normal - Posición anterverso flexión.

Histerometría: no es posible el paso del histerómetro.

Es necesario efectuar la dilatación del canal cervical con dilatador. El orificio interno es muy estrecho. Después de hacer posible la histerometría que da 7 ctms., en un día posterior se volvió a efectuar la ampliación del orificio interno con un Hegar N° 4.

EXAMEN HEMÁTICO

Glóbulos rojos: 3'940.000 por mm³

Glóbulos blancos: 8.800 por mm³

FORMULA NEUCOCITARIA

Jóvenes 0%

Cayados 0%

Segmentados 38

Basófilos 0

Eosinófilos 1

Linfocitos 60

Monocitos 0

Caracteres de los hematíes: Anisocitosis y poiquilocitosis.

Dosificación de Hemoglobina: 13,4 gramos.

Eritrosedimentación: 1ª hora: 1mm.

2ª » 4 mm.

Tiempo de hemorragia: 2 minutos.

Tiempo de coagulación: 8 » (mét. en placa).

UREMIA Y GLICEMIA

Urea en la sangre. 0,424 gm. por litro de sangre.

Glucosa en la sangre. 1,10 » » » » »

REACCIONES SEROLÓGICAS

Reacción de Mazzini. Negativa.

Reacción de Cardiolípina. Negativa.

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA

Orina examinada

Aspecto:.....	Ligeramente turbio
Color	Amarillo ambarino
Olor	Sui-générés
Consistencia	Fluida
Reacción.....	Acida
Densidad	1,029
Depósito	Ligero

ELEMENTOS ANORMALES

Hemoglobina.....	0
Albúminas.....	0
Azúcares	Ligeros vestigios
Indol	Ligeros vestigios
Escatol.....	0
Acetona.....	0
Acido diacético.....	0
Acido B. Oxibutírico.....	0
Acidos biliares.....	0
Pigmentos biliares.....	0
Urobilina.....	0

Examen microscópico. Abundantes células epiteliales planas y cilíndricas. Pocos leucocitos. Pocos cristales de ácido úrico. Raros cristales de oxalato de calcio. Bacterias.

Citología vaginal. Normal.

Biopsia del endometrio. En las biopsias del endometrio se verifica la existencia de un endometrio secretorio.

Prueba de Rubín. Positiva.

Histerosalpingografía. Existe permeabilidad tubaria comprobada por la existencia de aceite yodado en la cavidad peritoneal a las 24 horas de la prueba. Sin embargo, se constata después de ese tiempo, retención del medio de contraste en la trompa izquierda, lo cual nos habla de una salpingitis izquierda.

COMENTARIO

En este caso tenemos varios factores reductores de la fertilidad:

1º Posición anterior del cuello uterino, que es factor de una inseminación defectuosa.

2º Estenosis del orificio interno del canal cervical, esta causa fué eliminada por la dilatación instrumental del canal. Debemos señalar también que ésta era la causa de la dismenorrea de tipo obstructivo. La regla siguiente a la dilatación no se acompañó de mólímen catamenial. La sangría menstrual por primera ocasión no se anunció a la enferma y fué para ésta una verdadera sorpresa la presencia de la sangre menstrual.

3º Hipertiroidismo: entre las causas reductoras de la fertilidad debemos tener muy en cuenta la disfunción tiroidea sea en hipofunción o en hiperfunción. El hipotiroidismo juega el papel más destacado, pero el hipertiroidismo, como en este caso, debe considerarse como un evidente factor reductor de la fertilidad.

Es conocida la sinergia funcional de la tiroides y del ovario sobre el aparato genital.

4º La salpingitis izquierda es otro de los factores reductores de la fertilidad.

5º La anemia aún cuando no muy marcada debe

considerarse también como una causa general reductora de la fertilidad.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

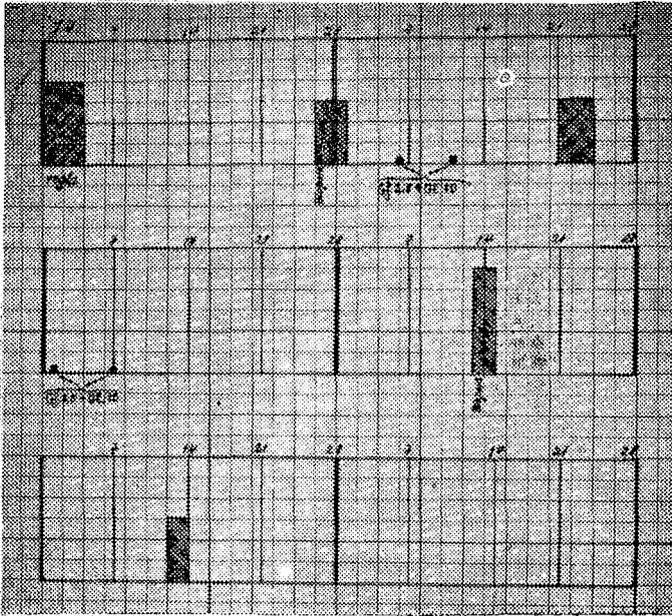
El tratamiento es esencialmente causal. Está dirigido a eliminar las varias causas de esterilidad.

Como primera medida buscamos mejorar las condiciones generales de la enferma procurando una mejor alimentación, vivienda confortable y restricción del trabajo físico, que es exagerado para la paciente.

Como complemento dietético recomendamos un preparado polivitamínico adicionado de minerales.

Instituimos la medicación antianémica y prescribimos Thiouracil para el hipertiroidismo. Después de dos meses de tratamiento la numeración globular y dosificación de hemoglobina se encuentran dentro de las cifras normales, y el metabolismo basal es normal.

Además, efectuamos tratamiento hormonal de sustitución en la forma señalada en el cuadro adjunto.



Esta paciente que tenía sus reglas más o menos cada 26 días, hace después del tratamiento una amenorrea de 22 días lo que nos hizo esperar la anhelada fecundación ya que se habían suspendido los principales factores reductores de la fertilidad, pero he aquí que se presenta una nueva sangría y acude a nuestra consulta después de 17 horas de iniciada ésta. Verificada la biopsia del endometrio nos hallamos con la existencia de un endometrio transformado en «*decidua correspondiente a una gravidez reciente*».

HISTORIA CLINICA Nros. 4—5—6

Hemos hecho además el estudio diagnóstico en varias otras pacientes y para no prolongarnos demasiado en el actual trabajo presentaremos una síntesis de cada caso, refiriéndonos sólo a los datos de verdadero interés en relación con el problema de la esterilidad.

CASO N° 4

Se refiere a una paciente de 35 años de edad, que conserva el ritmo y la cantidad normales en las menstruaciones, que tuvo 2 partos anteriores a término, pero que hace 5 años no concibe a pesar de su deseo vehemente de tener otra fecundación. En ningún tiempo hubo uso de preventivos de ninguna clase.

Se trata en este caso de una *esterilidad secundaria*.

En los diversos exámenes efectuados encontramos un metabolismo basal de +27 y en el examen ginecológico la existencia de flujo vaginal y cervicitis.

Tenemos pues 2 factores reductores de la fertilidad: el hipertiroidismo y la cervicitis.

La cervicitis en la cual hay siempre una endocervicitis crea un estado de hostilidad cervical para el espermatozoide, ya por cambios en la viscosidad de la secreción endocervical-situación que puede impedir la entrada de los espermatozoides o porque la infección del endocervix hace variar el pH de la secreción endocervical creando la hostilidad química para el espermatozoide.

A esta paciente se le indicó el tratamiento con Thiouracil para controlar el metabolismo basal aumentado, y se le practicó una electrocoagulación del ectocérvix infectado y del canal cervical.

CASO N° 5

En relación con la hostilidad cervical que puede por sí sola ser causa de esterilidad relativa, nos permitimos hacer referencia de otro caso: señora casada hace 3 años, estéril, se constató como única causa de esterilidad una cervicitis, se efectuó el tratamiento con electrocoagulación. La cervicitis desapareció, a los 3 meses de efectuada la electrocoagulación, concibió, tuvo una gestación normal y dió a luz una niña a término, hace pocos meses.

CASO N° 6

Paciente M. Z. de 26 años de edad. Casada hace 8 años - estéril.

De todos los exámenes realizados sacamos como conclusión que se trata de una esterilidad absoluta por obstrucción tubaría bilateral. La obstrucción tubaría se constató por la histerosalpingografía, después de haber practicado repetidas insuflaciones de las trompas con resultados negativos.

Después de hacer la histerosalpingografía repetimos las insuflaciones sin obtener ninguna variación, las pruebas de Rubín fueron siempre negativas.

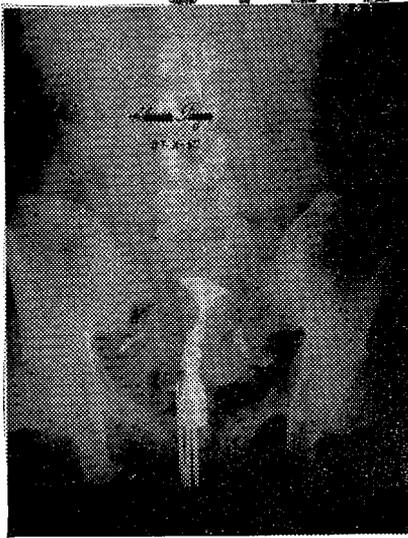
En la anamnesis de esta paciente hay un dato revelador, padeció de flujo vaginal que fue tratado y tuvo después varias recidivas de la infección.

En nuestra investigación no pudimos descubrir gonococo, por razones obvias; pero es más que probable que la infección anterior fue de etiología gonocócica y sabemos que la salpingitis gonocócica es en primer término una endosalpingitis, —después pueden infectarse las capas externas— y que, sobre todo, los ataques repetidos de la infección son los que dan como resultado la obstrucción total y bilateral de los oviductos, como comprobamos en el presente caso.

BIBLIOGRAFIA

- E. C. HAMBLÉN.—Endocrinología de la mujer. 1950.
- P. TOMPKINS.—J. A. M. A. 124: 668, 1944.
- M. E. DAVIS.—J. A. M. A. 130: 929, 1946.
- J. C. RUBIN.—Am. Jour. Obst. and Gynec. 50: 621, 1945.
- R. KURZROK.—Endocrines in Obstetric and Gynecology, Baltimore, Williams and Wilkins Co. 1937.
- CALATRONI, RUIZ, DI PAOLA.—Endocrinología sexual femenina. 1947.
- R. R. FINKLER.—Am. J. Obst. & Gynec., 1944, 48, 261.
- INÉS L. C. DE ALLENDE Y OSCAR ORÍAS.—La Citología vaginal humana en condiciones normales y patológicas. 1947.
- EMIL NOVAK.—Ginecología e Endocrinología femenina. 1944.
-

BIBLIOTECA



Caso N° 1.—
Permeabilidad Tubaria



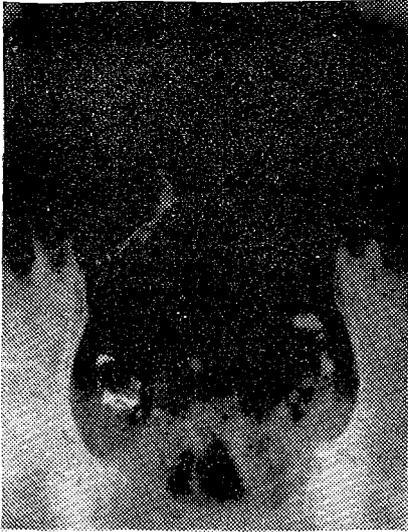
Caso N° 2.—
Obstrucción tubaria derecha.
Trompa izquierda permeable.



N° 2 A.—
Vista lateral de la radiografía
anterior.

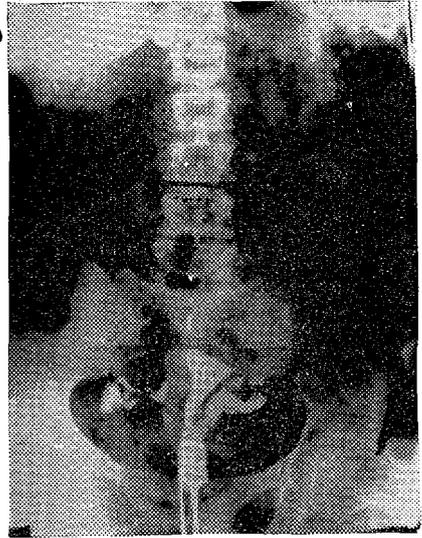


Caso N° 3.—
Obstrucción tubaria del lado de-
recho y salpingitis izquierda



Nº 3 A.—

Radiografía de control de la radiografía anterior. Se hizo a las 24 horas. Se constató la presencia de aceite yodado en la cavidad peritoneal, lo que nos indica permeabilidad tubaria.



Caso Nº 4.—

Permeabilidad tubaria bilateral.



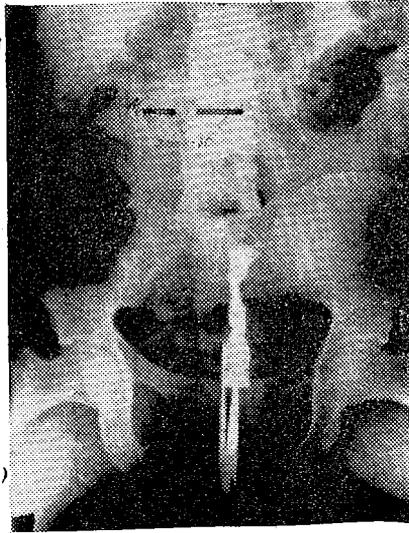
Nº 5.—

Esterilidad relativa.— Obstrucción tubaria bilateral, que fue eliminada por insuflaciones repetidas de CO²

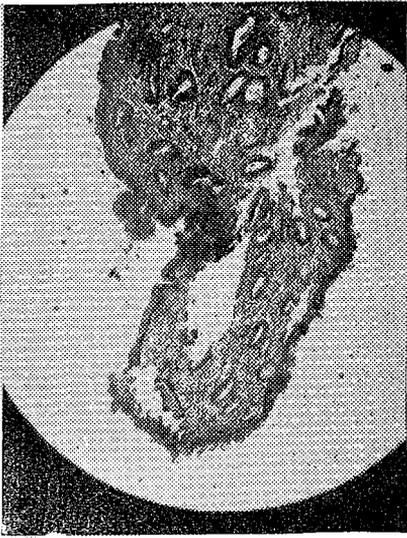


Nº 5 A.—

Vista lateral de la radiografía anterior



**Caso N° 6.—
Esterilidad absoluta.— Obstruc-
ción tubaria bilateral.**



Caso N° 1.—
Biopsia endometrial.
35° día del ciclo.
Endometrio proliferativo.



Caso N° 2.—I. E. Shorr. 8° día del
ciclo.
Extendido normal



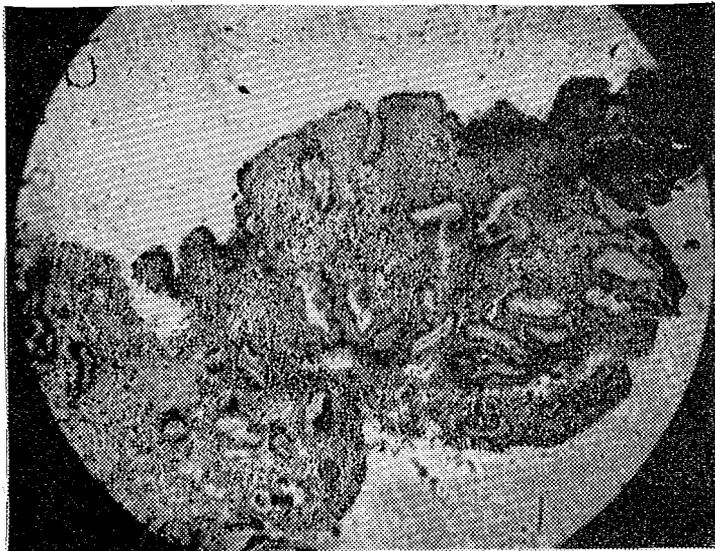
N° 3.—I. E. Endometrio. 16° día del
ciclo
Proliferación escasa no hay signo de
iniciación de la fase secretoria.



N° 4.—I. E. Endometrio. 16° día del
ciclo



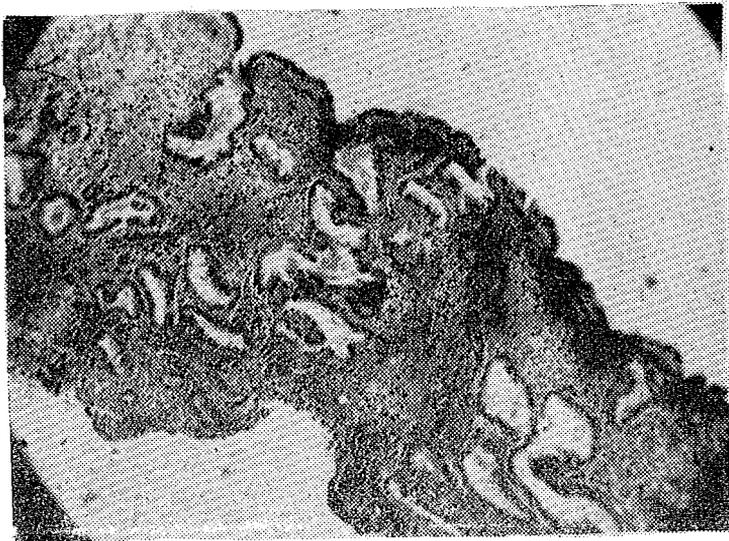
**Nº 5.—J. I. Shorr. 20º día del ciclo
Extendido normal**



**Nº 6.—Biopsia endometrial.—25º día del ciclo.—Endo-
metrio progestacional**



**Nº 7.—J. I. Endometrio.—25º día del ciclo.
Fase progestacional**



**Nº 8.—J. I. Endometrio.—25º día del ciclo.
Fase progestacional**

ANATOMIA

Dr. GUSTAVO CEVALLOS A.

Profesor Agregado-Jefe de Trabajos

Prácticos del Anfiteatro Anatómico

Evolución de la enseñanza de Anatomía en la Universidad Central

EXPOSICION DE MOTIVOS

"Cuando el Médico es filósofo se asemeja a los dioses"

HIPOCRATES

La historia es el manantial en el que hay que buscar los cimientos de la nacionalidad presente, para dibujar los lineamientos de la patria futura.

El pasado que se pierde en la noche interminable de los tiempos tiene el germen fecundante que a través de los siglos estalla en la patria y en la raza.

El exceso de análisis provocado por el enorme progreso científico —médico, de los últimos años, nos ha conducido hacia una crítica subjetiva sin fundamento ideológico— moral.

Las ciencias contemporáneas y entre ellas la Medicina ha olvidado, casi las causas morales y no siempre tuvo presente la inmensa sabiduría atesorada por la Historia. Es imperioso conocer los pensamientos y las acciones de quienes nos han precedido en la erranza por la vida. La Historia, en cuyas páginas se retratan las experiencias morales vividas por la especie humana a través de su dilatada y penosa evolución, permite satisfacer aquella necesidad.

Para contrarrestar el exceso analítico de nuestra medicina es menester llevar hacia ella la Filosofía.

Cuando Demócrito escribió a Hipócrates sobre "La naturaleza del Hombre" comenzaba diciéndole:

"Todos los hombres deben conocer el Arte de la Medicina, sobre todo aquellos que han adquirido instrucción y son versados en las doctrinas, pues es una cosa a la vez hermosa y provechosa para la vida.

Yo pienso que el conocimiento de la Filosofía es hermano de la Medicina y vive bajo el mismo techo. En efecto, la filosofía libra al alma de las pasiones y la Medicina saca del cuerpo a las enfermedades".

En nuestra Facultad de Medicina desgraciadamente no se contempla todavía la necesidad que tiene el espíritu de los alumnos de ser enriquecido y cultivado con materias tales como Historia de la Medicina, Filosofía, Psicología, etc. Sobre todo la primera, pues con ella aprenderán a conocer a los hombres que en tiempos pretéritos supieron sacrificarse por su ciencia y por la gloria inefable de Saber y Enseñar.

En el Primer Congreso Médico Ecuatoriano, reunido en la ciudad de Guayaquil del 9 al 14 de Octubre de 1915, bajo la Presidencia del doctor Carlos García Druet, se presentaron las primeras monografías sobre Historia de la Medicina y así el doctor Eduardo Hidalgo Gamarra estudia el "Desenvolvimiento de la Medicina en el Ecuador". El doctor Alfredo Espinosa Tamayo se ocupa inteligentemente sobre "Universidades Ecuatorianas" y el doctor Samuel Mora y Martínez nos presenta un interesante estudio sobre "Historia de la Medicina Ecuatoriana" en el cual como conclusión afirma:

"No hay "Historia de la Medicina Ecuatoriana". Semejante laguna toca llenarla a los jóvenes colegas que nos sucedan, compulsando y glosando la contemporánea, ya que nuestros colegas de antaño han descuidado labor tan importante, tocados de esa pereza tradicional latino-americana, estampilla indeleble de nuestra idiosincracia".

En la misma ciudad de Guayaquil reúne el Segundo Congreso Médico Ecuatoriano en los días comprendidos entre el 9 al 12 de Octubre de 1930 y en sus sesiones léense y discútense los siguientes trabajos sobre Historia de la Medicina:

"Como vino Hipócrates" (crónica de la Medicina en Guayaquil. Los abuelos del Dentista, por el doctor Modesto Cháves Franco.

"El primer Médico de Quito" monografía del doctor Sergio Lasso Meneses.

"Historial Médico de la Lepra en el Azuay" por el doctor Ricardo Márquez.

"Breves apuntes sobre Medicina del Azuay en los últimos Cien Años por el doctor Nicanor Merchán.

El malogrado y dilecto espíritu que en vida se llamó Profesor Gualberto Arcos —acometió con valentía— la fatigosa empresa de descifrar el enigma de nuestro historial Médico. Su obra "Evolución de la Medicina en el Ecuador" publicada en Diciembre de 1938 constituye la obra fundamental y el cimiento básico de nuestro incipiente afán histórico.

En Guayaquil el doctor Juan Tanca Marengo y el doctor Mauro Madero y Federico Heinert; en Quito el Prof. Luis A. León, J., J. Samaniego, y Virgilio Paredes Borja prosiguen la tarea inicial de Gualberto Arcos. El Dr. León, estudiando páginas históricas sobre su especialidad la Medicina Tropical.

Virgilio Paredes Borja, con ese afán de investigación sería trata de descorrer el velo que oculta los hechos más salientes de nuestra Medicina y así nos da perfectas imágenes de ese magnífico Médico de la colonia que fue el doctor Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo, en su último opúsculo intitulado "Espejo, Médico Quiteño del Siglo XVIII". También nos habla de los albores de nuestra cirugía y de las primeras anestésias verificadas en el Ecuador en su capítulo: "La primera anestesia en el Ecuador" y nos explica con claridad meridiana y con profusión de datos históricos la "Contribución del Ecuador a la Materia Médica: la Quina".

A su entusiasmo, a su noble ayuda, y a su atinada dirección, se debe el que yo haya podido verificar este modesto trabajo que aspira únicamente poner de relieve otro aspecto de nuestra materia, y rendir así homenaje a esos esforzados hombres de ciencia que muchas veces, sin recursos y sin escuela, pero con riesgos de sus vidas, en muchas oportunidades, supieron enriquecer nuestro arte con magníficos aportes de entusiasmo, de fé, de estoicismo y de técnica.

CAPITULO I

PERIODO PRE-HISPANICO: la nomenclatura anatómica durante la ocupación incaica.

En nuestra América pre-colombina, ocurrió sin lugar a dudas, el mismo fenómeno ocurrido en todos los núcleos sociales primitivos: el sacerdote que se suponía estar en contacto con la divinidad y por lo mismo en franca aptitud de participar de todos sus poderes misteriosos, era el llamado a aliviar todas las dolencias.

Se han conservado hasta hoy las palabras con que entonces eran llamados los médicos: "muhanes" "Ucampac" y aún hasta hoy se emplean los términos "alliyachic" que quiere decir el que compone la salud y "jambic" el que cura. Todos estos profesionales debían estar en comunicación estrecha con los "amautas" —filósofos y sabios de la nobleza— que estaban dedicados al estudio de los vegetales, al descubrimiento de sus propiedades tóxicas o curativas, a la utilización de ellos en las enfermedades y a la comunicación de su ciencia a los elejidos para el ejercicio de la Medicina.

Los incarios practicaban también su cirugía rudimentaria y aún llegaron a verificar la "trepanación craneana" recurso terapéutico de todas las colectividades humanas heliolíticas, con maestría y con técnica como lo comprueba Lucas Championere. Para esta intervención se servían de sílex tallados y otros artefactos de cobre o de bronce llamados "TUMIS", descritos con lujo de detalles por el peruano Muñiz.

Lógicamente los primitivos cirujanos debían tener su lenguaje y su nomenclatura anatómica:

La nomenclatura anatómica, es decir el conjunto de voces empleadas para designar los distintos órganos, detalles y accidentes anatómicos, viene de muy antiguo. Nació junto con los conocimientos del hombre. Los términos eran similares de las cosas comunes. El primitivo observador echaba mano de lo que encontraba en su vida diaria para denominar los elementos que descubría, cada vez que hurgaba en las vísceras de algún animal, usando una nomenclatura "imitativo-recordatoria". De ahí nació la anatomía comparada.

Así se explica el por qué de la ingenuidad y sencillez de algunas denominaciones tales como: cola de caballo, pata de ganzo, barrera de los boticarios, rodillo, pico de pluma, barbas del calamo, piso, cabellera, árbol de la vida, cerrojo, corbata suíza, campanilla, ciego, delantal de los epiplones, ninfas, caracol, cabeza de medusa, lira, bóveda de tres pilares, etc.

Más tarde —múchos siglos después— vino el estudio de la arquitectura humana que según los datos mas fidedignos comenzó en la Escuela de Alejandría, durante la época de los Reyes Ptolomeos, siendo sus primeros cultores Erasistrato y Herófilo mas o menos en el año 317 A. de J. C. Como es lógico se designó a los órganos del hombre con los mismos términos que se usaban para denominar los órganos análogos de los animales.

El doctor G. Olano en su obra "Conocimientos anatómicos de los antiguos peruanos o incas" —Agosto de 1909. Lima publica una lista incompleta de los términos anatómicos empleados por los Incas. El doctor Arcos, en su trabajo citado reproduce esta misma lista a la cual nosotros la hemos completado y ordenado consultando diversos autores que han estudiado la lingüística pre-colombina. Pero esta tarea tropieza con múltiples dificultades ya que hay una gran variedad de teorías y aseveraciones sobre cual es el verdadero quichua y sobre las alteraciones fonéticas que desfiguran una misma palabra en las diversas regiones en que se empleó este vocabulario médico.

He aquí la lista de Olano, transcrita por Arcos y aumentada y ordenada por nosotros:

PRIMERO: CRANEO

Cabeza: uma.	Lengua: Ocallo.
Cara: uya.	Laringe: Pantaccnin.
Bóveda del cráneo: uma-mate.	Organo de la olfacción: musquinapacc.
Frontal: urco-tullo.	Nariz: Singa.
Parietal: cumay-tullo.	Cartilago de la nariz: Sincap-ccpruchum.
Temporal: Sauco-tullo.	Faringe: millputin.
Occipital: uma-puyon.	Cerebro: ñocto.
Etmoides: Ruqui.	Organo de la visión: Ccahuapacc.
Esfenoides: Taru.	Ojos: ñahui.
Huesos de la cara: Uya-tullo.	
Cavidad orbitaria: Nahui-manca.	

Huesos propios de la nariz: singa-tullo.	Párpados: ñahuipecaran.
Maxilar superior: Sofico.	Pestañas: Ccechipra.
Maxilar inferior: Caquicho.	Globo del Ojo: ñahui-runto.
Pómulo: Pomec.	Oído: uya-rinapac.
Diente: Quiro.	Oreja: rinri.
Diente incisivo: Naupac-quiroy.	Cartilago de la oreja: rinrip-ccapru-chun.
Diente canino: huaccso.	Antitrigo: rinripahuall cun.
Gran molar: huaco.	Pelos: chuccha.
Boca: Simi.	Cuero cabelludo: chuccha-ca-ra.

SEGUNDO: CUELLO

Axis: cuchicuchi.	Cuello: cunqa.
Véstebras cervicales: huaca-huaca.	Nuca: matanca.

TERCERO: TORAX

Vértebras dorsales: condor condor.	Pecho: ccascco.
Esternon: casco-tullo.	Espalda: huasa.
Costillas: huactan-tullo.	Esofago: Touccorin.
Clavícula: ricrra.	Pulmones: Ccapsan.
Omoplato: huasa-tullo.	Corazón: Shungo.
	Región costal: Huacctan.

CUARTO: ABDOMEN

Estómago: huigsa.	Cálculo-biliar: quincú.
Intestinos: chuchuli.	Pancreas: tucuman.
Delgado: muyupin.	Bazo: tucuman.
Yeyuno: mischqui.	Riñón: rurum.
Grueso:	Vejiga: Ispay-purum.
Apéndice: cuica.	Orina: Ispay.
Recto:	Celda renal: rurumpa-huiran.
Ano:	Pene: phisco.
Peritoneo: Illicahuirá.	Vagina: Chuccha.
Epiplon menor: chana-huirá.	Testículo.

Hígado: ñatecc.	Región inguinal: laplaccinin.
Vesícula biliar: yayac-puru.	Región lumbar: hueccan.
Bilis: Jayacnin.	Ombiligo: pupu.

QUINTO: RAQUIS

Columna vertebral: Huasa-orcco.	Médula espinal: huasa orcco chilena.
---------------------------------	--------------------------------------

SEXTO: MIEMBROS

Humero: Ilañuc.	Hueso iliaco: siquichupa.
Radio: maqui-picuro.	Femur: huichu.
Cubito: jatum-picuro.	Rótula: piruro.
Carpo y Metacarpo: maquitullo.	Tibia y perone: huichu.
Falanges: huaccho.	Huesos del pie: Chaqui-tullo.
Hombro: ricrra.	Pelvis: siqui-tullo.
Brazo:	Cadera: siqui-aicha.
Codo: cuchus.	Muslo: schanga.
Antebrazo:	Rodilla: piruro.
Mano: maquis.	Pierna: chaqui.
	Pie: chaqui.

SEPTIMO: VARIOS

Arterias: Angu.	Piel: ccara.
Venas:	Uñas: cillo.
Sangre: Yahuar.	Cadáver: huamy.
Nervios:	Bisturí: tumi.
Hueso: tullo.	Cirujano: mohanes, Ocampac-villca. cama.
Articulación:	Dios de la salud: Pachacamac.
Músculo: aicha.	Dios de la Salud: Huaca.
Tendón: ango.	Dios de la salud familiar: conopa.
Aponeurosis: aichapllican.	
Cartílago: Ccaprocho.	
Médula oséa: chilena.	

Un problema interesante de discusión, es el hecho de que si los incaicos conocían el arte de conservar cadáveres mediante el procedimiento de embalsamiento o si gracias a las especiales

condiciones climatológicas del Tahuantinsuyo, los cadáveres enterrados bajo tierra se conservaban en tan buenas condiciones que nos pudieran hacer creer se trata de verdaderos cuerpos sujetos a procesos de conservación especiales.

Rivero e Ischudi, quienes después de un prolijo y detenido estudio son los principales mantenedores de la teoría de la momificación natural, no niegan el hecho de que los incarios poseían el conocimiento del arte de embalsamar, aunque la esfera de acción la restringen, asegurando que solo los cadáveres de los Reyes eran los momificados por embalsamamiento, mientras que todos los demás debían su estado de conservación a la naturaleza calcárea del terreno en que habían sido enterrados, la cual ejercía una notable acción desecante.

Personalmente yo comparto de la opinión de que la acción climatológica era la que momificaba los cadáveres de nuestros antepasados y sino ¿por qué no se han descubierto momias en el territorio que hoy es el Ecuador? Seguramente la naturaleza especial de nuestras tierras y su clima tropical han impedido que puedan conservarse los cadáveres.

El ilustre Profesor Penna, Académico de la Facultad de Medicina de Buenos Aires en su estudio de "Costumbres funerarias del Imperio de los Incas" pone en boca de Francisco Barreda el proceso de embalsamamiento en época del incario que es como sigue:

"Sacaban la materia cerebral por la nariz, imitando a los Egipcios, o por otros sitios que no indican; extraían los ojos y llenaban las órbitas con algodón y otras sustancias; sacaban también la lengua y las demás vísceras las extraían por una abertura que practicaban desde el ano al pubis. La cavidad torácica y abdominal la llenaban luego con un polvo fino color hígado y con olor a trementina, el cual tenía la propiedad de absorber la humedad y hacer efervescencia en el agua fría por lo que se presume era una mezcla de resina, de molle, cal y tierra mineral. Ungían por último la cara con líquidos olorosos color naranja y luego lo cubrían con algodón.

También se han encontrado algunas cavidades rellenas con "Paico" (*Roubiera multifida*) que por sus principios activos quizá evitaba la putrefacción orgánica".

Estos eran los pocos conocimientos anatómicos, —si cabe el término— de nuestros aborígenes Pueblo Primitivo que como muy bien lo dice el doctor Arcos era "sin anhelos y sin ambiciones, sojuzgadas sus almas y sus espíritus, sucumbidos por las insuperables diferencias de castas, solucionado para todos el mañana; deprimidas sus energías en la sumisión absoluta; eran un solo e inmenso cuerpo cuya alma era el hijo del Sol". Raza que anocheció en la mitad del día.

CAPITULO SEGUNDO

Período de La Colonia: Médicos en la Conquista.—Las primeras escuelas.—Colegios y Seminarios.—Los orígenes de la Central.—La enseñanza de Anatomía en tiempo de Espejo: Anatomía de Martín Martínez y Anatomía de Heister.—El Protomedicoto y la primera autopsia verificada en Quito.—El Plan de estudios del Obispo Calama.

En los siglos de la conquista legendaria, una raza de hombres épicos cuya razón sentía el estímulo de la Fé y la confianza de los propios designios, cruzó el gran charco y se vino a la América Virgen en donde mezcló su sangre con la de los nativos de estas comarcas dando por resultado la "raza americana" que heredó la mentalidad europea en el vigor de las razas jóvenes de América.

La influencia que tuvieron los Médicos en el descubrimiento y Conquista de América fué desisiva:

Toscanelli, Médico flotentino, cruzó correspondencia epistolar con Cristóbal Colón, antes de que este se lanzara en su Magna Aventura. García Fernández, Médico de Palos de Moguer, acompañó a Colón en su primera travesía. Diego Chanca Alvarez, de Sevilla, se embarcó con el Almirante en Mayo de 1492 en San Lucar de Barrameda.

Pero en los viajes sucesivos de los compañeros de Colón, y de los otros valientes que se alistaban en la Conquista de Indias sin otro lema que el de por su religión y por su raza, poco o nada se preocuparon de traer con ellos a quienes les atendieran en su salud, si se alteraba, o a quienes mitigaran sus heridas producto de sus combates con los indios. Pues como muy bien lo afirma

V. Mackenna en su obra "La Medicina en Chile": "Los conquistadores sabían mejor matar que vivir y como de muy pocos de ellos se cuenta que murieren en sus camas, no se entrometían en drogas ni doctores".

Las enfermedades tropicales: paludismo, verrugas y la sífilis, junto con las heridas causadas por flechas ponzoñosas pusieron a menudo en grave peligro a los expedicionarios de Francisco Pizarro y como junto a ellos no estaban un médico, se veían precisados mal que les pese a hacerse atender con sus mismos enemigos, los indios como lo afirma Garcilaso "no habían que les hacer".

Pero junto a la conquista guerrera, a sangre y fuego, tenía que verificarse la conquista espiritual y es por eso que vemos co-dearse en sus andanzas al guerrero con su arcabuz terciado al hombro y al sacerdote que porta su cristo en la mano: Y es así como los clérigos, y sacerdote, hombres de cultura, van estableciéndose poco a poco en los poblados fundados por españoles y allí comienzan la más noble de sus tareas: enseñar.

La primera escuela de la Provincia de Quito se la funda el 3 de Julio de 1557 en el Convento de los Padres Franciscanos y el cual con el andar de los años se convertirá en el famoso "Colegio de San Andrés" que es la simiente, que bien pronto fecundará para convertirse en el árbol frondoso de la Cultura Quiteña!

La universidad de Quito tiene raíces seculares:

La primera Universidad que se fundó en Quito fué la de los Padres Agustinos con el título de "Universidad de San Fulgencio" según consta en la Bula de Sixto V. de 20 de Agosto de 1596. En aquella Universidad se enseñaba: "arte, Teología y Derecho Canónico".

En 1622 el "Colegio Seminario de San Luis" dirigido por los Padres Jesuitas es elevado a la categoría de Universidad con el título de "Real y Pontificia Universidad de San Gregorio Magno".

En 1688 los dominicos fundan la "Universidad de Santo Tomás de Aquino". El Rey de España Carlos III en el año de 1786 dió un decreto especial por el cual prohibía que la Universidad de San Fulgencio siguiera confiriendo grados, con lo cual este Monarca expide la boleta de defunción de esta Universidad, que por otro lado no sacó de sus aulas ningún Médico Togado.

Expulsados los Jesuitas por Carlos III se extingue la de San Gregorio Magno y solo persiste la de Santo Tomás.

Aquí merece la pena citarse un hecho por demás curioso:

Para la Universidad de Santo Tomás hay una serie de donaciones en dinero y en haciendas, con el producto de los cuales va a subsistir. Se destaca entre estas donaciones la de Pedro de Aguayo, quien obsequia seis mil pesos para la Cátedra de Medicina y dos mil pesos para una beca; mas sucede que al morir el bueno de Don Pedro de Aguayo mas sumaron sus deudas que su haber por lo cual la flamante Cátedra se quedó solo a merced de la buena voluntad de este filántropo en embrión. En esta Universidad regentada por la orden de predicadores fúndase la Primera Cátedra de Medicina un día 13 de Abril de 1693 día que con toda justeza debería ser de recordación y regocijo en los fastos de nuestra Facultad.

Pero la incipiente Cátedra atraviesa una serie de momentos difíciles: años lectivos, permanece cerrada por falta de fondos, catedráticos o alumnos, ya que estos eran únicamente 3 o 4 religiosos por año. Los catedráticos —en su gran mayoría Frailes también— servían sus cátedras ad-honorem y se nominaban una de "primera" y otro de "visperas".

El curso completo tenía una duración de 4 años y se lo dictaba en latín de acuerdo con el siguiente programa:

1º—Fisiología, que trata del cuerpo humano.

2º—Patología, que trata de la enfermedad en su género, de la enfermedad en esencia y de los síntomas.

3º—Cemerótica, que trata de los signos considerados de manera genérica y específica para que la parte afectada sea conocida y se discierna si padece por trastornos propios de la pasión, o por los sentidos, si la enfermedad es grave o pasajera, si es maligna, contagiosa o benigna".

Como se vé no puede ser más pobre este plan que informaba a la Cátedra en tiempos del doctor Espejo: únicamente tres materias Fisiología, Patología y la actual Semiología. Ni siquiera se la cita a la Anatomía y peor la Clínica o la Cirugía.

Los autores de este Plan son los doctores Melchor Rivadeneira y Pedro Quiñónez y Cienfuegos quienes lo explican en esta forma:

"A proporción de la incertidumbre de sus principios y riesgos del género humano, necesitan los Maestros de Medicina, ma-

yor aplicación y esmero. Desde luego en el primer año dará el Catedrático de Prima un prólogo en el que suministre una idea general de la Facultad y no inculque tanto sobre sus utilidades de que esta bien persuadido el público, cuanto en sus riesgos. Dará noticia de su origen; y principales profesores y método que ha de seguir en los cuatro años. Este será explicar primero la Anatomía por Martin Martínez, Lorenzo Heister, Andrés Laurencio, Besalio o Bertoldino, ejercitando desde el principio la **anatomía comparada o disección de brutos**, entre tanto que estén en estado de ejercitar la propia en que omitirán explicar la alteración que padecen todas las partes por cesar con la utilidad toda la economía y actividad de sus funciones; y hará que le den de **memoria** todos los Aforismos de Hipócrates, a que seguirán las Ynstituciones médicas de Boerhaave, con las notas de Alberto Haller. El ejercicio será como el de las demás, por preguntas, definiciones y argumentos, —El de vísperas enseñará el método de curar por el mismo Boerhaave, no omitiendo las lecciones de memoria en lo principal como en el tratado de "Viribus Medicamentorum" del mismo Autor, y en el de "Morbis", en el que no deben perder una letra y aprender cuanto se pueda de Memoria. Se les instituirá en los elementos químicos, Botánica y Farmacia y en todo el ejercicio repetido, pues la Constitución hace Profesores, entendiendo los conocimientos, y hace penetrar las verdades y sin esto quedan los principios a secas y no son capaces de producir y adelantar".

Es indudable que al Catedrático "de prima" le correspondía enseñar la Anatomía, luego eso si de advertir a sus nuevos alumnos los riesgos y sinsabores de la profesión que han elegido. Insinúa que debe practicarse disecciones en brutos y nada absolutamente nada, nos dice de la Disección en cadáveres, ya que estos por las costumbres de la época eran tomados como cosas sagradas y por tanto eran intocados.

La obra que recomiendan para el aprendizaje de la Anatomía es aquella que lleva por título: ANATOMIA COMPLETA DEL HOMBRE. Con todos los Hallazgos Nuevas Doctrinas y Observaciones Raras. Hasta el tiempo presente. Y muchas advertencias necesarias para la Cirugía. Según método con que se explica en nuestro Teatro de Madrid.

Por

El Doctor Don Martin Martínez,

Médico de Cámara de su Magestad, Socio y Ex Presidente de la Regia Sociedad de Sevilla, Profesor Público de Anatomía y Examinador que fué de su Real Proto Medicato.

Libro este por demás interesante, y uno de cuyos ejemplares que pertenece a la Biblioteca de la Cátedra de Anatomía Descriptiva de la Universidad Central, ha sido comentado por el Profesor Paredes Borja, quien entre otras cosas dice:

“Es un volumen en octavo encuadernado en pergamino, con broches y pasadores de lo mismo, —592 páginas— papel de Holanda. La portada adornada con un precioso grabado en cobre a la manera de la edición del “*Humanis Corporis Fabrica*” de Vesalio, en el que se hace el elogio alegórico de la Anatomía, valiéndose de diferentes medios gráficos: un gran anfiteatro iluminado por enormes vidrieras, da cabida a un alto personaje, sentado en un sillón, a lado y lado dos íntimos, y a su derredor Médicos y estudiantes que escuchan al “*Magister*”, quien con peluca empolvada, levita y medias cortas, explica con un indicador a la diestra ante un cadáver tendido sobre una mesa de disección; bajo la mesa arde un “*zaumador*”.

Flota sobre el anfiteatro la alegoría, primorosamente trabajada como dibujo y composición, de dos desnudos tratados con el mejor gusto del Renacimiento, llevando cintas con leyendas latinas”. (Las leyendas dicen: “La habilidad de la naturaleza, fugaz, ha descubierto el arte”). Sirve de marco arcos y columnas renacentistas en las que contrastan un desnudo a la diestra y un esqueleto a la siniestra. Arriba se lee: ANPHITEATRUM MATRITENSE” y abajo en latín se lee “La naturaleza da habilidad al que es inclinado a la disección de cadáveres” y “La vida es locuaz, alegre, mas la muerte, taciturna nos enseña”.

“Martínez se encontró con que anteriormente a él no se enseñaba sino anatomía Teórica, la forma mas elemental; él se empeñó en la disección, en hacer construir un anfiteatro anatómico y en probar que “sin anatomía y Química no hay Medicina”.

Define Martínez la Anatomía: “Es una disección o separación de partes. La divide en “teórica y Práctica”, llamando teórica a la morfología y estudios de situación y relaciones. Práctica llama a la disección, de que dice que solo interesa a los cirujanos, de manera que el clínico de la época poco tenía que preo-

cuparse de conocer los órganos en el cadáver, bastándole estudiar en las láminas, punto de vista actualmente inaceptable”.

En músculos describe y da estampas muy bien dibujadas, solo de los superficiales, ya que los profundos —dice— no sirven al Cirujano, error disculpable solamente si consideramos el nivel a que había llegado la cirugía de la época y la comparamos con la cirugía contemporánea, de manera que para su tiempo, y para las necesidades de entonces, se creía que el estudio de los músculos superficiales era mas que suficiente.

La descripción es llana, ordenada, y precisa, tres cualidades que distinguen al buen docente de Anatomía. Las concepciones difieren poco en lo referente a morfología, y si mucho al tratarse de situación y relaciones de órganos”.

El talentoso comentario transcrito, es un fiel reflejo de esta obra que constituía la última palabra sobre los conocimientos anatómicos de la época: anatomía teórica, basada exclusivamente en la observación de láminas, eso si primorosamente dibujadas; ocasionalmente se hacía una disección la oportunidad de tomar en sus manos un bisturí y penetrar por medio de él en el intrincado libro abierto que es el cadáver humano. El inteligente doctor Eugenio Espejo, ubicado por la fuerza inescrutable del destino y las circunstancias en este medio tan estrecho de conocimientos médicos, debía ser, como en efecto lo fué un gran inconforme.

Conocedor profundo y comentarista sereno y juicioso de la bibliografía médica europea, le debieron parecer insignificantes los programas de la Cátedra de Medicina de Santo Tomás de Aquino; hombre esencialmente práctico no debió contentarse con simples especulaciones teóricas o con observación de láminas anatómicas. Por eso él en sus escritos clamó siempre por la implantación de estudios “esencialmente prácticos” para complementar el aprendizaje teórico. Pide que los estudiantes que se inician en el Arte de Curar, se familiaricen con los cadáveres y efectúen repetidamente disecciones “única forma de conocer a fondo la forma humana”.

Al nombre de este sin igual Médico Quiteño se suma entonces un blasón mas de gloria: es el primer revolucionario de la enseñanza de la Medicina y el primero que pide que el estudio de la Anatomía sea mas detenido, práctico, y que los alumnos observen en el cadáver la realidad de los datos morfológicos.

Pero volvamos por un momento la mirada retrospectivamente, que en este mismo siglo —el Setecientos— hay aún otros hechos importantes y definitivos que marcan una huella notable en el desenvolvimiento y evolución de los conocimientos anatómicos.

En 1736, arriba a la ciudad de Quito la Misión Científica Francesa enviada por el Monarca Luis XV. Incluido en esta misión esta Monsieur Seniergues, hábil y talentoso cirujano-anatómico, quien bien pronto fue requerido por Médicos y pacientes de la ciudad de Quito, en quienes efectuó riesgosas intervenciones quirúrgicas —poco comunes para la época— y que demostraban en su autor sólidos y detenidos conocimientos de los diferentes planos anatómicos.

Desgraciadamente el Cirujano francés, mientras residía en la ciudad de Cuenca, se mezcló en líos de faldas, y durante la celebración de una corrida de Toros, tuvo un altercado con un clérigo, de resultas del cual fué linchado y cobardemente asesinado por una turba ignara, azuzada por frailes que veían en los académicos rivales científicos de inalcanzable valía. Poco provecho se sacó, por este desgraciado incidente, de la presencia en nuestra tierra de este notable cirujano y anatómico enterado.

Corre el año de 1746 y la pacífica ciudad de San Francisco de Quito es asolada por una de tantas epidemias que agostaban las vidas de sus pobladores. Alarmado el Cabildo —como siempre fiel guardián de su ciudad— trató de averiguar la causa de esta mortífera epidemia para poder yugularla y en sesión del 8 de Octubre del mentado año nombró dos diputados para que en unión de un Escribano, notificaran a todos los Médicos de la ciudad para que concurran a verificar una autopsia al primer enfermo que a causa de este mal falleciera en el Hospital de la Misericordia, regentado por la Orden de los Betlemitas.

Por la enorme importancia que encierra este hecho de la Primera autopsia verificada en la ciudad de Quito, transcribo textualmente el acta del Cabildo, que ordena practicar tal diligencia, tomada del Archivo del Cabildo de nuestra capital:

(Libro "Actas del Concejo 1762-1766. Pág. 115).

"En la Muy Noble y Leal Ciudad de San Francisco de Quito, en Nueve días del mes de Octubre, de Mil Setecientos sesenta y cuatro a los Señores de este Ilustre Cavildo, Justicia y Regimiento, El Capitán de Granaderos Dn. Manuel Sánchez Osorio y

Pareja, Corregidor y Justicia Mayor de esta dicha ciudad, sus términos y jurisdicción por su Magestad y los demás Capitulares que abajo firman sus nombres, estando juntos y congregados en la Sala de su Ayuntamiento como lo an de uzo y costumbre, para trazar y conferir cosas tocantes al servicio de Dios Nuestro Señor Jesucristo, de su Católica Magestad y bien de la República, se acordó lo siguiente:

En este Cavildo se manifestó por dicho Señor Corregidor un Auto probeido por los Señores de esta Real Audiencia, a los ocho del corriente mes, y año, para que en su conformidad se nombren dos Diputados, a que como tales manden notificar, a los Médicos y Cirujanos de esta Ciudad, para que con ellos, y en compañía del presente Escribano, pasen a la Casa del Hospital de la Caridad de esta dicha ciudad, y se haga Anatomía del primer Cuerpo Difunto que hubiese muerto en dicho Hospital R. tocado del tirano accidente que a molestado y aniquilado crecido número de gentes afuera la ciudad como en sus medios y en su obediencia y cumpliendo con el honroso encargo de su Alteza se nombraron por Diputados a los Señores Dn. Diego Donoso de la Carrera, Alcalde Ordinario, y Alferez Real Dn. Francisco de Borja y Larraspuru, dándoles para ello todas las facultades y comisión necesaria y beneficio de la causa pública, para que hagan precisamente convocar a todos los Médicos y Cirujanos que residen en esta ciudad, a que como tales concurran juntos en presencia de dichos señores Diputados y el presente Escribano a hazer Anatomía de los Cuerpos Difuntos que hubiesen finado o muriesen en dicho Hospital R. librándose para ello el Exordio de ruego y encargo que se prebiene en dicho Auto al deboto Padre Prefecto que lo gobierna, a que aquí venga en debido efecto tan conveniente operación para que se benga en conocimiento de la causa motiva que a ocasionado e infestado la peste, de que a demandado la fatal ruina, y subitanea muerte de tantos individuos, en todas clases de gentes, y que con su reconocimiento se puedan descubrir la Medicinas que fueren mas adecuadas y eficaces para el exterminio de tan executiva peste, bajo del Regimiento prebenido en dicho Auto, dandose cuenta de todo lo que se obrace en la Materia —Con lo cual se acabó este Cavildo y lo firmaron

Manuel Sánchez Osorio.
Dn. Joseph, Ponce de León.

Dr. Diego Donoso de la Carrera.
Dn. Fco. de Borja y Larraspuru.

Tomás Bustamante Zevallos. Dn. Luis de la Cuesta y Selada.
Joseph Gomez Lasso de la Vega. Dr. Joseph Guerrero Salazar

Joseph Maskey Baquero
Escribano del Cavildo

El anterior documento tiene transcendental importancia bajo los 3 puntos de vista siguientes:

1º—Constituye el primer mandato de esta época virreynal para que reunidos todos los Médicos y Cirujanos de la Ciudad de Quito, en presencia de dos Diputados y el Escribano, "hagan Anatomía del Primer Cuerpo Difunto que hubiese muerto en dicho Hospital R. Término muy bien empleado este **"Hagan Anatomía"**, habida cuenta de que Anatomía, es "la disección o examen de las partes de un cuerpo".

Es pues el 12 de Octubre de 1764 el día memorable en que se verificó la primera disección en Quito.

2º—Esta fecha es también, el punto de partida o inicial de los estudios de la Anatomía Patológica; ya que del texto del "Cabildo" se deduce que el principal objetivo de la reunión de Médicos y Cirujanos junto a un cuerpo difunto es averiguar la causa "motiba" de la peste; examinando la cruda realidad de las vísceras enfermas, haciendo anatomía patológica en una palabra, es como van a descifrar el enigma, que el "ojo clínico" no pudo resolverlo.

3º—Hay aún otro acontecimiento transcendental en la Historia de la Medicina Ecuatoriana, consecuencia inmediata de la resolución del Cabildo. Veámoslo cuál es:

Obedeciendo el mandato reunense todos los médicos y cirujanos de Quito en el Hospital de Caridad a verificar la Autopsia; mas no logran el orden ni canalizar la discusión, ni ponerse de acuerdo y menos aún sacar ninguna conclusión provechosa y concreta que era lo que necesitaba el Ayuntamiento y antes bien se enredan los Médicos en discusiones estériles y salen ha relucir las pasiones y enemistades habidas entre ellos, por lo cual, alarmado, se presenta nuevamente en Cabildo, el Alférez Real Dn. Fco. de Borja y Larraspuru, el día 13 de Octubre del citado año y pide se dé un "jefe" o un "superior" a los alborotados galenos. Acepta la insinuación el Cabildo y nombra al doctor Joseph Gau-

de, Catedrático Universitario, Teniente de Protomédico en Quito. Así nace en nuestra ciudad la institución del Protomedicato.

En 1791, gobierna la Diócesis de Quito, Monseñor José Peres Calama, prelado de elevada cultura, hombre aficionado a los estudios médicos y que nos ha legado un curioso estudio sobre "El tratamiento del Gálico por las lagartijas".

En ese año el Obispo publicó un folleto —una verdadera joya bibliográfica, según el decir del doctor Arcos, constituye la primera publicación hecha en Imprenta en la ciudad de Quito— en el cual trata sobre las reformas que deben hacerse a los planes de estudio en vigencia.

Al tratar sobre los estudios médicos el Obispo dice:

"Me parece que basta por ahora una Cátedra de Medicina; y así que continúe en su ejercicio el doctor Bernardo Delgado. La que tenía el difunto Don Miguel Morán se podría poner en los años siguientes.

La cátedra de Medicina podrá ser de 10 a 12 de la mañana, pues sus cursantes no tienen que asistir, a ninguna otra de las Cátedras; en este primer curso se podrá enseñar y explicar la incomparable obra del Hipócrates Español, Solano de Luque, la que se titula "Idioma de la Naturaleza". Es un tomito de octavo como un Diurno, y está en nuestro Idioma Castellano. Es muy rara tal obra, pero Yo franqueo el mío, y procuraré, que vengan otros muchos ejemplares, si es que los hay en España. Es digno de llorarse, que los sabios médicos Franceses, Ingleses e Italianos forman su Elemental Estudio Médico sobre tan recomendable Autor que no tiene exemplar; y que nuestros Españoles, Chape-tones y Americanos, no hagan uso diario de tan abundante y esquisita Mina, Ya es tiempo de que nos arrepiñamos todos".

Poco, o nada mas bien dicho, mejora la enseñanza de Medicina con el Plan del Obispo Peres Calama, antes bien se disminuyen los años de estudio y se adopta como único guía "un tomito de octavo como un Diurno".

Así continúa la vida de la Cátedra de Medicina —matizada por esta serie de hermosos acontecimientos e incidentes— hasta que llega 1800, año en el que se clausura la Cátedra por falta de alumnos. Para impedir que los estudios médicos sufran menoscabo se reformó el Plan, que lo informaba, subiendo a 4 los años de duración del curso y obligando a los alumnos a que con-

currán un día por semana al Hospital "para que aprendan a conocer el pulso".

Ciérrase así el Setecientos, siglo importante en el devenir de la Cultura médica, destacándose en su escenario:

La primera autopsia verificada en Quito.

La insurgencia y el afán de hacer "prácticos" los estudios de Medicina del doctor Espejo.

Y el Plan de buena voluntad de Monseñor Peres Calama.

CAPITULO III

La República.—La Universidad Central.—Fúndase la Facultad de Medicina de la Universidad Central.—Dn. Vicente Rocafuerte en la Presidencia.—Leyes de Rocafuerte.—Funda el Anfiteatro Anatómico.

Pacificadas ya estas comarcas, luego de la Magna Gesta Libertaria, nótase de inmediato un florecer de la Cultura, que permaneció por algún tiempo eclipsada, ya que todos los individuos —jóvenes y viejos— trocaron sus afanes de estudio por las armas, con las que conquistaron, a sangre y fuego el sin igual tesoro de la Libertad.

La victoria del 24 de Mayo de 1822 selló en Pichincha nuestra independencia y anexados a la Gran Colombia, comenzaron las Instituciones a vivir su ritmo normal.

Nace la Universidad Central:

Reunidos en 1826 en Congreso, los Legisladores Gran Colombianos, dictaron una Ley de Instrucción Pública, que en la parte pertinente a la Enseñanza Superior dice:

"Capítulo Séptimo".

Art. 42.—En las Capitales de los Departamentos de Cundinamarca, Venezuela y Ecuador se establecerán Universidades Centrales que abracen con más extensión la enseñanza de Ciencias y Artes.

Art. 44.—Las Universidades Centrales comprenderán también la Escuela de Medicina que, aún que forma un solo cuerpo con la misma Universidad, se cuidará de colocarla en edificio o patio separado para mejor arreglo y organización;

Art. 45.—En las Escuelas de Medicina se enseñará la Medicina, la Cirugía, y la Farmacia, con arreglo al respectivo Plan;

Art. 46.—Las Cátedras de la Escuela de Medicina son las siguientes:

1º—De Anatomía General y Particular.

2º—De Fisiología e Higiene.

3º—De Patología General y Anatomía Patológica.

4º—De Terapéutica y Materia Médica.

5º—De Cirugía y Clínica Quirúrgica.

6º—De Farmacia y de Farmacia Experimental.

7º—De Medicina Legal y Pública.

He aquí pues otro hecho de singular importancia, con la creación de la República, nace también la Cátedra de Anatomía General y Particular, pero no se nombra Profesor Titular para la Cátedra, sino que se la encarga dictarla al Catedrático primero de Medicina.

Al año siguiente 1827, El Libertador Simón Bolívar, dictó un Reglamento para la Universidad de Caracas, el mismo que debió hacerse extensivo a las Universidades de Quito y Bogotá. En el indica que los estudios de Medicina debían hacerse en siete años, repartidos así:

“Los cursos de Medicina debían ser los siguientes: 1º—Anatomía General y Descriptiva.— 2º Fisiología e Higiene.— 3º Nosografía y Patología Interna o Medicina Práctica.— 4º Nosografía y Patología externa o Cirugía.— 5º Terapéutica, Materia Médica y Farmacia.—6º De obstetricia o Partos y 7º— De Medicina Legal.

Además para el grado de Licenciado o Doctor, era necesario hacer los cursos de Terapéutica, Materia Médica, y Farmacia Teórica y Práctica, de Obstetricia, de Botánica, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y Medicina Legal.

Para el Grado de Bachiller en Medicina no eran necesarias sino las restantes asignaturas: Anatomía, Fisiología y las Patologías.

Además de esto se necesitaba la asistencia a la Academia de Francés, a la de Bellas Artes, a la de Inglés, y a la de Ciencias Físicas y Médicas.

Inmediatamente el 16 de Noviembre de 1827, nombrose al Doctor José Marzana, propietario de la Cátedra de Anatomía General y Descriptiva de la Universidad Central, iniciándose así

la era gloriosa de la Cátedra. El doctor Marzana, es pues el Primer Catedrático de Anatomía de nuestra Universidad. Graduóse de Médico el doctor Marzana en el año de 1803.

Estudiemos ahora el origen de la Facultad de Medicina:

El Reglamento del Libertador, establecía que en las Universidades Centrales se fundaran "Sociedades de Medicina", especies de organismos superiores que vigilaban y regulaban la marcha de los estudios de Medicina y para cumplir con él, reúnen el día 10 de Febrero de 1927 los Profesores y estudiantes de Medicina y constituyen la sociedad. Suscriben el acta de Fundación el doctor Juan Manuel de la Gala; doctor José Manuel Espinosa, doctor Juan Pablo Acevedo, doctor Manuel Ontaneda y Vicente Larrea, como Secretario. El 26 de Octubre del mismo año de 1827, se escribe el Primer Guión de la Facultad de Medicina de la Central, en ceremonia cuya acta transcribimos textualmente:

"En la Sala de Despacho de esta Universidad Central, a veinte y seis de Octubre de mil ochocientos veinte y siete; se reunieron los individuos nombrados por la Subdirección para componer la Facultad Médica del Departamento del Ecuador y Distrito del Sur, conforme a lo establecido en el artículo doscientos quince del Reglamento General de Estudios, y habiendo prestado el juramento de estilo, quedó instalada la Junta de la indicada Facultad, la que para su arreglo, y dar principio a las tareas de su destino procedió a nombrar un Director, Vice Director, y Secretario, cuyos destinos recayeron el primero por pluralidad de sufragios en el doctor Juan Manuel de la Gala, Catedrático Primero de Medicina. El segundo habiendo obtenido otros funcionarios votos sueltos, resultó que el doctor Jorge Moreno de la Sala reunió dos sufragios, y otros tantos el doctor Manuel Espinosa; con cuyo motivo se consultó el voto desisivo del que resultó a favor del doctor Moreno quedando por lo mismo hecha la elección en el citado Moreno. El tercero por unanimidad de sufragios recayó en el Maestro en Filosofía Miguel Herboso; a quien los Funcionarios de la Facultad lo eligieron en su Secretario, no obstante de no ser Profesor Médico. Con lo que se disolvió el acto de la instalación encargado por la Subdirección al Señor Rector de esta Universidad doctor José Miguel Carrión, Canónigo doctoral de esta Santa Iglesia Catedral que firmó el acta con los Señores que tomaron posesión de sus nombramientos de que certifico.

Doctor José Miguel Carrión, Rector.—Doctor Juan Manuel de la Gala.—Doctor Mariano Salazar.—Doctor José Manuel Espinosa.—Doctor Juan Pablo Acevedo.—Cerveleón Urbina.—Manuel Ontaneda.—Doctor Ignacio Veintimilla, Secretario de la Universidad.

Así nace la Facultad de Medicina de Quito, institución que con el transcurso de los años adquiere su prestigio y nombradía nunca desmentidos. El 29 de Diciembre de 1829 eligiese nuevo Directorio de la Facultad, en esta forma: Director, el doctor Juan Manuel de la Gala y Vicedirector, el doctor José Manuel Espinosa; además se nombró un Censor que fué el Bachiller Manuel Ontaneda.

En Enero 15 de 1830 se nombraron las demás dignidades de la Facultad siendo elegidos:

Primer Consiliario: El doctor Mariano Salazar.—Segundo Consiliario: El doctor Juan Pablo Acevedo.—Primer Conjuez, el doctor José Marzana, quien ejerce la Cátedra de Anatomía General y Particular.—Segundo Conjuez: el doctor Guillermo Jameson.

El 3 de Diciembre de 1831 hácense nuevas elecciones y ocupa la dirección el doctor José Manuel Espinosa.

En estos primeros años del nuevo siglo, hay pues el afán de mejorar, se crea la Cátedra de Anatomía, independiente ya, y la ocupa como hemos mencionado antes, el doctor José Antonio Marzana, quien dicta sus clases en el Edificio de la Universidad; son clases eminentemente teóricas, ya que todavía no se cuentan con los medios suficientes para efectuar demostraciones prácticas, pero se ha dado ya el primer paso hacia adelante.

Viene entonces el año 1836, en el que comienza el Renacimiento de la Educación pública en el Ecuador, con el advenimiento a la Presidencia, del Ilustre Patricio Guayaquileño don Vicente Rocafuerte.

La preocupación constante de Rocafuerte fué la implantación de escuelas para el pueblo; la decidida protección a la enseñanza, a las artes y a las ciencias.

La instrucción y la hacienda pública fueron los dos ramos de preferente cuidado para Rocafuerte: procurar sentar las bases para el arreglo económico de la República: he aquí su objetivo y su ideal; he aquí para lo que acumuló sus fuerzas prodigiosas, su carácter, inteligencia y laboriosidad.

Con toda razón dice un biógrafo:

"Rocafuerte que encontró a la República triste y con andrajos desgarrados, en los cuatro años de su administración le dió esperanza, comodidad y paz. La República antes de su venida era una cartuja, semillero de discordias, un cuartel de famélicos soldados, un campo de amodorrados e ignorantes ciudadanos: El la entregaba como a una hija resplandeciente nacida de su cerebro: llena de escuelas, llena de colegios, con una Universidad enormemente mejorada, atestados de buenos libros y buenos papeles; un ejemplo fructífero como un haz de simientes luminosas que con su luz auyentaría futuros desmanes".

El 20 de Agosto de 1835 la Convención Nacional encarga al Poder Ejecutivo la reforma a la Organización de las Casas de Educación.

Rocafuerte investido con este poder da un Decreto reformativo a la Enseñanza el cual en sus primeros Artículos designa el escudo de Armas que debe usar la Universidad.

Rocafuerte da el Santo y Señá a la Universidad Quiteña:

"Omnium Potentio est Sapientia" se lee desde entonces en el Frontis de la Casona.

El 26 de Febrero de 1836 se dictó el siguiente decreto que lo reproducimos en la parte que nos interesa y dice:

Art. 93.—El curso durará seis años distribuidos en esta forma: en el primer año se estudiará: Anatomía General y Descriptiva; Fisiología y Botánica; en el segundo año continuará la Anatomía General y Descriptiva y se enseñará Química e Higiene; en el tercero: Patología interna, externa, nosología, Anatomía patológica y **continuará la Descriptiva**; en el cuarto: Terapéutica, farmacia, materia Médica, y operaciones; en el quinto: Clínica externa e interna, Medicina Legal y Obstetricia; en el sexto: se completarán los cursos que no se hubieran acabado los años anteriores" Se consulta también la creación de la Facultad Médica, mediante la siguiente disposición:

"Capítulo 22.—De la Facultad Médica.

Art. 106.—Habrá en la Universidad una reunión de Profesores de Medicina, Cirugía y Farmacia que no pase de 12, tendrán un Director y un Secretario, nombrados por los Miembros de la Facultad, durarán tres años en sus destinos.

Art. 107.—Serán funciones de la Facultad:

I.—Promover los estudios teóricos y **prácticos** de las ciencias médicas.

II.—Velar que los estudiantes de medicina cumplan con su **práctica** en los Hospitales.

III.—Examinar a los Cirujanos, romancistas y a los boticarios, parteros y sangradores.

Este Decreto imprimió un impulso de progreso y adelanto a toda la enseñanza, ya que encontramos en él normas muy adelantadas para la época en las que se redactó, y que muy bien podían servir con eficacia en el momento presente.

Si meditamos sobre el anterior Plan de estudios de la Facultad, salta a la vista, que lo informa casi el mismo criterio que ha persistido hasta nuestros días: son seis años los de duración de los cursos, y en el último los alumnos revisan los estudios que no hubieren alcanzado a terminar en años anteriores. Me parece magnífica esta disposición habida cuenta la perenne estrechez de tiempo del año escolar, que nada tiene de "año" que hace que casi nunca hasta hoy en día se cumplan estrictamente los programas, quedando por tanto en el alumno vacíos de cultura y de técnica que posteriormente son difíciles sino imposibles de llenar.

Destácase la importancia que se da a la Anatomía General y Descriptiva señalando el tiempo de tres años para su estudio, contrastando este hecho con los últimos afanes que han logrado rebajar a un año la duración de la enseñanza de Anatomía en nuestra Facultad, hecho que me permitiré comentar oportunamente.

Así informada la Cátedra los personeros de la Universidad y el Presidente Rocafuerte meditan ya en la necesidad de construir un "anfiteatro anatómico" para que los alumnos puedan realizar en él, un estudio objetivo y práctico de la materia fundamental.

En efecto en el año 1837 —Rocafuerte, el doctor José García Parreño, Rector de la Central, y el doctor José Manuel Espinosa, Director de la Facultad Médica establecen el Anfiteatro **Anatómico**, en un local anexo al Hospital San Juan de Dios, y que colinda con el Cementerio del antedicho Hospital.

Comienza entonces una nueva era para la enseñanza de la Anatomía, que ya cuenta con un local propio, que aún permane-

ce allí, mirando de frente al Panecillo y apoyándose de espaldas al Arco de la Reina.

Alternan en la Cátedra, el doctor Vergara y el doctor Acevedo, que se esfuerzan por dar nuevos rumbos a la enseñanza.

Se ha dado así un gran paso merced, al entusiasmo del señor doctor José Manuel Espinosa y a la visión del estadista Rocafuerte.

Para las generaciones de nuestro tiempo Rocafuerte debe ser de manera permanente un motivo de severa meditación. Su obra magnífica está viviendo, palpitando, en el cuerpo mismo de la República y pugnando por seguir adelante con el impulso de los nuevos imperativos.

A los cien años de la muerte de Rocafuerte todavía nos encontramos como en el primer día de la creación. Todavía tenemos el deber de vencer a las sombras, de construir, de organizar, de hacer. Obligación de las nuevas generaciones es llegar a esos objetivos, avizorando con insistencia vital un remoto resplandor de aurora.

CAPITULO IV

El doctor Gabriel García Moreno y la reorganización y modernización de los estudios médicos.—Vienen los doctores Esteban Gayraud y Domingo Domec de Montpellier, Francia.—Gayraud, es nombrado Decano.—Informe de Gayraud.—Se construye el actual edificio del Anfiteatro Anatómico.—Modernizan la Cátedra y traen el instrumental y útiles de Disección.

Vamos a estudiar ahora el proceso de evolución histórica de la Cátedra de Anatomía, en una época de florecimiento y bienestar de los estudios médicos en general, debido a la presencia en el escenario de la vida política de la República, de otro magnífico visionario y estadista: el doctor Gabriel García Moreno, que junto a Rocafuerte constituyen el punto más alto de los Forjadores de la Cultura Ecuatoriana.

En el año 1857, ocupa García Moreno, la dignidad más alta de la Universidad Central. Le acompaña en su gobierno en

calidad de Vicerrector el doctor Miguel Egas, quien también desempeña la Cátedra de Anatomía General y Descriptiva de la Facultad de Medicina.

El doctor Egas, oriundo de Otavalo, nació en el año de 1823. Realizó los estudios primarios en la ciudad de su origen y luego radicado en Quito desde 1837 continúa sus estudios en el Colegio de San Fernando.

Luego graduose de Médico en 1844 y es nombrado enseña Profesor de Química de la Universidad. En 1849, desempeña la Cátedra de Filosofía en el Colegio Seminario de San Luis hasta el año de 1862. En 1876 es Profesor de Física de la naciente Escuela Politécnica y en 1878 gana por Concurso la Cátedra de Medicina Legal e Higiene; la cual la desempeña con briliantez hasta el fin de sus días.

En este año de 1878, asciende al mas alto cargo de la Universidad, cargo que tiene que dejarlo al año siguiente por que el Presidente Veintimilla, enemigo de la Cultura, destierra a Pasto, Colombia, al Rector de la Central.

Ocupó con acierto siempre, multiples cargos:

Rector del Colegio Académico de Pasto de 1879 a 1883 en que concluyó su confinio. Diputado por Imbabura a la Convención de 1861 y al Congreso de 1867.

En 1856 dirigió con singular acierto el Hospicio de esta ciudad. En el año de 1869, un terrible terremoto destruye Ibarra y otros poblados de la Provincia de los Lagos; el Dr. Miguel Egas, con el acierto y entereza que rigen todos los actos de su vida dirige la Comisión Médica, encargada de proporcionar algún alivio a los pobladores damnificados por la hecatombe.

Fué Ministro del Tribunal de Cuentas; Tesorero de Hacienda y Académico de la Lengua.

Después de una vida pródiga en el bien, falleció en esta ciudad de Quito el año de 1894.

Su paso por la Cátedra marca una huella indeleble de progreso y adelanto. Al comienzo enseña su Cátedra de acuerdo a las circunstancias en forma teorica, y allí pueden apreciar sus alumnos el caudal inmenso de sus conocimientos anatómicos y su exquisito don de gentes; luego de la reforma planteada por Gayraud y Domec a la Cátedra, evoluciona el Dr. Miguel Egas el sistema de su enseñanza y va hacia la práctica. Junto a sus

jóvenes discípulos diseca con habilidad consumada abriendo así nuevos rumbos a la enseñanza a él confiada.

Como autoridad científica, concurre luego del sangriento drama de Agosto de 1875, a verificar la autopsia de su amigo el Presidente García Moreno y suscribe un magnífico Protocolo, modelo en su género por lo prolijo y científicamente concebido.

Durante el corto tiempo del Rectorado del Dr. García Moreno la Universidad progresa notablemente en el aspecto material. Se incrementa enormemente la Biblioteca y se mejora las condiciones del edificio. Pronto el Rector parte a Europa y ocupa el Rectorado el Dr. Egas.

El 10 de Enero de 1861, la Convención reunida, nombra al Ex-Rector García Moreno Presidente Interino de la República, cargo que lo confirma con el carácter de "constitucional" en Marzo del citado año.

Viene entonces un nuevo florecer para la Instrucción Pública, el Presidente se preocupa de buscar nuevos rumbos y ensanchar los horizontes de los estudios universitarios. Funda y prestigia a la Escuela Politécnica. Hombre de cultura superior se asombra al ver el estado de postración en que se halla la enseñanza y conocimientos Médicos y presto dirige su mirada a Francia —la forjadora de su recia cultura— en demanda de un apoyo para su bien querida tierra ecuatoriana.

Necesita en Ecuador de la presencia de médicos franceses para que sacuda la modorra en que se halla largo rato sumida y se ponga al ritmo de la técnica de la época.

En 1873, el 23 de Octubre García Moreno consigue que se dicte una "Ley Adicional" que decía:

Art. 3º—Se autoriza al Poder Ejecutivo para que pueda reformar la enseñanza de Medicina, sin aumentar el número de años de estudio de esta ciencia; y debiendo dar cuenta a la próxima Legislatura para la aprobación de la Reforma, sin perjuicio de que esta se ponga en práctica. Con esta autorización García Moreno procedió inmediatamente a la reorganización de la Facultad y enseñanza de la Medicina.

La enseñanza de Medicina se debatía en un completo atraso. Los estudios eran esencialmente teóricos y los alumnos poco frecuentaban los servicios hospitalarios; a la enseñanza de Anatomía faltaban las clases de práctica y los instrumentos auxiliares más indispensables.

El año en que García Moreno inicia la reforma el personal de la Facultad era el siguiente:

Decano doctor Antonio Sáenz, que enseñaba: Patología, Medicina Legal y Obstetricia.

Doctor Rafael Barahona, Profesor de Fisiología e Higiene.

Doctor Ascencio Gándara con las Cátedras de Materia Médica, Terapéutica y Clínica.

Doctor Miguel Egas, que dictaba Anatomía y Cirugía.

Total: cuatro Profesores.

Pronto salen contratados de Francia los Doctores Esteban Gayraud, Profesor Agregado de la Universidad de Montpellier y Domingo Domec, alumno interno del Hospital de San Eloy de Montpellier. Arriban a nuestra Patria y García Moreno inmediatamente confiere al doctor Gayraud el Decanato, quien organiza, con el carácter de provisional la Facultad así:

Doctor Domingo Domec, Anatomía General y Descriptiva.

Doctor Rafael Barahona, Fisiología General y Especial, Higiene Privada y Pública.

Doctor Antonio Sáenz, Patología General, Semiología, Nosología y Anatomía Patológica; Medicina Legal, Toxicología y Obstetricia.

Doctor Rodríguez Maldonado, Terapéutica, Materia Médica y Clínica Interna.

Doctor Esteban Gayraud, Cirugía.

El doctor Domingo Domec, revoluciona entonces la enseñanza de Anatomía. Pero quiero aquí, transcribir los puntos que considero fundamentales del Informe que presenta al Gobierno el doctor Esteban Gayraud, respecto a su labor en la Facultad, tomando de su obra escrita en colaboración con Domec, y que lleva por título: "La Capitale de l'Equateur au point de vue medico-chirurgical". La transcripción nos dá un fiel reflejo de lo que era la enseñanza médica y nos ahorra toda clase de comentarios. dice así:

"En el mes de Agosto de 1873, conviene después de largas cavilaciones, en trasladarme a la Capital del Ecuador, para cumplir con la autorización del Ministro de Instrucción Pública uno de los cargos más honrosos, pero también más difíciles. El objeto de mi viaje, que debía durar tres años, está claramente indicado en el primer artículo de mi contrato concebido en estos términos: "M. Gayraud se compromete con el Gobierno de la República del

Ecuador a ir a Quito, Capital de la referida República, para encargarse de los cursos de Cirugía, **dirigir los de Anatomía**, en la Facultad de Medicina, dirigir los Hospitales y ejercer la Cirugía, y hacer todas las operaciones quirúrgicas: en una palabra ayudar al Gobierno a desenvolver y mejorar el ejercicio de la Cirugía y de todo lo que se relaciona con el tratamiento y curación de las enfermedades de cualquier clase, todo de acuerdo con el gobierno, cuyos consejos e instrucciones deberá observar. M. Gayraud tendrá el título de Decano de la Facultad de Medicina de Quito y será Cirujano en Jefe de los Hospitales”.

El doctor Gayraud, continúa:

“En esta época la Facultad de Medicina de Quito, de la cual se me concedía el Decanato estaba regida por la Ley Orgánica de Instrucción Pública, promulgada el 24 de Octubre de 1863, bajo la primera Presidencia de García Moreno, y por el Reglamento General de Estudios dado por el Consejo General de Instrucción Pública, el 23 de Diciembre de 1864. En este Reglamento se fijaba en cuatro el número de Profesores encargados de enseñar: el primero: anatomía descriptiva, acompañada de demostraciones en los cadáveres del Hospital, y anatomía general; el segundo: fisiología, higiene y cirugía; el tercero: patología general, semiología, etiología, nosología, y anatomía patológica, medicina legal, toxicología, y obstetricia; el cuarto en fin, terapéutica, materia médica, clínica y farmacia. La enseñanza de Química y de Botánica estaba a cargo de la Facultad de Ciencias. La Física se suponía suficientemente conocida de los alumnos que habían recibido el título de bachilleres en ciencias.

Después de esta época, una modificación sin grande importancia había separado la cirugía de la fisiología y de la higiene, para juntarla a la anatomía.

Los estudios médicos duraba seis años: el primer año anatomía Descriptiva acompañada de disecciones, anatomía general y química inorgánica; segundo año: fisiología, higiene y química orgánica; tercer año: patología general, etiología, semiología, nosología anatomía patológica, organografía, y fisiología botánica; cuarto año: terapéutica y materia médica; taxonomía y fitografía botánicas; quinto año: clínica interna y primer curso de cirugía; sexto año: segundo curso de cirugía, medicina legal, toxicología y obstetricia. En el cuarto año los alumnos debían recibir lecciones prácticas de farmacia en una de las boti-

cas de la Capital. Los de quinto año debían asistir a las lecciones prácticas de cirugía y los de sexto año a las lecciones prácticas de medicina dadas por el cirujano y el médico del Hospital San Juan de Dios.

No faltaba amplitud al programa, **pero tenía el defecto capital de reservar una parte demasiado insignificante a los estudios prácticos.** En realidad estos **eran casi nulos.** Los alumnos de primer año **asistían a algunas disecciones hechas a prisa** y las lecciones clínicas se reducen a nada. Las salas de cirugía estaban bien provistas de enfermos, pero allí no se hacían sino operaciones de urgencia, y el arsenal carecía de los instrumentos más usuales, que los alumnos no habían visto jamás. Mi primer cuidado fué hacer cesar un estado de cosas tan perjudicial a la enseñanza. Gracias a las ordenes dadas por el Gobierno, adquirí antes de mi partida una colección completa de instrumentos de cirugía y de obras al corriente de la ciencia. Robert y Collin, habían recibido la autorización de suministrarme todo lo que les pidiera; es decir, partí tan bien provisto como fué posible. Lle- vé aún las sustancias medicamentosas que creí útiles para el servicio de clínica.

Tan pronto como llegué comprendí que las precauciones tomadas eran muy justificables, por que me habría sido imposible proveerme de lo indispensable en la Capital del Ecuador. El Presidente de la República **convencido como yo de la necesidad de los estudios prácticos de anatomía,** hizo construir inmediatamente al lado del Hospital y con los planos que le suministré, un anfiteatro donde los alumnos, cuyo celo e inteligencia aprecié muy pronto, pudiesen diseccionar comodamente. En pocos meses todo estuvo concluido y los cadáveres del Hospital, conservados por los procedimientos clásicos, suministraron materiales suficientes, para las disecciones cotidianas.

Poco después, en mayo de 1874, tuve la satisfacción de poner a la cabeza de ese servicio al Doctor Domec, uno de los más distinguidos internos del Hospital de San Eloy de Montpellier, admitido por el Gobierno del Ecuador, en calidad de profesor de anatomía y autorizado por él para proveerse en Francia de todos los instrumentos y útiles necesarios para el estudio de anatomía y histología. Entonces me fué posible consagrarme de una manera especial a la enseñanza de cirugía. Además del curso teórico, instituí lecciones clínicas, puntualmente seguidas por los alum-

nos, felices de ver practicar un gran número de operaciones que les eran desconocidas hasta entonces. Además, se les impuso frecuentes ejercicios de medicina operatoria, a fin de completar la educación quirúrgica.

Esto no era sino una parte de la labor que había aceptado. Según la intención del Presidente, la Medicina debía recibir una reforma general. De acuerdo con su deseo, preparé un nuevo reglamento, destinado a ajustar la enseñanza médica a las exigencias de la ciencia moderna. Entre otras reformas obtuvo que los Profesores fuesen nombrados todos por concurso y que su número fuese el de siete. Las Cátedras se repartieron de la manera siguiente:

- 1.—Anatomía.
- 2.—Fisiología.
- 3.—Patología General y Anatomía Patológica.
- 4.—Terapéutica Materia Médica e Higiene.
- 5.—Patología Médica o interna.
- 6.—Patología Quirúrgica o Externa.
- 7.—Medicina Legal y Obstetricia.

A causa de la importancia de los estudios fisiológicos, se resolvió que el Profesor de fisiología sería escogido en Francia y nuestro Ilorado Decano M. Buisson recibió del Cónsul General del Ecuador a este respecto. A fin de no aumentar demasiado los gastos dejé a los profesores de patología médica y quirúrgica la carga de dirigir los estudios clínicos del Hospital, al cual debían estar adscritos en calidad de médico y cirujano en jefe. Los profesores de botánica y de química de la Escuela Politécnica o Facultad de Ciencias, quedaron también encargados de la enseñanza de estos ramos de la ciencia médica a los cuales junté la Física, ciencia muy importante que no debía ser descuidada después del bachillerato como antes sucedía.

Lo más difícil no era obtener que el número de profesores se aumentara. Era necesario ante todo imponer al Cuerpo Docente la obligación de dar verdaderas lecciones preparadas con cuidado, y no como acontecía anteriormente, comentarios de un texto aprendido de memoria y recitados por los alumnos. En 1873 todavía se comentaba el Tratado de Patología de Roche y Sanson, lo cual manifiesta cuán insuficientes eran los conocimientos exigidos a los alumnos a los cuales se reclamaba no obstante una cantidad de trabajo muy considerable. Esta reforma fué ad-

mitida por el Presidente del cual obtuvo la creación de cierto número de plazas de agregados adjudicadas por concurso. En el proyecto primitivo, no debía haber sino tres agregados: uno en la sección de anatomía y de física; otro en la sección de medicina y el tercero en la sección de cirugía, encargados de suplir a los profesores y de completar su enseñanza. Pero se convino en que lo más pronto que fuese posible serían siete, a fin de que cada cátedra tuviera un agregado que llenara las funciones del profesor adjunto. De esta suerte, el reclutamiento del profesorado estaba asegurado.

A fin de estimular el celo de los alumnos se crearon en los hospitales, plazas de internos y de jefes de clínica; varios ayudantes de Anatomía, un prasector y un jefe de trabajos anatómicos fueron encargados de auxiliar al profesor de anatomía y de atender a los trabajos de la Escuela Práctica de Anatomía y de operaciones quirúrgicas, cuya creación había obtenido. Además con el objeto de impedir que los alumnos eludiesen la nueva Ley, el Presidente resolvió solicitar la supresión de la Facultad de Cuenca, a la cual no pertenecían más que tres profesores o más bien tres repetidores encargados cada cual de enseñar las materias en dos años de estudio.

La reforma de la enseñanza médica iba pues ha ser completa y gracias a la elevada inteligencia del Presidente, no tenía sino que formular mis deseos para verlos realizados en la medida de los recursos de la República. García Moreno había concebido el proyecto de erigir en el centro de la capital un verdadero monumento que pudiese servir para la instalación de la Facultad de Medicina, relegada hasta entonces a una casucha alquilada periódicamente.

En el Mensaje Presidencial que debía leer en la apertura del Congreso, el 10 de Agosto de 1875 se expresa sí: "La enseñanza superior de las Facultades Universitarias y especialmente de la Escuela Politécnica va dando cada año frutos satisfactorios. La de Medicina que ha tenido notables mejoras, será definitivamente reorganizada en estos días; y si ordenáis que para ello se construya un edificio adecuado, sin el cual su completo arreglo es imposible llegará a ponerse a la altura que le corresponde en el presente estado de la ciencia". A los ojos de quienes conocían la influencia que el Presidente ejercía en las decisiones del congreso, la adopción de estos proyectos era indudable. Así después

de dos años de trabajos preliminares, esperaba en el último de mi permanencia en Quito, ver realizada esta reforma capital.

Desgraciadamente, algunos días antes de la reunión del Congreso, el 6 de Agosto de 1875, García Moreno cayó herido por los asesinos y su muerte, verdadera calamidad pública, dejó en suspenso las mejoras proyectadas en todos los ramos de la administración. Nos parecía evidente que después de la elección presidencial serían necesarios nuevos estudios y que nada quedaría del proyecto aceptado ya. En estas circunstancias mi presencia no tenía ya la misma utilidad. Deseoso de regresar a Francia, traté de hacer comprender a Francisco Xavier León, Vicepresidente de la República hasta las elecciones próximas, que el nombramiento del doctor Domec para la Cátedra de Cirugía y el cargo de cirujano en Jefe del Hospital aseguraba la continuación de nuestra obra. Gracias a su alta influencia en el Consejo de Estado, encargado de la administración de los negocios públicos, me concedió el 18 de Setiembre de 1875, con los testimonios más lisonjeros de reconocimiento por los servicios prestados a la juventud ecuatoriana, la autorización de dejar la capital, donde había recibido de todos una grata acogida.

Desde esta época, han estallado numerosas revoluciones en este desgraciado país, que marchaba a pasos de gigante en la vía del progreso, bajo el fecundo impulso de aquel a quien Wiener, Cónsul de Francia en Guayaquil llamaba antes el Genio Tutelar del Ecuador. El doctor Domec, debió abandonar su cargo al cabo de poco tiempo.

Si todos los proyectos de García Moreno no han podido realizarse, nos queda por lo menos, la satisfacción de haber asegurado la institución definitiva de los estudios prácticos de Anatomía y Cirugía y de haber iniciado una generación médica en los procedimientos científicos que ella ignoraba completamente. Son nuestros discípulos los que ocupan ahora las Cátedras de la Facultad de Medicina y los concursos a los que se han debido sus nombramientos han dado la medida de los servicios que prestarán a la enseñanza superior. Estamos seguros, de que, gracias a ellos, Francia será por mucho tiempo la inspiradora de los progresos de la juventud ecuatoriana".

Las palabras anteriores me relevan de extenderme a comentar el alcance que iban a tener las reformas. Se pensó y planeó dar un paso gigantesco hacia adelante implantando los "traba-

jos prácticos" de los alumnos, en forma racional científica, más el machete asesino de Faustino Rayo, quebró tempranamente todos los anhelos y esperanzas. Con la muerte de García Moreno se vino al suelo la naciente edificación de la reforma y todo se quedó como antes.

El edificio del "Anfiteatro anatómico" que como acabamos de ver fué construído rápidamente por García Moreno en el año de 1874 a pedido del Decano Gayraud, es un edificio de una sola planta en el tramo que orientado de norte a sur, corre paralelo a la carrera que precisamente lleva el nombre del Presidente que lo mandó construir; hay otro tramo, perpendicular al anterior y que se orienta por tanto de oriente a occidente, y que consta de dos plantas para aprovecharse del declive natural del terreno sobre el que se asientan y que está mirando por intermedio de la Carrera Morales al paseo 24 de Mayo.

Un portón angosto da acceso por la García Moreno a un pequeño hall a cuya derecha se levanta la Sala principal de Direcciones, cuadrilátera, de 8 metros de largo por 4 de ancho, y que lleva en sí tres planchas de pizarra negra para colocar cadáveres. De las paredes emergen también mesas de cemento para recibir piezas anatómicas. Al fondo de esta sala encontramos seis gradas de madera dispuestas en forma de semicírculo, que las ocupan los alumnos para ver las demostraciones prácticas. Por encima de la última grada se extiende la Sala de Clases así mismo cuadrilátera, y en donde los alumnos oyen las demostraciones teóricas. Bajo esta sala de clases se ubica un pequeño depósito de cadáveres y piezas anatómicas.

El tramo que dá a la Avenida 24 de Mayo se compone en dos partes: una antigua, que forma cuerpo con las salas antes descritas y que comprende un cuarto bajo, oscuro y mal ventilado, y que durante largos años ha servido de refugio al servicio médico-legal de policía, para en él verificar —en las peores condiciones— las autopsias.

Sobre este local funciona en una pieza, la Administración y la Biblioteca; y el tramo moderno, apenas construído en 1920 por el entonces Profesor de Anatomía Patológica y Parasitología doctor Luis G. Dávila, que consta de una sala baja, cuadrilátera con cuatro planchas para cadáveres y rodeada íntegramente por los "canceles" en los cuales depositan su ropa los alumnos y guardan sus utensillo de disección.

Una sala alta, con amplios ventanales de vidrios sirve para las clases teóricas y en cuyo fondo una pieza pequeña sirve de Museo, sitio donde se conservan piezas duras y blandas y la colección de láminas anatómicas.

Completan el área del edificio en el sector que mira hacia parte posterior del Hospital San Juan de Dios, dos pequeños jardines, el uno con una pileta en el centro y que ponen una nota de alegría en el severo edificio.

Este es el hogar modesto de la Cátedra de Anatomía Descriptiva cuya larga trayectoria venimos siguiendo. Casa vieja e incómoda, por tus muros y tu portón, cuantas generaciones de médicos han pasado en busca del aporte espiritual y técnico, que la Universidad siempre ha sabido dar a manos llenas.

El doctor Domec, trajo también para instalar su cátedra, variados útiles e instrumental. Veamos cuáles de ellos, desahianado a la acción del tiempo, siguen en su puesto aún, prestando sus eficaces servicios.

Las planchas de pizarra negra, que soportan los cadáveres son cuadriláteras con los bordos romos, miden 2 metros de largo por 80 centímetros de anchura y en sus partes más declives llevan dos agujeros circulares de desagüe. Se hallan mortadas cada una sobre dos caballetes de hierro.

Si visitamos el Museo nos encontramos con fantasmas de cartón prensado, también traídos por el doctor Domec; llevan en uno de sus ángulos la fecha de su fabricación —1870—. Se destacan entre estos:

Un busto, magníficamente trabajado y que hoy se halla en calidad de préstamo en la Escuela Nacional de Enfermeras. Organos del oído y de la visión, completos y muy aumentados de tamaño; una laringe, la articulación de la rodilla, un hemisferio cerebral y cortes sagitales de los genitales masculinos.

La bomba para formolización de cadáveres, es otro instrumento que data de la misma época y que hoy, sin cansancio, desempeña su eficaz función. Consta de un cuerpo de bomba metálico en forma de cilindro hueco, y descansa sobre soportes de hierro, con una capacidad de cuatro litros de sustancia a inyectar. En su parte posterior actúa la presión por un sistema decremallera y su parte anterior termina afilándose en un tubo delgado el cual se adapta a una sonda de caucho, la que se introduce

en el calibre de la arteria del cadáver que va a conservarse. El aparato ostenta la marca "Robert y Collin" France.

Este es el arsenal traído de Francia por García Moreno y que hasta hoy permanece en su puesto de centinela sin remuda.

CAPITULO V

Gayraud y Domec se vuelven a Francia.—Antonio Falconí y José Darío Echeverría en la Cátedra.—Su enseñanza y sus discípulos.—La Anatomía de Fort.—Pobreza del anfiteatro: falta higiene y falta de agua.

Desaparecido del escenario de la vida Gabriel García Moreno, los Profesores franceses no encuentran el debido apoyo para proseguir su tarea inicial y pronto se vuelven a su patria, dejando eso sí el sólido cimiento sobre el que se levantará la Facultad de Medicina. Obra básica y fundamental esta de Gayraud y Domec, sus proyecciones todavía han continuado iluminando el sendero por el que recorre la caravana médica de la Central.

Corre el año de 1875 y el Congreso restablece la Universidad Central que había sido "disuelta" —excepto su Facultad de Medicina— por García Moreno, en 1869.

Mas el Presidente Antonio Borrero y Cortázar es depuesto en 1876 por el golpe revolucionario del General Ignacio de Veintimilla. La Constituyente de 1878, reunida en Ambato, dictó una nueva Ley de Instrucción Pública, y de acuerdo con esta se fijaron edictos convocando a oposición para las cátedras de las cuatro facultades que por el entonces componían la Central.

En la Facultad de Medicina alcanzaron las mejores votaciones en la oposición para la Cátedra de Anatomía General y Descriptiva los doctores Antonio Falconí, y José Darío Echeverría, siendo nombrado el primero de los mentados.

El doctor Antonio Falconí, quiteño de nacimiento, fué uno de los mas distinguidos discípulos de Domec y siguió sus enseñanzas en la Cátedra, la cual la desempeñó por espacio de cinco años, afanándose siempre por llevarla a los senderos de la práctica.

En 1883 se produce en todo el territorio ecuatoriano el movimiento nominado "La Restauración"; cae vencido por ella el

Presidente Veintimilla y el doctor Falconí, renuncia su Cátedra y se traslada a residir a Guayaquil, ciudad donde ha formado un hogar muy distinguido.

Vacante la Cátedra es llamado entonces a ocuparla el doctor José Darío Echeverría, quien junto a Falconí habían obtenido las mejores votaciones en el concurso de provisión.

El doctor José Darío Echeverría Proaño, nació en Cotacachi, cantón de la Provincia de Imbabura, en el año de 1845. Fueron sus padres Don Custodio Echeverría y Doña Ignacia Proaño, personajes que poseían una notable factoría de tejidos en esa localidad.

En sus primeros años de edad el doctor Echeverría viene a Quito, ya que sus padres trasladan industria y residencia a esta ciudad. Aquí, en Quito hace su instrucción primaria y luego la secundaria en el Colegio de los Padres Jesuítas. Atraído por su vocación sigue la carrera médica, distinguiéndose como alumno aficionado a la Anatomía y la Cirugía.

Gradúase de Médico el año 1870 y ejerce con éxito su labor en esta ciudad. Los vecinos de la época lo ven salir todos los días de su casa ubicada en la Carrera Bolívar, frente a la escalinata del Colegio de San Carlos, elegantemente vestido con levita o capa española, sombrero de copa, montar en brioso caballo e iniciar así la cotidiana visita a sus pacientes.

En el año de 1883 llega a ocupar la Cátedra de Anatomía y su primera preocupación es orientarla hacia la enseñanza práctica. Le acompañan en su labor como Ayudantes su sobrino, Daniel Echeverría, y el hoy prestigioso Catedrático de Honor de la Facultad doctor Maximiliano Ontaneda Salazar, quien realza la labor del doctor Echeverría muy, competente, muy dedicado, y exigente en su labor y nos cuenta como verificaban inyecciones de sebo en los cadáveres y solían disecar todas y cada una de las ramas de la arteria maxilar interna, y otras piezas anatómicas con prolijidad, dedicación y paciencia.

Trimestralmente los alumnos solían, en lugar de los actuales exámenes, presentar "sabatinas" y eran muy lucidas las que presentaba la Cátedra del doctor Echeverría.

Durante la época de su profesorado el texto preferido y consultado es el que tiene por título:

TRATADO COMPLETO DE ANATOMIA GENERAL Y
DESCRIPTIVA POR EL Dr. J. A. FORT

Catedrático libre de Anatomía de París.—Adornado de 73 grabados en el texto.—Versión castellana con muchas adiciones y notas de A. Sánchez de Bustamante.—Madrid.—Imprenta y librería de Miguel Guijarro Editor, Calle de Preciados Núm. 5.—1871.

Es una obrita de 572 páginas, dirigida en dos grandes capítulos: Anatomía General (52 páginas) y el resto Anatomía Descriptiva.

Dá en cada capítulo la respectiva descripción de la forma como debe verificarse la preparación de la pieza anatómica.—Así por ejemplo habla de la "esqueletopea", definiendo que es el arte de preparar esqueletos y una de las operaciones más largas de la Anatomía Práctica.—Los huesos se preparan despojándolos groseramente de las partes blandas, pero sin quitar el periostio se separe espontáneamente de ellos; entonces se sacan, se frotran con un cepillo fuerte, se lavan con mucha agua, y luego se ponen al aire libre tendidos sobre cañizos o sobre la hierba. Por este medio se consiguen huesos muy blancos, con particularidad en primavera".

La parte descriptiva es llana y metódica, pero se detiene muy poco al hablar de relaciones de órganos y aparatos. Adornan el texto muy buenos grabados. Emplea toda esa serie de términos antiguos: así al pubis llama empeine, huesos chatos a los huesos anchos, a la rótula choquezuela; ternillas a los cartilagos; redaño u omento al epiplón, etc. Uno de los mayores afanes del doctor Echeverría fué el establecer y fundar en Quito la Escuela Dental, obra necesaria para combatir el empirismo que siempre ha sido fiel aliado de esta disciplina médica.

Formuló planes y proyectos para esta escuela, pero desgraciadamente no llegó a verlos convertidos en realidad.

Como el doctor Echeverría desempeñaba también la Cátedra de Cirugía y era Cirujano del Hospital San Juan de Dios, su actividad quirúrgica era intensa; operaba casi a diario y allí nos han quedado como recuerdo de la época, esas curiosas fotografías, en las que se vé al doctor Echeverría cuchilla en mano, ro-

deado de sus discípulos, todos con su levita de calle, ejerciendo su función, sin que todavía estén a su alcance los grandes progresos alcanzados por Lister, merced a las sabias doctrinas microbianas de Pasteur.

Grandes dificultades tuvo que sortear el doctor Echeverría en su cátedra. En 1884 el Gobierno Nacional decide la restauración del edificio del anfiteatro, para lo cual contribuye con cien sucses mensuales.

Al año siguiente —1885— la Facultad de Medicina solicita al Gobierno se le entregue el Anfiteatro para administrarlo ya que en manos gubernamentales es un local descuidado. El Rector de aquel entonces doctor Carlos R. Tobar, médico distinguido, se afana por rodear al edificio de alguna comodidad, pero allí siempre falta un elemento indispensable y fundamental para su buena conservación cual es el agua, al extremo de que en el año de 1888 el anfiteatro constituía un verdadero foco de infección enclavado en el corazón mismo de la ciudad por lo cual alarmado el vecindario, recurre al Municipio para que remedie esta penosa situación. Se cruzan oficios entre la Universidad y el Cabildo, más como la Facultad de Medicina "carece de fondos" ordena como única medida "quemar azufre" en el local.

En 1890 el doctor Rafael Barahona, dignatario de la Facultad pide al Ministerio de Instrucción Pública: 'se haga algo por el anfiteatro, pues este lugar es indispensable para las demostraciones anatómicas y los ejercicios prácticos de Cirugía; y que hoy se encuentra en un estado imposible de usarlo'.

En 1898, hay un Informe de la Facultad en el que se lee:

"El anfiteatro hace algún tiempo que sirve a pesar de faltarle localidad, agua y muchas otras condiciones higiénicas".

Con cuanta razón el Profesor Echeverría se lamenta: "es imposible cumplir con mis deberes, por carecer de anfiteatro para las disecciones y por no tener un maniquí y los instrumentos necesarios para el estudio no enteramente teórico de la importante ciencia, base de la medicina".

Este era pues el sitio y las condiciones donde el doctor Echeverría accionaba afanosamente por preparar bien a sus discípulos que han constituido una importante legión de médicos: viven todavía y conservan un grato recuerdo de su Profesor Anatómico.

El doctor Alejandro Bastidas, graduado en 1888, y quien hasta hoy ejerce su humanitaria labor en su ciudad de Ambato.

El doctor Antonio Miño, decano de la población médica de Quito, graduado en 1889.

Alejandro Villamar, graduado en 1893 y quien regenta hoy un servicio en el Hospital Eugenio Espejo.

Doctor Lucindo Almeida graduado en 1895 y nuestro muy querido doctor Maximiliano Ontaneda que acaba de celebrar sus bodas de Oro profesionales aureolado del mejor de los prestigios.

La mayoría de sus discípulos duermen ya el silencio de las tumbas. Pero citaremos los nombres más distinguidos; como cáldido homenaje a su memoria:

Julio T. Paredes; Guillermo Ordóñez, quien va a ser la figura central de nuestro próximo capítulo; José Ponce Elizalde, Carlos Domingo Sáenz, Samuel Buendía, Leonardo Victoriano Estupiñán, Mariano Peñaherrera, Ricardo Ortiz, entre los más distinguidos.

Con la Revolución del 95, el doctor Echeverría deja su cátedra y se retira a la vida privada en la cual el 24 de Octubre de 1899 le sorprende la muerte, violentamente por un derrame cerebral, mientras residía en su Hacienda "San Isidro del Valle" (hoy "Nazareth") ubicada en la parroquia de Cotocollao.

Sus despojos mortales reposan en una cripta de la Iglesia de San Francisco de esta ciudad.

CAPÍTULO VI

La Revolución de Alfaro.—1895— Reorganización de la Universidad Central.—Los doctores Manuel María Almeida y José Espinosa en la Cátedra.—Guillermo Ordóñez nombrado Profesor.— Anatomía de Testut.— Trabajos prácticos.— Enseñanza Objetiva.—Piezas Anatómicas.—Sus colaboradores.—Se crea la Cátedra de Anatomía Topográfica.—1907.

Un trascendental hecho sucede en el año de 1895 en nuestra patria. Las huestes militares comandadas por don Eloy Alfaro, dan al traste con el gobierno conservador del señor doctor Luis Cordero e implantan en el Capitolio nacional la enseñanza liberal, comenzando así una nueva era en el vivir republicano.

La conmoción en el territorio nacional es intensa, viejas y tradicionales concepciones van a ser desterradas para siempre y van a dejar campo abierto a nuevas ideas e ideales.

En la Universidad repercute la hecatombe: los profesores conservadores tradicionalistas, abandonan presurosos sus cátedras y procuran no dejar huellas de sus personas.

Nuestro Profesor de Anatomía doctor Echeverría, militante activo en el partido azul, pone los pies en polvorosa y presto acude a buscar refugio en el Convento de los Padres Franciscanos, que acogen con beneplácito a quien siempre fué su médico preferido. Ha quedado abandonada la Cátedra.

Instalado el gobierno, uno de los primeros pasos es proceder a la reorganización de las Facultades Universitarias. Así es como durante el año lectivo 1895-1896 ocupan la Cátedra de Anatomía General y Descriptiva, de manera "interina" los doctores don Manuel María Almeida y don José Espinosa, pero como no se adaptan a ningún plan de reformas, pronto cederán su puesto a quien dotado de magníficas condiciones de preparación y de idoneidad técnica, luce en su mente y en su corazón las ideas liberales: el doctor Guillermo Ordóñez es nombrado Profesor. Nació el doctor Guillermo Ordóñez en esta ciudad de Quito el año de 1870. La primera educación la recibió en el hogar en donde su madre doña Dolores Ordóñez supo inculcarle amor al estudio y bondad en el corazón. Pronto se decidió por el aprendizaje de la Medicina y allí lo tenemos como discípulo distinguido del Profesor Echeverría, quien aprecia las dotes de su alumno y le pide pronto que colabore con él como Ayudante-Disector.

Luego de una brillante jornada estudiantil, recibe el grado de doctor en 1893 e inmediatamente parte a la población de Machachi a ejercer su profesión. En esta humanitaria labor lo sorprenden, primero la transformación política del 95 y luego la llamada de la Universidad Central para que ocupe la Cátedra de Anatomía General y Descriptiva por nombramiento de "interino" expedido el 20 de Julio de 1897.

Su paso por la Universidad es un camino lleno de prestigio y de honra.

Pronto demuéstrase el Profesor Ordóñez como un catedrático de talento y valía: organiza su curso de una manera nueva, va a ser de hoy en adelante la enseñanza de anatomía estrictamente objetiva y práctica. Sus clases son amenas e interesantes, no es un erudito el doctor Ordóñez, ni sabe la materia que enseña, con detalles insignificantes, ni con profundidades que a nada conducen. No es un esclavo de la memoria ni un vulgar reci-

tador de la letra de un texto, antes bien sus explicaciones son sencillas, claras y objetivas, salpicadas frecuentemente de la anécdota graciosa y del chiste inteligente.

Prefiere decididamente explicar la Anatomía General, que la conoce tan a fondo, pero cuando hace anatomía descriptiva es ordenado y muy lógico.

Quiere aquí transcribir unos párrafos del doctor Paredes Borja, relativos a la personalidad del doctor Ordóñez, que nos demuestran lo interesante y valioso que fué el querido Profesor:

"El doctor Guillermo Ordóñez, que me enseñó anatomía, fué uno de los Maestros de más talento que han honrado a la Facultad de Medicina de nuestra Universidad, un talento natural, llano, claro, certero, equilibrado, con ese maravilloso equilibrio griego que se enseñó en el jardín de Academus. Lo que no sabía lo intuía y acertaba. No se puede decir que fué un erudito, sabía poco pero lo comprendía todo. Hablaba con fervor de sus temas preferidos de anatomía general, se explayaba, se entusiasmaba, y su palabra brotaba con elegancia; llegaba a la grandilocuencia, fascinaba. Fué un genial humorista, conversar con él era, una delicia, dejaba siempre en mi una honda impresión. Su fino talento manejaba la sátira con gran maestría y hay del alumno que caía en desgracia del Profesor de Anatomía.

A su sala del Hospital San Juan de Dios, iba yo, muy mañana a aprender de la gran experiencia clínica del maestro, de su gran talento para resolver con claridad un caso difícil, matizado siempre por un comentario humorístico o por una certera y hasta mortal sátira.

Qué de cosas graciosas y geniales oí al maestro y cuánto le recuerdo y admito hoy. "Termina el doctor Paredes Borja diciendo que Guillermo Ordóñez fué un "bello carácter: cordial, leal y desinteresado".

La trayectoria de la vida del doctor Ordóñez, ocupando altos cargos universitarios es por demás interesante:

En 1908, ocupa el cargo de Decano de la Facultad de Medicina, puesto que lo desempeña eficazmente.

En el mes de Noviembre de 1910 es elevado a la dignidad de Vicerrector, estando en ese entonces la Junta Administrativa de la Central, integrada así:

El Rector doctor Angel Modesto Borja.

El Vicerrector doctor Guillermo Ordóñez.

Decanos: de Jurisprudencia: doctor Angel R. Porras; de Ciencias: Ing. Rafael Andrade Rodríguez; de Medicina: Isidro Ayora.

Colector: señor Rafael Rodríguez Arteta.

Secretario: doctor Francisco Pérez Borja.

La labor del Profesor Ordóñez frente a estas dignidades universitarias es digna de todo encomio: la Universidad va adentrándose cada día más y más por la senda del progreso; el presupuesto universitario va en aumento paulatino cada año; los personeros se afanan por las reformas y siempre en ellas se destaca el doctor Ordóñez.

El 20 de Setiembre de 1914 debe reunirse en Quito, por sugerencia de la Central, una Asamblea Universitaria, con el objeto de: "unificar la enseñanza y establecer la mutua colaboración en orden a los fines que se propone la institución universitaria".

La Facultad de Medicina nombra entonces como sus delegados a la Asamblea Universitaria al doctor Guillermo Ordóñez y al doctor Francisco Coussin. Desgraciadamente, por causa económicas, fracasa la reunión de esta Asamblea, que seguramente hubiera sido la portadora de muchos beneficios para la educación.

Durante los días de 19 al 14 de Octubre de 1915 reúne en Guayaquil el Primer Congreso Médico Ecuatoriano. La Universidad Central está presente en el certamen por medio de una Delegación de su Facultad integrada por: Guillermo Ordóñez, Mariano Peñaherrera, Fernando Cevallos S., Alejandro Villamar, Carlos Alberto Arteta, Enrique Gallegos Anda y Luis Felipe Leoro, quienes cumplen destacada labor en el Congreso.

Merece también destacarse la fasetta de Ordóñez, parlamentario; muchas ocasiones integró la Cámara del Senado, en calidad de representante por la Provincia de Pichincha, y siempre su labor fue patriótica y atinada.

Desde el alto sitial de Vicerrector, se preocupó siempre de mejorar su cátedra e incrementar su arsenal.

En Febrero de 1898 el doctor Ordóñez, consigue un aumento en el presupuesto del anfiteatro y con él se crean los cargos de Primer y Segundo Ayudantes de disección, para los cuales son nombrados los señores Mario Vicente de la Torre y Enrique Ga-

llegos Anda, estudiantes distinguidos y que mas tarde serán figuras luminosas en la Cirugía y la Clínica, respectivamente.

En noviembre de 1901, es nombrado Ayudante Primero del Anfiteatro el señor Angel M. Salvador, hábil disector y quien por luengos años va a acompañar al doctor Ordóñez en su labor. Luego paulatinamente, el señor Salvador va haciendo carrera dentro de la Cátedra: en 1905 es nombrado Ayudante de Disección y Medicina Operatoria; en 1906 obtiene su grado doctoral y como tal continúa en su anterior designación. Posteriormente ocupa varias cátedras en la Facultad de Medicina y luego traslada su residencia a Manabí en donde ejerce con éxito su profesión, este asiduo colaborador de la Cátedra de Anatomía de la Central.

En Enero de 1903 ingresa al personal de la cátedra, en calidad de Segundo Ayudante el señor Carlos Julio Velasco quien también va a hacer dilatada labor en su cargo hasta el año de 1910. En Quito, vive todavía, sin ejercer su profesión, el doctor Velasco, ex-ayudante de Anatomía.

También merece la pena citar aquí el nombre de otro colaborador del doctor Ordóñez en su cátedra: el doctor José Francisco Estrella, quien es nombrado Segundo Ayudante en Diciembre de 1907; luego en Febrero de 1910 pasa a ser Primer Ayudante; en Marzo de 1911 es Primer Disector del Anfiteatro; también vive en Quito actualmente este singular disector del Anfiteatro.

También desempeñaron Ayudantías en el Anfiteatro, durante el Profesorado del doctor Ordóñez, las siguientes personas:

Luis Cabeza de Vaca, quiteño, nombrado en Junio de 1909 y que posteriormente será Profesor Titular de Terapéutica y Materia Médica de la Facultad.

Eduardo Espinosa Bravo, nombrado en Noviembre de 1910 y quien hoy desempeña con acierto la Dirección del Hospital San Juan de Dios.

Guillermo Torres O., sobrino del Profesor Ordóñez, quien es nombrado en Febrero de 1910 segundo Ayudante disector, y quien haciendo escalafón riguroso en su vida de Anfiteatro va a suceder a Ordóñez en la Cátedra.

Alcides Ribadeneira, nombrado en Noviembre de 1913 Ayudante sustituto del Anfiteatro y quien también asciende hasta la Cátedra. Actualmente ejerce en la Provincia de Bolívar.

Luis G. Dávila, nombrado Prosector en Febrero de 1915, cargo de reciente creación y que más tarde será uno de los más preclaros valores de nuestra Facultad.

Manuel Eduardo Bejarano, nombrado Ayudante del Anfiteatro en Febrero de 1919.—Actualmente ocupa la Cátedra Titular de Anatomía Patológica.

En Noviembre de 1920, es nombrado Ayudante interino Manuel H. Villacís; luego al año siguiente se saca a oposición el cargo, y lo obtiene brillantemente el mismo señor Villacís. Luego de fructífera carrera universitaria —fué Decano por dos períodos consecutivos— el doctor Villacís es hoy Profesor Titular de Dermatología y Embriología.

Esta es pues la lista cronológica de quienes estuvieron junto a Guillermo Ordóñez ayudándolo en su árdua labor: preparando las piezas en las que el Maestro hará su disertación y guiando a los alumnos que recién se inician en la tarea de disecar.

En el año 1900 aparece en Francia, una obra magistral: El Tratado de Anatomía Humana por Testut, la expresión más completa de los conocimientos morfológicos humanos.

No hace falta que aquí describa esta gran obra —que obtuvo el Premio Saintour de France en 1902— ya que ella nos ha acompañado y guiado a todos nosotros en la tarea inicial de nuestros estudios médicos.

El doctor Ordóñez, fervoroso amigo de la cultura francesa, pronto adopta a Testut como texto oficial, y allí ha permanecido este libro por largos años hasta ser reemplazado hace poco por el texto de H. Rouviere. Ordóñez mantiene frecuente intercambio de ideas con Testut, y el Profesor Quiteño es citado en algunos capítulos de la magistral obra, como aquel que trata de las variantes de consistencia del ovario.

En el año 1907, el Profesor Ordóñez cree conveniente por múltiples razones técnicas y didácticas, dividir el estudio hasta entonces único de Anatomía, en sus dos capítulos: Descriptiva y Topográfica, como mandan las modernas orientaciones médicas.

La Junta Administrativa de la Universidad, acepta el pedido de Ordóñez y el 26 de Octubre de 1907 es nombrado el doctor Alberto Rodríguez Muñoz Profesor Interino de Anatomía Topo-

gráfica quedando así instalada esta nueva cátedra universitaria.

En el mes de Junio de 1923 cae enfermo por última vez el Profesor Guillermo Ordóñez y su vitalidad orgánica pronto va a ser vencida por la amarga realidad de la muerte.

En efecto el 26 de Julio de 1923 fallece Guillermo Ordóñez en su casa de habitación de la Carrera Loja, dejando en la orfandad al hogar que formó con Doña Mercedes Núñez.

Su cadáver recibe homenajes póstumos en el enlutado Salón Máximo de la Central, que atonita ve partir a su querido Vicerrector de tantos años.

En el Cementerio de San Diego hacen el merecido elogio fúnebre en nombre de la Facultad su Decano Enrique Gallegos Anda y el doctor Maximiliano Ontaneda. Por los estudiantes llevó la palabra de congoja el señor Pablo Enrique Albornoz.

Así pues dejamos reintegrado a su tierra matriz, a quien supo llenar con acierto un capítulo importante de la Cátedra de Anatomía.

El recuerdo de Guillermo Ordóñez perdurará siempre con la sencilla nitidez de su vida.



CAPITULO VII

José Guillermo Torres O.—Luis Alcívar D.—El doctor Carlos Pólit, inicia la reforma actual y dá nuevos rumbos a la enseñanza de Anatomía.

Mientras la enfermedad del Profesor Ordóñez ha ocupado su puesto con el carácter de "sustituto" el doctor Manuel de Guzmán Echerri, quien continuó al frente de la cátedra durante el curso escolar 1923-1924; hasta el 13 de Junio de 1924, en que el doctor Carlos Pólit Jarre, es nombrado Profesor Sustituto de Anatomía General y Descriptiva y Anatomía Dental. Posteriormente el 1º de Octubre de 1925 ocupa la Cátedra vacante de Ordóñez, su sobrino, el doctor José Guillermo Torres O. quien desempeñaba hasta entonces el cargo de Profesor Titular de Anatomía, Fisiología y Cirugía Dentales.

José Guillermo Torres, nació en Quito el 25 de Julio de 1890, primogénito del hogar de don Pacífico Torres y doña Elisa Ordóñez, hermana de Guillermo Ordóñez.

Cursa su enseñanza primaria en la quiteñísima escuela de los Hermanos Cristianos del Cebollar hasta el año de 1902 en el que se matricula en el Colegio San Gabriel, de los Padres Jesuitas, en donde obtiene con todo lucimiento el título de Bachiller en 1908.

En la Universidad Central, comienza entonces el estudio de Medicina y bien pronto entra a servir en la Cátedra de Anatomía, de la cual solo le arrancará la muerte.

Su ingreso a la institución lo verificó el 1º de Febrero de 1910 — cursaba segundo año de estudios médicos — en calidad de Segundo Ayudante Disector.

El 6 de Marzo de 1914, asciende a Primer Ayudante de Anatomía Descriptiva y Disector del Anfiteatro.

El año de 1915, es Prosector Anatómico. Gradúase de Médico en Mayo de 1916 y el 31 de Enero de 1917 es nombrado Profesor sustituto de Anatomía General y Descriptiva por enfermedad del Titular Ordóñez.

Después, por una corta temporada, desempeña el cargo de Jefe del Servicio Sanitario de la Provincia de los Ríos, con motivo de la intensificación que se hizo de la campaña contra las enfermedades tropicales. Allí su labor fué destacada.

De regreso a Quito, en Noviembre de 1917, es llamado a desempeñar el cargo de reciente creación de Titular de Anatomía, Fisiología y Cirugía Dentales, en donde labora con éxito, hasta 1925, en que es promovido a Anatomía General y Descriptiva.

Para conocer algo de la personalidad del doctor Torres O. quiero ceder la palabra al Profesor Eduardo Bejarano, quien se expresa en estos términos:

“Es menester hacer relieve de las dos grandes cualidades que definieron el carácter del doctor Torres, en su breve paso por la vida: la PERSEVERANCIA en la labor se perfila claramente desde los albores de su existencia, tanto que en la época dorada de sus primeros años de Universidad, durante la cual, muchos estudiantes, mantienen preocupaciones ajenas a sus deberes, él, con una constancia digna de mejor suerte dedica sus energías juveniles, al severo y fatigante trabajo de Anfiteatro; y tan-

to por vocación innata que le llevaba a cultivar esta rama de las ciencias médicas, cuanto que las asperezas de la lucha por la vida no le permitían mayores holganzas, llegó a la especialización perfectamente definida y con ella a constituir uno de los más sólidos prestigios de nuestras cátedras. Efectivamente, la disección anatómica fué su fuerte, debo recordar que en muchas ocasiones la preparación de regiones para presentarlas en clase, celoso como el que más de su reputación científica, le absorbían de tal modo su atención, que olvidaba todo lo que con ello no se relacionase, durante largas horas que casi llenaban días íntegros.

Otra cualidad fundamental de su carácter fué la MODESTIA. Hablamos de la modestia de aquellos valores positivos que cruzan por el mundo sin mendigar los oropeles de las glorias baratas, y que en el doctor Torres valorizaban, aun más si cabe, sus elevadas y nobles cualidades de caballero, maestro, profesional y amigo.—A consecuencia de su persistente y continuada labor de 18 años, en el inhóspito ambiente de Anfiteatro, toma traicionera enfermedad, que a pesar de los crueles sufrimientos físicos que le provoca, no logra en largo tiempo doblar su recia contextura espiritual, y la muerte le sorprende en plena faena, no hacía ocho días aún, dictaba sus últimas clases”.

Molesto por la dolencia a la que hace referencia el doctor Bejarano, parte a Europa el año de 1927, acompañado de su esposa Doña Enriqueta Vargas con quien ha formado un hogar modelo.

Pero de creer sería, que su primera preocupación fuera buscar alivio a su enfermedad; mas no fué así: En la Universidad de Barcelona, se dedica a trabajar en Embriología, su materia predilecta, y luego pasa a completar sus estudios en el famoso Instituto Garrie de París.

Durante su ausencia le reemplazaron en la Cátedra; José Montero Carrión por unos pocos meses y luego Luis Alcívar Destruge hasta 1930.

Regresa Torres a su Patria desilusionado, sin encontrar la mejoría que buscó, y enfermo y cansado, todavía, concurre al Anfiteatro a dictar sus clases hasta que el 9 de Enero de 1931 le sorprende la muerte.

Todos los organismos de la Central, dolorosamente impresionados, expiden sendos acuerdos de condolencia en memoria del extinto.

Fueron colaboradores de Torres en la enseñanza:

Jorge Cárdenas, prosector anatómico, durante el año 1923.

Carlos Pólit, prosector anatómico en 1924 y quien posteriormente va a ser titular.

Antonio Santiana, designado Ayudante el 4 de Abril de 1929 y quien llega a ser titular.

Eduardo Alzamora, cirujano* y anatómico distinguido; fue Prosector en Diciembre de 1929; En Enero de 1931, accidental de Anatomía General y Descriptiva; en 1933 agregado de Anatomía Topográfica; en 1945 accidental de Anatomía Descriptiva y finalmente quien en 1947 gana luego de brillante concurso la Cátedra Titular de Anatomía Topográfica y Técnica Quirúrgica.

Juventino Arias: Prosector accidental en Febrero de 1930; en 1931, Profesor accidental de Anatomía Topográfica; en el mismo 1931; Agregado de Anatomía Descriptiva.

Las enseñanzas de Pepe Torres dejaron una huella muy profunda, por que la valía del Maestro no está solo en el conjunto de conocimientos que ha logrado acumular en su mente, sino en el método, en la claridad de exposición, en la íntima y fácil comunicación con los discípulos. Y el doctor Torres se distinguió por ese amplio criterio, por la elevación de su doctrina, que es en donde brilla el verdadero guía de la juventud.

Con la presencia de Torres en la cátedra se intensifican los trabajos prácticos a realizar por los alumnos, se aumenta el personal docente, y se perfilan nuevos rumbos a la enseñanza, rumbos que van a plasmarse en realidad con la presencia en la cátedra de un colaborador asiduo de Torres el doctor Carlos Pólit Jarre.

Veamos su escalafón:

Apenas graduado, el 17 de Mayo de 1924 el doctor Pólit es nombrado Prosector Anatómico del Anfiteatro, iniciándose así su brillante carrera al servicio de la enseñanza universitaria.

El 13 de Junio del mismo año es nombrado Profesor Sustituto de Anatomía General y Descriptiva y de Anatomía Dental.

Más tarde el 18 de Marzo de 1925, vuelve a ser nombrado Profesor Sustituto de Anatomía General y Descriptiva, Anatomía Dental y Cirugía Estomatológica para reemplazar a Guillermo Torres quien ha caído enfermo.

El 1º de Febrero de 1931, y a raíz del fallecimiento del Profesor Torres, ocupa la Cátedra Titular de Anatomía General,

Descriptiva y Dental de manera "interina". Su magnífico desempeño hace que el 20 de Octubre del mismo año sea consagrado de una manera definitiva en su cátedra en la cual permanece hasta el 8 de Marzo de 1935 en que de acuerdo a una nueva modalidad de estudios, asciende a titular de Anatomía Topográfica, Urología, Venereología y Sifilografía.

En el año escolar 44-45^o es llamado de nuevo a ocupar la Dirección del Anfiteatro, que atraviesa horas difíciles. Solo su presencia trae la calma y se continúa laborando normalmente.

En la actualidad desempeña el Decanato de la Facultad y es titular de Clínica Urológica y Venereología.

Durante su paso por el Anfiteatro ha tenido los siguientes colaboradores:

Juventud Arias, Agregado de Anatomía desde Diciembre de 1931.

Virgilio Paredes Borja, Agregado desde Marzo de 1935. Actualmente es Titular de la Cátedra.

Eduardo Alzamora, Agregado en Enero de 1934.

Antonio Santiana, Prosector en Enero de 1934 y Agregado desde Octubre del mismo año.

Luis H. Espinosa, Prosector en Octubre de 1934.

Julio Valenzuela Escudero, estudiante de nacionalidad chilena, hábil disector, nombrado Segundo Ayudante en Noviembre de 1927 y quien posteriormente retorna a su patria.

Filoteo M. Saltos, Ayudante Titular desde Enero de 1934.

Miguel Alonso Echeverría y César Augusto Carrasco, como Ayudantes ad-honorem en Noviembre de 1934 y que posteriormente serán Ayudantes Titulares y en la actualidad Profesores de la Facultad.

La labor del Doctor Pólit al frente de su Cátedra es destacada: doctrina, método, don de gentes y otras cualidades más, hacen de él un Profesor que siempre satisfizo las aspiraciones del alumnado, que con interés sabe seguir sus enseñanzas. Severo a la vez que justo es sus apreciaciones ha sabido infundir confianza en quienes hemos sido sus alumnos o hemos colaborado con él en alguna de sus actividades.

Fué el doctor Pólit, quien supo dar a los Trabajos Prácticos, el justo valor que hasta hoy tienen.

En épocas anteriores el alumno verificaba, voluntariamente, cualquier trabajo práctico, que estuviese a su alcance, pudiendo

aún repetirlo cuantas veces a bien tuviera; había en una palabra anarquía en la ejecución de labor tan importante.

El doctor Pólit mejoró esta condición que había persistido tanto tiempo y que volvía estéril la labor de disección.

El establece la obligatoriedad de los trabajos prácticos; de hoy en adelante ningún estudiante de Medicina dejará de hacerlos durante su paso por el Anfiteatro; establece el orden de ejecución de estos trabajos: ya no va el estudiante a tomar arbitrariamente una región y disecarla cuantas veces se le antoje, sino que va a seguir uno a uno en una escala rigurosa que comienza con los más sencillos, para terminar en los de más difícil ejecución siguiendo los dictados de la lógica y si alguno de estos trabajos ha dañado ya no tiene opción a repetirlo, creándose así un sentido de responsabilidad que obliga a un ahorro de piezas por parte del alumno.

Finalmente el trabajo va a ser "calificado" convenientemente, y esta calificación es anotada, sirviendo de pauta para la apreciación del Profesor del rendimiento de su alumno y haciéndose así justas las calificaciones para la promoción de curso.

Adopta entonces el doctor Pólit la "Libreta de Trabajos Prácticos" en donde luce el alumno la constancia de su diaria labor y que constituye el retrato de su vida de Anfiteatro.

Ya no es el albur de un examen el que decidirá el éxito o el fracaso de un año escolar, sino que día a día el alumno va plasmando en su libreta, los peldaños que le permitirán escalar al final una justa promoción. Con esta modalidad, debida al magnífico criterio del Profesor Pólit, llegamos a la época actual de enseñanza de Anatomía en la Universidad Central. El doctor Pólit, ha puesto la piedra angular con sus reformas, y su clara visión de las normas a las actividades de hoy.

Dr. Virgilio Paredes Borja

Publicaciones de Historia de la Medicina

Dr. JOAQUIN DIAZ GONZALEZ.—“**Historia de la Medicina en la Antigüedad**”.—Segunda edición, corregida, aumentada e ilustrada con 80 láminas fuera de texto.—Editorial Barna. S. A. Barcelona.—1950.

Editada con buen gusto y primorosas láminas, la obra del doctor Díaz González que acabamos de recibir con atenta dedicatoria de su autor, Profesor de Historia de la Medicina de la Universidad Central de Venezuela, actual Embajador de su país ante la Santa Sede, contiene, en estilo conciso y elegante, diez capítulos de historia médica tratados con erudición y severa crítica, desde la medicina en Sumeria y Babilonia hasta la medicina Grecoromana, con importantes añadiduras y correcciones a la primera edición impresa por la Editorial Cecilio Acosta en 1944. En su Introducción hace notar la importancia de los estudios de Historia de la Medicina en las Facultades de Ciencias Médicas, que contribuyen a “de una manera eficaz completar la cultura general del médico, el cual a la par que de información ha menester de mucha formación, tal como corresponde a quien debe trajinar continuamente por los campos infinitos del pensamiento y del dolor de la vida”.

El autor, que domina su materia, ha sabido bien aprovechar de su experiencia docente y vasta ilustración, recurriendo a las fuentes originales en todo lo que le ha sido posible: el Código de Hammurabi, las Leyes Medioasirias, la Biblia, el Papiro Quirúrgico de Edwin Smith, la Ilíada, los Libros Hipocráticos, de la Medicina de Celso, la Historia Natural de Plino y los tratadistas médicos y comentaristas hasta Galeno.

El libro del doctor Díaz González, erudito y ameno, es para la enseñanza de Historia de la Medicina un precioso aporte, a la vez que para estudiosos y especialistas. Con severa crítica se tratan los asuntos, al propio tiempo que en forma didáctica, ajena de pesadez y monotonía, punto muy de te-

nerse en cuenta en publicaciones de esta índole. Quien quiera informarse de la evolución de la medicina en la antigüedad, encontrará en las bien trazadas páginas de la obra que estamos comentando un cuadro ordenado y juiciosamente tratado de tan difícil trabajo, que el destacado colega venezolano ha sabido realizar con lucimiento, propios de su talento y dedicación.

El doctor Díaz González fue Profesor de Anatomía, Dermatología e Historia de la Medicina en la Universidad de los Andes (Venezuela). En 1946 sustentó una brillante conferencia, en Roma, sobre el Papiro Quirúrgico de Edwin Smith (Siglo XXX a. de J.C.) que la hemos leído en una publicación editada en Roma —1946— Nació en Independencia, Estado Táchira, en 1903.

Dr. JOSE ALCANTARA HERRERA.— **Compendio de Cronología Quirúrgica Mexicana.**—Cirugía y Cirujanos.—Tomos XVIII y XIX.—Nos. 12 y 1.—Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.—México. 1950-51.

La cronología, importante ciencia auxiliar de la historia, necesita una dedicación tan minuciosa y ordenada que absorbe la vida del investigador. El trabajo metódico y concienzudo del doctor Alcántara Herrera merece ser elogiado y valorado como la obra de uno de los más notables historiadores de la medicina hispanoamericana, que le debe una intensa labor en archivos públicos y particulares; en libros raros, en la revisión de opúsculos, notas, comentarios y folletos, a más de las innumerables fuentes en tratados que requiere la labor del cronologista. Alguna vez nos escribimos con el doctor Alcántara Herrera sobre la introducción de la Anestesia, Asepsia y Antiseptia Quirúrgica en el Ecuador. Le hablamos del libro de Gayraud y Domec "La capital del Ecuador bajo el punto de vista médico-Quirúrgico", ofrecímosle conseguir el original francés y traducirlo. Estamos por terminar la traducción y cumplir con agrado la promesa al ilustrado colega y distinguido amigo.

Dr. J. JARAMILLO ARANGO.—**"The Conquest of Malaria".**—**Medical Books Ltd.**—London 1950.—Edición elegante, ricamente ilustrada, en la que su autor, actualmente en Colombia, ha recogido todo su conocimiento sobre la materia, sometiéndolo a un severo análisis. Hay todo lo ya publicado en su "Estudio Crítico Acerca de los Hechos Básicos de la Historia de la Quina"—publicado por nosotros en el Volumen I. N^o 2 de nuestra "Revista de la Facultad de Ciencias Médicas"—Quito— 1950, sobre el que ya comentamos en una Nota Bibliográfica con el merecido elogio para el autor y su obra. La nueva publicación de que tratamos, en el Capítulo relacionado con la historia de la malaria nos habla

de los datos conocidos por los antiguos, la civilización griega y romana, el medioevo, los cronistas de Indias; luego, los avances debidos a Beaperthuy, Grassi, Ross, Manson, Finlay, Lazear. En el Capítulo final, dedicado a los progresos en la prevención y tratamiento de la malaria, nos habla de los descubridores de la quinina, Pelletier y Caventou, de los antimaláricos sintéticos, de la síntesis de la quinina, obtenida por los norteamericanos Woodward y Doering, desgraciadamente de aplicación comercial impracticable debido al elevado costo de producción.

El nuevo libro que comentamos contiene abundantes láminas, con una foto de nuestra ciudad de Loja con el Cajanuma, que tuvimos el contento de remitirle.

El autor ha sabido ordenar, analizar y someter a crítica metódica y juiciosa los preciosos datos obtenidos en su larga permanencia en Inglaterra y viajes por Europa, la correspondencia con estudiosos y tratadistas de la América Hispana y del Norte; el estudio de lo que se ha escrito sobre la materia y el comentario sagaz han terminado la obra de investigación, producto de desvelos y labor infatigable de su autor.

Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina.—

Volumen II.— Fascículos 1 y 2.— Madrid 1950.—

A la cabeza de las publicaciones iberoamericanas sobre Historia de la Medicina ha venido a colocarse esta importante Revista, dirigida por el doctor Pedro Entralgo, de Madrid, y el doctor Aníbal Ruiz Moreno, de Buenos Aires.

El interés de publicar trabajos dedicados a la historia médica Ibero-Americana continúa manteniéndose, sujetándolo a una rigurosa selección. El fascículo 1 del volumen II, contiene un bien trazado estudio del Director doctor Aníbal Ruiz Moreno, Profesor Titular de Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, sobre LA FUNDACION DEL PROTOMEDICATO DE BUENOS AIRES.

Nada tan interesante. En el Protomedicato encontramos una de las mas interesantes faces de la influencia de España en el progreso médico americano. Magistratura de origen netamente español, desde la baja Edad Media, es la primera en Europa destinada a poner orden en el ejercicio de la medicina, cirugía y farmacia, en una forma tan cuidadosa que, en el Ecuador, en tiempos de Espejo, cuando ejercía de Teniente de Protomédico de Quito el doctor Bernardo Delgado, había mas orden, vigilancia y fiel cumplimiento de leyes y reglamentos sobre ejercicio de la medicina y profesiones afines que en los tiempos que corren.

El estudio del doctor Ruiz Moreno comienza por señalar que mucho se ha tratado en la Argentina sobre el asunto, pero

con documentación incompleta e imperfecta los primeros que lo hicieron. Muchos de los trabajos actuales se refieren a los anteriores y caen en falta. El autor pone orden en el relato de los hechos, rectifica errores y se vale de documentos prabatorios. Nosotros conocíamos la "Historia del Protomedicato de Buenos Aires" por el doctor Juan Ramón Beltrán, editada en 1937. A este importante estudio se ha venido a sumar, en forma más completa, el trabajo del doctor Ruiz Moreno, en el que, con cartas y más documentos de la época, nos lleva en forma clara y razonada al nombramiento interino de Protomédico de Buenos Aires a Miguel O'Gorman, nacido en Ennis, Irlanda. Relata la serie de incidentes posteriores, hasta terminar manifestando que fueron necesarios veinte años para que se hiciese justicia a Gorman. Orden, buena documentación, claridad y técnica intachable para manejar las fuentes de la Historia caracterizan al trabajo del doctor Ruiz Moreno, historiador médico ya hecho y de los mas destacados de habla española.

El mismo fascículo trae: "La Fisiología Contemporánea y su futuro", por Francisco Grande Covian.—"La viruela, la vacuna y la Expedición Filantrópica", por Juan B. Lastres.—"La lepra en la Argentina", por Guillermo Furlong S. J.—"La neurología en la Suma Anatómica de Averroës", por Francisco X. Rodríguez Molero.—En "Textos Ejemplares", publica los "Principios de la Medicina", de Thomas Sydenham. Notas y Estudios Breves y Rescenciones.

El fascículo 2º contiene un novedoso tema desarrollado por el doctor Luis S. Granjel, titulado "La figura del médico en el escenario de la Literatura picaresca".—Género españolísimo, lo picaresco en literatura es abundante en alusiones a la medicina y los médicos:

"en este teatro anchuroso del mundo, dice un pícaro, cada uno hace su personaje, y representan muchos lo que no son".

y Guzmán de Alfarache exclama:

"Todos roban, todos mienten, todos trampean: ninguno cumple con lo que debe, y es lo peor que se precian de ello".

Quevedo dibuja la silueta del médico de su tiempo así:

"Lo primero linda mula, sortijon de esmeralda en el pulgar, guantes doblados, ropilla larga, en verano sombrero de tafetán. Y en teniendo esto aun que no hayas visto libro, curas y eres doctor".

Citas como estas las hay a todo lo largo del trabajo original y curioso que comentamos. Al través de su lectura se nos viene a la mente las ideas del público ilustrado sobre los médicos y sus costumbres, el pensamiento popular, las tretas de los médicos para atrapar clientela y hacerse famosos, todo esto como fuente de la historia médica de la Epoca de Oro española en que floreció la inimitable y primorosa literatura picaresca.

JOSE GUIJARRO QLIVARES, publica un trabajo de interés para nosotros, titulado: "Historia de los Hospitales Españoles en América durante los siglos XVI, XVII y XVIII", con referencias a nuestro más antiguo Hospital Ecuatoriano, el fundado con el nombre de "La Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo", hoy de "San Juan de Dios", de Quito, uno de los más viejos hospitales americanos.

También trae: "Vida y obra de P. Jofre", por Francisco Marco Merenciano.—"Biografía Médica de Fernando VII, Rey de España", por Manuel Izquierdo Hernández.—Notas y Estudios Breves.—Recensiones.— En resúmen, dos fascículos de abundante y escojida lectura; debida a la selección de los colaboradores, a los temas tratados y a la tinsa labor de los Directores.—Edita el Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid.

ACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

BIBLIOTECA