

Lta. Directora de la Escuela de Enfermeras de Quito

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CDI ✓



VOLUMEN IV

NUMEROS 3 y 4

JULIO-DICIEMBRE 1953

Imp. de la Universidad
QUITO-ECUADOR

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

(PUBLICACION TRIMESTRAL)

Vol. IV ● Julio - Diciembre de 1953 ● Nos. 3 y 4

Doctor **TEODORO SALGUERO ZAMBRANO**

Decano

Dr. VIRGILIO PAREDES BORJA

Director

Dr. MIGUEL SALVADOR S.

Sub-Director

CONSEJO DE REDACCION

Dr. Julio Endara.

Dr. Luis A. León.

Dr. César Jácome Moscoso.

Dr. José Cruz Cueva.

Dr. Eduardo Bejarano.

Dr. Enrique Garcés.

Dr. Miguel Angel Aráuz.

Dr. Leopoldo Arcos.

Dirección:

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 Revista, corresponde exclusivamente a sus autores.

SUMARIO:

	<u>Págs.</u>
ANATOMIA:	
Dr. Virgilio Paredes Borja. —"Nuevas Observaciones sobre el Peso de las Glándulas Genitales del Hombre" . . .	
Dr. Gustavo Cevallos A. —"Anatomía de la Región Hipotálámica"	14
Dr. Hugo Barrera y doctor E. Pérez Córdova. —"Peso del Bazo"	21
HOSPITALES:	
Dr. Teodoro Salguero Zambrano. —"Modernización de Hospitales de Asistencia Pública"	59
DERMATOLOGIA:	
Dr. Guillermo Vasco C. —"Tratamiento de Ulceraciones por aplicación local del Acido Paraamino salicílico (PAS)"	69
VARIOS:	
Editorial. —"El Viejo Hogar Universitario"	141
Dr. Gustavo Cevallos A. —"Historia del Anfiteatro Anatómico de la Universidad Central"	145
"Los Libros También se Mueren"	153
Dr. Julio Endara. —A los Nuevos Graduados.	156
Dr. Luis Alberto Rivadeneira. — Los Grandes Maestros de Nuestra Facultad	166
Dr. Manuel H. Villacís. —A los Nuevos Graduados	172
ELECCION DE DIGNATARIOS DE LA FACULTAD	174
BIBLIOGRAFIA	179

ANATOMIA

Dr. VIRGILIO PAREDES BORJA

Catedrático de Anatomía de la Facultad
de Medicina.—Quito.

2
Univ. Regional
6/11.63
P2227

NUEVAS OBSERVACIONES SOBRE EL PESO DE LAS GLANDULAS GENITALES DEL HOMBRE

Cuando dimos comienzo a nuestras primeras observaciones sobre el peso del testículo, fué por los frecuentes hallazgos de glándulas genitales masculinas de dimensiones bastante rebajadas, en comparación a las que señalan los autores americanos y europeos.

Los anatómicos coinciden al opinar que el peso del testículo sufre notables variaciones individuales, admitiéndose un peso medio calculado alrededor de 20 grms. de los cuales, 4 gramos corresponde al epidídimo (Testut).

Georges Gérard asigna al testículo, con el epidídimo, un volúmen de 20cc., con un peso de 20 gramos, Rouviere señala un peso medio de 20 gramos. Testut hace oscilar el peso del testículo entre 18 gramos a 22 gramos. Nuestras observaciones no concuerdan con ninguno de los autores señalados, habiendo podido comprobar un peso medio inferior al de 20 gramos por ellos señalados como aproximación.

Georges Gérard afirma que el testículo izquierdo es más voluminoso y pesado que el derecho. Nosotros hemos encontrado en todas nuestras observaciones, salvo la N° 15, al testículo derecho pesando más que el izquierdo.

En ninguna de nuestras observaciones hemos hallado el peso de 4 gramos que asigna Testut al epidídimo. El peso máximo que tenemos registrado es de 3 gramos.

CONDICIONES DE LAS OBSERVACIONES.—Hemos reunido 17 observaciones, las mismas que publicamos debidamente numeradas.

CUADRO DE PESOS

Núm. de casos	Edad	Raza	Causa de la de- función	PESO EN GRAMOS			
				Testi- culo derecho	Epidídi- mo de- derecho	Testícu- lo iz- quierdo	Epidídi- jzquier- do
Nº 1	23 años	mestizo	traumatismo	12	2	11,50	2
Nº 2	80 años	mestizo	traumatismo	13,50	1,50	11,50	1
Nº 3	19 años	cobrizo	herida	14	3	13,50	3
Nº 4	21 años	mestizo	traumatismo	16,50	2,50	16	2,50
Nº 5	33 años	mestizo	traumatismo	19	3	18	2
Nº 6	37 años	mestizo	traumatismo	16,50	2	15	2
Nº 7	28 años	mestizo	traumatismo	14,50	1,50	13,50	1,50
Nº 8	37 años	mestizo	traumatismo	10	1	9	1
Nº 9	26 años	mestizo	traumatismo	15	2	14	1,50
Nº 10	25 años	mestizo	traumatismo	14	1	13	1
Nº 11	42 años	mestizo	traumatismo	12,30	1,20	11	1
Nº 12	24 años	mestizo	herida	12,85	1,15	11,50	1
Nº 13	38 años	cobrizo	traumatismo	12	1	11	1
Nº 14	25 años	mestizo	traumatismo	14,80	1,20	14	1
Nº 15	29 años	mestizo	traumatismo	14	3	15	1
Nº 16	90 años	mestizo	traumatismo	14,50	1,50	15	1,20
Nº 17	53 años	cobrizo	traumatismo	14,60	1,50	14,20	1

Las edades máxima y mínima corresponden a los casos Nº 3 y 16, con 17 y 90 años respectivamente.

Todos los cadáveres han sido de individuos que han nacido y pasado toda su vida en el Ecuador interandino. Quince casos son de mestizos.

Todas las observaciones han sido hechas en cadáveres de heridos o traumatizados a quienes la muerte ha sorprendido hallándose en buenas condiciones de salud. Los pesos han sido realizados dentro de las primeras horas que han seguido a la muerte.

Para efectuar dichos pesos se han extraído los testículos y se los ha sometido a un prolijo examen físico, rechazando aquellos que a la inspección y palpación

dieron en que pensar respecto a estados patológicos. No hemos utilizado sino los que presentaban color blanco nacarado y consistencia elástica, propia del órgano normal. Hemos examinado prolijamente las hojas parietal y visceral de la vajinal, lo mismo que su cavidad, a fin de desechar los casos que mostraban huellas de inflamación o estado patológico de la serosa.

Hecho un corte en la cola del epidídimo, en el origen del deferente epididimario, han sido separados y numerados, indicando el lado a que corresponden, luego, en acto inmediato, limpiados de partículas o líquidos que han podido adherirse durante la extracción, han sido llevados a la balanza, anotando inmediatamente los pesos correspondientes. Acto seguido se ha separado por disección el epidídimo de cada testículo, y se ha pesado el epidídimo solo y el testículo correspondiente, sin su epidídimo; confrontando estos dos últimos pesos con el primeramente obtenido se ha podido controlar, con rigor, la exactitud de las pesadas.

Hemos utilizado siempre la misma balanza de precisión de laboratorio.

En ciertas ocasiones surgieron dudas respecto a la normalidad de glándulas que, no obstante su apariencia normal, presentaban exagerado volúmen y peso; en tales casos se ha mandado a practicar exámenes histológicos de trozos glandulares, hallándose siempre alteraciones patológicas. Dichos casos fueron desechados.

Los datos correspondientes a nuestras 17 observaciones han necesitado un tiempo relativamente largo, debido a las condiciones que requieren los cadáveres a examinarse, y la consiguiente dificultad de poder conseguirlos para los fines perseguidos.

Las pesadas, al haberse hecho en los cadáveres que se disponen para la enseñanza, hubiesen dado erróneos datos, por motivos inútiles de indicar.

ESTUDIO DE LOS DATOS.—La casi totalidad de casos (15) pertenecen al tipo mestizo que puebla el Ecuador interandino; las conclusiones que luego señalaremos se refieren por consiguiente a este grupo, que forma la mayoría de pobladores del Ecuador. Hay dos casos

de indios puros, señalados dentro de la denominación racial de cobrizos .

Casi la totalidad de casos (15) han sido cadáveres de traumatizados; solo hay dos casos de fallecidos por heridas. La mayoría, excepto dos, están comprendidos dentro del período de actividad de las glándulas genitales masculinas (de 15 a los 55 años en el altiplano).

Para facilitar la lectura del gráfico N° 1 hemos trazado cada casilla correspondiente a pesos con cinco divisiones intermediarias, que corresponden a 0 gramos 20 cada una.

En el gráfico N° 1 la longitud del trazado correspondiente al peso del testículo derecho avanza desde 10 gramos hasta 16 gramos 50. El gráfico N° 2 el peso del testículo izquierdo avanza desde 9 gramos hasta 18 gramos, el peso es, por consiguiente, mas variable en la glándula izquierda que en la derecha. Estos gráficos nos dan una clara idea de la amplitud de oscilación de peso.

La curva del testículo derecho (gráfico N° 1) sube al mismo nivel que la del izquierdo, pero, en el gráfico N° 2 lo hace entre 11 gramos 50 y 15 gramos mientras que en el gráfico N° 1 lo hace entre 14 gramos y 14 gramos 50, señalando una tendencia a estabilización máxima entre éstas dos cifras en la glándula derecha con solo 0 gramos 50 de variación, mientras la misma variación de peso máximo se encuentra con 3 gramos 50 en la glándula izquierda.

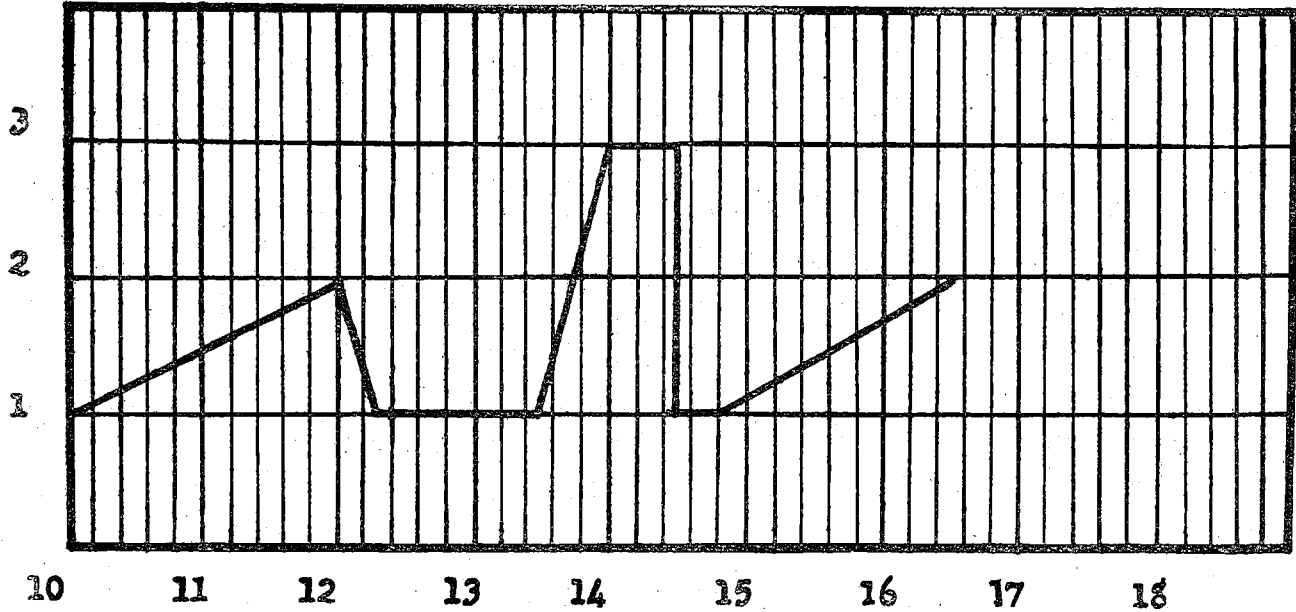
En el gráfico N° 3 el epidídimo derecho oscila en peso entre 1 gramo a 3 gramos, o sean 2 gramos de variante. En el gráfico N° 4 el epidídimo izquierdo oscila en peso entre 1 gramo 20 y 3 gramos o sea 1 gramo 80 de variante.

En el gráfico N° 4 hay una alta incidencia correspondiente a 1 gramo 50 de peso, sube hasta 9 casos, mientras en el gráfico N° 3 solo llega a 1 caso. Hay pues, mayor tendencia a la estabilización dentro de 1 gramo 50 de peso en el epidídimo izquierdo, que en el derecho.

CONCLUSIONES.—Según el estudio metódico de nuestros 17 casos, las deducciones tienen que referirse

PESO DEL TESTICULO DERECHO

Número de
Casos:



Peso en
Gramos:

10

11

12

13

14

15

16

17

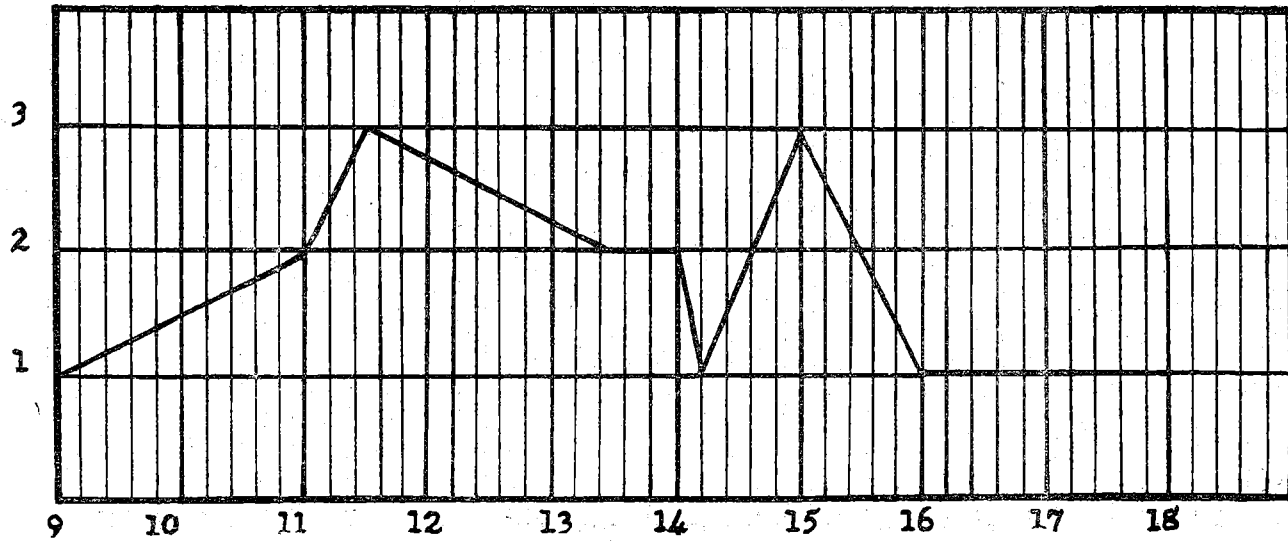
18

Número 1

PESO DEL TESTICULO IZQUIERDO

Número de
Casos:

Peso en
Gramos:



Número 2

a mestizos ecuatorianos que habitan la región interandina del Ecuador, ya que la casi totalidad de observaciones (15) se refieren a ellos.

Según datos de los Servicios de Sanidad Militar, observados en las mediciones y pesos obligatorios para el cumplimiento de la conscripción, la talla media del ecuatoriano dentro de la edad que señala esta obligación cívica es de: 1 metro 595 —y el peso alcanza a: 51 kilos 50— Nuestras observaciones tienen que referirse, lógicamente, a esta talla y peso.

En las condiciones anotadas, y dentro del concepto de norma, el promedio del peso del testículo hallado por nosotros es:

Testículo derecho 13 gramos 53.

Testículo izquierdo 12 gramos 50 .

Entre nosotros, el testículo derecho pesa mas que el izquierdo, contrariamente a lo sostenido por Gérard.

Hay una diferencia que oscila entre los 5 gramos entre el peso medio del testículo (con el epidídimo) hallado por Gérard, Testut y Rouviere, y el encontrado por nosotros, dato que estimamos de especial interés.

El peso del epidídimo que nosotros hemos hallado es:

Epídimo derecho 1 gramo 76

Epidídimo izquierdo 1 gramo 45

Hay una diferencia de casi 2 gramos 50 con el peso de 4 gramos que señala Testut para el epidídimo.

Coincidimos con los datos de tratadistas europeos en lo relacionádo con la gran variabilidad del peso del testículo, (con el epidídimo) el mismo que oscila entre 11 gramos, y 22 gramos, oscilación mucho mayor que la observada por ellos.

La relación cuantitativa entre el tejido intersticial y el epitelio germinal del testículo es del dominio de la histología. Habiendo hallado nosotros un promedio de 5 gramos de peso en menos que los autores ya tantas

veces citados, en sus observaciones europeas, salta a la vista el notable interés de las observaciones, por hacerse, sobre la manera como intervienen en el peso total del testículo sus dos elementos glandulares: el de secreción interna que elabora la hormona genital masculina, y el de secreción externa que elabora los espermatozoides. Si ambas glándulas disminuyen proporcionalmente, o una de las dos lo hace en proporción mas notable que la otra, es asunto de observación histológica que tiene notable interés.

La vulgar observación de que el mestizo del Ecuador tiene numerosa prole, hace pensar que la disminución del peso del testículo no ha influido en sentido de inferioridad de dicha glándula respecto a las razas europeas; al contrario, entre nosotros la función procreadora supera a la de dichas razas, o sea que tenemos que aceptar, forzosamente, que la glándula destinada a la secreción externa (que elabora los espermatozoides), fisiológicamente considerada, es de notable perfección funcional.

En lo relacionado con la glándula de secreción interna (glándula intersticial) que elabora la hormona genital masculina, también es de observación vulgar y no discutida la libido bien desarrollada y los marcados atributos de masculinidad del mestizo ecuatoriano. Además: los atributos de masculinidad no están, como bien se sabe, comandados exclusivamente por el testículo, sino por la acción de la hormona del lóbulo anterior de la hipófisis, tiroides y suprarrenal sobre el testículo, y del efecto de la hormona genital masculina, elaborado por este, sobre el sistema nervioso. Se trata de interacción de diferentes hormonas que estimulan la función testicular, siendo esta el resultado de un verdadero juego fisiológico pluriglandular y no de sus exclusivas actividades como glándula de secreción interna.

Por lo dicho, pensamos que la disminución de peso del testículo pudiera no influir en la actividad funcional de esta glándula, desde luego que observamos que las

**Número de
Casos:**

10

9

8

7

6

5

4

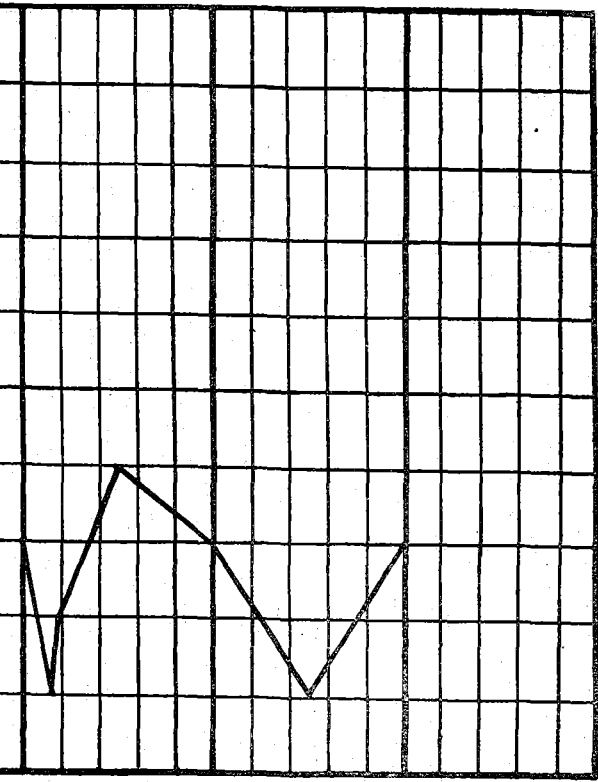
3

2

1

**Peso en
Gramos:**

PESO DEL EPIDIDIMO DERECHO



1 2 3

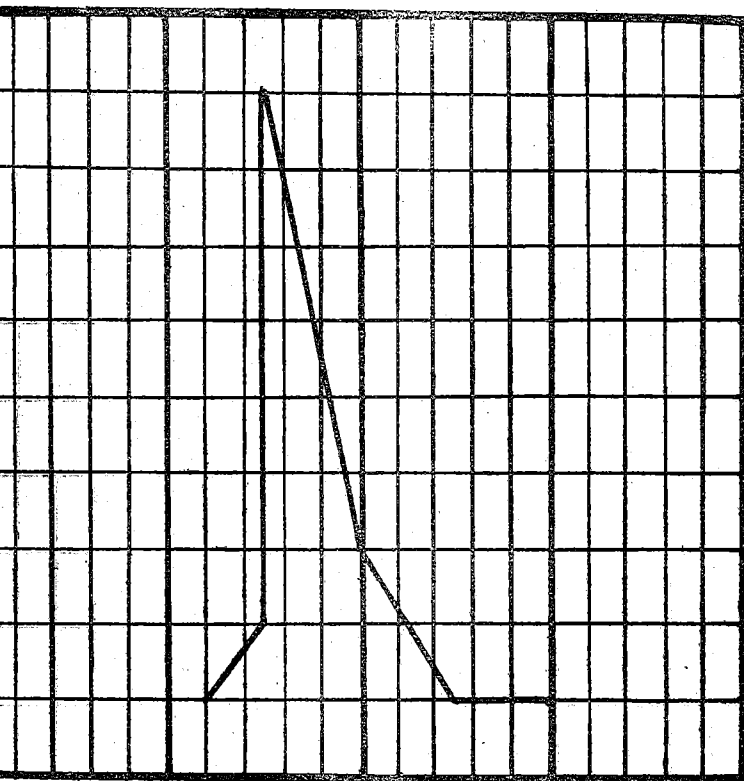
Número 3

**Número de
Casos:**



**Peso en
Gramos:**

PESO DEL EPIDIDIMO IZQUIERDO



1

2

3

Número 4

funciones a él encomendadas se manifiestan hasta aumentadas, no obstante su peso disminuído; seguramente se trata de una especial constitución de las glándulas genitales masculinas del mestizo ecuatoriano, que con menor peso cumplen funciones normales semejantes a las de razas que poseen mayores pesos glandulares, sobre todo en lo relacionado con la función procreadora. Estadísticas bastante precisas señalan un promedio de cinco hijos que nacen en los hogares del altiplano ecuatoriano, bien es que la limitación de la procreación no es practicada en nuestro pueblo como en ciertos países europeos.

Pensemos, hasta tanto, que se trata de una "especial calidad" de las glándulas genitales del mestizo que habita el altiplano del Ecuador, siendo necesario comprobarlo con observaciones histológicas y fisiológicas.

REFERENCIAS:

- L. Testut y A. Latarget.—TRATADO DE ANATOMIA HUMANA Novena Edición Española.—Salvat Editores S. A. Barcelona 1951.
H. Rouvière—Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica. Tercera Edición Española—Editorial Billy Bailliere; S. A. Madrid.
Georges Gerard—MANUEL D' ANATOMIE.—2 me. Edition—Masson et Cie. Paris.—1921.
Henry Gray.—ANATOMY OF THE HUMAN BODY.—Twenty—fifth Edition Lea and Feibiger.—Philadelphia—1950.
Ricardo Sarmiento Laspiur.—"Tratado de Anatomía Humana".—Editorial "Las Ciencias".—Buenos Aires-Argentina—1935.

611.4
e 424

Dr. GUSTAVO CEVALLOS A.

Profesor Agregado de Anatomía

Descriptiva

ANATOMIA DE LA REGION HIPOTALAMICA

El lugar de las interrelaciones neurovegetativo-somáticas.—Sistema HIPOFISIS - DIENCEFALO

Sabemos que los centros superiores del neuro-vegetativo tienen su asiento anatómico en los denominados territorios "hipotalámicos".

De acuerdo a las teorías médicas, hoy en boga, la región en mención adquiere un interés fundamental, ya que el hipotalamo representa actualmente no solo la sede de las regulaciones psicósomáticas y neurovegetativas sino a la vez, conjuntamente, la fundamental base morfológica de las relaciones neurohormonales. El tema es vastísimo. He intentando una sistematización y esquematización, que permitirá tener un concepto preciso de esta importante región de nuestra economía.

Al comenzar este trabajo hago mías las palabras de Fray Martin de la Vera, que en su "Instrucción de Eclesiásticos" afirma: "Si los varones doctos leyeran nuestros borrones, les podrían servir, ya que no de enseñanza, a lo menos de recuerdo de lo que ya saben".

Embriología:

Como todas las diversas porciones del encéfalo, el diencefalo, embrionario consta de las siguientes partes: una lámina de techo, una lámina de suelo o piso y dos paredes laterales. Durante el crecimiento embrionario, que es sumamente rápido, estas dos paredes laterales

engruesan considerablemente y paulatinamente reduciendo en un estadio final a la luz de la cavidad, a un espacio orientado en hendidura vertical, que constituye el **tercer ventrículo**. En un porcentaje mayoritario de cerebros la verdadera fusión de las paredes puede ocurrir en un solo punto y formarse un puente angosto de sustancia gris que se extiende a través del ventrículo, la **masa intermedia**.

El espesamiento de las paredes no es uniforme, siendo relativamente menos desarrollado en una estrecha zona longitudinal ubicada cerca de la parte media del diencefalo. Como resultado de esto se forma en la superficie media un surco superficial longitudinal denominado **surco hipotalámico**, el cual sirve de limitante a las láminas dorsal y ventral de cada pared lateral. De la parte superior o dorsal se formarán posteriormente los núcleos grises del tálamo y del metatálamo .

La porción inferior o ventral va a dar origen a las diferentes formaciones que constituirán el **hipotalamo** incluyendo al subtalamo, lateralmente, al tuber cinereum, la neurohipofisis, y los cuerpos mamilares en el piso del tercer ventrículo.

Anatomía descriptiva:

Macroscópicamente el hipotalamo comprende:

1º—La región subtalámica de la calota, que es la continuación de esta por debajo de la porción posterior del talamo. En su parte posterior puede encontrarse aún el **núcleo rojo** y la **sustancia nigra** que luego van disminuyendo gradualmente y finalmente acabarán por desaparecer de la región.

En la superficie dorsal del pié del pedúnculo aparece un pequeño núcleo de color pardo denominado **núcleo subtalamico o cuerpo de Luys**. Este núcleo por su cara superior está en relación con el núcleo externo del talamo óptico del cual está separado por la denominada **zona incerta**.

2º—Formaciones que constituyen el suelo del tercer ventrículo: Entre estas tenemos: el **espacio perfora-**

do posterior, que es una pequeña zona de sustancia gris situada en la superficie de la base del cerebro, en el espacio limitado por la separación de los pedúnculos cerebrales. Los **tuberculos mamilares** son dos masas blancas, redondas, situadas una junto a la otra, por debajo de la sustancia gris del suelo del tercer ventrículo y por delante del espacio perforado posterior. Cada uno de ellos se compone de sustancia blanca por su superficie externa y de sustancia gris en la parte interna.

El **tuber cinereum** es una eminencia hueca de sustancia gris, situada entre los tuberculos mamilares por detrás y el quiasma de los nervios ópticos por delante. A partir de su cara inferior recubierta por la porción tuberal de la hipófisis se continúa hacia abajo por una porción hueca, de forma cónica denominada **infundíbulo** que se une al lóbulo posterior de la hipófisis. A cada lado el tuber cinereum se continúa con la sustancia del espacio perforado anterior, pero en la superficie de la base del cerebro está separado de aquella por la cintilla óptica.

La **Hipofisis** es un cuerpo de color gris rojizo, ovoide, cuyo diámetro transversal es de 12 mm. y el anteroposterior solo de 8 mm. Se inserta y pende por arriba del infundíbulo y descansa en la fosa hipofisaria del hueso esfenoides (silla turca), en donde es mantenida en posición por un pliegue circular de la duramadre denominado diafragma sellae. Dicho pliegue constituye un techo casi completo de la fosa, dejando solo un pequeño diafragma central para el paso del infundíbulo. La hipófisis está en relación en ambos lados con el seno cavernoso y las formaciones contenidas dentro de él. Por su cara inferior está separado del suelo de la fosa por un grueso seno venoso, parcialmente tabicado, que comunica libremente con el seno coronario. Las meninges se unen en la cápsula de la hipófisis y no pueden identificarse en la fosa como capas separadas.

El **infundíbulo** dirigido hacia abajo y hacia adelante contiene una prologación de la cavidad del tercer ventrículo y está rodeado por una prolongación superior del

lobulo anterior de la glándula hipofisaria (pars tuberalis).

3º—El **quiasma óptico** que es un haz aplanado de fibras nerviosas, de forma cuadrilátera, situado en la unión de la pared anterior del tercer ventrículo con su suelo. Sus angulos antero-laterales se continúan con el nervio óptico y los postero laterales con la cintilla óptica.

La **porción anterior de la pared lateral del tercer ventrículo**, está separada del tálamo hacia arriba y atrás por el surco hipotalámico de Monró. Por su parte posterior recubre la porción terminal e inferior del pilar anterior del trigono.

Anatomía Microscópica: Núcleos—Conexiones:

Encontramos anatómicamente en la región una serie de núcleos celulares diseminados por las paredes del ventrículo medio. Las células que los forman se caracterizan por presentar los atributos morfológicos de las neuronas vegetativas y por su especial cromatofilia.

Se describen los siguientes grupos de núcleos:

Grupo anterior: Integrado por los núcleos para ventricular y supraoptico. El primero está ubicado en la parte antero-inferior y lateral del ventrículo. Tiene una forma triangular con la base pegada al surco de Monró. El segundo, se sitúa a modo de bandeleta inmediatamente por encima del quiasma.

Grupo medio: Integrado por los siguientes núcleos: basales del tuber, ventral mediano, dorso-mediano lateral del túber, y las denominadas áreas hipotalámicas dorsal y lateral. Se caracterizan por estar situados todos en la embocadura del túber cinereum y las regiones medianas vecinas.

Grupo posterior: Consta de los núcleos: mamilar y mamilo-cinereo, intercalar, reuniens, y paramediano. Los mamilares están contenidos dentro de los cuerpos del mismo nombre. El mamilo-cinereo, se coloca lateral y anteriormente respecto al anterior y los paramediano y reunens pertenecen en realidad a las áreas talámicas.

Conexiones aferentes: El hipotálamo recibe fibras corticales directas e indirectas .

a) .—Directas cortico-hipotalámicas:

1.—Las procedentes de las áreas rinencefálicas.

2.—Fibras de Levin: cortico-frontales hipotalámicas.

3.—Fibras de Roussy y Mosinger: cortico-temporales hipotalámicas.

b) .—Indirectas cortico-hipotalámicas:

Recibe indirectamente una extensa proyección cortical de todas las sensaciones somáticas.

c) .—Sensoriales periféricas:

1º—Procedentes de los cuerpos geniculados y de los tubérculos cuadrigéminos, reciben fibras acústicas, ópticas y vestibulares.

2.—Fibras olfatorias directas.

3.—Fibras gustativas.

4.—Fibras ópticas.

5.—Fibras sensoriales interceptivas, en gran parte vagales.

d) .—Conexiones cerebelo-hipotalámicas: establecidas por la vía del pedunculo cerebeloso superior. Estas conexiones nos explican fácilmente los fenómenos neurovegetativos como náuseas, sudoración, vómitos, etc., que encontramos junto a las perturbaciones de los mecanismos motores del cerebelo.

E.—Conexiones estriopálidas y talámicas.

f) .—Conexiones tecto y bulbo hipotalámicas.

Sistema hipofisis-diencefalo:

Sabemos que las paredes del ventrículo medio están integradas por células de origen neuro-ectodérmico, con una capacidad secretoria evidente. Esta capacidad la denominan: NEURICRINA. Esta capacidad se localiza electivamente en tres territorios: el órgano fornical, el subcomisural y el para ventricular.

El órgano fornical, está constituido por un espesamiento de la pared epéndimaria situada por debajo de los agujeros de Monró. El órgano subcomisural corresponde a una formación igual situada inmediatamente por debajo de la comisura posterior. El para ventricular

corresponde a la pared del ventrículo que cubre el núcleo hipotalámico del mismo nombre.

Anatomía Funcional: La experimentación y la paciente observación de casos clínicos han demostrado hasta la evidencia, que el hipotálamo y la región adyacente están íntimamente relacionadas con toda clase de actividades viscerales. Los procesos complicados del metabolismo del agua, metabolismo de azúcares y grasas, secreciones internas, regulación del calor, pueden ser producidos ya sea por estimulación o por destrucción de áreas hipotalámicas y se dice que aún el mecanismo para el sueño normal puede ser alterado profundamente por estas lesiones.

En la actualidad se ha establecido con precisión que es el hipotálamo el centro más importante para la regulación de todas las actividades simpáticas y para simpáticas. Pero en atención a la insignificante extensión y tamaño de esta región es muy improbable que cada una de las actividades del sistema autónomo, tenga su centro propio, como pretenden creer algunos investigadores. Hay además una orientación topográfica bastante definida en lo referente a las dos divisiones principales del sistema autonómico.

Sabemos que el control de las actividades parasimpáticas está localizado en las regiones hipotalámicas anterior e interna, ya que en la experimentación, la estimulación de esta región da como respuesta un aumento de la actividad vagal y sacra, caracterizada por la disminución del ritmo cardiaco, vasodilatación periférica, y aumento del tono y de la motilidad de las paredes vesical y del tracto digestivo. De los diversos núcleos que se localizan en esta región, el núcleo supraoptico está definitivamente relacionado con el mantenimiento del un metabolismo adecuado del agua.

Las regiones hipotalámicas externa y posterior están relacionadas con el control de las reacciones simpáticas. La estimulación experimental de esta zona, sobre todo en la parte posterior, determina como respuesta un aumento de las actividades metabólicas y somáticas característico de los estados de tensión emocional, de com-

bate o de fuga. Se manifiestan por dilatación de las pupilas, erección del sistema pilo erector, aceleración del ritmo cardiaco, elevación de la presión arterial, aumento del ritmo y amplitud de la respiración y movimientos somáticos de lucha con inhibición concomitante del intestino y la vegiga. Todos estos signos de excitación emocional también se obtienen fácilmente cuando se libera el tálamo del centro cortical, constituyendo la denominada "falsa cólera" por extirpación de la corteza o por interrupción de las conexiones del tálamo con la corteza.

La compleja función de la regulación de la temperatura corporal que comprende procesos físicos y químicos ámpliamente extendidos requiere, aparentemente, la mediación de dos mecanismos hipotalámicos: uno relacionado con la disipación del calor y el otro relacionado con su producción y conservación.

BIBLIOGRAFIA:

- Strong y Elwyn.—NEURO ANATOMIA HUMANA.—Ed. Rosario 1947.
- Rodríguez Pérez Antonio Pedro.—EL SUSTRATUM ANATOMICO DE LAS CORRELACIONES SOMATO—NEUROVEGETATIVAS.—Revista "Hospital" Nos. 14 y 15.—Santander.—Colombia.
- Henry Gray.—ANATOMIA HUMANA.—Ed. Emecé.—1949.
- O. Rouviere.—Anatomía Humana.—Bayli—1951.

Dr. HUGO E. BARRERA
Dr. E. PEREZ C.

611.41
13272

PESO DEL BAZO

Hemos examinado **47 bazos**, entre los cuales tenemos dos hipertróficos y uno atrófico, pesando respectivamente: **428 gramos, 530 gramos y 65 gramos.**

El término medio de los pesos, prescindiendo de estos casos anormales, es en nuestro medio de **211,22 gramos.** Pero incluyendo a aquellos y calculando el peso medio de todos los bazos examinados, obtenemos la cifra de **218,68 gramos.**

En el primer caso hay un aumento de **11 a 31 gramos** al peso que nos señalan: Testut, Latarget y Jacob, en el 2º caso hay un aumento de **18 a 38 gramos.** Veremos al hablar de la Bibliografía del Bazo, que dichos autores nos dan el peso de **180 a 200 gramos.**

Dimensiones.— La longitud media de estos mismos 47 bazos es de **14,50 centímetros**, por lo que concluimos que hay un exceso de **2,50 centímetros** en relación a las longitudes que nos señalan varios autores extranjeros; y, un aumento de **1,50 centímetros** respecto a la cifra que nos dan los mismos tres anatomistas mencionados, quienes dicen que la longitud del órgano del cual nos estamos ocupando es de **13 centímetros.** Respecto al espesor, nuestras mediciones coinciden con las obtenidas por casi todos los autores.

Debemos añadir que el ancho varía según se trate del extremo superior y el extremo inferior, siendo menor el primero que tan solo mide **5,38 centímetros**, y mayor el extremo inferior cuyo ancho es de **7,89 centímetros.**

Bordes.—El borde anterior se nos presenta frecuentemente festoneado, con una o más incisuras, más o

menos profundas, en una proporción del **30%**. Además hemos encontrado dentro de nuestros casos de observación **6 casos con una incisura, 7 con 2 y 2 con 3**, hay predominio de bordes con dos incisuras.

El borde posterior presenta raras veces incisuras, pero que cuando las hay son profundas, extendiéndose tanto a la cara externa como a la póstero interna, en una frecuencia de **4%**. Así mismo hemos observado dos incisuras en un caso, y, una en otro caso. Es un borde como grueso y ligeramente cóncavo.

Relación con el Hígado.—De los 47 bazos que hemos examinado, **30 han estado en relación con el lóbulo izquierdo del Hígado**, es decir que la frecuencia de esta relación es del **63,83%**, siendo solo el **36,17%** que no está en relación.

Por consiguiente bien podemos señalar en la Región Interandina como normal el hecho de que el Bazo esté en relación con el Hígado: el 1º mediante su extremo superior, y el 2º mediante la parte más izquierda del lóbulo Hepático izquierdo, sin interposición del peritoneo.

Algunos autores, y entre ellos A. Testut, señalan como rara esta susodicha relación.

Relación con las costillas.— Respecto al espacio que ocupa el Bazo en la jaula torácica, hemos encontrado **14 casos**, en los cuales aquél se extiende de la **8ª a la 11ª** costillas, **8 casos**, en los cuales va de la **8ª a la 12ª** costillas, **5 casos** de la **9ª a la 12ª**, y por último **17 casos** en los que hallamos que el órgano esplénico ocupa el espacio comprendido de la **9ª a la 11ª costillas**, con sus respectivos espacios intercostales.

Esto quiere decir que hay un **29,57%** para el 1º; un **17,02%** para el 2º; un **10,63%** para el tercero; y para el último hay un **40,42%**.

Por este elevado porcentaje que encontramos en este reciente caso comparado con los anteriores, debemos tomarlo como normal y es la misma extensión que señalan los anatomistas cuyas obras hemos consultado. Refiriéndonos a esto mismo podemos decir que el Bazo está en contacto a través de la pared diafragmática

con 4 costillas en 18 casos, con 5 en 8 casos y en 21 casos con tres costillas.

CASUISTICA

Nº 1
Nombre E. H.
Procedencia Quito.
Edad 29 años.
Profesión Jornalero.
Día de la muerte 23 de Enero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de tráfico.
Día de extirpación del órgano . 23 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 12 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 6 centímetros.
Ancho del extremo inferior 8 centímetros.
Borde anterior Liso.
Borde posterior Festoneado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Forma orejuela.

PESO 217 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior, en la unión de su tercio superior con los dos tercios inferiores, presente una depresión característica. Su cara externa es lisa, y está en relación con la IX-X-XI y mitad superior de la XII costilla.

E. P. C. H. E. B.

Nº 2
Nombre J. T.
Procedencia Ibarra.
Edad 28 años.
Profesión Jornalero.
Día de la muerte 23 de Enero de 1943.
Causa de la muerte Apendicitis.
Día de extirpación del órgano . 23 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	19 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	12 centímetros.
Ancho del extremo inferior	11 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Festoneado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 428 Gramos

Su cara externa presenta dos incisuras de igual longitud, que se disponen en forma de L.

Respecto a la pared costal, está en relación con la VIII-IX-X-XI y XII costillas.

Presenta además relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 3	
Nombre	L. R.
Procedencia	Quito.
Edad	30 años.
Profesión	Zapatero.
Día de la muerte	25 de Enero de 1943.
Causa de la muerte	Accidente de tráfico.
Día de extirpación del órgano .	25 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	15 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	8 centímetros.
Ancho del extremo inferior	9 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Festoneado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 205 Gramos

Caracteres particulares:

Sus bordes se caracterizan por sus festones característicos que forman.

Su cara externa está en relación con la IX-X-XI y la mitad superior de la XII costilla.

Se encuentra también en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 4

Nombre	M. G.
Procedencia	Ambato.
Edad	65 años.
Profesión	Agricultor.
Día de la muerte	25 de Enero de 1943.
Causa de la muerte	Derrame cerebral.
Día de extirpación del órgano .	25 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	16 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	8 centímetros.
Ancho del extremo inferior	10 centímetros.
Borde anterior	Dentado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Agudo.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 245 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta tres incisuras de 1 centímetro de profundidad las tres, dando al borde un aspecto dentado característico.

Está en relación con la XIII-IX-X y XI costilla.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 5

Nombre I. T.

Procedencia	Quito.
Edad	32 años.
Profesión	H. D.
Día de la muerte	27 de Enero de 1943.
Causa de la muerte	Intoxicación.
Día de extirpación del órgano .	27 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	15 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6 centímetros.
Ancho del extremo inferior	9 centímetros.
Borde anterior	Liso.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Obtuso.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 215 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la IX-X-XI y XII costillas. Está también en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 6	
Nombre	J. Q.
Procedencia	Latacunga.
Edad	27 años.
Profesión	?
Día de la muerte	28 de Enero de 1943.
Causa de la muerte	Accidente de Trabajo.
Día de extirpación del órgano .	28 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	17 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	5 centímetros.
Ancho del extremo inferior	9 centímetros.
Borde anterior	Dentado.
Borde posterior	Dentado.
Angulo superior	Obtuso.

Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 215 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta dos incisuras de un centímetro de profundidad la superior y de medio centímetro la inferior. Está en relación con la VIII-IX-X-XI-y XII costillas, se relaciona también con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 7

Nombre M. M.
Procedencia Quito.
Edad 42 años.
Profesión Peluquero.
Causa de la muerte Fractura del cráneo.
Día de la muerte 28 de Enero de 1943.
Día de extirpación del órgano . 28 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 16 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ... 6 centímetros.
Ancho del extremo inferior 7 y medio centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Festoneado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Forma orejuela.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 200 Gramos

Caracteres particulares:

El borde anterior, presenta en su tercio inferior una incisura de 2 centímetros de profundidad que delimita una orejuela.

Está en relación con la VIII-IX-X-XI y mitad superior de la XII costilla.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 8

Nombre	J. R.
Procedencia	Ambato.
Edad	55 años.
Profesión	Jornalero.
Causa de la muerte	Peritonitis.
Día de la muerte	29 de Enero de 1943.
Día de extirpación del órgano .	29 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	14 un cuarto centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6 y medio centímetros.
Ancho del extremo inferior	5 y medio centímetros.
Borde anterior	Dentado.
Borde posterior	Dentado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO

202 y medio Gramos

Su cara externa presenta tres cisuras paralelas entre sí, dirigidas de arriba a bajo y de delante a atrás.

Se relaciona con la IX-X-XI y el un cuarto superior de la XII costilla, está en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 9

Nombre	D. L.
Procedencia	Latacunga.
Edad	42 años.
Profesión	H. D.
Causa de la muerte	Fiebre Puerperal.
Día de la muerte	29 de Enero de 1943.
Día de extirpación del órgano .	30 de Enero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Ovoide.
Longitud	13 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ...	7 centímetros.
Ancho del extremo inferior ...	7 y medio centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Angulo superior	Festoneado.
Angulo antero inferior	Obtuso.
Angulo posterior inferior	Obtuso.

PESO 240 Gramos

Caracteres particulares:

Es característica su forma ovoide. Está en relación con la VIII-IX-X- y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 10	
Nombre	L. T.
Procedencia	Quito.
Edad	45 años.
Profesión	Agricultor.
Causa de la muerte	Apendicitis.
Día de la muerte	2 de Febrero de 1943.
Día de extirpación del órgano .	2 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	14 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6 centímetros.
Ancho del extremo inferior ...	7 y medio centímetros.
Borde anterior	Dentado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 201 Gramos

Caracteres particulares:

Su cara externa está en relación con la VIII-IX-X- y XI costilla. Se encuentra en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B

Nº 11
Nombre A. T.
Procedencia Pujilí.
Edad 62 años.
Profesión Jornalero.
Causa de la muerte Neumonía.
Día de la muerte 2 de Febrero de 1943.
Día de extirpación del órgano . 2 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 13 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ... 5 centímetros.
Ancho del extremo inferior ... 6 y un cuarto centímetros.
Borde anterior Dentado.
Borde posterior Dentado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 213 Gramos

Caracteres particulares:

Los bordes anterior y posterior presentan dos incisuras cada uno, los cuales dan a los bordes el aspecto dentado.

Se relaciona con la VIII-IX-X-XI, llegando hasta el borde superior de la XII costilla.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 12
Nombre S. R.
Procedencia Quito.
Profesión Carabinero.
Causa de la muerte Herida en el pulmón derecho.

Día de la muerte 4 de Febrero de 1943.
Día de extirpación del órgano . 4 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 14 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 5 centímetros.
Ancho del extremo inferior 7 centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 234 Gramos

Caracteres particulares:

Su cara externa en relación con la VIII-IX-X y XI costilla.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 13

Nombre M. R.
Procedencia Latacunga.
Edad 30 años.
Profesión ?
Causa de la muerte ?
Día de la muerte 5 de Febrero de 1943.
Día de extirpación del órgano . 5 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 15 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ... 5 centímetros.
Ancho del extremo inferior 7 y medio centímetros.
Borde anterior Dentado.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Agudo.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 238 Gramos.

Caracteres particulares:

Su cara externa está en relación con la VIII-IX-X y XI costillas. Se encuentra en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 14
Nombre A. M. D.
Procedencia Nono.
Edad 34 años.
Profesión Jornalero.
Causa de la muerte Accidente de trabajo.
Día de la muerte 7 de Febrero de 1943.
Día de extirpación del órgano . 7 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 13 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 6 centímetros.
Ancho del extremo inferior 7 centímetros.
Borde anterior Dentado.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.
PESO 223 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta dos incisuras de medio centímetro de profundidad cada una que dan al borde el aspecto dentado. Está en relación con la VIII IX-X y XI costillas, está además en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 15
Nombre M. C.
Procedencia Quito.
Edad 24 años.
Profesión H. D.
Día de la muerte 31 de Enero de 1943.

Causa de la muerte Pulmonía.
Día de extirpación del órgano . 1 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 13 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 6 centímetros.
Ancho del extremo inferior 8 y medio centímetros.
Borde anterior Dentado.
Borde posterior Dentado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 232 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta dos incisuras dirigidas hacia arriba y hacia atrás, de medio centímetro de profundidad y de tres centímetros de longitud cada una.

Está en relación con la VIII-IX-X y XI costillas, está además en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 16
Nombre J. Q.
Procedencia Ambato.
Edad 21 años.
Profesión H. D.
Día de la muerte 31 de Enero de 1943.
Causa de la muerte Apendicitis.
Día de extirpación del órgano . 1 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Longitud Prismática triangular.
Longitud 12 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ... 8 centímetros.
Ancho del extremo inferior 10 centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Festoneado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.

Angulo posterior inferior Agudo.
PESO 248 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la VIII-IX y X costillas; en encuentra en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 17
Nombre C. J.
Procedencia Quito.
Edad 38 años.
Profesión H. D.
Día de la muerte 1 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de tráfico.
Día de extirpación del órgano . 1 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANOS

Forma Prismática triangular.
Longitud 16 centímetros
Ancho del extremo superior ... 9 centímetros.
Ancho del extremo inferior 12 centímetros
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.—
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 203 Gramos

Caracteres particulares:

Se encuentra en relación con la VIII-IX-X y XI costillas.
Presenta relación íntima con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 18
Nombre F. S.
Procedencia Quito.
Edad 23 años.
Profesión Agricultor.
Día de la muerte 1 de Febrero de 1943
Causa de la muerte Fractura del cráneo
Día de extirpación del órgano . 1 de Febrero de 1943

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANOS

Forma	Prismática triangular.
Longitud	15 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6 centímetros.
Ancho del extremo inferior	9 centímetros.
Borde anterior	Peritonitis.
Borde posterior	Peritonitis.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.
PESO	214 Gramos

Caracteres particulares:

Son características los festones que presentan sus bordes. Se halla en relación con la VIII-IX-X-XI y la parte superior de la XII costilla.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 19	
Nombre	C. V.
Procedencia	Nono.
Edad	40 años.
Profesión	Agricultor.
Día de la muerte	2 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Derrame cerebral.
Día de extirpación del órgano .	2 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANOS

Forma	Prismática triangular.
Longitud	13 y un cuarto centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6,3 centímetros.
Ancho del extremo inferior	7,8 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Casi no existe.
PESO	200 Gramos

Caracteres particulares:

Su ángulo pósterior inferior no existe porque está reemplazado por una línea paralela al borde anterior del órgano.

La cara externa está cubierta por la VIII-IX-X-XI y el un cuarto superior de la XII costilla.

Además está en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 20

Nombre	L. R.
Procedencia	El Quinche.
Edad	35 años.
Profesión	Zapatero.
Día de la muerte	2 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Peritonitis.
Día de extirpación del órgano .	2 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANOS

Forma	Prismática triangular.
Longitud	14 centímetros.
Ancho del extremo superior . . .	8 centímetros.
Ancho del extremo inferior . . .	10 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Festoneado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 205 Gramos

Caracteres particulares:

Cubren al órgano la VIII-IX-X y XI costillas. Se relaciona con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 21

Nombre	C. C.
Procedencia	Ambato.

Edad 31 años.
Profesión Chofer.
Día de la muerte 2 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de tráfico.
Día de extirpación del órgano . 3 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma Prismática triangular.
Longitud 15 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 9 centímetros.
Ancho del extremo inferior 12 centímetros.
Borde anterior Liso.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Agudo.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 200 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta dos incisuras de un medio centímetro de profundidad, paralelas entre sí y localizadas en su tercio superior. Las VIII-IX-X y XI costillas cubren su cara externa. Se halla en íntima relación con el Hígado .

E. P. C.

H. E. B.

Nº 22
Nombre L. R.
Procedencia Latacunga.
Edad 38 años.
Profesión Jornalero.
Día de la muerte 4 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de tráfico.
Día de extirpación del órgano . 4 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma Ovalada.
Longitud 12 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 5 centímetros.
Ancho del extremo inferior 8 centímetros.
Borde anterior Liso.

Borde posterior Liso.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Obtuso.
Angulo posterior inferior No existe.

PESO 212 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la IX-X- y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 23
Nombre M. O.
Procedencia Pujilí.
Edad 53 años.
Profesión Agricultor.
Día de la muerte 4 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Pulmonía.
Día de extirpación del órgano . 5 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 13 centímetros
Ancho del extremo superior ... 5 y medio centímetros.
Ancho del extremo inferior 8 centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 212 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la VIII-IX-X- y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 24
Nombre V. T.
Procedencia Ambato.

Edad	23 años.
Profesión	Jornalero.
Día de la muerte	5 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Traumatismo de cráneo.
Día de extirpación del órgano .	5 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	8 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ...	Termina en punta.
Ancho del extremo inferior ...	5 y media centímetros.
Borde anterior	Fuertemente dentado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Agudo.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 26 Gramos

Caracteres particulares:

Su volumen es muy reducido, su borde anterior presenta una incisura de medio centímetro de profundidad que se continúa por sus dos caras. Está en relación con la IX-X- y la media superior de la XI costilla.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 25

Nombre	S. P.
Procedencia	Quito.
Edad	46 años.
Profesión	Carpintero.
Día de la muerte	5 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Fractura del cráneo.
Día de extirpación del órgano .	5 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	13 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6 centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 y cuarto centímetros.

Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Festoneado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 225 Gramos

Caracteres particulares:

Se relaciona con la IX-X-XI y la mitad superior de la XII costilla. Intimamente se encuentra en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 26

Nombre M. B.
Procedencia Machachi.
Edad 34 años.
Profesión H. D.
Día de la muerte 7 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de trabajo.
Día de extirpación del órgano . 7 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma Prismática triangular.
Longitud 15 centímetros.
Ancho del extremo superior ... Termina en punta.
Ancho del extremo inferior 8 y cuarto centímetros.
Borde anterior Liso.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Muy agudo.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 198 y medio Gramos

Caracteres particulares:

Se encuentra en relación con la IX-X y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 27

Nombre R. P.
Procedencia Quito.
Edad 36 años.

Día de la muerte 7 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Neumonía.
Día de extirpación del órgano . 7 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Ovoide.
Longitud 16 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 4 y medio centímetros.
Ancho del extremo inferior 5 centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Festoneado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Obtuso.
Angulo posterior inferior No existe.
Peso 201 Gramos

Caracteres particulares:

Los festones de sus bordes son característicos. Está en relación con la VIII, IX, X y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 28
Nombre M. B.
Procedencia Latacunga.
Edad 80 años.
Profesión H. D.
Día de la muerte 8 de Febrero de 1943
Causa de la muerte Peritonitis.
Día de extirpación del órgano . 8 de Febrero de 1943

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 12 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ... 7 centímetros.
Ancho del extremo inferior 8 y medio centímetros.
Borde anterior Liso.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Agudo.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.
PESO 235 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la IX-X y XI costilla. Además tiene relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 29
Nombre J. T.
Procedencia Quito.
Edad 37 años.
Día de la muerte 8 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Pulmonía.
Día de extirpación del órgano . 8 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 14 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 6 centímetros.
Ancho del extremo inferior ... 7 y medio centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Festoneado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.
FORMA 243 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la IX-X- y XI costillas.
Presenta además relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 30
Nombre L. P.
Procedencia Tulcán.
Edad 27 años.
Profesión Herrero.
Día de la muerte 8 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de tráfico.
Día de extirpación del órgano . 9 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	13 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	5 y medio centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Agudo.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.
PESO	132 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta dos incisuras de medio centímetro de profundidad cada una, cubren su cara externa las IX-X y XI costillas, guarda además relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 31	
Nombre	R. C.
Procedencia	Machachi.
Edad	73 años.
Profesión	H. D.
Día de la muerte	11 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Intoxicación.
Día de extirpación del órgano .	11 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	14 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	7 centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 y medio centímetros.
Borde anterior	Liso.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.
PESO	192 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la VIII-IX-X y la mitad superior de la XII costilla. Relaciónase también con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 32
Nombre J. S.
Procedencia Quito.
Edad 23 años.
Profesión Agricultor.
Día de la muerte 10 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de trabajo.
Día de extirpación del órgano . 11 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 14 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ... 6 centímetros.
Ancho del extremo inferior ... 7 centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Festoneado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.
PESO 215 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la VIII-IX y X costilla. Además guarda relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 33
Nombre L. M.
Procedencia Ambato.
Edad 65 años.
Profesión Jornalero.
Día de la muerte 10 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Traumatismo del cráneo.
Día de extirpación del órgano . 11 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANOS

Forma	Prismática triangular.
Longitud	15 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	5 centímetros.
Ancho del extremo inferior	8 y medio centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 200 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la VIII-IX y X costilla.
Además guarda relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 34

Nombre	J. F.
Procedencia	Quito.
Edad	49 años.
Profesión	Agricultor.
Día de la muerte	11 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Herida en el pulmón derecho.
Día de extirpación del órgano .	11 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANOS

Forma	Prismática triangular.
Longitud	15 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6 y medio centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 y medio centímetros.
Borde anterior	Liso.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Festoneado.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 250 Gramos

Caracteres particulares:

Se relaciona con IX-X-XI y XII costilla.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 35	
Nombre	C. V.
Procedencia	Saquisilí.
Edad	34 años.
Profesión	Jornalero.
Día de la muerte	13 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Hemorragia Cerebral.
Día de extirpación del órgano .	13 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANOS

Forma	Prismática triangular.
Longitud	12 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	4 y medio centímetros.
Ancho del extremo inferior	6 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Festoneado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.
PESO	65 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta en su parte inferior una incisura de medio centímetro de profundidad. Está en relación con la IX

X y XI costillas

E. P. C.

H. E. B.

Nº 36	
Nombre	J. A. O.
Procedencia	Ambato.
Edad	35 años.
Profesión	Agricultor.
Día de la muerte	15 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Estrangulación.
Día de extirpación del órgano .	15 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	15 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6 centímetros.
Ancho del extremo inferior	8 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 222 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la VIII-IX-X y XI costillas. Se halla en relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 37

Nombre	J. A.
Procedencia	Alausí.
Edad	42 años.
Profesión	Mecánico.
Día de la muerte	15 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte	Accidente ferroviario.
Día de extirpación del órgano .	16 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	14 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	3 centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Festoneado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 215 Gramos

Caracteres particulares:

El borde anterior presenta tres incisuras de medio centímetro de profundidad cada una. Cubren su cara externa la VIII-IX-X y XI costillas. Se encuentra en relación con el Hígado .

E. P. C.

H. E. B.

Nº 38
Nombre J. M. S.
Procedencia Ambato.
Edad 53 años.
Profesión Albañil.
Día de la muerte 15 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Pulmonía.
Día de extirpación del órgano . 16 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 17 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 6 centímetros.
Ancho del extremo inferior 9 centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.

PESO 530 Gramos

Caracteres particulares:

Sumamente voluminoso, presenta relación con la VIII-IX-X-XI y XII costillas. Se encuentra en contacto íntimo con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 39
Nombre A. Q.
Procedencia Latacunga.
Edad 64 años.
Profesión Jornalero.

Día de la muerte 16 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Intoxicación.
Día de extirpación del órgano . 17 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma Prismática triangular.
Longitud 14 centímetros.
Ancho del extremo superior ... 5 centímetros.
Ancho del extremo inferior 7 centímetros.
Borde anterior Liso.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.
PESO 197 Gramos

Caracteres particulares:

Se halla en relación con la IX-Xy XI costillas, así como con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 40

Nombre M. A.
Procedencia Otavalo.
Edad 33 años.
Profesión H. D.
Día de la muerte 23 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de trabajo.
Día de extirpación del órgano . 25 de Febrero de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma Prismática triangular.
Longitud 13 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ... 5 centímetros.
Ancho del extremo inferior 7 centímetros.
Borde anterior Festoneado.
Borde posterior Festoneado.
Angulo superior Obtuso.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.
PESO 203 Gramos

Caracteres particulares:

Su cara externa se encuentra cubierta por la IX-X y XI costillas.. Presenta relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 41
Nombre R. T.
Procedencia Quito.
Edad 34 años.
Profesión H. D.
Día de la muerte 27 de Febrero de 1943.
Causa de la muerte Accidente de Trabajo.
Día de extirpación del órgano . 4 de Marzo de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma Prismática triangular.
Longitud 13 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ... 5 centímetros.
Ancho del extremo inferior 7 centímetros.
Borde anterior Dentado.
Borde posterior Liso.
Angulo superior Termina en punta.
Angulo antero inferior Agudo.
Angulo posterior inferior Agudo.
PESO 202 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta dos incisuras en la línea media, se encuentra en relación con la IX-X y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 42
Nombre I. C.
Procedencia Quito.
Edad 53 años.
Profesión H. D.
Día de la muerte 5 de Marzo de 1943.
Causa de la muerte Fractura del cráneo.
Día de extirpación del órgano . 7 de Marzo de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	14 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	5 centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 y un cuarto centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 232 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta a nivel de su tercio inferior una incisura de tres centímetros de profundidad.

Esta en relación con la IX-X- y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 43

Nombre	R. T.
Procedencia	Machachi.
Edad	34 años.
Profesión	Chofer.
Día de la muerte	8 de Marzo de 1943.
Causa de la muerte	Accidente de tráfico.
Día de extirpación del órgano .	8 de Marzo de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	15 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	4 y medio centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Festoneado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 200 Gramos

Caracteres particulares:

Tiene relación con el Hígado, y con la IX-X- y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 44

Nombre	L. C.
Procedencia	Quito.
Edad	29 años.
Profesión	Jornalero.
Día de la muerte	12 de Marzo de 1943.
Causa de la muerte	Hemorragia cerebral.
Día de extirpación del órgano .	12 de Marzo de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGAN0

Forma	Prismática triangular.
Longitud	12 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ...	5 y medio centímetros.
Ancho del extremo inferior	8 centímetros.
Borde anterior	Dentado.
Borde posterior	Dentado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO

238 Gramos

Caracteres particulares:

Existen en su borde anterior una incisura profunda que lo divide en dos lóbulos visibles a simple vista.

Se relaciona con la VIII-IX-X y XI costillas.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 45

Nombre	P. Q.
Procedencia	Quito.
Edad	19 años.
Profesión	Agricultor.
Día de la muerte	13 de Marzo de 1943 .
Causa de la muerte	Paludismo.
Día de extirpación del órgano .	13 de Marzo de 1943

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	15 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	6 centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 y medio centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Festoneado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PES O..... 211 Gramos

Caracteres particulares:

Está en relación con la IX-X y XI costillas, así como con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 46	
Nombre	H. R.
Procedencia	Ambato.
Edad	60 años.
Profesión	Mecánico.
Día de la muerte	14 de Marzo de 1943.
Causa de la muerte	Accidente de tráfico.
Día de extirpación del órgano .	15 de Marzo de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANNO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	14 centímetros.
Ancho del extremo superior ...	5 centímetros.
Ancho del extremo inferior	7 y medio centímetros.
Borde anterior	Dentado.
Borde posterior	Liso.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO

217 Gramos

Caracteres particulares:

Su borde anterior presenta en su tercio superior una apreciable incisura de un centímetro de profundidad, dirigida hacia y arriba. Se encuentra en relación con la IX-X y XI costillas. Guarda además relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Nº 47	
Nombre	M. M.
Procedencia	Quito.
Edad	42 años.
Profesión	H. D.
Día de la muerte	16 de Marzo de 1943.
Causa de la muerte	Tb. generalizada.
Día de extirpación del órgano .	17 de Marzo de 1943.

CARACTERES MACROSCOPICOS DEL ORGANO

Forma	Prismática triangular.
Longitud	14 y medio centímetros.
Ancho del extremo superior ...	5 centímetros
Ancho del extremo inferior	7 y medio centímetros.
Borde anterior	Festoneado.
Borde posterior	Festoneado.
Angulo superior	Obtuso.
Angulo antero inferior	Agudo.
Angulo posterior inferior	Agudo.

PESO 227 Gramos

Caracteres particulares:

Sus bordes presentan más o menos a la misma altura o sea en el tercio medio una incisura de medio centímetro de profundidad. Se encuentra en relación con la IX-X y XI costillas.

Guarda además relación con el Hígado.

E. P. C.

H. E. B.

Damos nuestros más sinceros agradecimientos al señor Doctor Virgilio Paredes Borja, Profesor Principal de Anatomía Descriptiva, por su acertada dirección y colaboración, para el desarrollo de nuestro Trabajo.

BIBLIOGRAFIA:

"COMPENDIO DE ANATOMIA HUMANA".—H. Rouviere.

Dimensiones.— Mide 12 centímetros de longitud, 8 de anchura y 3 de grosor.

Forma.— Tiene la forma de un tetraedro irregular de vértice póstero superior y de base anterior.

Bordes.—El borde súpero externo o dentado (anterior) presenta cierto número de incisuras más o menos profundas. El borde ínfero interno (posterior) es cóncavo y liso.

Vértice o extremo interno.—Mira arriba, atrás y adentro y corresponde al lóbulo izquierdo de Hígado.

Relación costal.—El extremo interno está situado en el 10° espacio intercostal; el extremo externo corresponde al borde inferior de la 9ª costilla, a 4 centímetros por encima del extremo anterior de la 11ª costillas.

"ANATOMIA DESCRIPTIVA Y DISECCION".—J. A. Fort.

Forma.—De media luna, cuya concavidad descansa sobre la tuberosidad mayor del Estómago.

Peso.—El peso medio del Bazo es de 195 Gramos, al sacarlo del cadáver pero lleno de sangre como se encuentra en el vivo es de 220 gramos.

Dimensiones.—Mide 12 centímetros de longitud, 8 de ancho y 3 de espesor.

Bordes.—El anterior es delgado y cortante; este borde es convexo y algo más grueso que el anterior. Los dos bordes del bazo presentan incisuras más o menos profundas.

Extremos.—El superior es un poco más grueso que el inferior. Está en relación algunas veces con la extremidad arada del Hígado, especialmente en el niño.

"MANUAL DE ANATOMIA".—R. Grégoire y Oberlín.

Dimensiones.—Mide 18 centímetros de longitud, 8 de ancho y 4 de espesor.

Peso.—Pesa aproximadamente 200 gramos.

Forma.—Tiene la de una pirámide triangular.

Bordes.—El anterior está dentado, el posterior es liso.

Relación costal.—El extremo superior alcanza la 8ª costilla y el extremo inferior la 11ª costilla. No señala relación con el Hígado.

"TRATADO DE ANATOMIA TOPOGRAFICA".—B. Tillaur.

Dimensiones.—Mide 12 centímetros de longitud, 8 de anchura y 3 de espesor.

Relación costal.—Se extiende desde la 8ª hasta la 11ª costillas.

Peso.—Tiene 200 gramos de peso (puede llegar a 15 kilogramos).

Forma.—Segmento de elipsoide cortado según su longitud.

Bordes.—El anterior es delgado casi cortante, irregular. El

posterior es grueso y redondeado. No señala relación con el órgano hepático.

"ANATOMIA TOPOGRAFICA".—Testut y Jacob.

Forma.—Es un segmento ovoide.

Dimensiones.—Mide 13 centímetros de longitud, 8 de ancho y 3 de espesor.

Peso.—De 180 a 200 gramos.

Bordes.—El anterior presenta dos incisuras y es delgado y cortante, más o menos convexo. El posterior es grueso y presenta raramente dos incisuras.

Relación costal.—Se extiende de la 9ª a la 11ª costillas.

Extremo superior.—Se relaciona muy raramente con el lóbulo izquierdo del Hígado.

"ANATOMIA TOPOGRAFICA".—A. Soulié.

Relación costal.—Ocupa el espacio comprendido entre la 9ª y 11ª costillas.

"TRATADO ELEMENTAL DE ANATOMIA DESCRIPTIVA".—

A. Jamain.

Peso.—225 gramos.

Dimensiones.—12 centímetros de longitud, 8 de ancho y 4 de espesor.

Relación costal.—Se extiende de la 9ª a la 11ª costillas.

La cara externa del bazo se halla a veces en relación con la extremidad izquierda del Hígado.

"MANUEL DEL ANATOMISTA".—C. Moreal y M. Duval.

Relación costal.—De la 8ª a la 11ª costillas.

Dimensiones.—12 centímetros de longitud, 8 de ancho y 3 de espesor.

Peso.—200 gramos.

La cara externa se relaciona rara vez con el extremo izquierdo del Hígado.

Bordes.—El anterior es delgado y ofrece ordinariamente incisuras transversales, que le dividen más o menos profundamente.

El posterior es grueso y liso.

HOSPITALES

Dr. TEODORO SALGUERO Z.
Profesor de Fisiología, Decano de la Facultad de Medicina.

Los - Dr. 615.478.1
S164

MODERNIZACION DE HOSPITALES DE ASISTENCIA PUBLICA

Después de presentar al Sr. Gerente de H.C.J.B. los más cumplidos agradecimientos, en nombre de la Facultad de Medicina y en el mío propio, por la gentileza con la que nos ha cedido sus micrófonos durante la semana que termina, quiero hacer unas pocas anotaciones sobre un tema que se ha puesto en el tapete de la discusión y que se refiere a las organizaciones médico-asistenciales del País.

Ante todo, debo dejar pública constancia del beneplácito con el que, tanto la Facultad de Medicina de la Universidad Central como la H. Junta Central de Asistencia Pública Nacional de las cuales formo parte como Decano y Vocal respectivamente, han mirado las diferentes publicaciones que últimamente y, en forma sistemática y oportuna viene haciendo la prensa del País, en noble afán de propender al mejoramiento de los servicios que, por mandato de la ley, prestan en la República, sus instituciones de Medicina Preventiva y Curativa.

Este beneplácito emerge del convencimiento íntimo que tenemos de que, las insinuaciones pidiendo que se revea lo actuado, que se corrijan posibles defectos, que se adopten nuevos planes más acordes con los requerimientos de la Medicina Moderna y con el ambiente Social actual y en una palabra, bogando porque se aunen esfuerzos y así se preste la máxima protección de la vida y la salud del pueblo ecuatoriano, a más de una sin-

cera preocupación por asuntos tan fundamentales para el porvenir del País, son la expresión entusiasta y decidida de un inquebrantable deseo de cooperar para su mejor resolución, con algo más que con ideas generales y consejos. Y por lo mismo, opinamos que las instituciones aludidas, están en el ineludible deber de recoger éste torrente de buena voluntad de todos y cada uno de los sectores de opinión pública que tan interesados se han manifestado por estos asuntos. Así lo viene haciendo ya la Facultad de Medicina y Asistencia Pública. Pero, desde ya debemos decir, con toda claridad que la Modernización de los Servicios Médico-Sanitarios del País, en sus múltiples y polimorfas facetas, no sólo es problema que toca la conciencia del médico y de los dirigentes de los Servicios Sanitario Asistenciales de la República, sino también de los altos magistrados y funcionarios de la Nación y todos y cada uno de los miembros de la sociedad.

Si bien es cierto, que todos quisiéramos tener y hasta por simple instinto de conservación, las ciudades y los poblados con el máximo confort en materia de higiene y salubridad, los mejores centros de Medicina Preventiva y los mejores Hospitales, también es verdad que muchos de nosotros o casi todos, poco o nada hemos hecho para ver convertidos en hermosa realidad tan legítimos anhelos, esperando que otros, que son muy pocos, resuelvan estos problemas que por ser de todos, deben ser urgentemente atendidos, con el aporte generoso, también de todos sin excepción.

Para que el pobre igual que el rico, para que el hombre del campo igual que el de ciudad y el sabio como el ignorante, puedan gozar de las tremendas ventajas, que en la hora actual, ofrecen la higiene pública y privada, la ingeniería sanitaria y la medicina curativa, creemos que ante todo deben resolverse, como base fundamental de toda la obra que ha de venir después y ojalá sea pronto, dos problemas: el educativo y el económico.

EL PRIMERO.—Convenciendo a las masas de que la higiene es todo poderosa en muchos aspectos sanita-

rios y, de que las grandes obras de servicio público deben ser directamente creadas y mantenidas por este mismo público que las usufructúa; y,

EL SEGUNDO.—El Factor económico, consecuencia del anterior, poniendo en manos de sus técnicos el dinero suficiente para tener servicios médicos asistenciales de primer orden. Resulta curioso observar en nuestro medio (como en muchos otros desde luego), la pleitesía teórica que todos rendimos a la higiene, a la solidaridad social, etc., y lo poco q' practicamos estos ideales como ejemplo basta q' se recuerde la frecuencia con la que se nos tose o estornuda en la cara, el alto porcentaje de individuos que llevan sus alimentos a la boca sin previo lavado de sus manos que, en muchos casos acaban, de tocar objetos inmundos o contaminados o, los esfuerzos inauditos que debe hacer el Inspector de Higiene para conseguir que se vacunen, contra tal o cual peste, a pesar de que nos costan los estragos que ella hace, y de la gratuidad del servicio. Y esto por qué? . . . pues simplemente por falta de comodidades en unos casos, por falta de buenas costumbres en otros y, por ignorancia en muchos otros.

Pueblo de pocos recursos el nuestro, no puede darse el lujo de vivir al margen de las más elementales reglas de la higiene y debe convencerse que la falta de recursos ha de suplir con severas costumbres y que, el aseo del pobre se consigue en gran parte a base de no ensuciar.

Nuestro pueblo es inteligente y, con poco que le enseñemos en forma práctica, pronto se convertiría seguramente, en uno de los de mejores costumbres en el mundo. Si todo esto es así, urgente es que en la escuela y en el colegio, en el hogar y en el espectáculo público, en el templo y en el Club se haga carne en cada uno de nosotros, mediante la educación apropiada, de una verdadera cultura y no simplemente instrucción en higiene ya que, cultura es lo que, como impercedero, queda en el espíritu de, todo lo que se nos han enseñado y que lo usamos en favor de la humanidad.

Como todo esto, a más de buena voluntad y técni-

ca, requiere algún dinero, también es urgente que el individuo y las masas se convenzan de las ventajas que obtendrán al ahorrar unos centavos en favor de su propia salud. Pues si estos pocos centavos se suman con igual aporte de muchos miles se obtiene buenos capitales con los cuales es posible planificar sobre seguro, todo un programa técnico sanitario asistencial.

Creo que es llegado el momento de decir con toda franqueza que debemos contribuir con nuestros propios recursos para preveer y curar nuestras propias enfermedades. Que no esperemos todo de Instituciones Públicas pobres y anémicas, por motivos que no creo del caso analizarlos y, peor de la caridad pública, que siempre huele a humillación y que al final es lo más caro que puede humillación y que al final es lo más caro que puede ofrecérsenos, que venga el servicio médico y el remedio que a de devolvemos la salud y el vigor, con nuestro aporte pagado por un sistema adecuado.

Si estas sugerencias ligeras, pudieran pronto convertirse en realidad, Asistencia Pública por ejemplo, ya estaría en condiciones de modernizar inmediatamente sus hospitales ya que, inconforme como se siente en conservarlos en la forma que permiten sus insuficientes asignaciones presupuestarias, con su tipo medioeval en algunos aspectos, se ha preocupado de planificar al detalle esa modernización que, en resumen, requiere de locales apropiados, de distribución de servicios por especialidades médicas, de equipos de hombres y aparatos suficientes al frente de estos servicios y, de un público que comprenda que más barato le resulta curarse por unos pocos sures que pague por servicios eficientes recibidos, que largos días de espera, alejado de su familia, de su trabajo, etc., confiado únicamente en las ciegas fuerzas de su destino.

Asistencia Pública ha hecho y hace los máximos esfuerzos para modernizar sus hospitales, ha recortado hasta donde le es posible su presupuesto de gastos administrativos, ha disminuído el número de empleados, ha recortado sueldos grandes, ha ido de la administración directa de sus bienes al arrendamiento de los mismos,

pero todo esto ha resultado insuficiente para equilibrar en su presupuesto los egresos con los ingresos. Siempre aquellos sobrepasan en mucho a estos y, esto es obvio, si se recuerda que si hasta hace no muchos años un dolor de estómago, por ejemplo, se aliviaban con cinco centavos de bicarbonato, hoy ese dolor no sólo se alivia sino se cura, pero a través de una serie de radiografías, exámenes de laboratorio, que permiten sentar diagnósticos seguros, pero que cuestan dinero.

Si esto exige la medicina moderna que se haga para salvar el mayor número posible de enfermos, claro está que los gastos totales serán ingentes y, si en realidad, es cuantioso el patrimonio de Asistencia Pública, la rentabilidad de estos bienes es escasa y variable, ya que muchos de ellos son tierras improductivas o agotadas; baste saber que forman parte de este patrimonio, tierras que por su vecindad con Quito valen millones, pero que apenas producen tal como están, 5 a 6 mil sucres anuales. De ahí la urgencia de que se modifiquen las leyes que impiden a la Asistencia Pública convertir sus capitales tierras improductivas en capital activo que permita hacer inversiones de buena y segura rentabilidad. De ahí la necesidad de que una representación funcional por la medicina haga conocer en el Congreso, estos y muchos otros problemas que, tratados con versación, serían la salvación de nuestro capital humano. No se crea sin embargo que, con unos cuantos millones en las manos, todo el problema asistencial estaría resuelto, sino viene la colaboración oportuna del público. Con esos millones se podrá adecuar, locales, comprar equipos, tecnificar servicios, pero para que éstos se mantengan en función es preciso que se cree un sistema de administración y prestación de servicios hospitalarios que se nutra por sí mismo.

El paciente debe convencerse que a base de un mejor sistema administrativo de sus bienes, Asistencia Pública podrá ofrecerle alojamiento, alimentación y servicios profesionales de médicos, enfermeras y más técnicos de primera calidad pero que, es él quien debe pagar tanto por los exámenes de laboratorio, rayos X que

necesita para el diagnóstico de su enfermedad como por los remedios y más tratamientos (fisioterapia, cirugía, rayos X etc.) de su dolencia.

En resumen Asistencia Pública ha consultado fuertes aumentos en las partidas de sus casas asistenciales con los cuales, remodelaría sus hospitales y dejando la arcaica distribución de servicios en las tres secciones actuales de Clínica Interna, Clínica Quirúrgica y Policlínico, establecerá servicios para todas las especialidades médicas para: ojos, oídos, nariz y garganta, para enfermedades digestivas, para enfermedades cardiovasculares y del riñón, para sistema nervioso, para Traumatología y Ortopedia, Ginecología, etc. Estos servicios equipados con todos los implementos modernos están a cargo de dos especialistas, uno para la clínica y otro para la cirugía de las correspondientes enfermedades, más el suficiente personal de internos, enfermeras, etc. Este personal hará, además del actual trabajo de sala, consulta externa según horario pre establecido, y de tal manera que ésta consulta funcione todo el día, evitando así largas colas que actualmente cuestan gran pérdida de tiempo para los pacientes.

De acuerdo con convenios legales y en estrecha colaboración, la Facultad de Medicina y la Asistencia Pública dispondrán, sin recargar el Presupuesto de sueldos de personal técnico, de los especialistas que sirven en dichas entidades y de todos los que, especializados dentro o fuera del País quieran adscribirse a los diferentes servicios hospitalarios. Por fortuna, y con la generosa ayuda de algunos países del exterior, entre los que nos nos complacemos en reconocer, en primer lugar a los Estados Unidos de Norte América, contamos ya con los especialistas y técnicos suficientes para dicho objeto y todos ellos quieren colaborar o están ya colaborando con la Facultad de Medicina, que por su parte, sigue modernizándose; ha orientado mejores planes de estudios, sus sistemas de enseñanza y con el generoso y decidido apoyo del señor Rector y más autoridades universitarias está creando becas para sus estudiantes pobres y distinguidos. Actualmente mantiene 6, de las cuales

tres son auspiciadas por los Laboratorios "LIFE" y 3 por la Facultad de Medicina; está adquiriendo los implementos de docencia y de investigación que permitirán, que nuestros médicos salgan cada año mejor preparados. Prueba de ello es, la construcción del nuevo Anfiteatro Anatómico que en un costo de \$ 1.000.000 estará terminada dentro de unos pocos meses, construcción que será equipada en forma moderna y que, con sus grandes salas de disección para 120 alumnos por vez, su gran anfiteatro de conferencias, su sala refrigerada de cadáveres, sus departamentos de investigación, su biblioteca, su sala de proyecciones y cinema, etc., será sino un modelo de este género, si un valiosísimo auxiliar del hospital que necesite confrontar siempre, las historias clínicas de sus salas con los protocolos de autopsia de sus defunciones será un fundamental centro de formación científica del futuro médico.

A través de la oficina Administrativa para el exterior del Departamento de Asuntos Interamericanos de los E. U. A. y por intermedio del Servicio Cooperativo Interamericano de la capital, adelanta con buenas perspectivas, un proyecto de intercambio docente entre una Universidad estadounidense y nuestra Facultad. De convertirse esto en realidad el próximo año tendríamos ya dictando aquí cursos teórico prácticos a verdaderos sabios especializados en muchas materias pre-clínicas y clínicas de nuestro plan. Según este convenio la Facultad aportará con sus aulas, profesores, personal administrativo y los E.U.A., con sus profesores y el equipo complementario indispensable para que la enseñanza médica, tanto en sus materias básicas como en las de aplicación sea una ciencia totalmente vivida por el propio estudiante y no sólo información libresca. Ellos traerán también equipos para complementar el Instituto de Medicina Experimental, centro de gran valor no sólo por la docencia e investigación médicas sino por buscar fondos para la Facultad, ya que bien conducido, será el que previo el pago de tazas correspondiente, hará el análisis y estudio de los medicamentos que por cifras que valen muchos millones ingresan cada año al País.

DERMATOLOGIA

Sr. GUILLERMO VASCO C.

626.5.44° 618
V331

Demo - Trat. Ulceras
Farmacología

"TRATAMIENTO DE ULCERACIONES POR APLICACION LOCAL DEL ACIDO PARAMINOSALICILICO

(PAS)"

Introducción y consideraciones generales

El hombre, en pos de nuevas conquistas, para buscar la solución a los problemas del dolor, ha penetrado por los campos más diversos y ha acudido a todo aquello que ha estado al alcance de su mano. Elementos físicos, sustancias químicas, influencias espirituales han estado formando el conjunto de armas con que el médico se ha presentado a luchar contra ese gran enemigo, llamado enfermedad.

Día a día, unas veces con pasos gigantescos y otras lentamente, ha ido abriendo nuevos senderos y descubriendo mejores horizontes en defensa de la salud humana.

La era de los grandes descubrimientos dentro de la Terapéutica corresponde al siglo XX. Quimioterápicos, antibióticos, hormonas y un sinnúmero de compuestos medicamentosos han venido a resolver los grandes y graves problemas patológicos humanos.

Del empirismo se ha pasado al campo de las ciencias, mediante la constante investigación y las repetidas experimentaciones. Del arte que constituye el curar, estamos ya en la fase de las Ciencias Médicas.

Y así, uno de los males más terribles, verdadero azote, la tuberculosis, ha comenzado a ser sojuzgado

con las varias adquisiciones de la Terapéutica. Hasta no hace mucho los enfermos estaban destinados a la prostración y a la muerte; pero hoy vamos por un camino seguro de esperanza; si no de extirpación del mal, por lo menos de curarlo.

La Cirugía, los antibióticos como la estreptomicina, los derivados del ácido nicotínico y las sales del ácido para-aminosalicílico son las poderosas armas contra el bacilo de Koch.

El PAS, sobre cuyo estudio y experimentación vamos a ocuparnos, constituye uno de los gigantescos pasos en el tratamiento de la tuberculosis. Desde su introducción, los resultados obtenidos son muy halagadores y en la actualidad sus ensayos clínicos **van ensanchando** el campo de aplicación.

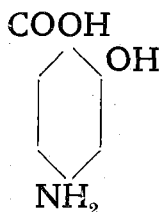
Qué es el PAS?

Bernheim preocupóse del estudio del metabolismo gaseoso del Bacilo de Koch, y éste fue el punto de partida para que Lehmann en 1946 descubriera las propiedades tuberculostáticas del PAS.

El agente infeccioso tiene sus procesos metabólicos específicos, realizándose una inhibición enzimática competitiva, o sea que se opera un proceso antagónico que impide el desarrollo del bacilo.

Continuando los estudios, numerosos autores han llegado a demostrar las propiedades tuberculostáticas del PAS, la mínima toxicidad y la gran tolerancia en el organismo humano. Por eso conjuntamente con otros agentes terapéuticos orientan a la Tisiología moderna por nuevos rumbos. La eficacia está medida por los brillantes resultados obtenidos con la quimioterapia antituberculosa.

El ácido paraminosalicílico (ácido p-amino-o-hidroxibenzoico) se presenta en forma de polvo blanco, cristalino, cuya fórmula correspondiente es:



Fórmula cuya estructura química le da la actividad y todas las propiedades tuberculostáticas; de manera que cualquiera de los isómeros son absolutamente inactivos.

Para la aplicación clínica el PAS se usa como sal sódica, y últimamente se ha introducido al mercado como sal cálcica en forma granulada.

El PAS dentro de la aplicación terapéutica se usa como polvo y se lo expende en esa forma o en cápsulas o tabletas. Se ha hecho también solución en ampollas al 20% con reacción neutra pero de reacción fuertemente hipertónica. La concentración isotónica con respecto a la sangre es de 2,8%.

Para nuestra experimentación hemos utilizado la sal sódica en forma de polvo o vehiculizada en concentraciones del 10%—20%. El vehículo ha sido vaselina, lanolina o aceite de hígado de bacalao; dependiendo de las circunstancias, del estado de las ulceraciones, de la clase de piel o de las reacciones.

CAPITULO II

FARMACOLOGIA DEL ACIDO PARAMINOSALICILICO

El PAS va, desde su descubrimiento, ganando nuevos campos de aplicación, no sólo como tuberculostático de gran eficacia, sino también como bacteriostático, especialmente usado tópicamente.

En este Capítulo vamos a referirnos a la Farmacología general del PAS, haciendo primero un recuento ligero de sus aplicaciones en la Tb y luego nos detendremos

mos en el estudio experimental para el tratamiento de las afecciones de la piel, tales como fístulas, ulceraciones y en general soluciones de continuidad con diversa etiología.

Por hechos experimentales se comprobó que determinadas cepas del bacilo de Koch presentaban resistencia a la estreptomina, a las dosis mínimas —concentraciones de 0,15 a 0,01 mgrs%, y en cambio esas mismas cepas eran sensibles al PAS; razón por la cual los autores se decidieron por su empleo en el tratamiento tuberculoso. Por otra parte, es muy conocido el peligro de la estreptomina con su ataque al VIII par nervioso. A su vez el PAS presenta una mínima toxicidad y no entraña mayor peligro su empleo.

Eso naturalmente, no quiere decir que el PAS está en capacidad de desalojar a la estreptomina del campo de la Terapéutica antituberculosa; por el contrario, la asociación de los dos medicamentos ofrece las mejores ventajas, y si la estreptomina presenta sus inconvenientes, esos mismos han sido aminorados por el ácido y los efectos curativos son de mayor intensidad que si se usaran separadamente.

Aunque hay un gran parecido químico entre el PAS y los salicilatos, no obstante las propiedades farmacológicas y toxicológicas son muy diferentes. En cambio hay una gran semejanza dentro de la aplicación farmacológica con los sulfas, por su acción bacteriostática.

El ácido paraminosalicílico se difunde con facilidad en el organismo, en el que se absorbe con rapidez y en forma casi total, administrado por vía oral o parenteral, o por una vía modificada patológicamente, como sucede en las ulceraciones grandes, en las que ha desaparecido la epidermis y partes del dermis.

Las experiencias demuestran que a las pocas horas hay concentración suficiente en la sangre, y depósitos mayores —por así decirlo— en los exudados pleurales y más particularmente en los riñones; razón por la que los autores aconsejan disminuir las dosis en las tuberculosis renales.

Pero así mismo como la absorción fue rápida, también lo es la excreción; pues ya en las primeras seis horas se elimina un 70% por las orinas; habiéndose concluido, por otra parte, que gracias a la solubilidad de la sustancia no hay precipitación ni cristalizaciones en las vías urinarias, aún con uso de gran cantidad de la droga.

Seguidamente señalaremos los campos de aplicación terapéutica del PAS y sus resultados. En primer lugar haremos una revisión general del uso en la tuberculosis de los diversos órganos internos, para en la segunda parte tratar con detenimiento sobre la aplicación en afecciones de la piel que obedecen a diversa etiología.

Tuberculosis Pulmonar.

La Tisioterapia hizo un valioso hallazgo en el PAS. Las experiencias recogidas hasta ahora en distintos centros mundiales abren un camino de esperanza sobre la base de resultados satisfactorios. Las mejores respuestas se han obtenido en el tratamiento tuberculoso de las formas exudativas recientes y aún antiguas; observándose como en pocos días los pacientes aumentan de peso, hay un descenso marcado de la temperatura, mejorando por tanto el estado general. La eritrosedimentación baja. Disminuyen las cantidades de esputos y bacilos. En las personas anémicas además hay un notable aumento del valor de hemoglobina. Se reducen de tamaño las cavidades y las pequeñas cavernas desaparecen. Desgraciadamente en los casos de destrucción masiva o cuando hay proliferación fibrótica, las respuestas son casi nulas.

Tuberculosis Renal.

Cuando se la diagnostica a tiempo y se instituye el tratamiento del PAS los resultados son magníficos. Los bacilos desaparecen prontamente de la orina; la eritrosedimentación desciende a lo normal; las molestias cesan con rapidez. Se observa cómo las cistitis tb. mejoran

en pocos días. Pero naturalmente que si la destrucción del parénquima renal es masiva, si los focos necróticos son numerosos, si hay ceseum en los espacios cerrados; no vamos a poder tratar con el uso exclusivo del PAS, imponiéndose entonces un tratamiento mixto o quirúrgico. Debe insistirse en el uso del ácido hasta obtener una buena respuesta. Aún en casos de insuficiencia renal leve puede continuarse el tratamiento sin inconveniente alguno.

Tuberculosis Traqueobronquial.

Es ésta una de las entidades nosológicas que responde con más claridad al empleo del PAS. Se ha observado que aún en los casos estreptomycinorresistentes, el tratamiento con el ácido paraminosalicílico fue el aconsejado, y por tanto el selectivo.

Meningitis Tuberculosa.

Al igual que la tuberculosis miliar responde favorablemente a la aplicación de unos 20 a 40 gramos de PAS por venoclisis y en solución gota; haciéndose esta curación aún en los casos estreptomycinorresistentes.

Las afecciones **TB, DEL OJO Y DEL OIDO** (otitis media) ofrecen también un buen campo de aplicación. El PAS puede usarse en estos casos en forma tópica o por vía oral.

En las **PLEURITIS**, peritonitis Tb, Tb. intestinal, salpingitis Tb. el uso del PAS sugirió muchas conclusiones beneficiosas para el paciente, y es por eso que el empleo de la droga se va haciendo indispensable.

Focos infecciosos Tuberculosos.

Numerosas aplicaciones y con resultados muy halagadores se han obtenido con el PAS en empiemas y exudados pleurales, en fístulas Tb, en linfomas cervicales, abscesos, tuberculosis cutáneas, mucosas ulceradas, cavernas, esperándose que los ensayos y experiencias

que se realicen nos hablen con más detenimiento de sus resultados.

Posología.

Estudiadas las propiedades del PAS, entre ellas la gran difusión y la rápida eliminación; se ha llegado a concluir que la droga debe ser administrada en altas dosis.

Se aconseja dar diariamente a un adulto 10 a 15 grs. por vía oral, administradas en unas 3 o 4 tomas, preferentemente después de las comidas.

Por vía endovenosa, en soluciones isotónicas se ha llegado a dar en el día hasta 40 grs.

Para la Tb. renal se emplea dosis menores, debido a que hace un gran depósito en los riñones.

En cuanto a la duración del tratamiento hay que tomar en cuenta las condiciones individuales del paciente, pudiendo administrarse durante varios meses.

Cuando se combina con otros agentes terapéuticos, especialmente con la estreptomina, el tiempo de empleo es menor, ya que combate de manera especial las cepas estreptomycinorresistentes.

En la piel, las dosis son siempre menores, pues es suficiente cubrir las porciones afectadas con una ligera capa de PAS. El tratamiento por otra parte puede prolongarse cualquier tiempo, ya que los efectos secundarios o no asoman o son insignificantes.

Toxicidad y efectos secundarios.

La toxicidad es baja con el empleo del PAS. No se ha observado destrucción ni trastorno alguno de la célula hepática ni en el epitelio tubular del riñón.

Las molestias de la administración del PAS se refieren principalmente a trastornos gastrointestinales: hiperacidez, hipermotilidad con aumento de las deposiciones (sin observarse casi nunca diarreas), náuseas y vómitos, pero estas molestias ceden fácilmente con la

adición de antiácidos o absorbentes, o con la interrupción momentánea del medicamento.

Se da cuenta igualmente de algunos casos de reacciones alérgicas consistentes en erupciones cutáneas, fiebre medicamentosa, que así mismo desaparecen al suspender el PAS.

Aplicaciones en lesiones externas.

La variedad de lesiones externas con pérdida de sustancia es muy considerable, requiriéndose, para estudiarlas, capítulos extensos. Nosotros procuraremos condensar en una forma práctica y asequible, de manera que se pueda comprender la lesión, diferenciarla y luego conocer los resultados de su tratamiento con la base del PAS.

Para proceder ordenadamente trataremos en párrafos especiales las principales afecciones de la piel, que hemos podido estudiar a través de nuestra corta casuística.

Exulceraciones Vanales.

Son pérdidas de sustancia muy superficiales en las que se interesa sólo la epidermis; no dejan cicatriz al curar y apenas sí una mancha pigmentaria.

Es una de las lesiones más frecuentes y que se presentan a diario, y que no revisten mayor gravedad. Muchas veces curan espontáneamente, sin ningún tratamiento; pero en ocasiones sirven como puerta de entrada a una infección, que puede acarrear consecuencias. En algunos individuos emocionales es causa de preocupación y acuden para recibir tratamiento, especialmente cuando las exulceraciones son de alguna extensión. Pueden provocarse por traumatismos externos de no mucha violencia y aún deberse a distensiones de la piel por edemas o tumoraciones.

El tratamiento local consiste en una perfecta desinfección con lavado jabonoso, suero fisiológico y la aplicación de PAS en polvo con la colocación de un apó-

sito. Una o dos curaciones son suficientes cuando el agente causal es externo.

Úlceras Vanales.

La úlcera es una pérdida de sustancia que comprende la epidermis y una parte o la totalidad del dermis, y que al curar deja cicatriz.

Las úlceras que calificamos como vanales son de una frecuencia extraordinaria, y obedecen a causas lo más variadas; los simples traumatismos, accidentes de trabajo, fricciones, heridas, cortaduras, golpes, etc.

El tamaño y la profundidad, lo mismo que su aspecto, dependen de las circunstancias que han rodeado al accidente, la violencia y la dirección de la causa.

Estas úlceras se infectan con facilidad por el descuido o por un tratamiento inadecuado o incompleto, y es así como las lesiones adquieren aspectos los más diversos; acarreado diagnóstico falsos y consecuentemente curaciones impropias.

Hemos tomado algunos casos para experimentación con el uso del PAS, llegando a la conclusión de que esta sustancia terapéutica ayuda a la recuperación de los tejidos, que van prontamente a la cicatrización.

Para el tratamiento local, se ha hecho la desinfección completa del foco ulceroso, mediante jabón, suero fisiológico y luego la aplicación de pomada al 10% de PAS, y en los casos en que el vehículo produce reacción alérgica o aumenta la secreción purulenta, se ha colocado PAS en polvo.

Es suficiente, en el mayor número de casos, el uso tópico del PAS, para obtener buenos resultados.

Quemaduras.

Las quemaduras pueden producirse por acción del calor seco o húmedo. Como es sabido las hay de cuatro clases:

1^o—Grado: Caracterizada por eritema y ligero edema, y es debida al contacto de corta duración de sustan-

cias o líquidos que han llegado a la ebullición. La piel al restablecerse vuelve a la normalidad.

2°—Grado: La temperatura que ha actuado es de mayor grado, y se presenta inflamación y exudación que origina la formación de vesículas. Estas generalmente contienen suero entre la epidermis y la dermis; el aspecto al principio transparente, prontamente se transforma en turbio por la presencia de glóbulos blancos o rojos. Al recuperarse la piel en su comienzo es ligeramente eritematosa, pero luego regresa paulatinamente a la normalidad, o deja una zona despigmentada.

3°—Grado: La piel que se ha puesto en contacto con objetos calientes, se torna blanquizca, sin alteraciones inflamatorias; y en ella se ha perdido la epidermis. El tejido desvitalizado varía en profundidad desde un mm. hasta centímetros. Luego de algunos días aparece un halo eritematoso de demarcación. La escara se desprende al cabo de unas dos semanas y deja una superficie de granulación que cicatriza muy lentamente.

4°—Grado: Es una verdadera carbonización, la mayor parte de las veces mortal, especialmente cuando la extensión es muy grande.

Se ha podido tratar en los distintos servicios quemaduras de segundo grado, que son las que mejor responden, y ayudar a la recuperación de las de tercer grado con el uso tópico del PAS. Se ha procedido de distinta manera en los ensayos de curación.

En unos casos se hace una rigurosa limpieza con agua jabonosa y luego éter, punzando las vesículas y retirando los restos de epidermis, y luego se ha espolvoreado PAS, colocando encima apósitos estériles de gases empapadas en aceite de hígado de bacalao y haciendo un vendaje ligeramente compresivo. Las curaciones se hacen cada dos o tres días, de acuerdo con la necesidad (aumento de exudados, secreción purulenta o mal olor). Los resultados obtenidos en estos casos han sido sorprendentes, especialmente en niños o personas jóvenes con gran vitalidad.

En otros casos, seguidamente a la limpieza con agua y jabón y suero, se ha colocado apósitos con poma-

da de PAS, vehiculizada en lanolina o vaselina; encontrándose que la vaselina regularmente produce supuración, al tanto que los casos tratados con PAS en lanolina siguen un curso normal de recuperación.

Finalmente en aquellos casos en que la exudación es escasa y se puede mantener al paciente dentro de un armazón con lámparas eléctricas, se ha espolvoreado toda la región quemada con polvo; el mismo que protege y permite una pronta reepitelización.

Naturalmente hay que indicar que, a más del tratamiento local en los casos en que es necesario restablecer la fuga de líquidos y proteger el sistema renal, se ha suministrado sueros, diuréticos, y se ha hecho una medicación sintomática.

En conclusión, podemos indicar que el tratamiento combinado produce los más efectivos resultados.

Úlceras Varicosas.

Estas lesiones en nuestro medio son bastante frecuentes y especialmente en personas de edad.

Aparece como herida en granulación, con una membrana fibrosa, que más tarde se convierte en un tejido claro de granulación, rojo, con un borde epitelial gris reluciente. Hay secreción profusa. Cuando la úlcera es vieja la secreción es maloliente, serosa o purulenta, invadiendo las regiones vecinas y extendiendo la lesión.

Se asientan las úlceras varicosas especialmente en el tercio inferior de la pierna; más la izquierda que la derecha. Causan dolor, particularmente en la noche; el mismo que aumenta con las tromboflebitis.

En algunos casos se ha observado degeneraciones malignas, pero felizmente son raras.

Se ha atribuído diferentes causas para la producción de estas lesiones: la tromboflebitis, la obstrucción linfática o ambas causas obrando simultáneamente. Ciertos autores no están de acuerdo en que los pacientes que presentan várices, tengan como factor etiológico exclusivo esta anormalidad; pues se observa dicen

que pacientes con úlceras en las piernas no tienen venas varicosas. Lo que sí existe es que las lesiones se agravan y resisten a la curación en presencia de tales anomalías.

El tratamiento de las úlceras varicosas ha sido una gran preocupación en todos los tiempos y se han ensayado y siguen ensayándose diversos métodos de curación.

Hemos querido observar los resultados del PAS en estos casos. Para ello luego de la asepsia de costumbre hecha en la lesión se ha procedido a aplicar la sustancia en forma de polvo; pero los resultados no han sido siempre satisfactorios.

Úlceras Leishmaniosicas.

Hablemos de las lesiones correspondientes a la leishmaniosis americana, que es tan difundida en nuestro medio.

Se presenta la ulceración bien delimitada, generalmente oval, con bordes ligeramente elevados, socavados e indurados. Con una evolución lenta, va de meses a uno o dos años, en que empieza a regenerarse. Cuando las lesiones invaden las mucosas hay peligro de las mutilaciones, por la profundidad y la rapidez de propagación, como sucede cuando se asienta en la faringe nasal, úvula, paladar, amígdalas.

Las lesiones se asientan preferentemente en las regiones descubiertas, como son las piernas, los brazos, la cara.

Si bien es cierto, que el tratamiento de esta afección es clásico a base de tártaro emético, repodral o fua-dina; y que las lesiones ulcerativas ceden a este medicamento; por nuestra parte hemos querido emplear el PAS para el tratamiento externo de la lesión misma y como tal, sin que eso excluya la medicación conocida.

Mediante el PAS ha sido nuestro intento, coadyuvar a la más rápida regeneración de la úlcera y a la protección necesaria de los agentes bacterianos que producen sobreinfecciones.

Como en todos los casos de lesiones abiertas, lo primero que se hace es la desinfección de la herida, desinfección cuidadosa y completa, con un lavado perfecto y la consiguiente asepsia; luego de lo cual se aplica PAS en polvo o pomada de PAS.

Las curaciones se hacen día por medio, la comienzo, y luego dos o tres días por medio, según las necesidades. Se ha podido observar que a los pocos días, la granulación asoma en el fondo y la herida se limpia prontamente. En los casos en que la pérdida ha sido grande, manera de afectar al corión, y los elementos basales indispensables para la regeneración se han destruido o son escasos; con el PAS hemos obtenido una limpieza de la herida que podemos decir que se aproximan a la herida quirúrgica, que permite los injertos y transplantes de piel. Tal es lo que se ha hecho obtenido buenos resultados.

No es posible asegurar que ha sido un éxito lo obtenido con el uso del PAS, pero sí podemos decir que la ayuda presta en estos casos el ácido paraminosalicílico es muy apreciable, comparativamente con otras drogas.

Abscesos.

Una de las afecciones que más frecuencia tienen en nuestro medio son los abscesos. Estos se presentan con los caracteres inflamatorios: tumor, rubor, calor y dolor, viniendo después de pocos días la fluctuación por la colección purulenta. En esta situación los tejidos llegan a macerarse; se abre el absceso unas veces espontáneamente y otras mediante la punción o la abertura con cuchilla.

Una vez vaciado el absceso, queda en la mayor parte de veces una gran pérdida de sustancia, que abarca unos tantos centímetros cuadrados y que puede ir a la curación, aunque en forma retardada.

Los agentes causales de estos abscesos inflamatorios son los gérmenes piógenos. Pero en otras ocasiones los abscesos pueden originarse por agentes de menor virulencia, con reacción menor, pero que al fin llegan a la

mortificación de los tejidos, originando la formación de pus, y son debidos comúnmente al bacilo de Koch, y muy raramente a los microorganismos piógenos ordinarios. Por la ausencia de los signos agudos de inflamación se denominan Abscesos Fríos. No pocas veces los agentes causales de estos abscesos pueden ser los hongos (blastomicosis, esporotricosis).

También se considerará entre los agentes causales que provocan: las contusiones, los traumatismos repetidos, heridas, líquidos de las inyecciones que son cáusticos, etc.

La localización de los abscesos no es exclusiva de una región sino que éstos pueden asentarse en las distintas partes del organismo.

Dado que hay una solución de continuidad con pérdida de sustancia nos pareció del caso ensayar el ácido paraminosalicílico en estas lesiones; ya que por otra parte la técnica es semejante a la de los tratamientos conocidos y rutinarios. Se abre el absceso, si éste no se ha abierto espontáneamente; se hace una perfecta desinfección y en los primeros días colocamos un dren de gasa empapada en PAS; hasta que la herida quede completamente aséptica, en cuyo caso ya no se pone el dren sino solamente se hace la curación con PAS, colocando encima un apósito. Comparativamente a los casos testigos, el tiempo de curación se reduce a la mitad.

Y sobre todo los resultados son muy beneficiosos en los casos en que las ulceraciones están en vías de cronicidad, o se sospecha una simbiosis bacteriana o presencia de bacilo de Koch. Y aún más, en persona desnutridas y con escasas reservas, la recuperación es notable y de no muchos días.

Ulceraciones Cancerosas.

El carcinoma es el neoplasma maligno que con más frecuencia se presenta entre las afecciones de la piel. Puede afectar a las células basales o escamosas y aún ser mixto. Predominan los de las células basales, o escamosas y aún ser mixto. Predominan los de las cé-

lulas basales, siendo lesiones que raramente producen metástasis, a diferencia de los de las células escamosas que con frecuencia dan metástasis. Los carcinomas se originan en la piel normal o son degeneraciones de estados precancerosos.

Tienen estas lesiones su predilección por las partes expuestas del organismo: cara, manos, cuello, orejas. Se ha podido observar que las lesiones por encima del borde superior de la boca son ordinariamente de células basales, al tanto que las demás son de preferencia escamosas.

Comienza el neoplasma de células basales como una tumoración diminuta, de aspecto aperlado y con frecuencia telangiectásico; se forma luego una costra que cae por repetidas veces, mientras se ensancha la lesión hasta adquirir el tamaño de varios centímetros cuadrados.

Hay varias clases de carcinomas de células basales; pero más directamente nos interesa el ulcerativo (*ulcus rodens*), por la pérdida de sustancia y que nos ha permitido hacer nuestros ensayos de aplicación con el PAS.

El tumor de células escamosas asoma como una pequeña elevación y erupciones leves; el contorno de lesión se presenta como una meseta; va progresando al contorno e invadiendo mayor superficie de piel, que aparece ulcerada plana o cubierta de vegetaciones papilomatosas en coliflor, que dan una secreción maloliente, purulenta o sanguínea, y de rápido crecimiento.

Nos ha tocado coadyuvar en el tratamiento de estos carcinomas que con frecuencia son tratados en nuestros hospitales.

Se ha aconsejado varios tratamientos para estas lesiones: unos preconizan la extirpación quirúrgica completa; pero esta forma es a veces inconveniente y tiene sus desventajas, especialmente cuando la alteración es amplia. Por eso se ha acudido a los métodos fisioterápicos que son los que mejor resultado ofrecen y cuya efectividad es decisiva. Empléase la radioterapia o la curieterapia, que tienen la ventaja de su efecto selectivo so-

bre las células carcinomatosas. Las técnicas de aplicación de radiaciones no es nuestra finalidad, por lo cual no las mencionamos.

Mas las radiaciones no son por sí solas capaces de regenerar la lesión sino de impedir el proceso tumoral y destruir las células neoplásicas ;quedan las ulceraciones o a veces se producen las reacciones roetgen de segunda clase, quemaduras que duran muchos días, que pueden producir atrofia y a veces telangiectasias.

En el caso de las úlceras que hemos observado después de la aplicación de radium o de varias sesiones de radioterapia, y que a juicio de los cancerólogos han recibido las radiaciones necesarias, se ha ensayado el uso del PAS. Para ello las hemos considerado como úlceras vanales y como a tales hemos hecho el tratamiento. Lavado y asepsia completos son el primer paso, y luego aplicación de pomada de PAS cuando los bordes están duros o en casos en que se encuentran costras y cuando simplemente hay úlceras franca, espolvoreamos PAS y cubrimos con un apósito. Estas curaciones se han hecho día por medio. Como observación se tiene que los dolores que presentan los cancerosos, los ardores que acusan ceden con bastante regularidad, y especialmente la protección contra las infecciones es muy manifiesta. Cuando la extensión de las lesiones no es muy grande, dentro de un par de semanas el enfermo se encuentra recuperado; pero en otros casos, se precisa acudir al injerto de piel como se indicó anteriormente.

Fístulas Postoperatorias.

Después de las intervenciones quirúrgicas hemos podido observar que a los pocos días y obedeciendo a diversas causas, las heridas comienzan a supurar, no se hace la cicatrización, hay una verdadera solución de continuidad, se forma tejido intermedio, originando las fístulas. Estas formaciones fistulosas demoran largo tiempo en cicatrizarse o se convierten en orificio de salida de líquidos y sustancias orgánicas. Regularmente las colecciones purulentas, debidas a gérmenes pióge-

nos son las que al atacar a los tejidos impiden la acción del sistema conjuntivo, al que lo destruyen.

Lo propio sucede con los pacientes diabéticos, quienes frente a los traumatismos y heridas demoran en recuperarse de las lesiones, mientras no se trate la enfermedad causal.

Por tratarse de soluciones de continuidad, se ha hecho ensayos de aplicación del PAS, indistintamente en fístulas abdominales, perineales, uretrales, etc. El procedimiento es sencillo, como en todos los casos de curaciones de esta índole: desinfección completa de la herida con suero y éter y colocación del PAS, que en este caso obra como irritante y desinfectante, reduciendo el tiempo de curación.

En algunos casos obra como cuerpo extraño, pero activa los tejidos, permitiendo por lo tanto la recuperación de la lesión.

Osteomielitis.

Cuando se ha producido la infección del tejido conjuntivo y hematopoyético del hueso se habla de osteomielitis.

Enfermedad es ésta frecuente en nuestro medio, y tiene generalmente como agente causal al estafilococo dorado; más raramente a los de más gérmenes piógenos o el bacilo tífico.

La infección se hace en forma secundaria a cualquier foco primitivo situado en las amígdalas, dientes, etc., y llega al hueso por la vía sanguínea; o también se hace por infección directa en las fracturas expuestas.

La localización en los huesos largos es en las metafisis, en la porción de la diáfisis vecina del cartílago de conjunción. El cuadro infeccioso es típico: escalofríos, fiebre, leucocitosis, dolor intenso del segmento atacado, con tumor, rubor y calor en la mayor parte de las veces. Se congestionan las zonas atacadas y la vecindad, mueren las partes afectadas, viene la supuración y hay producción de abundante tejido especialmente del periostio.

Los abscesos se fistulizan con facilidad.

Una vez instituída la enfermedad, el tratamiento que se ha venido aplicando en los últimos tiempos es el de la intervención quirúrgica, con el curetaje completo de las partes afectadas, conservando el periostio, para la posterior recuperación del hueso.

En las cavidades óseas hemos colocado polvo de PAS, y la curación se hace cada cuatro días o más según la supuración. En estos casos el polvo de PAS obra como un cuerpo extraño, que es empujado al exterior mientras va restableciéndose el tejido óseo. Si bien es cierto que no todos los casos responden por igual, en las personas jóvenes se obtiene una respuesta favorable.

Úlceras por Miastenia y de Decubito Obligado.

En los servicios donde se trata afecciones del sistema nervioso central, traumatismos de la columna vertebral y general trastornos relacionados con una inervación defectuosa, hay una gran tendencia a las úlceras por decúbito. Los enfermos pasan largo tiempo inmóviles, la circulación se hace defectuosamente, viene la miastenia que produce escaras con gran pérdida de sustancias. En ciertas afecciones del cerebro, ganglios cerebrales, mesencéfalo se originan ampollas hemorrágicas y gangrena.* Las enfermedades de los nervios periféricos causan en muchas ocasiones úlceras tróficas. Estos trastornos tróficos son muy resistentes a los tratamientos; persisten durante mucho tiempo, y a veces curan espontáneamente.

El tamaño de las úlceras es variable: desde pocos centímetros cuadrados hasta zonas que afectan gran parte de los miembros, la región lumbo-sacra o la región glútea. La profundidad es variable así mismo, tomándose en algunos casos la epidermis, en otros avanza a la dermis y en no pocos a los músculos, dejando visibles los huesos.

Debido a la sobreinfección y descomposición de las partes blandas (gangrena) el olor de estas úlceras es nauseabundo.

Los pacientes generalmente se encuentran en un estado de inanición completa, con pésimo índice nutricional. La recuperación es muy difícil, casi imposible, y terminan en la insuficiencia renal por la absorción de las toxinas de los tejidos descompuestos.

En estos pacientes hemos ensayado el uso del PAS tópicamente, asociado, como es natural, al tratamiento de fondo de la lesión nerviosa. Para ello se ha procedido a una perfecta desinfección de la zona afectada, con desprendimiento de todos los detritus y colgajos faltos de vitalidad, dejando una herida limpia, luego de lo cual se ha colocado PAS en polvo (una ligera capa) o pomada de la misma sustancia en vehículo de vaselina o lanolina. Las curaciones se han hecho día por medio.

Cuando las lesiones abarcan la dermis o epidermis solamente se pudo obtener un resultado satisfactorio y en cierto modo detener el avance de la ulceración. En cambio cuando las lesiones son profundas se obtiene tan sólo la limpieza de las mismas, disminuyendo la supuración y avivando los tejidos, en los cuales pudiera hacerse injertos. Mas como el estado de los pacientes es generalmente malo, éstos terminan fatalmente.

En resumen, en estos casos el PAS obra protegiendo las partes blandas y avivando los tejidos, pero no reconstruyéndolos. En tratándose de escaras simples favorece la circulación, siempre que se cuide por otro lado la buena circulación y se mejore el estado nutricional.

Lupus Vulgar.

Enfermedad es ésta de alguna frecuencia en nuestras mujeres. Sin mayores trastornos generales en su comienzo, es de progreso lento.

Su característica son los llamados "nódulos de lupus". Forman al principio una mácula, que no sobresale del nivel cutáneo, de 1—3 mm. de diámetro, de color de jalea de manzana al comprimirse con el diascopio. Con el tiempo comienza a curarse por el centro dejando una cicatriz atrófica, delgada y lisa. El nódulo es muy frágil y al examinarlo por medio de un estilete, el ins-

trumento penetra con facilidad por lo blando del tejido tuberculoso. Pueden por la exuberación, los nódulos hacerse prominentes y formar placas parecidas a un tumor. En el tipo ulcerativo, las úlceras son superficiales ovales o circinadas, con bordes irregulares, cubiertas a menudo de costras. Al curar dejan cicatrices en las que se observan recidivas.

La localización puede ser en cualquier lugar del cuerpo, pero más a menudo se observa en la cara (nariz, mejillas, orejas).

La reacción a la tuberculina es de gran valor y siempre es positiva en esta enfermedad. No está por demás decir que el agente es el bacilo de Koch.

El ácido paraminosalicílico, cuya principal indicación es el tratamiento de la tuberculosis, lo hemos aplicado tópicamente con resultados positivos.

Para efectuar el tratamiento, como de costumbre se procede a una desinfección general, al desprendimiento de costras y tejidos necróticos, y luego sobre un apósito colocamos una gruesa capa de PAS en pomada al 20%. A diferencia del polvo, la pomada reblandece los tejidos permitiendo el que actúa benéficamente el medicamento.

Las curaciones se han hecho cada 3-4 días, efectuando previamente el desprendimiento de costras y restos celulares o medicamentos.

Los resultados, en los pocos casos que tratamos, fueron muy halagadores y sobre todo llamó la atención la rapidez en recuperarse los enfermos, pues la mejoría puede observarse ya a la tercera curación. Comienza la cicatrización desde el centro afectado y sigue a la periferia. Lamentablemente no se ha conseguido la cooperación de los pacientes para un control posterior, puesto que abandonan el servicio y no regresan más ni se les puede localizar.

Más sí podemos asegurar lo efectivo y prometedor del tratamiento de lupus vulgar a base del PAS. Desde luego la asociación a la estreptomina, nos parece indispensable para erradicar focos internos y curar al enfermo.

Tuberculosis Colicuativa

Esta enfermedad se presenta en nuestro medio con mucha frecuencia en las clases pobres y malnutridas. En muchos individuos, en los que las defensas orgánicas están agotadas, el desarrollo llega a su climax, abriéndose por necrosis de licuefacción de las lesiones subcutáneas, linfadenitis, celulitis, miositis, artritis u osteitis.

Se observa más en los niños a partir de los diez a los doce años y comienza por escrofulosis cervical. Aparece como una tumefacción rojoazulada indolora supurada, lo que constituye el llamado "absceso frío"; esta tumefacción se abre originando una úlcera de bordes irregulares, socavados y azulados. Se asienta especialmente en los ganglios linfáticos del cuello o alrededor de las articulaciones. En algunos casos, cuando el escrofuloderma es de origen hematógeno, se presenta como lesiones múltiples en cualquier parte del cuerpo, asociado a otras formas de tuberculosis. Al curar las lesiones lo hacen lentamente, dejando cicatrices hipertróficas, semejantes a queloides.

El agente causal es el bacilo de Koch, que penetra por vía linfática o hematógena. Es más frecuente la vía linfática, por lo cual se presentan los abscesos ganglionares, formándose verdaderas cadenas y observándose el trayecto de los linfáticos por las lesiones tuberculosas.

Para el tratamiento de esta forma de afección tuberculosa hemos adoptado el siguiente plan: Una vez, que, mediante la palpación, se descubre el absceso renitente se procede a abrirlo con bisturí; y en algunos casos con revulsivos hemos esperado que se abran espontáneamente. En cualquiera de los dos casos se vacía completamente el pus y los detritus, se lava la cavidad con suero o un desinfectante adecuado (suero, soluciones de ácido bórico o permanganato, cetavión, etc.), y en la cavidad se deposita PAS en polvo. En caso de ser extensa la lección y haber zonas hipertróficas se aplica pomada de PAS. Las curaciones cuando hay abundante

pus se hacen diariamente, pero conforme se va a la curación se espacian los días. En esta forma se observa que la cicatrización comienza entre los diez y quince días, llegando a curar entre los veinte a treinta días. Se puede ver por otra parte que mientras un absceso ha curado, otros están en evolución o recién se abren. Debido a ello es indispensable asociar al tratamiento de PAS, el uso de la estreptomina, mejorar el estado general, dando una buena y equilibrada alimentación, ayudándose de calcio y vitaminas, particularmente A, C, y D.

La recuperación de los enfermos se hace en unos pocos meses y en el control efectuado no se encuentran recidivas en los casos tratados.

Por tanto, podemos afirmar el enorme valor del PAS, que si bien no cura usado como medicamento exclusivo, mejora las lesiones y contribuye en asociación con otros medicamentos antituberculosos a la lucha contra el mal blanco.

Cómo se ha usado en PAS para aplicación tópica?

Al ácido paraminosalicílico para su aplicación tópica se usa de diferente manera, según las necesidades, las regiones donde se coloca, la edad del paciente, la clase de lesiones, la presentación y calidad misma de la ulceración.

Polvo.—El polvo utilizado corresponde a la sal sódica del ácido paraminosalicílico. Este polvo se ha empleado directamente sobre las lesiones, tal como los expende en el mercado y sin sujetarlo a esterilización alguna ni purificación. Es necesario colocar una delgada capa que obre como protectora en la región afectada y que al mismo tiempo actúe como bacteriostático. Las capas gruesas de polvo hacen el papel de cuerpo extraño provocado inflamaciones y destrucción de algunos tejidos; viene a provocarse una injuria. Es por ello la conveniencia de utilizar un pulverizador o adaptar un aparato cualquiera que espolvoree la sustancia. Sobre la capa de polvo se colocará apósitos compresivos en caso de exudación; pero si no hay líquidos orgánicos es conve-

niente dejar descubierta la lesión, ya que de esta manera hemos visto que se gana tiempo y se evitan molestias en la curación.

Pomada.—Hay que admitir que el PAS aplicado como tal provoca de todas maneras aunque sea una pequeña inflamación; y esto es más notorio en determinadas personas que tienen sensibilización a esta clase de sustancias extrañas y que corresponden a cuerpos de elevado peso molecular. Por ello y tomando en cuenta también el papel protector y de reblandecimiento que tienen los vehículos que forman parte de las pomadas, tales como la vaselina y la lanolina, se ha empleado en dosis correspondientes al 5-10 y 20% de PAS. En la piel de los niños y mujeres, por la delicadeza, es preferible emplear en vehículo de lanolina. En algunas ocasiones con el empleo de la vaselina se ha podido observar aumento de la secreción purulenta y aún eczemas húmedos en el contorno de la ulceración; lo cual se combate con la supresión del medicamento y una perfecta limpieza de la úlcera. Este procedimiento de curación tiene una pequeña ventaja sobre el uso directo del polvo, y es su mayor protección de las lesiones y que se puede curar a espacios más largos de tiempo.

Pasta.—El PAS lo hemos hecho asociado a la Pasta de Lazzar en algunas ulceraciones donde además se haya presentado un brote eczematoso. Esta presentación del medicamento no es frecuente y los resultados son de oscura valorización.

Emulsión.—El mayor vehículo que puede emplearse, para el caso de quemaduras especialmente, es el aceite de hígado de bacalao. Esta asociación hecha al 10% o al 20% se aplica como embrocación y luego seubre con un apósito compresivo protector, que puede cambiarse cada dos días.

Las dosis vitamínicas contenidas en el aceite de hígado de bacalao favorecen por otra parte la reconstrucción del epitelio y acortan el tiempo de curación de la quemadura.

Suspensión y solución.—Estas dos formas de empleo del PAS permiten usar el ácido en cavidades, ya que

así en forma líquida puede ponerse en contacto con todas las partes lesionadas. Se emplea al 10% o al 20% y se introduce a presión por medio de una jeringuilla. Las soluciones se hacen en suero fisiológico o agua estéril.

Otras Asociaciones.— Con el fin de experimentar más ampliamente el PAS se lo ha asociado a preparados antihistamínicos (benadryl, thephorin, avapena, piri-benzamina, . . .) en aquellos individuos que se sensibilizan al contacto del ácido, obteniendo magníficos resultados.

Cuando la infección es masiva se ha empleado la droga mezclada con ungüentos de antibióticos (aureomicina, terramicina, chloromycetin, iloticina, bacitracina. . .) siempre con respuestas halagadoras.

En resumen, no hay inconveniente alguno para asociar el PAS a cualquier sustancia, tomando en cuenta siempre las necesidades del paciente, la clase lesión, la evolución de la misma. Se impone entonces el criterio médico. El PAS no causa tópicamente ninguna alteración violenta ni masiva en las soluciones de continuidad, y por tanto puede emplearse con confianza y sin temor a causar daños irreparables.

CAPITULO TERCERO

CASUISTICA PURA CON APLICACION EXCLUSIVA DEL PAS

Cerca de dos años de experiencias continuadas y realizadas con verdadera dedicación y detenimiento, permiten presentar entresacando de todas ellas los casos que los estimamos más interesantes y claros que han respondido a la aplicación del ácido paraminosalicílico. Estos casos aunque en pequeño número nos hablan del beneficio del PAS sobre las lesiones externas —soluciones de continuidad— que tan abundantes son en nuestro medio y que obedecen a una etiología tan diversa.

El ligero comentario que ponemos al final de cada uno de los casos, se ciñe enteramente a la realidad; sin que haya sido nunca nuestra pretensión presentar al PAS como una panacea, sino averiguar los resultados de su acción en las lesiones de la piel, hasta donde es posible utilizarlo y cuales son sus resultados.

A continuación presentamos los casos correspondientes a la aplicación exclusiva del PAS en forma tópica. Ilustramos nuestro trabajo con fotografías tomadas de las lesiones antes del tratamiento o después. Es fácil comprender que no todos los enfermos nos dieron las facilidades necesarias para tomar las ilustraciones, tal como hubiera sido nuestro deseo; ya sea por los prejuicios existentes o porque abandonan el servicio sin previo aviso, u otras causas imprevistas.

CASO NUMERO 1.—

Nombre: H. S.—Edad: 13 años.—Residencia: Quevedo.—Ocupación: Estudiante.—Raza: Mestiza.

Ingresó: 23-I-53.—Permanencia: 5 meses.—Diag. Prov. Tb. colicuativa.

El paciente ingresa con ulceraciones en el brazo, antebrazo, hombro izquierdos y el cuello; úlceras irregulares, poco profundas con tendencia a la cicatrización. Indica que la enfermedad apareció hace tres años con pápulas a nivel de la muñeca izquierda, las que evolucionaron a pústulas, abriéndose y dejando úlceras de unos tres centímetros de diámetro con bordes festoneados. Posteriormente en el resto del mismo miembro aparecieron elementos similares que fueron a la supuración y se acompañaron de infartos ganglionares en el cuello.

Realizados los exámenes complementarios se encuentra, en el frotis presencia de cocos grampositivos; a la coloración de Zhiel no se descubren bacterias alcohol-ácido resistentes. Los serológicos son negativos. En la sangre como anormal se encuentra eosinofilia (18) y una baja de neutrófilos (40).

En el coproparasitario hay una abundante flora tropical; áscaris, endolimax, strongiloides, trichiuria.

La reacción de Mantoux es positiva.

Establecido el diagnóstico de Tb procedemos a la aplicación del PAS al principio en forma de pomada al 20%, pasando un día. Este tratamiento exclusivo dentro de los dos primeros meses da un sorprendente resultado, pues las ulceraciones van cediendo paulatina, pero seguramente. A intervalos se coloca solamente polvo de PAS. El aspecto de las lesiones en este lapso ha mejorado, dejando cicatrices propias de la tuberculosis.

Mas, en vista de que podrían existir focos internos y para completar con un tratamiento de fondo, se instituye a cargo de LEA el uso de la estreptomina, la misma que se suministra durante cuarenta y cinco días en dosis de 0,25 gr. El paciente gana peso y se siente con energías suficientes.

Hay que indicar también que se le trató la parasitosis.

En resumen, los efectos curativos del PAS aplicado localmente en la tuberculosis colicuativa son muy halagadores, y aunque a primera vista hayamos obtenido la recuperación de las lesiones dérmicas, creemos del caso indicar que debe instituirse también la aplicación de la estreptomina parenteralmente.

CASO NUMERO 2.—

Nombre: R. M. C.—Edad: 7 años.—Residencia: Sangolquí.—Raza: Indígena. —Ocupación: Escolar.

Ingresa: 2—III—53.—Permanencia: 9 meses.—

Diag. Prov.: Quemadura de II grado. Diag. Def.: Cicatrices viciosas y ulceraciones.

La paciente, al jugar con una lámpara conteniendo gasolina, se derramó en el muslo izquierdo y parte del derecho, produciéndose luego una quemadura extensa, que al comienzo fue tratada en la casa, sin obtener mejoría. Tuvo hipertermias, dolores del abdomen. Luego notó que no podía extender la pierna por gran dolor en la región poplítea.

Fue tratada como de ordinario en estos casos, acudiendo finalmente a injertos; pero no todos prendieron, y luego de haber pasado un gran tiempo se sujeta al tratamiento de PAS, suprimiendo toda otra medicación.

Se hace dos curaciones semanales durante tres meses; la mejoría es muy lenta, pues los tejidos son defectuosos y de cicatrización. Como el PAS obra limpiando la herida, ésta se convierte en quirúrgica, resolviéndose practicar por segunda vez nuevos injertos, los que prendieron. Hemos empleado para el tratamiento, pomada de PAS en vehículo de lanolina. La lesión infectada al comienzo no tardó diez días en limpiarse.

Con el tratamiento de PAS se consiguió la cicatrización de un 50% de la úlcera. Las plastias hechas sobre estos tejidos preparados con PAS dan buen resultado.

CASO NUMERO 3.—

Nombre: L. A.—Edad: 18 años.—Estado Civil: Soltera.—Residencia: Ambato.—Raza: Mestiza.—Ocupación: Q. D.

Ingresa: I—VI—53.—Permanencia: Tres meses.
Diag. Prov.: Linfangitis Tb.—Diag. Def: Tb. Colicuvativa.

La paciente indica que hace unos seis meses los ganglios del cuello comenzaron a aumentar de volumen y a adquirir una consistencia dura, pero eran indoloros. Al mismo tiempo se le presentaron frecuentes resfríos, tos, sudoración nocturna. El peso disminuyó. Pasados unos dos meses de este cuadro, se reblandecieron los ganglios infartados, y se abrieron espontáneamente dando abundante pus sanguinolento y originando fístulas semiprofundas, con bordes desiguales y aspecto crateriforme. Algunas fístulas fueron a la cicatrización espontánea, pero dejando una cicatriz viciosa.

Ingresada al servicio, su cuadro es de febrículas vespertinas.

Presenta en los exámenes complementarios una ligera anemia hipoglobúlica, normocrómica; leucocito-

sis; aumento de la eritrosedimentación (85 y 19 en la 1ª y 2ª horas).

Al examen coproparasitario se descubre una abundante pus sanguinolento y originando fístulas semiprofundas, con bordes desiguales y aspecto crateriforme. Algunas fístulas fueron a la cicatrización espontánea, pero dejando una cicatriz viciosa.

Al examen coproparasitario se descubre una abundante flora patógena: amebas histolíticas, áscaris, *strongiloides estercoralis*, *trichiuris trichiura*.

La paciente desde el comienzo había sido tratada a base de penicilina y estreptomocina en dosis suficientes; observándose muy poca regresión de la enfermedad. Se nos sugiere entonces el uso del PAS, el mismo que decidimos aplicarlo, pero suspendiendo toda otra medicación y en forma exclusiva, con curaciones cada dos días. Luego de la asepsia de la región usamos primero pomada de PAS para reblandecer las costras y humedecer los tejidos, pasando luego a curaciones secas con polvo. Los resultados son muy decidores desde las primeras aplicaciones y al cabo de un mes y medio la paciente restablecida puede abandonar el servicio, quedando apenas huellas no muy visibles en el cuello.

El PAS es una droga de elección en los casos de Tb. de la piel, donde actúa curando las lesiones.

CASO NUMERO 4.—

Nombre: D. H.—Edad: 20 años.—Estado civil: Soltera.—Residencia: Chillogallo.—Raza: Mestiza.—Ocupación: Q. D.

Ingreso: 22—V—53.—Permanencia: Diag. Pro.: Ulcera de la región coxígea.—Diag. Def.: Ulcera de la región coxígea. (Secuela de fiebre tifoidea).

En el mes de marzo del año de 1953, enfermó con fiebre tifoidea y fue conducida al Aislamiento. Allí es tratada de la enfermedad; pero queda, como una secuela o quizá escara, una gran ulceración en la región ano-coxígea, de forma triangular de 8 cm., de base, por 7 de altura. El estado nutricional de la paciente es malo. Hay

una pérdida casi completa de la epidermis de lesión, el color es rojizo, con pocas granulaciones en el fondo, los bordes son indurados y fibrosos. Al comienzo se le administra antibióticos, calcio, antianémicos, vitaminas y se le hace curación general.

Como no hubiera resultado alguno de regeneración, se nos invita a aplicar el PAS, el mismo que lo hemos empleado en forma de polvo y en curaciones cada dos o tres días. Al cabo de un mes y medio de la curación hecha exclusivamente con PAS, la enferma ha ganado de peso y sus condiciones generales de salud son satisfactorias.

Si consideramos la lesión como una escara y como secuela de tifoidea, concluimos las ventajas positivas del uso de la droga en estos casos, como muy prometedora.

CASO NUMERO 5.—

Nombre: J. R.—Edad: 56 años.—Profesión: Agricultor.—Estado civil: Casado.—Raza: Mestiza.—Domicilio: Guaytacama.

Ingresó: 2—VI—53.—Permanencia: 50 días.—Diag. Prov.: Úlcera pierna derecha.—Diag. Def.: Úlcera trófica.

El paciente indica que hace aproximadamente unos seis años sufrió una quemadura por efecto de gasolina en la pierna derecha; habiendo ingresado a un hospital de provincia donde permanece en tratamiento por espacio de seis meses. Posteriormente egresa sin haberse recuperado plenamente y con una ulceración en la pierna derecha. Se le hace un injerto en nuestros servicios dos años antes, y así mismo egresa pero en buen estado; pero hace tres meses sufre un traumatismo en el mismo sitio; asomando una úlcera de grandes dimensiones, con bordes engrosados, de un aspecto y olor desagradables, con tejido cicatricial en la vecindad.

En el cuadro hemático encontramos linfocitosis con ligera leucopenia. La sedimentación está ligeramente elevada.

Instituimos en el paciente el tratamiento exclusivo con PAS. Comenzamos con el uso de pomada al 10%, hasta conseguir que los bordes se reblandezcan; lo que se consigue en unos quince días, para luego continuar con el uso de polvo de PAS. Las curaciones se hacen cada dos días; obteniéndose buenos resultados aunque en forma lenta. A los cuarenta días aproximadamente asoma tejido cicatricial, como una delgada capa que va recubriendo la úlcera, y el paciente en vías de recuperación franca abandona el servicio.

Como se ve, pues, el ácido paraminosalicílico ayuda a la recuperación de las heridas y favorece la cicatrización.

CASO NUMERO 6.—

Nombre: I. M.—Edad: 80 años.—Estado civil: Soltera.—Ocupación: Q. D.—Residencia: Quito.—Raza: Mestiza.

Ingresada :13—VI—53.—Permanencia: 105 días.—Diag. Prov.: Fractura cadera y traumatismos.—Diagn. Def.: Fractura de la cadera y escaras.

Por efectos de un arrollamiento, la enferma ingresa al servicio, donde es controlada y se diagnostica traumatismos y fractura de la cadera. Se la sujeta a los tratamientos aconsejados para el caso: curaciones y enyesado, y por efecto de la inmovilidad y el yeso aparecen escaras en la región coxígea y en los talones .

Los exámenes complementarios están dentro de la normalidad. El objeto de la pomada al comienzo es reblandecer los bordes fibrosos e indurados, permitiendo que las ulceraciones comiencen a cerrarse. La curación demora debido sin duda a la edad de la paciente y a su bajo estado nutricional.

El tratamiento se ha hecho exclusivamente con PAS, unas veces en pomada y otras en polvo. El fondo de la úlcera adquiere pronta granulación y se ha podido apreciar el avance de la mejoría.

En conclusión, el PAS favorece la recuperación de las úlceras por decúbito.

CASO NUMERO 7.—

Nombre: V. O.—Edad: 6 años.—Residencia: Quito.—Ocupación: Cocinera.—Estado civil: Soltera.—
Ingresa: 16—VI—53.—Permanencia: 7 meses.—
Raza: Mestiza.—Diag. Prov.: Nefritis. —Diag. Def.:
Nefritis y Escara en la región maleolar derecha.

La paciente ingresa al servicio con un cuadro de nefritis aguda, de la que es atendida a través de gran parte del tiempo de permanencia en el Hospital.

Los exámenes complementarios confirman el diagnóstico provisional. En los serológicos se encuentra positividad fuerte. Más tarde se presenta amortiguamiento de las extremidades inferiores y marcada astenia. Debido a ello se ve obligada a guardar cama, produciéndose escara en el maléolo externo del pie derecho. La enferma se encuentra con paraplegia. La escara ha sido tratada con desinfectantes y quimioterápicos. Con el fin de apreciar hasta que punto tiene sus ventajas el PAS, nos proponemos ensayarlo en forma exclusiva, frente al fracaso de las otras drogas. Tres curaciones se han hecho y han sido suficientes para conseguir una notable mejoría. Una cuarta curación la hacemos, previa a la enyesada, para impedir la deformación de las extremidades. Una vez colocado el yeso la enferma permanece un mes; y al abrirlo encontramos que ha cicatrizado perfectamente y la reconstrucción es a base de tejidos nuevos.

No hay duda que el PAS ayuda a la cicatrización revitalizando los tejidos.

CASO NUMERO 8.—

Nombre: C. R.—Edad: 62 años.—Profesión: Agricultor.—Estado civil: Soltero.—Raza: Mestiza.—Domicilio: Ibarra.

Ingresa: 12—VIII—53.—Permanencia: 30 días—
Diag. Prov.: Ca. de la cara.

Diag. Def.: epiteloma de la cara.

El enfermo indica que hace tres meses y por la noche sintió ardor en la cara con intenso prurito, y que al

rascarse apareció una petequia, que fue aumentando de tamaño en volumen y superficie. Luego con una aguja se hizo una punción, obteniendo una sustancia mucilaginosa de aspecto turbio. Como continuara la lesión acude donde un especialista, el que luego de una biopsia le diagnostica como epiteloma. Es tratado con agujas de radiú, mas como quedara una ulceración ensayamos el PAS en forma exclusiva, aplicándolo tópicamente, con resultados positivos. La úlcera se cierra a los quince días del tratamiento. Al enfermo se le sujeta luego a sesiones de radioterapia profunda, para consolidar el tratamiento.

El PAS ayuda a la regeneración de los tejidos y favorece la cicatrización.

CASO NUMERO 9.—

Nombre: V. G.—Edad: 65 años.—Residente: Quito.—Ocupación: Mendigo.—Estado civil: casado.—Raza: Mestiza.—Diag. Prov.: Osteomielitis, tumor blanco. Diag. Def.: Osteomielitis, tumor blanco.

Este paciente hace más de un año ingresó al Hospital a consecuencia de una caída en que se golpeó el codo del brazo derecho y se le presentó una tumoración en el mismo. Observado a los rayos X presentaba una fractura conminuta, razón por la cual fue enyesado previa la colocación de injertos óseos. Permaneció largo tiempo en el servicio sin que se recuperara; pues la supuración continuaba; fue cambiado de yeso dejándose una ventana para las curaciones. En este estado y en forma de ambulatoria acude al servicio dos veces por semana para ser tratado con PAS en aplicación tópica. Recibe un largo tratamiento de cerca de cuatro meses al cabo de los cuales y una vez desprendidos los sequestros de la lesión, se cicatrizan las heridas.

La supuración entendemos que se debía a que los injertos de hueso que no prendieron obraban como cuerpos extraños, retirados los cuales y por acción del PAS sanó el paciente.

CASO NUMERO 10.—

Nombre: L. P.—Edad: 7 años.—Residencia: Quito
Raza: Mestiza.—Ocupación: Escolar.—

Ingresó: 22—VII—53.—Permanencia: 66 días—
Diagn. Prov.: Quemadura de segundo grado.— Diagn.
Def: Quemadura de segundo grado

El paciente ingresa al servicio víctima de quemaduras de segundo grado a nivel del tórax anterior y posterior, brazos, cuello y parte de la cara, por efecto de alimentos en ebullición. Al comienzo es tratado con antibióticos, vitamina C. y aplicaciones de aceite de hígado de bacalao. Estas curaciones recibe aproximadamente un mes; luego de lo cual como quedaran porciones íntegras sin cicatrizar instituímos el uso del PAS en pomada en forma exclusiva. A partir de las primeras curaciones, apreciamos las ventajas del ácido, el mismo que en estos casos y en niños con vitalidad y que no sufren otras dolencias ofrece las mejores ventajas en su empleo. El vehículo de la pomada ha sido lanolina, la que parece ser inocua.

La recuperación de las lesiones con el empleo del PAS, señalan un nuevo campo de aplicación de esta droga en úlceras que no ceden fácilmente a los demás tratamientos.

CASO NUMERO 11.—

Nombre: D. H.—Edad: 23 años.—Estado civil: Casado.—Residencia: Píntag.—Profesión: Agricultor.—Raza: Indígena.

Ingresó: 21—VIII—53.—Permanencia: 28 días.
Diagn. Prov.: Heridas por armas de fuego.

Diagn. Def.: Heridas por armas de fuego.

En disturbios habidos en una hacienda, recibió el paciente un disparo de arma de fuego (revólver), en el muslo derecho, tercio medio. El proyectil hizo dos orificios: uno de entrada y otro de salida, siendo éste de mayor tamaño y con bordes desiguales, desflecados. En los contornos se observa zonas necróticas. Es visible la ma-

sa muscular rodeada de la aponeurosis. En los primeros días el paciente se queja de dolor y temperatura elevada. La herida está infectada, por lo cual se hace tratamiento local y se le da antibióticos. Cede así la temperatura, pero quedan las heridas. Entonces es cuando comenzamos el tratamiento con polvo de PAS sobre las lesiones, previa desinfección. Se hace exclusivo tratamiento con PAS por unos 15 días, al cabo de los cuales las heridas ceden casi totalmente y el enfermo abandona el servicio.

Concluimos, pues, sobre el valor del PAS en heridas en general, pues protege la lesión y favorece la cicatrización.

CASO NUMERO 12.—

Nombre: G. T.—Edad: 19 años.—Ocupación: Q. D.—Procedencia: Riobamba.—Raza: Blanca.—Estado civil: Casada.

Ingresó: 30—VI—53.—Permanencia: Tres meses
Diagn. Prov.: Peritonitis Tb. —Diag. final: Peritonitis Tb. y escaras.

La paciente había sido operada de peritonitis Tb. y en un estado nutricional muy malo, se vió obligada a guardar cama durante un tiempo, por lo cual y por la miastenia, se le presentaron escaras en la región sacrocóxigea. Estas escaras de unos cinco centímetros de diámetro, le causaban mucha molestia, y se infectaron muy prontamente.

Decidimos aplicar el PAS en polvo para el tratamiento al mismo tiempo que se hacían los tratamientos de fondo y se mejoraba el estado general. Las curaciones se hicieron día por medio durante un mes al cabo del cual la lesión había cicatrizado y en su lugar se presentaba un tejido nuevo y vitalizado.

La mejoría se pudo apreciar ya a los ocho días del tratamiento. La enferma ha continuado en el tratamiento de la Tb. y de su estado general; pero las escaras no han aparecido de nuevo.

Nombre: M. M.—Edad: 60 años.—Profesión: Agricultor.—Domicilio: Gualea.—Estado civil: Casado.—

El PAS tiene la ventaja en estos casos de reactivar los tejidos, permitiendo la reconstrucción de los mismos y llevando a la cicatrización de las escaras.

CASO NUMERO 13.—

Raza: Blanca.

Ingresó: 31—VII—53.—Permanencia: dos meses.
Diag. Prov.: Úlcera tropical.—Diag. Def.: Úlcera vaná.

Unos dos años antes de ingresar al servicio, el enfermo sufrió una quemadura del pie y pierna izquierdos, sanó de ello, aunque quedara una deformidad con retracción de los tres dedos medios del pie. En otra ocasión por accidente de trabajo, quedó con heridas en el mismo sitio de la quemadura. Trató de curarse con hierbas medicinales, durante el lapso de seis meses. Sin conseguir alivio alguno ingresa al servicio. Constatamos además una miasis sobreañadida, la misma que es atendida con rapidez.

En los exámenes de sangre no encontramos datos patológicos o anormales de importancia. Los serológicos son negativos.

En el examen histopatológico se encuentra tejido inflamatorio y ausencia de espiroquetas.

Hecha la limpieza de la miasis sobreañadida, procedemos a una completa desinfección e incluso raspado del tejido cicatricial, sobre el que colocamos PAS en polvo. El aspecto de la lesión desde los primeros momentos mejora notablemente; pero como existe tejido fibroso y tejido retráctil se dificulta la cicatrización, la misma que demora.

El tratamiento exclusivo de PAS empleado en este paciente nos demuestra el beneficio de esta droga en los casos de ulceraciones vanales, aunque éstas se presenten como crónicas.

CASO NUMERO 14.—

Nombre: C. C.—Edad: 60 años.—Estado civil: Soltero.—Ocupación: Agricultor.—Raza: Indígena. —Residencia: Quito.—

Ingresa: 26—VIII—53.—Permanencia: dos meses.—Diagn. Prov.: Oclusión intestinal.—Diag. Def.: Oclusión intestinal y fístula.

El paciente ingresa al servicio para hacerse atender por cuarta vez de oclusión intestinal, realizándose también por cuarta vez resección del sigma. Como se hubiera hecho un ano contra natura, éste, es atendido prontamente. Más tarde por ruptura de los puntos de la herida operatoria y por el dren, queda una fístula, la misma que nos proponemos tratarla exclusivamente con el empleo de PAS. La fístula se presenta del tamaño de unos cinco centímetros, y está recubierta de un colgajo que puede levantarse a voluntad. Se realiza una prolija asepsia de la región y se coloca PAS en polvo en toda la herida; cubriéndose con un apósito. Las curaciones se hacen cada dos días. La mejoría puede apreciarse desde la segunda curación y antes de los quince días de usar PAS el paciente se encuentra restablecido y abandona el servicio, curado.

El PAS en este caso ha obrado como un protector, bacteriostático y desinfectante de la herida.

CASO NUMERO 15.—

Nombre: D. V. P.—Edad: 65 años.—Ocupación: Q. D.—Residencia: Quito.—Raza: Blanca.—Estado civil: Casada.—

Ingresa: 31—52.—Permanencia: 24—XI—52. Diagn. Prov.: Epitelioma de la cara.—Diag. Def.: Epitelioma en la región orbicular izquierda.

La paciente ingresa al servicio para ser tratada de una tumoración maligna que apareció hace unos dos años y que ha seguido creciendo a pesar de haberse tratado con radioterapia profunda.

La lesión llegó a interesar el ojo izquierdo y a des-

truirlo. A cargo del especialista se sujeta a curieterapia, durante 72 horas; al cabo de las cuales se retiran las agujas de radium y se pone en nuestras manos a la enferma para que se la trate la ulceración que queda, con el PAS. Siguiendo nuestra costumbre desinfectamos la región tumoral y colocamos polvo.

Cerca de un mes y con curaciones diarias obtenemos por resultado una gran mejoría y la casi cicatrización del área afectada. La paciente en regulares condiciones abandona el servicio.

El PAS, cuando se ha hecho una perfecta dosificación de radiaciones y queda una úlcera, obra ayudando a la cicatrización dentro de un tiempo relativamente corto.

CASO NUMERO 16.—

Nombre: C. M. S.—Edad: 62 años.—Residencia: Sangolquí.—Estado civil: Viuda.—Raza: Indígena.—Ocupación: Q. D.—

Ingresó: 21—X—52.—Permanencia: 26 días.—Diagn. Prov. Úlcera de la pierna.—Diag. Def.: Úlcera varicosa.

Refiere la enferma que hace ocho meses se le presentó edema de ambas extremidades inferiores, con dolor e impotencia funcional. Dos meses más tarde aparece una ulceración en el tercio medio, cara interna de la pierna, con zonas necróticas en el contorno. Se aprecia además paquetes varicosas de tamaño mediano.

La sujetamos a la paciente a reposo en cama con ligera elevación de las extremidades, y localmente hacemos la aplicación del ácido paraminosalicílico en polvo, colocando un apósito después de cada curación. Las curaciones se hacen cada tres días. Los resultados son positivos, y antes de un mes de tratamiento la enferma puede abandonar el servicio, ya restablecida.

Naturalmente hemos de pensar que el PAS en este caso obra sobre la úlcera defendiendo y protegiendo a los tejidos contra sobreinfecciones y permitiendo la reconstrucción del tejido. Para el caso consideramos como

si se tratara de una úlcera vanal. La causa originaria eran las várices, pero éstas han mejorado en cierto modo con el reposo, aunque no vamos a asegurar que se haya curado. La enferma al sentirse mejor abandona el servicio.

CASO NUMERO 17.—

Nombre: L. M. E.—Edad: 60 años.—Ocupación: Q. D.—Estado civil: casada.—Raza: Blanca.—Residencia: Tabacundo.

Ingresó: 10—X—52.—Permanencia: 3 meses.—Diagn. Prov.: Epitelioma de la cara.—Diag. Def.: Epitelioma región orbicular.

Hace unos tres años antes del ingreso de la paciente al Hospital, apareció una granulación pequeña junto a la región orbitaria; fue creciendo hasta adquirir unos 1 Ocm. de radio. Fue operada y recibió radioterapia profunda durante cuatro días. Pero a los tres meses comenzó a crecer de nuevo la tumoración, hasta llegar a impedir la visión. Ingresó otra vez al servicio, donde recibe aplicaciones de Curiterapia; gracias a lo cual cedió el tumor maligno, quedando una ulceración profunda, de aspecto desagradable, fondo sucio, con abundante secreción purulenta de olor fétido. Para tratar esta ulceración acudimos al PAS, luego de una asepsia perfecta. Lo que hemos conseguido es impedir la acción bacteriana, evitando la secreción purulenta y por consiguiente el mal olor. La paciente mejora aunque no en forma definitiva, pues la lesión es masiva. La úlcera se reduce de tamaño pero no llega a la cicatrización, y en este estado abandona el Hospital.

El PAS, pues, es un coadyuvante en estos casos de tumoraciones malignas; pero de ninguna manera llega a curar. Actúa como un bacteriostático y favorece la regeneración de los tejidos, aunque en pequeña escala.

CASO NUMERO 18.—

Nombre: E. B.—Edad: 7 años.—Residencia: Quito.—Ocupación: Escolar.—Raza: Blanca.—

Ingresa: 3—IX—53.—Permanencia: Un mes—
Diagn. Prov.: Quemadura de II grado.

Diag. Def.: Quemadura de II grado.

Por haberse derramado agua hirviendo en el tórax anterior y brazo izquierdo sufre una extensa quemadura de segundo grado. El paciente acusa dolor, ardores, insomnio, cefalea, astenia, polidipsia; la temperatura se eleva hasta los 39° C.

Al comienzo es tratado con diuréticos, vitamina C., antibióticos. Pasados ocho días, la tomamos a nuestro cargo para aplicar el PAS en pomada y apreciar los resultados que brinda el ácido en estos casos. Las curaciones al comienzo, luego de una rigurosa limpieza, las hacemos día por medio, para luego ir espaciando conforme progresa la mejoría, la misma que asoma a las tres semanas de nuestro tratamiento.

El PAS en casos de quemaduras de segundo grado y en forma de pomada de magníficos resultados en un reducido número de días, y frente a los casos testigos permite apreciar las ventajas de tiempo, la forma de cicatrización y reepitelización.

CASO NUMERO 19.—

Nombre: N. Z.—Edad: 7 años.—Residencia: Sangolquí.—Raza: Mestiza.—Ocupación: Escolar.

Ingresa: 2—IX—53.—Permanencia: Tres meses.
Diagn. Prov.: Cicatriz queuloide ulcerada.

Diag. Def.: Cicatriz ulcerada.

El paciente indica que hace siete meses se quema con gasolina toda la pierna derecha. Ingresa al Hospital para ser tratado, luego abandona el servicio antes de completar la cicatrización, especialmente de la parte media de la pierna, donde hay un semianillo sin cicatrizar. Igualmente hay otras zonas en la región poplítea y tercio superior del muslo. Debido a la retracción hay dificultad en la marcha.

Al comienzo recibe antibióticos y tratamiento general. Luego se suspende todo otro tratamiento para emplear el PAS en forma de pomada, y en tres curaciones

cede la ulceración del muslo, demorando más tiempo la de la pierna.

Finalmente para conseguir un buen funcionamiento de la extremidad se acude a la intervención quirúrgica, mediante la cual se hace la extensión de los tendones y se consigue una buena marcha.

En estas ulceraciones, secuelas de quemaduras y en personas con vitalidad, especialmente niños, el PAS tiene decisiva acción, permitiendo la pronta cicatrización.

CASO NUMERO 20.—

Nombre: A. M.—Edad: 75 años.—Residencia: Quito.—Ocupación: Q. D.—Raza: Blanca.—Estado civil: Viuda.

Ingresó: 4—IX—53.—Permanencia: tres meses—
Diagn. Prov.: Quemaduras de 2º grado.—

Diagn. Def.: Quemaduras de II grado.

Por efecto de inflamación de un reverbero de gasolina, la enferma sufre quemaduras de los muslos, hipogastrio, seno derecho y antebrazo derecho.

La enferma ingresa presa de intensos dolores y ardores en toda la región quemada. Hay grandes vesículas.

Los exámenes complementarios de sangre son normales. En la orina se encuentran como elementos anormales piocitos y 4-5 hematíes por campo.

Al comienzo el tratamiento se hace con analgésicos, sedantes, sueros. Pero al tercer día instituímos el tratamiento con el ácido paraminosalicílico, con el que seguimos hasta el final. Como vehículo se usa el aceite de hígado de bacalao. La mayor parte de las zonas afectadas se curan dentro del primer mes de tratamiento; pero es el resto el que tarda en repitelizarse, lo cual nos hace pensar en que los tejidos de personas de edad son desvitalizados y no responden con facilidad a la aplicación de estas drogas.

El PAS, como vemos, tiene su acción en las quemaduras, especialmente vehiculizado en aceite de hígado

de bacalao. En las personas ancianas la acción es más lenta.

CAPITULO CUARTO

CASUISTICA DE APLICACION DEL PAS ASOCIADO A OTROS AGENTES TERAPEUTICOS

Presentamos a continuación algunos de los principales casos prácticos en los que hemos ensayado el PAS en asocio con otros medicamentos u otras formas de tratamiento, para las diversas afecciones de la piel, caracterizadas por soluciones de continuidad y pérdida de sustancia. Estos casos corresponden a distintas enfermedades tanto del clima templado como del clima tropical.

En cuanto ha sido posible cada afección está ilustrada de la manera más clara con impresiones durante el tratamiento o a continuación del mismo.

Adelantando conclusiones, podemos decir que el valor del PAS aplicado en forma tópica es muy prometedo, y, si bien es cierto, que no es un medicamento de fondo y exclusivo para ciertas lesiones, sin embargo acorta el tiempo de tratamiento, favorece la regeneración de los tejidos, los protege y ayuda a la cicatrización de las ulceraciones.

CASO NUMERO 1.—

Nombre: R. O.—Edad: 60 años.—Profesión: Agricultor.—Estado civil: Casado.—Domicilio: San Gabriel.

Ingresa: 28—IV—52.—Permanencia: 15 meses—

Diagn. Prov.: Osteomielitis.—

Diag. Def.: Ulceración vanal pierna.

La enfermedad comienza hace tres años, por un golpe en la pierna derecha, tercio inferior, región antero-interna. Como consecuencia del traumatismo llega a formarse una herida que se infecta, avanzando en superficie y profundidad, con destrucción de epidermis y dermis, llegando al periostio por lo cual se le confunde

con osteomielitis, instituyéndose tratamiento especial para este cuadro nosológico.

La ulceración tiene una forma cuadrada, con un fondo mamelonado, bordes aplanados y en bisel, constituidos por tejido fibroso. La pierna en general se presenta con caracteres elefantiásicos, aumento de volumen y deformación, piel dura y nada elástica, y mayor pigmentación en el contorno de la úlcera.

En el examen citobacteriológico del frotis se encuentran detritus celulares, piocitos y algunos diplococos grampositivos.

La glucosa de la sangre es de 153 mgr. en 100 cc.

En los demás exámenes de rutina los datos oscilan dentro de lo normal.

El paciente había recibido, durante cerca de un año, tratamiento local con desinfectantes, quimioterápicos y antibióticos. Los antibióticos, parenteralmente, juzgamos que se los administró en exceso e inútilmente.

El tratamiento con PAS se le inicia al paciente, luego de suspender los antibióticos. Se combina con vasodilatadores periféricos y bloqueos del simpático.

Se usa pomada al 10%, pero hay reacción local y humedecimiento de los tejidos de contorno; por lo cual se usa PAS en polvo, previa limpieza y asepsia de la lesión.

Los resultados son satisfactorios; desaparece la infección sobreañadida y la cicatrización comienza de la periferie al centro. El tejido fibroso y la escasa circulación demoran el proceso de mejoría.

Se ha podido observar que en caso de infección y en presencia de pus, el ácido no actúa. Por lo tanto debe hacerse una perfecta limpieza.

El paciente abandona el servicio casi completamente curado.

CASO NUMERO 2.—

Nombre: T. L. R.—Edad: 74 años.—Estado civil:
.....—Residencia: Tulcán.—Ocupación: Variada.—Raza: Mestiza.

Ingresa: 8—IX—52.—Permanencia: 28 días. —
Diagn. Prov.: Ulceración posterior pierna izquierda.

Diagn. Def.: Ulceración posterior pierna izquierda.

El paciente indica que sufrió una pequeña herida en la región posterior de la pierna, izquierda, tercio medio; se le infectó y siguió aumentando en profundidad y superficie; bordes cortados a pico, irregulares, fondo sucio, mal oliente. Se le diagnosticó como gangrena.

En los exámenes complementarios encontramos un ligero aumento de la glicemia. En las orinas no hay datos anormales. En la sangre se presenta anemia de 1.890.000 hematíes, leucocitos 6.300.000, Hb 7,5 gr. 100 cc. de sangre; con una fórmula de 80 segmentados, y en cayado, 1 eosinófilo, 10 linfocitos y 2 monocitos. La sedimentación es de 136 mm. en la primera hora y 3 mm. en la segunda hora.

En los primeros quince días se le hace tratamiento local de desinfección y aplicación de polvo de sulfa, y penicilina parenteralmente. Luego se suspende todo otro tratamiento para acudir al PAS en polvo tópicamente. Los resultados son satisfactorios desde las primeras curaciones, y en dos semanas apenas viene la completa cicatrización abandonando el paciente el servicio.

Hay que advertir que se le administró también antianémicos e insulina para restablecer su estado general.

El PAS en las ulceraciones vanales actúa reconstruyendo los tejidos y permitiendo que la cicatrización se haga prontamente.

CASO NUMERO 3.—

Nombre: J. R. S.—Edad: 50 años.—Estado civil: Casado.—Raza: Mestiza.—Ocupación: Sastre.—Residencia: Quito.—

Ingresa: 8—IX—52.—Fallece: 10—X—53.—

Diagn. Prov.: Tumoración del pene.

Diagn. Def.: Ca del pene, testículos y escroto. (carcinoma).

Desde hace unos dos años, antes del ingreso al ser-

vicio, comienza la enfermedad con cambio de coloración del pene y aparecimiento de una ulceración de carácter invasor. Es tratado con radioterapia profunda; después de lo cual parece estacionarse la enfermedad. Mas, pasados unos meses el pene va disminuyendo de tamaño por pérdida de sustancia. La micción se hace difícil; los tejidos blandos van desprendiéndose. La uretra ha perdido su función y su constitución histológica. Los testículos aumentan de volumen. Se forma un absceso urinoso, que se lo abre con bisturí. Hay una verdadera adenitis inguinal.

En los exámenes complementarios se encuentra una ligera anemia hipoglobúlica, elevación del tiempo de coagulación. Los exámenes serológicos dan positividad con dos cruces. La sedimentación está en 86 mm. en la primera hora y en 12 en la segunda hora. Las orinas dan datos normales.

En vista de lo masivo de la enfermedad, decidimos realizar la emasculación completa, incluyendo todos los tejidos linfáticos de la vecindad. A continuación se aplica radioterapia profunda en sesiones varias durante dos meses. Se ha empleado con el paciente antibióticos, quimioterápicos, vitaminas, extracto hepático, calcio. Como quedara una gran ulceración fistulosa, comenzamos a emplear el PAS en polvo, previa desinfección de la herida; obteniendo apenas una ligera mejoría.

Como recidivara o mejor dicho continuara la evolución del carcinoma, el enfermo entra en la fase caquéctica y muere.

El PAS ayudó en este caso a disminuir especialmente el mal olor.

CASO NUMERO 4.—

Nombre: R. V.—Edad: 22 años.—Profesión: Agricultor.—Estado civil: Soltero.—Raza: Blanca.—Domicilio: Pujilí.

Ingresó: 27—1—52.—Permanencia: 25 días.—

Diagn. Prov.: Leishmaniosis.

Diagn. Def.: Úlcera vanal pierna derecha.

Unos dos meses antes de ingresar al servicio sufrió una herida cortante en la región tibial anterior, herida que supuró, pero fue a la curación, dejando una cicatriz. Apareció más tarde una pequeña tumoración en cuyo contorno asomaron vesículas que se pustulizaron abriéndose al exterior, quedando luego fístulas con bordes irregulares. Presenta ganglios inguinales hipertrofiados, duros, no dolorosos en el lado derecho.

Ante la sospecha de una leishmaniosis se han hecho las investigaciones del caso en frotis y en la reacción de formolgelificación, sin positividad.

Los exámenes serológicos resultaron negativos.

Los exámenes de sangre y de orina ofrecen datos dentro del límite normal:

Este paciente fue tratado unos quince días con antibióticos y sulfas siendo su mejoría muy relativa y con un progreso nada prometedor. Se suspendió el tratamiento indicado; pasando al uso del PAS como pomada al 20% en una herida limpia. Los resultados fueron decisivos desde el primer momento y a los pocos días se recuperó el enfermo de su lesión quedando una cicatriz.

CASO NUMERO 5.—

Nombre: L. A.—Edad: 55 años.—Ocupación: Peón.—Raza: Indígena.—Residencia: Cayambe.—Estado civil: Casado.—

Ingresó: 29—IX—52.—Permanencia: 7 días—

Diag. Prov.: Úlcera de los pies.

Diagn. Def.: Eczema alérgico.

El paciente refiere que hace ocho meses, durante la permanencia en clima frío y húmedo, al contacto con las hierbas de los páramos, se le presentó prurito en la cara dorsal de los pies, luego vesiculación y abundante exudado, dando una solución de continuidad dérmica. Por tratarse de ulceraciones comenzamos el tratamiento con aplicación de pomada de PAS al comienzo, para continuar luego con polvo; después, naturalmente, de hacer la asepsia acostumbrada. Los resultados fueron positivos desde el primer momento.

En el afán de llegar a un diagnóstico preciso, realizamos un interrogatorio minucioso, y practicamos los respectivos exámenes de sangre; llegando a la conclusión que se trataba de una dermatitis venenata por contacto con plantas que causan esta enfermedad, y que luego al rascarse, por el prurito, se formaron verdaderas soluciones de continuidad. A pesar de que las lesiones cedieron perfectamente con uso del PAS, decidimos completar el tratamiento con calcio y antihistamínicos.

El paciente sale recuperado.

No podríamos explicar suficientemente cuál fue el mecanismo de acción del PAS en este caso; pues aún el tiempo de curación fue de poquísimos días.

CASO NUMERO 6.—

Nombre: E. V. A.—Edad: 67 años.—Profesión: Agricultor.—Estado civil: Casado.—Raza: Blanca.—Residencia: Cotacachi.—

Ingresó: 6—X—52.—Permanencia: 21 días.—
Diag. Prov.: Ca. del ojo.—

Diag. Def.: Epitelioma del ojo.

Hace unos cuatro años se le presentó al paciente una tumoración en el ojo derecho; hechas las investigaciones se concluyó que se trataba de un epitelioma, siendo tratado en Bogotá con radium. Últimamente ha concurrido a nuestros servicios, pues la tumoración ha conredivado o mejor dicho ha continuado con su carácter invasor. Es tratado igualmente con aplicación de agujas de radium, por espacio de 72 horas. Presenta una ulceración con abundante pus, con bordes irregulares; se puede apreciar el reborde del hueso orbitario. El olor de la tumoración es nauseabundo.

Luego de las aplicaciones de Curietèrapia, decidimos emplear el PAS en polvo, previa una perfecta limpieza. Los resultados se los aprecia en las primeras curaciones. El olor desaparece y el aspecto mismo mejora; hay granulación en el fondo. En algunas zonas aparece tejido cicatricial. El enfermo abandona el servicio bastante mejorado. Pero regresa pasados unos meses,

luego de los cuales la tumoración se ha reactivado. Entonces se hace un tratamiento mixto de radioterapia y PAS. Igualmente en regulares condiciones el enfermo abandona el servicio. Una tercera ocasión hemos tenido oportunidad de tratarlo con medianos resultados.

El PAS obra por tanto protegiendo las lesiones y ayudando en alguna forma a la reepitelización en estos casos.

CASO NUMERO 7.—

Nombre: A. R.—Edad: 18 años.—Profesión: Conductor.—Estado civil: Soltero.—Raza: Indígena.—Domicilio: Calderón.—

Ingresó: 18—X—52.— Permanencia: 92 días.—
Diagn. Prov.: Ulceración pierna derecha.

Diagn. Def.: Periostitis.

En enfermo indica que desde hace más de un mes tuvo un dolor intenso en la pierna derecha, con edema, rubor y calor; pequeñas erupciones que se hicieron vesículas y luego pústulas; todo lo cual produjo impotencia funcional. La temperatura fue alta durante unos tres días, al cabo de los cuales se abrieron espontáneamente las pústulas, manando pus y sangre. Ingresó al servicio con sospecha de gangrena. Hay pérdida de sustancia en la pierna, abarcando una gran extensión en la región anterior e incluyendo el dorso del pie derecho. La ulceración presenta bordes irregulares, socavados, con fondo sucio, olor nauseabundo y secreción purulenta; al pequeño contacto sangra abundantemente, y el dolor es muy intenso particularmente en la noche.

En los exámenes realizados hay aumento de neutrófilos y ligera leucopenia. La sedimentación está apenas elevada.

El examen citobacteriológico acusa abundante flora bacteriana grampositiva. Mientras que el histopatológico sólo habla de tejido inflamatorio.

Se comienza el tratamiento con antibióticos y sulfas en altas dosis. Localmente se hace una rigurosa desinfección y seguidamente colocamos polvo de PAS. La

respuesta al tratamiento es muy lenta; el pus mana en abundancia; la invasión abarca hasta el periostio. Se continúa luego con baños diarios en solución débil de permanganato y luego la aplicación de polvo de PAS, acompañado de medicación vasodilatadora periférica. Además mezclamos sulfas con PAS para colocarlos tópicamente.

La recuperación se hace lentamente, quedando una cicatriz viciosa.

No se ha podido apreciar un beneficio directo del PAS en esta lesión; y opinamos porque la curación se la apreciar el avance de la mejoría. obtuvo mediante las otras medicaciones.

CASO NUMERO 8.—

Nombre: N. N.— Edad: 31 años.— Estado civil: Soltero.— Residencia: Quito.— Ocupación: Chófer.— Raza: Mestiza.

Ingres: 12—XI—52.— Permanencia: Tres meses. Diagn. Prov.: Tuberculosis perineal.

Diagn. Def.: Linfogranuloma venéreo.

El paciente indica que hace unos tres meses se le presentó una pápula ligeramente infiltrada en el glande, la misma que sanó sin mayor atención y dentro de unos quince días. Al cabo de un mes apareció engrosamiento de los ganglios inguinales y endurecimiento de los mismos, hasta que llegaron a la supuración. Sintió durante el curso de la enfermedad ligeras alzas de temperatura y dolores de baja intensidad. Se hizo curaciones locales con las que sanaban unas lesiones pero asomaban otras; pero sin mayores molestias generales. Posteriormente asomó un estado de elefancia génito-anorrectal, formándose ulceraciones, abscesos y úlceras en dicha zona. Al mismo tiempo sintió dolor al momento de la defecación. En este estado ingresa al servicio.

Se le practica la prueba intradérmica de Frei, la misma que es positiva fuerte a las cuarenta y ocho horas.

Como las lesiones fueran muy extensas se decide por la intervención quirúrgica, extirpándose todos los tejidos afectados y dejando una amplia herida, sobre la que colocamos PAS en polvo. Por vía oral administramos sulfas durante unos veinte días a razón de cuatro a cinco gramos diarios. Las curaciones tópicas se hacen cada dos días. La lesión parece haberse estancado y apenas hay una ligera regeneración. Entonces acudimos también al empleo de chloromycetin durante seis días a razón de un gramo diario, sin descuidar la aplicación del PAS en la lesión. Se continúa más tarde con los sulfas. Al cabo de un mes y medio de atención comienzan a cicatrizar las heridas, y desde entonces podemos decir que comienza la curación del enfermo. A los tres meses del ingreso, el paciente abandona el servicio casi completamente restablecido.

El PAS usado en este caso ha servido como una ayuda dentro del tratamiento del linfogranuloma venéreo; mas no como un medicamento específico. El papel desempeñado por el ácido fue más bien de protector y reactivador de los tejidos.

CASO NUMERO 9.—

Nombre: M. M.—Edad: 19 años.—Estado civil: Soltera.—Residencia: Pelileo.—Ocupación: Agricultora.—Raza: Indígena.

Ingresó: 30—XII—52.—Permanencia: 17 meses.
Diagn. Prov.: Osteomielitis.

Diag. Def.: Osteomielitis.

Un año antes de ingresar al servicio se le presentó una tumoración en la región maleolar interna de la pierna derecha; con rubor, calor y fluctuante. Esta tumoración se abrió espontáneamente manando un pus blanquecino y luego amarillento. A los pocos días asomó otra tumoración unos tres centímetros más arriba, en los caracteres de rubor, dolor y edema; Se le practica un curetaje del hueso, dejando drenes de gaza yodoformada y enyesando la pierna. Pasados unos días por el aumento de secreción purulenta, se le qui-

ta el yeso, y se encuentra que el proceso inflamatorio continúa. Entonces se instituye el tratamiento con polvo de PAS en la lesión, con curaciones cada dos días. Los primeros resultados son satisfactorios; pues la secreción disminuye notablemente, pero no se presenta ninguna regeneración de los tejidos. Continuamos con el tratamiento durante dos meses más pero sin conseguir nada positivo en cuanto a la reconstrucción del hueso ni los tejidos blandos; por lo que se resuelve suspender el tratamiento para nuevas intervenciones quirúrgicas.

El PAS en este caso apenas si ha obrado como un ligero desinfectante de la herida, pero no demuestra ningún otro beneficio, especialmente en lo tocante a curar la lesión osteomielítica.

CASO NUMERO 10.—

Nombre: G. G.—Edad: 26 años.—Profesión: Mecánico.—Estado civil: Soltero.—Raza: Blanca.—Domicilio: Quito.—

Ingresó: 12—11—53.—Permanencia: 8 meses.—
Diagn. Prov.: Úlcera de la pierna.

Diag. Def.: Úlcera leishmaniósica.

El paciente indica que hace unos diez años aproximadamente sufrió un traumatismo en la pierna izquierda, tercio medio, y que hace dos años se le repitió el traumatismo en el mismo sitio. Al comienzo la úlcera fue del tamaño de una moneda de veinte centavos para luego ir aumentando en profundidad y en superficie.

De fondo sucio, mamelonado, bordes desiguales, circinados, sangrantes y malolor.

Estudiado un frotis se encuentra leishmanias. La reacción a la formol-gelificación es positiva, y en el examen serológico se encuentra positividad con dos cruces.

El cuadro hemático está dentro de lo normal.

Se le instituye primero el tratamiento específico para la leishmaniosis y luego para la sífilis. Ninguno de los dos tratamientos beneficia directamente a la ulceración. Entonces decidimos ensayar el PAS, en forma de polvo; con el que conseguimos una limpieza de la heri-

da y el que asome tejido de granulación. La úlcera va cerrándose desde los contornos al centro; hasta un momento en que parece estancarse. Como tenemos una herida de tipo quirúrgico, nos decidimos por el injerto de piel; el mismo que se lo practica en las mejores condiciones, obteniéndose un buen resultado. El paciente abandona el servicio en condiciones satisfactorias.

Posteriormente el enfermo concurre nuevamente a los servicios, con la misma afección. Se le vuelve a tratar con los específicos de la sífilis y la leishmaniosis y se le hace un nuevo injerto. Esta recaída, si así puede llamarse, la hemos conjeturado como hecha voluntariamente por el enfermo, quien encontraba en el Hospital sus comodidades.

Como se puede ver el PAS ayuda a la recuperación de las úlceras y las limpia de manera de convertirlas en quirúrgicas, permitiendo el que peguen los injertos.

CASO NUMERO 11.—

Nombre: E. C.—Edad: 46 años.—Residencia: Gualea.—Raza: Indígena.—Estado civil: Casado.—Ocupación: Agricultor.—

Ingresó: 10—III—53.—Permanencia: Seis meses.
Diagn. Prov.: Úlcera secuela de quemadura.

Diag. Def.: Carcinoma escamoso primer grado.

El enfermo indica que hace cuatro años sufrió una quemadura de segundo grado en la pierna derecha; a consecuencia de lo cual se infectó; pero mediante las curaciones consiguientes se formó una costra de color blanquecino, dura al comienzo y luego se ablandó y adquirió color grisáceo y un olor nauseabundo. Estuvo en un servicio hospitalario, de donde tuvo que salir por cuanto su enfermedad progresaba y no sintió alivio alguno. Por el contrario los dolores aumentaron, y entonces es cuando viene a nuestra Sala.

Como datos importantes en el examen físico encontramos que el estado nutricional del enfermo es malo; está anémico; los ganglios inguinales y axilares son palpables.

En el examen de sangre encontramos anemia hipoglobúlica, hipocrómica. El resultado de la biopsia es: carcinoma tipo escamoso de primer grado.

En vista de los resultados anteriores, se le sujeta al enfermo a tratamiento de radioterapia profunda, tanto en la zona afectada como en los ganglios, y como tóxico se usa el PAS en polvo, en curaciones diarias al principio y luego cada dos días. Los olores desaparecieron dentro de los primeros ocho días. La recuperación total demora alrededor de tres meses y ya restablecido abandona el servicio.

La acción del PAS va encaminada a mejorar el aspecto de la ulceración y a quitar el olor desagradable de la neoplasia.

CASO NUMERO 12.—

Nombre: V. L.—Edad: 28 años.—Profesión: Agricultor.—Estado civil: Soltero.—Raza: Mestiza.—Domicilio: Santo Domingo de los Colorados.—

Ingresa: 15—III—53.—Permanencia: Tres meses.—Diagn. Prov.: Linfangitis del cuello.

Diag. Def.: Tuberculosis ganglionar.

El paciente ingresa al servicio con amibiasis aguda y con un infarto ganglionar en el cuello.

Al tratamiento de la amibiasis responde rápidamente.

El ganglio infartado va a la supuración. Al mismo tiempo se observa una cadena ganglionar a cada lado del cuello con ganglios de diverso tamaño. La evolución de la enfermedad es de nueve meses.

En los exámenes de sangre se encuentra linfocitosis con monocitosis. La reacción de Mantoux es positiva a las veinticuatro hrs.

Se hace la curación local con desinfección local y aplicación tópica de PAS en el lugar abierto del ganglio. Al comienzo como la supuración es abundante, la respuesta es casi nula; pero luego se abre quirúrgicamente la lesión, se hace una perfecta limpieza y se aplica el ácido paraminosalicílico obteniéndose el cierre de la le-

sión en pocos días. Seguidamente se instituye el clásico tratamiento de estreptomycin con lo cual el enfermo aumenta de peso, recobra sus energías y abandona el servicio.

CASO NUMERO 13.—

Nombre: J. R.—Edad: 26 años.—Profesión: Mecánico.—Estado civil: Soltero.—Raza: Mestiza.—Domicilio: Sangolquí.—

Ingresa: 15—IV—53.—Permanencia: 157 días.—
Diag. Prov.: Linfangitis.

Diag. Def.: Tb. ganglionar y meningitis Tb.

El paciente ingresa al servicio en estado de coma, emaciado, con cadenas ganglionares en el cuello, unos ganglios abiertos y supurando; otros aumentados de tamaño y en conjunto se aprecia un rosario de pequeños ganglios.

Hay fiebre vespertina, pero no muy elevada, y sudores nocturnos.

Presenta dolor epigástrico con irradiación a todo el abdomen, el que presenta endurecido y sensible. La deposición es en pozo de café, hay diarreas y melenas.

Se han practicado distintos exámenes, habiéndose encontrado estos datos:

En el citobacteriológico del pus de los ganglios: numerosos piocitos y restos celulares no identificados, con ausencia de bacterias.

—Los datos de la orina están dentro de lo normal, pero con reacción alcalina.

—En el coproparasitario: presencia de huevos de *Trichiuris trichiura*.

—En la sangre se encuentra: anemia hipoglobúlica, normocrómica, con 2'800.000 hematíes, Leucocitos: 4'000 por mm³. En la fórmula: neutrófilos 10, linfocitos: 55, monocitos: 10, eosinófilos: 5.

Sedimentación 1^a hora: 84; 2^a hora: 50.

El tratamiento de este enfermo fue sintomático en sus comienzos, mejora su estado general y cura localmente las lesiones ganglionares.

Luego se comienza con el tratamiento de PAS en aplicación tópica de polvo y antibióticos del tipo de la penicilina y estreptomina. Las curaciones con PAS se hacen diariamente o con intervalos de dos días. Los resultados son alentadores; mas si se cura de una lesión asoma otra en forma de absceso, debiendo intervenir quirúrgicamente y depositar el ácido paraminosalicílico en la cavidad que deja el pus al drenar.

Sucesivamente van a la cicatrización todas las fístulas. El paciente gana peso con un promedio de seis libras por mes. Pero la cefalea no cede, por lo cual se le sujeta a nuevo tratamiento y luego de una investigación en líquido céfaloraquídeo, fallece a los tres días de la punción lumbar.

En estos ganglios tuberculosos el PAS tiene su acción decisiva, comparada con las curaciones-testigo que se han hecho en el mismo enfermo.

CASO NUMERO 14.—

Nombre: C. N.—Edad: 88 años.—Ocupación: Q. D.—Raza: Blanca.—Residencia: Cayambe.—Estado civil: Soltera.—

Ingresó: 6—VI—53.—Fallece: 3—VI—53.—
Diag. Prov.: Ca del maxilar.

Diagn. Def.: Ca del maxilar.

La paciente indica que hace aproximadamente un año y medio se le presentó una especie de forúnculo en el mentón, el mismo que fue creciendo paulatinamente y tenía los caracteres de ser doloroso, rojizo e inflamado. Fue atendida en otro hospital, pero sin resultados de ninguna clase.

Se practicó biopsias repetidas y no se encontró células neoplásicas; no había presencia de parásitos ni bacilo de Koch. Los exámenes serológicos resultaron siempre negativos.

En el examen de sangre se encuentra anemia hipoglobúlica, microcítica con muy ligera leucocitosis.

A pesar de la serie de investigaciones no se ha en-

contrado el agente causal de la lesión, ni se ha podido establecer un diagnóstico siquiera aproximado.

Ha recibido como tratamiento: aplicaciones de radioterapia profunda, penicilina, sulfas, vitaminas, analgésicos e inclusive morfina para los dolores.

Hemos ensayado el uso del PAS en forma de polvo, luego de una rigurosa limpieza de la región; pero apenas hemos conseguido el que se presente la herida sin las asociaciones bacterianas que producen pus en estos casos de lesiones abiertas.

La enfermedad ha ido en progreso y la paciente fue camino de consunción.

El PAS en este caso ha obrado simplemente como un protector sin presentar ningún otro beneficio.

CASO NUMERO 15.—

Nombre: P. S.—Edad: 45 años.—Estado civil: Casado.—Ocupación: Agricultor.—Raza: Indígena.—Residencia: Quito.—

Ingresó: 22—V—53—Fallecimiento: 6—IX—53.
Diag. Prov.: Oclusión intestinal.—

Diag. Def.: Oclusión intestinal.—Fístula estercorácea.

El paciente ingresa con el diagnóstico de oclusión intestinal, por lo cual urgentemente sube a la sala de operaciones. Luego de la primera intervención se le han hecho otras; formándose finalmente una fístula estercorácea por la que manaban materias fecales en cantidad, y dando margen a la formación de una ulceración debido a la maceración de los tejidos.

Por sugerencia del cirujano, quien explica la necesidad de revitalizar los tejidos para una nueva intervención quirúrgica, comenzamos con el uso del PAS en forma de polvo, sobre la lesión. Se hace curaciones diarias, luego de una perfecta limpieza. Este tratamiento es por unos días, al cabo de los cuales se nota granulación perfecta de la ulceración y tendencia a la reconstrucción de la herida. El PAS ha reactivado y revitalizado en este caso los tejidos, volviéndolos aptos para la

obra quirúrgica. El cirujano conviene en que el enfermo ha mejorado en sus condiciones generales y locales, y decide operarlo. Posteriormente a la operación hay una pequeña fístula, en medio de tejidos sanos. Pero desgraciadamente el enfermo fallece.

Ha obrado el PAS en este caso reconstruyendo el tejido macerado y ulcerado y luego permitiendo que se pueda valer de él para una intervención quirúrgica.

CASO NUMERO 16.—

Nombre: A. N.—Edad: 50 años.—Estado civil: Viuda.—Residencia: Sangolquí.—Ocupación: Q. D.—Raza: Mestiza.—

Ingresó: 29—V—53.—Permanencia: 53 días.—Iag. Prov.: Ca. de la cara.

Diag. Def.: Ca de la cara.

La enferma indica que trabajaba como obrera de una fábrica, donde en un accidente de trabajo, le brincó una lanzadera, hiriéndole en un nevus de la región genica derecha. Al principio manó sangre en abundancia. A pesar de las curaciones la mejoría no asomaba completamente. A menudo recidivaba; por lo cual decide ingresar al Hospital. Un facultativo le corta el resto del nevus. Entonces es cuando aumenta la tumoración, invadiendo el maxilar superior derecho, y la región orbitaria del mismo lado.

Ha sido tratada con radioterapia profunda por varias ocasiones y en varias series.

Ultimamente luego de recibir radiaciones y penicilina, sulfas, vitaminas; se pone en nuestras manos para ser tratada con el uso exclusivo del PAS.

Como de costumbre en estos casos se hace la asepsia rigurosa de la región, y luego procedemos a la aplicación del PAS en polvo. Las curaciones se hacen tres veces a la semana. A partir de la tercera curación ya apreciamos el beneficio: ha desaparecido el pus de la infección sobreañadida, el olor desagradable igualmente ya no existe, y parece asomar tejido cicatricial. La enferma ha sido atendida cerca de dos meses y encontrán-

dose en regulares condiciones abandona el servicio. Desde luego no se ha conseguido una cicatrización total; pero sí de gran parte y lo que resta es insignificante.

El PAS en los casos de soluciones de continuidad que quedan debido a neoplasias, actúa desinfectando la lesión, protegiéndola y favoreciendo la cicatrización. No es el elemento destinado a curar el cáncer, sino a restablecer la lesión que queda como secuela.

CASO NUMERO 17.—

Nombre: F. N.—Edad: 19 años.—Residencia: Riobamba.—Estado civil: Casada.—Raza: Blanca.—Ocupación: Q. D.—

Ingresó: 30—VI—53.—Permanencia 10 meses.—
Diag. Prov.: Herida postoperatorio.

Diagn. Def.: Peritonitis Tb.

La enferma fue atendida y operada en otro servicio asistencial; unos ocho días antes de ingresar a nuestro Hospital. No puede precisarse la razón de la operación; pero al momento del examen presenta aún los hilos de suturas y el extremo inferior de la herida abierta herida que está localizada en la región del flanco y fosa ilíaca derechos y es paratateral. Por la herida mana abundante líquido caseoso y pus. Se extraen los hilos y a los cuatro días se abre la herida completamente, dejando al descubierto los órganos abdominales. La herida tiene una dimensión aproximada de unos 12 cm. Por todo ello se resuelve intervenir quirúrgicamente, y se encuentran masas caseosas en los órganos abdominales; hay adherencias así mismo por todas partes. El peritoneo parece haber perdido su función.

En estas condiciones se nos invita a aplicar el PAS, primero en forma de polvo y luego en forma de suspensión para conseguir que penetre más profundamente. El tratamiento se hace cada día; y consiste en limpieza rigurosa de toda la región, lavados con suero fisiológico, extracción del pus y masas caseosas. El PAS al comienzo se nos presenta como muy prometedor y la apariencia de la lesión cambia notablemente; pero luego al re-

solver aplicar el PAS en simple suspensión, no se aprecian los resultados o éstos no se dejan notar. Naturalmente que a la paciente se ha sujetado a tratamientos de fondo con antibióticos, especialmente la estreptomina; se le ha suministrado reconstituyentes, antianémicos, vitaminas, calcio, etc.

Al principio presentaba una anemia hipoglobúlica e hipocrómica. La sedimentación alta con un índice de Katz de 55 ha ido así mismo disminuyendo.

En las orinas se encuentran piocitos con cilindros y leucocitos.

Lo que obtuvimos a través de tres meses de tratamiento continuado es que disminuyeron las secreciones y de caseosas se transformaron en simplemente purulentas. Los tejidos se avivaron y permitieron que se hicieran suturas con hilo de plata, las que fueron pegando aunque no en la totalidad.

Como viniera un recrudescimiento de la lesión y la supuración aumentara, quizá por la presencia de los cuerpos extraños del PAS que han quedado en el interior, se resuelve suspender el tratamiento. No obstante como resultados hemos tenido que el PAS favorece la cicatrización de las heridas, y en casos como el presente de peritonitis Tb. ayuda a la curación o es inocuo.

CASO NUMERO 18.—

Nombre: M. S.—Edad: 17 años.—Ocupación: Pastora.—Raza: Indígena.—Estado civil: Soltera.—Residencia: Quito.—

Ingresa: 3—Julio—53.—Permanencia: 52 días.—Diagn. Prov.: Lupus.

Diagn. Def.: Lupus.

La enferma indica que hace seis meses asomaron en las regiones del mentón y en la mejilla izquierda pequeñas con sensación de escozor. La invasión se hace lentamente y va abarcando una mayor extensión, incluyendo la nariz y el otro lado de la cara. No solamente es una mancha eritematosa sino que luego hay forma-

ción costrosa de color negro: por efecto de lo cual llegan a destruirse las alas de la nariz.

La lesión es de tipo exhuberante, verrugoso de color oscuro y cubre parte de la cara. Más tarde se nota reabsorción del lóbulo de la nariz.

No hay antecedentes de importancia.

En los exámenes complementarios: Serología negativa.

La sedimentación está ligeramente elevada (20 y 45 mm. en la primera y segunda horas). Hay linfocitosis, con eosinofilia y monocitosis.

La reacción de Mantoux es positiva.

Se le ha tratado con estreptomycin (1 y medio gr. diario), calcio, vitaminas.

Para valorar la acción del PAS en esta lesión tuberculosa se le aplica como pomada al 20%. Desde las primeras curaciones se nota el efecto beneficioso de la droga, con la que se consigue al principio estacionar la enfermedad e impedir el brote exhuberante. Disminuyen notablemente lesiones y aparecen zonas curadas. La curación le aplicamos alrededor de unos 25 días, al cabo de los cuales hay un balance notablemente favorable.

CASO NUMERO 19.—

Nombre: M. M.—Edad: 46 años.—Raza: Blanca. Residencia: Guambaló.—Ocupación: Q. D.—Estado civil. Casada.—

Ingresó: 5—VII—53.—Permanencia: Dos meses. Diag. Prov.: Anquilosis extremidades inferiores.

Diag. Def.: Anquilosis extremidades inferiores; y, escaras en la región glútea y lumbosacra.

La enferma ingresa al servicio con anquilosis de las extremidades inferiores, que le impide toda movilidad. Hay grandes dolores articulares. Se presenta disartria ligera. Por otra parte se encuentran síntomas de nefritis crónica.

Por los exámenes complementarios se encuentra elevada neutrofilia (82) y linfopenia (15).

Al examinar a la paciente observamos una mujer con miastenia generalizada, un bajo estado nutricional; con escaras profundas y extensas en las regiones posterior del tórax, lumbosacra y glútea. En esta última región se han perdido las partes blandas, pudiendo mirar los huesos ilíacos. Hay algunos colgajos necrosados. Mana abundante pus. El olor es repugnante en extremo y se lo huele en toda la Sala del Hospital.

Hemos tratado de observar la acción del PAS en este caso, aunque de antemano el pronóstico de la enferma sabíamos que era fatal. Limpiamos la ulceración, cortamos los colgajos, desprendimos los detritus y espolvoreamos PAS. Las curaciones son diarias. La acción del PAS fue en primer lugar contra el olor que despedía la herida, el mismo que disminuyó desde las primeras curaciones; la úlcera por otro lado adquiere un aspecto limpio, mas no se observan signos de regeneración.

Pero como el estado general de la enferma es malo, los familiares deciden llevarle a su tierra natal para los últimos momentos.

En los pocos días de tratamiento (10) alcanzamos a observar que la acción del PAS está encaminada a limpiar la herida y evitar los malos olores.

CASO NUMERO 20.—

Nombre: F. S.—Edad: 22 años.—Ocupación: Agricultor.—Residencia: Atahualpa.—Estado civil: Soltero. Raza: Mestiza.—

Ingresa: 9—VII—53.—Permanencia: Dos meses. Diag. Prov.: Fístula abdominal.

Hace más de un año por efecto de una caída se hiirió con un palo en la región mesogástrica, teniendo la herida una dirección oblicua de arriba hacia abajo y afuera. Con curaciones caseras pasó ocho meses al cabo de los cuales y como no cicatrizara la herida, ingresa al Hospital. Aquí se le hace una fistulectomía; mas no llega a sanarse y continúa la supuración. Se emplea variadas que limpia la herida, pero sin llegar a la cicatrización. En este estado nos decidimos por el uso del PAS en

polvo, el que en ocho días cierra la fístula, formando una costra. El enfermo en perfectas condiciones abandona el servicio.

El PAS tiene la ventaja de ayudar a la cicatrización de las heridas, revitalizando los tejidos.

CASO NÚMERO 21.—

Nombre: R. Ch.—Edad: 49 años.—Ocupación: Agricultor.—Estado civil: Casado.—Residencia: Intag.—Raza: Indígena.—

Ingresa: 11 julio de 1953.—Permanencia: 4 meses.—Diag. Prov.: Tumoración hiperplásica en la planta del pie derecho.

Diag. Def.: Papiloma infeccioso.

El paciente indica que hace quince meses se presentó en la planta del pie derecho una ulceración sin causa aparente y acompañada de latidos. Dicha ulceración aumenta de volumen y se infecta. Tiene un fondo irregular en su iniciación, bordes cortados a bisel y fibrosos. Los dolores fueron agudizándose día a día y al final vino la impotencia funcional. Posteriormente sintió prurito en el contorno de la tumoración y dolor en el centro. Se han presentado ganglios inguinales palpables, pero no dolorosos. La ulceración va cada día adquiriendo un aspecto crateriforme, y el olor es repugnante.

El laboratorio de Histopatología nos da, luego de una biopsia, el diagnóstico de papiloma infeccioso.

La eritrosedimentación se encuentra por encima de los límites de la normalidad: 27 mm. y 30 mm. para la primera y segunda horas respectivamente.

En la fórmula leucocitaria encontramos estos valores: segmentados, 39; eosinófilos, 23; linfocitos, 27; y, monocitos, 11.

Previa la diaria desinfección en soluciones de permanganato, empezamos el tratamiento con PAS en polvo, por cerca de dos meses consecutivos. Apenas si se consigue la disminución del olor desagradable del papiloma; pero de ninguna manera la mejoría y por el con-

trario sigue la invasión de la enfermedad. Por ello desechamos el tratamiento.

En resumen ninguna conclusión precisa hemos podido sacar de la aplicación del PAS en este caso.

CASO NUMERO 22.—

Nombre: E. A. M.—Edad: 62 años.—Profesión: Vendedora ambulante.—Estado civil; Viuda.—Raza: Indígena.—Residencia: Quito.—

Ingresó: 16—VII—53.—Fallece: 9—IX—53.—
Diag. Prov.: Nefrosis.—Diag. Def.: Nefrosis y escaras.

La paciente ingresa con el diagnóstico de nefrosis en un estado caquético y con edema de las extremidades inferiores. Se queja de dolores articulares generalizados. Hay escaras en toda la región lumbosacra.

En los exámenes complementarios se encuentra: Anemia microcítica e hipoglobúlica (2.780.000), con neutrófilia (91). La sedimentación está elevada: 100 mm. y 20 mm. de la primera y segunda hora, respectivamente. En la orina se encuentran leucocitos y numerosas bacterias, presencia de hematíes.

Las escaras se presentan por la posición en decúbito obligado de la paciente y la miastenia generalizada.

Por tratarse de soluciones de continuidad, verdaderas ulceraciones, ensayamos el PAS en polvo como aplicación tópica, previa la asepsia respectiva de la región. Lo que se ha obtenido de la curación es proteger las lesiones e impedir la lección bacteriana sobreañadida que aparece en éstos; mas como el estado general del paciente es malo no se consigue regeneración. La enferma fallece.

CASO NUMERO 23.—

Nombre: M. Ch.—Edad: 20 años.—Ocupación: Agicultor.—Residencia: Tambillo.—Estado civil: Soltero.—Raza: Indígena.—

Ingresas: 22—VII—53.— Permanencia: Cuatro meses.—Diagn. Prov.: Herida pie derecho.—

Diag. Def.: Ulcera atrófica.

El paciente indica que hace dos años sufrió una herida en el talón del pie derecho, la misma que no cicatrizó y fue extendiéndose en superficie y profundidad. Se persentó edema inflamatorio en el contorno. La piel en el dorso se fue transformando en verrugosa, sobreviniendo la descamación. Al mismo tiempo se le presenta adenitis inguinal del mismo lado. La ulceración es dolorosa; hay abundante supuración, con amortiguamiento e intenso frío.

Se le han hecho aplicaciones de rayos ultravioletas; se le ha administrado antibióticos, calcio, vitaminas, sin ningún resultado. Finalmente hacemos el tratamiento con PAS en aplicación tópica; pero a pesar del tiempo de ensayo y las condiciones en que se ha hecho, los resultados son nulos. Los injertos no llegan a prender, por lo cual se desecha el tratamiento.

CASO NUMERO 24.—

Nombre: J. M. M.—Edad: 51 años.—Ocupación: Jornalero.—Estado civil: Soltero.—Raza: Mestiza.—Residencia: Ibarra.—

Ingresas: 21 julio 53.—Permanencia: cuatro meses. Diagn. Prov.: Elefantiasis.—

Diag. Def.: Ulceras varicosas y elefantiasis.

La enfermedad data de unos diez años: asomaron unas vesículas que se abrieron. Atribuye el paciente esta afección al hecho de haber trabajado pisando barro (dermitis venenata). Como el prurito fuera intenso el enfermo se rascó, produciéndose infección y ulceración que fue aumentando de tamaño. Al mismo tiempo la pierna izquierda fue adquiriendo un estado elefantiásico.

En la parte interna de la pierna y el muslo puede observarse engrosamientos varicosos bastante notables.

Sin resultado ha sido atendido en varios dispensarios y hospitales.

En los diversos exámenes complementarios realizados no se encuentran datos anormales. Los exámenes serológicos son así mismo negativos.

A este paciente lo hemos sujetado a varios tratamientos de desinfección con soluciones de permanganato, de nitrato de plata, merthiolate, etc. Se le ha dado vasodilatadores periféricos, antibióticos, sulfas, calcio, vitaminas. Se le practicó ligadura de los paquetes varicosos en sus orígenes y en el trayecto de los mismos.

Con el fin de apreciar la acción del PAS lo hemos aplicado en forma de pomada al 20%. Los resultados al comienzo fueron de oscura valorización. Más tarde lo aplicamos como polvo, con el que se hace una buena desinfección y aparece tejido cicatricial; pero desgraciadamente la recuperación es demasiado lenta, especialmente en una de las ulceraciones de la porción inferior, al tanto que en la parte superior llegan a cicatrizarse bien.

El PAS ayuda a la revitalización de los tejidos permitiendo la recuperación funcional de los mismos.

CASO NUMERO 25.—

Nombre: S. Q.—Edad: 19 años.—Ocupación: Agricultor.—Residencia: Santo Domingo de los Colorados.—Estado civil: Soltero.—Raza: Indígena.

Ingresa: 31—VII—53.—Permanencia: 51 días.—
Diag. Prov.: Osteomic'itis m.i. izquierdo.

Diag. Def.: Osteomielitis m.i. izquierdo.

Hace unos tres años asoma una pápula rojiza a nivel del tercio inferior de la pierna izquierda. Hay invasión con una coloración violeta y seguidamente se presenta una gran erosión con secreción purulenta. El paciente acusa mucho dolor. Con el diagnóstico de osteomielitis es intervenido quirúrgicamente, pero recidivan las lesiones, por lo cual es sujeta a nueva intervención.

En los exámenes complementarios no encontramos datos dignos de tomarse en cuenta.

Posteriormente decidimos emplear el PAS en polvo para el tratamiento. Los resultados son buenos desde

el comienzo, convirtiéndose la lesión en quirúrgica y permitiendo la aplicación de injertos que prenden con gran facilidad. El enfermo abandona el servicio en buenas condiciones.

El PAS obra limpiando las heridas, revitalizándolas y permitiendo la aplicación de trasplantes de piel.

CASO NUMERO 26.—

Nombre: M. Ch.—Edad: 27 años.—Profesión: Agricultor.— Estado civil: Casado.—Raza: Indígena.—Residencia: Sangolquí.—

Ingresó: 2—VIII—53.—Permanencia: 35 días.—Diag. Prov.: Hernia (?)

Diag. Def.: Absceso epigástrico.

El enfermo dice que hace unos tres meses antes de ingresar al Hospital sintió un dolor cutáneo en la zona epigástrica; luego se le endureció la piel, impidiéndole flexionar. En la zona afectada sintió calor, al que se asoció rubor y fue aumentando de volumen. En estas condiciones ingresa al servicio donde se le abre el absceso, dejando drenes. Queda posteriormente una úlcera profunda, con bordes desiguales, desflecados, forma irregular.

En sus comienzos usamos antibióticos y desinfectantes generales; pero luego pensamos en la aplicación de PAS; con el mismo que conseguimos magníficos resultados en pocos días, en que se cerró la ulceración. Los tejidos desvitalizados adquieren buena coloración y se granulan enseguida, facilitando así la mejoría pronta.

El PAS en los abscesos, una vez drenados actúa como desinfectante y reactivante de los tejidos injuriados.

CASO NUMERO 27.—

Nombre: M. C.—Edad: 70 años.—Profesión: Cocinera. Raza: Mestiza.—Residencia: Quito.—Estado civil: Viuda.—

Ingresó: 3—VIII—53.—Fallecimiento: 5—IX—

53.—Diag. Prov.: Nefrosis.— Diag. Def.: Nefrosis y escaras.

La paciente ingresa con anasarca, astenia, anorexia, hipertensión, lo que conduce a un diagnóstico provisional de nefrosis.

Debido a su estado se ve obligada a la inmovilidad y en una sola posición, por lo cual asoman escaras en la región sacrocoxígea.

Nuestro afán de experimentar el PAS nos lleva a ensayar en curación tópica, la que da buenos resultados mientras la enferma responde al tratamiento general de la nefrosis. Pero el agravarse de sus dolencias, el PAS parece no actuar. La enferma fallece por insuficiencia renal.

Cuando el estado general del enfermo mejora, va paralela la curación que se haga con el PAS, pero en tejidos desvitalizados no ofrece mayores ventajas.

CASO NUMERO 28.—

Nombre: N. V.—Edad: 50 años.—Estado civil: Casado.—Residencia: Quito.—Raza: Mestiza.—Ocupación: Carpintero.—

Ingresa: 8—VIII—53.—Permanencia: 40 días.—
Diag. Prov.: Bronquitis y nefritis.

Diagn. Def.: Bronquitis y escaras.

El paciente ingresa con un cuadro de bronquitis crónica. Presenta además hipoproteïnemia, con un estado nutricional malo. Hay edema de las extremidades y de los párpados.

Como datos patológicos se encuentra en los exámenes complementarios: en las orinas, piocitos, hemáties y vestigios de azúcar. En la sangre hay leucocitosis con neutrofilia y linfopenia.

Debido a la posición obligada hay escaras en la región trocanteriana de ambos lados, escaras de unos 3 cm. de diámetro.

El enfermo había sido tratado ya sus afecciones bronquial y renal, quedando las escaras, las mismas que decidimos tratarlas con el uso del PAS, lo que así se ha-

ce consiguiendo resultados positivos en unos 15 días. El PAS usamos en polvo, en curaciones cada dos días.

En las escaras el papel del PAS es como desinfectante, protector y revitalizador de los tejidos, permitiendo su reconstrucción.

CASO NUMERO 29.—

Nombre: M. S.—Edad: 27 años.—Residencia: Quito.—Estado civil: Soltera.—Ocupación: Q. D.—Raza: Blanca.

Ingresó: 6—IX—53.—Permanencia: 45 días.—Diag. Prov.: Quemadura de II grado.

Diag. Def.: Quemadura de II grado.

A consecuencia de la explosión de un reverbero sufrió quemaduras en la cara, cuello, tórax anterior y región anterointerna de brazos y antebrazos. Ingresó al servicio víctima de intenso dolor y ardor. Hay regiones carbonizadas en la piel; en otras observaciones grandes vesículas y hay partes con edema, rubor y calor.

Al ser recibida en el servicio se le administra sueros, antibióticos y percoren, con calcio y vitamina C.

En vista de lo extenso de las quemaduras decidimos ensayar el PAS tópicamente en la región del cuello, donde asepticamos y colocamos PAS en pomada. La mejoría es notable, y por tanto decidimos continuar la curación cada dos o tres días. Asociamos el PAS al aceite de hígado de bacalao e inyectamos antibióticos. La cicatrización comienza luego de unos ocho días para continuar en adelante.

Como la enferma tuviera tendencia a los queloides, éstos asoman y por ello se le sujeta al tratamiento de plastias.

Por tanto concluimos que la asociación de PAS con aceite de hígado de bacalao ofrece buenas ventajas en el tratamiento de las quemaduras.

CASO NUMERO 30.—

Nombre: L. A.—Edad: 8 años.—Residencia: Santo Domingo de los Colorados.—Ocupación: Escolar.—Estado civil: Soltero.—Raza: Mestiza.—

Ingresa: 30—X—53.—Permanencia: Cuatro meses—Diag. Prov.: Lupus.

Diag. Def.: Tb. colicoativa.

En la zona supraclavicular derecha y luego en la izquierda se le presentan hace unos cinco meses, tumores dolorosos, duros y móviles al comienzo. Más tarde aparecen en las regiones submaxilares de ambos lados y en la axila derecha. Al cabo de un mes aproximadamente se reblandecieron y abrieron espontáneamente dando secreción sanguinolenta primero y luego purulenta.

El cuadro anterior se acompañó de calofríos, malestar general, obnubilación, cefaleas, ligeras alzas de temperatura en las tardes. Una vez abiertas las lesiones, éstas se presentan como úlceras profundas hechas con sacabocados, bordes desiguales, desflecados, coloración violáceo-oscura.

Hay una microadenitis generalizada.

El paciente indica que hace algunos años se fracturó una pierna, pero que de ello se recuperó. Su vida la ha pasado en clima tropical.

En el examen histopatológico encontramos: células gigantes, rodeadas de células epiteloideas y tejido fibroso maduro; con focos caseosos pequeños. Por ello se ha puesto el diagnóstico de Tb. miliar crónica.

En el cuadro hemático, se encuentra la fórmula leucocitaria alterada: hay 18% de neutrófilos; 23% de eosinófilos; 52% de linfocitos y 7% de monocitos.

La reacción de Mantoux fue positiva.

A este paciente se instituyó en cuanto ingresó al servicio el tratamiento con aplicaciones de pomada de PAS, obteniéndose desde las primeras curaciones resultados positivos; pues las lesiones mejoraron dentro de su aspecto. Como se le enviara al control de LEA, especialistas concluyeron que debía tratársele la enferme-

dad por todos los medios y con las drogas de elección: estreptomocina, isoniacida, calcio y vitaminas A y D. De manera que se hizo el tratamiento combinado con los mejores resultados a través de tres meses consecutivos en que el paciente en buenas condiciones egresa de la Sala.

El ácido paraminosalicílico aplicado tópicamente en lesiones tuberculosas tiene una acción decisiva, no sólo mejorando el aspecto sino curando las ulceraciones Tb.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que no tenemos una larga y amplia experiencia, como para sacar conclusiones definitivas y precisas; el tiempo de más de un año de ensayo del PAS en lesiones de la piel, nos permite emitir algunos conceptos que resumen el fruto de nuestras experimentaciones.

1.—El ácido paraminosalicílico, aplicado a la piel, es prácticamente inofensivo para cualquier edad y para ambos sexos. Si en grandes dosis e introducido al organismo tiene una pequeña toxicidad; en cambio en la piel no produce reacciones adversas. En ocasiones se ha observado brotes pequeños de eczemas, sin que se pudiera atribuir exclusivamente al PAS; ya que en las personas afectadas por esta dermatosis presentaban además supuración y maceraciones de la piel.

2.—El PAS se difunde con gran facilidad a través de los tejidos modificados, tales como las ulceraciones, por donde puede penetrar al organismo y circular por la sangre.

3.—El PAS se emplea sólo y mejor asociado a la estreptomocina para el tratamiento de cualquiera de las formas de tuberculosis del organismo humano.

4.—El PAS para el tratamiento de lesiones externas de la piel se emplea en forma de polvo, pomada, pasta, solución, emulsión o agregado a cualquier sustancia terapéutica.

5.—El PAS es un bacteriostático poderoso, actúa

deteniendo al desarrollo bacteriano.

6.—El PAS tiene un gran parecido con los sulfas dentro de su aplicación externa; pero no acarrea los peligros especialmente renales de éstos.

7.—Cuando hay secreción purulenta, la acción del PAS es casi nula.

8.—Para aplicar el PAS en la piel, éste debe ser limpiada perfectamente. Se hará una perfecta asepsia con agua y jabón y luego con un desinfectante químico (merthiolate, metafén, cetavión, éter. . .)

9.—Los mejores resultados con el PAS se obtienen en los casos de lesiones tuberculosas de la piel éstas ceden con bastante facilidad y en reducido tiempo.

10.—En las afecciones de carácter vana, puede aplicarse el PAS, tanto como curativo y como acelerador de la cicatrización.

11.—Cuando las ulceraciones son de gran tamaño y se emplea el PAS, se ha llegado a obtener una herida quirúrgica, que facilita la aplicación de injertos de piel.

12.—Los resultados del PAS pueden apreciarse hasta dentro de los ocho días de las primeras curaciones; y en caso de no obtenerse una buena respuesta hasta los veinte días debe cambiarse de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

Dermatología y Sifiliografía Modernas.—**Becker y Obermayer.**—

Quimioterápicos y Antibióticos en el Tratamiento de la Tuberculosis.—**Alf. Westergren. Nord. Med.** 43.403 (1950).

Posología y Concentraciones Sanguíneas del Acido Para-amino-salicílico.—**Max. Disler.**

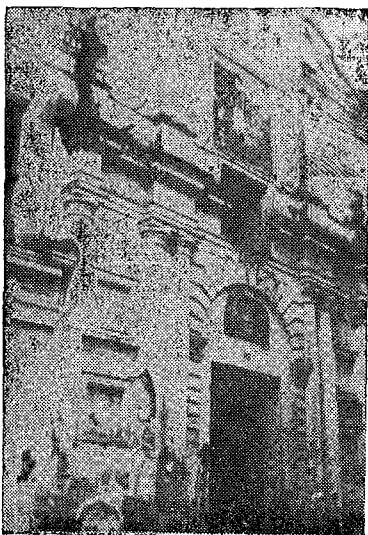
Artículos varios preparados por la Casa "WANDER".

VARIOS

EDITORIAL

EL VIEJO HOGAR UNIVERSITARIO

En las universidades sudamericanas hay un afán constructivo y de modernización de medios de enseñanza que les está conduciendo a un evidente progreso, digno de apreciarse en la novísima ciudad universitaria de Caracas, a todo costo y lujo, la de Bogotá, el proyecto de la del Valle, la de México y la nuestra de la Central,



**PORTON Y FACHADA DEL ANTIGUO
CUARTEL REAL DE LIMA**

discutida por su financiación, que parece que no fué un acierto, por su ubicación, que parece que tampoco lo fué, y por la forma que van tomando las edificaciones, que nos ha desilusionado, pero que, como ya estamos embarcados en la obra, a lo ya hecho hay q' enfrentarlo con decisión y perseverancia, y así está procediendo la actual administración de la Central.

Está por terminarse la edificación de la Facultad de Derecho, comenzada y avanzada la de Ciencias y el estadium, gracias al afán del Rector doctor Alfredo Pérez Guerrero y del Consejo Universitario de su presidencia. La Facultad de Medicina debe al laborioso Rector y Consejo la primera edi-

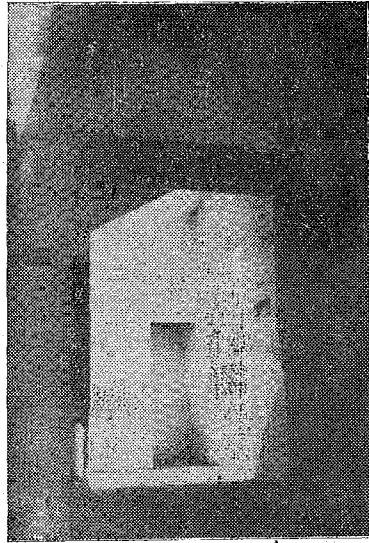
ficación de la Escuela de Medicina, dedicada a estudios morfológicos, terminada en su planta baja y que posiblemente estará acabada en el año venidero, hallándose en trámite la adquisición del costoso mobiliario, instalaciones y utilería para trabajo y docencia de las Anatomías.

Mucho se habló sobre si convenía a la Universidad despojarse de su edificio central, de valor histórico y sentimental para la vida universitaria de Quito, hogar de la Universidad de San Gregorio el Magno, cuyo edificio respetable y sobrio pudo, y no solo que pudo sino que debió conservarse, con su hermoso pórtico renacentista que en mala hora fue demolido sin que nadie se preocupe de su valor arquitectónico ni de que se echaba a tierra una bella obra, porque así hemos procedido en nuestros afanes de modernidad y confort. Y en época posterior, por afán de financiar la ciudad universitaria se cedió el edificio de la Central al Ayuntamiento de Quito, un edificio si bien incómodo y de pésimo gusto, pero muy bien situado, al centro de Quito, que debió conservarse para ciertas dependencias administrativas de la Universidad que deben estar en el distrito central de la ciudad, como son las oficinas de información y la sala de conferencias para los grandes actos universitarios, que por la forma de vida que se lleva en Quito, por un tiempo muy largo tendrán que realizarse en sitio central para tener público y dar facilidades de asistencia.

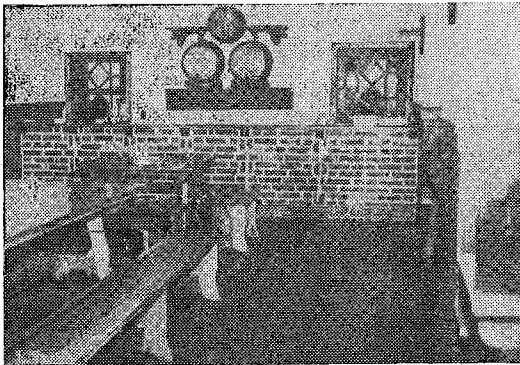
Tan necesaria ha sido la vieja casa universitaria como que se tuvo que arrendar por diez años parte de la misma casa vendida, lo que fue el antiguo Cuartel Real de Lima, para la Cooperativa Universitaria, en donde se instaló el Bodegón Universitario, un acierto de las autoridades que hoy dirigen la universidad, ahí se reúnen profesores y alumnos, se conocen, se hace vida social, indispensable para la armonía corporativa, ahí funciona el Club de Estudiantes de Medicina y también lo harán los Club de Estudiantes de las otras Facultades que están organizándose.

Con buen juicio y buen gusto se han hecho las reparaciones del antiguo Cuartel Real de Lima, respetando su sabor antiguo, dándole comodidad y decorándolo con la sobriedad de la época.

Esta ala del edificio universitario necesita arreglar su fachada, sin quitar sus lineamientos bien conservados hasta hoy. Bien merece todo gasto un edificio vinculado a la historia cultural, militar y cívica de Quito y el Ecuador, fué sitio universitario, primera biblioteca pública, casa de moneda en los buenos tiempos en que nosotros mismos acu-



VESTIBULO DEL ANTIGUO CUARTEL REAL DE LIMA



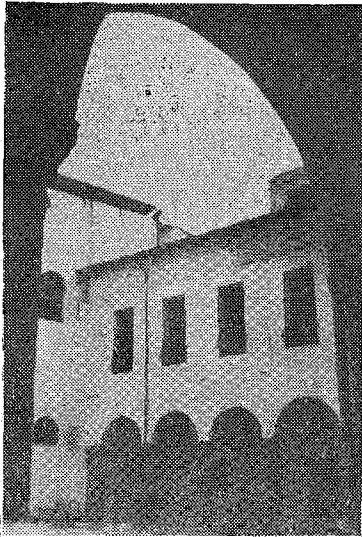
EL BODEGON UNIVERSITARIO, SITIO DE REUNION DEL CLUB DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

ñábamos nuestros reales, prisión, casa de estancos, cuartel —por el que conserva su nombre— alojó a las tropas reales venidas de Lima al mando del Coronel Don Manuel de Arredondo, Marqués de San Juan de Nepomuceno, para mantener el orden en la Audiencia de Quito y sitio de los sangrientos acontecimientos del 2 de Agosto de 1810, fecha la más gloriosa en la historia cívica de Quito y del Ecuador. Un solar con semejante his-

ñábamos nuestros reales, prisión, casa de estancos, cuartel —por el que conserva su nombre— alojó a las tropas reales venidas de Lima al mando del Coronel Don Manuel de Arredondo, Marqués de San Juan de Nepomuceno, para mantener el orden en la Audiencia de Quito y sitio de los sangrientos acontecimientos del 2 de Agosto de 1810, fecha la más gloriosa en la historia cívica de Quito y del Ecuador. Un solar con semejante his-

toria no se vende, así como no se compra alcornia ni historia. En la sala de actos del edificio de la Central se firmó el acta de fundación de la República, con la intervención de Flores y personajes de la docencia universitaria.

No es el cariño a lo vetusto y la antipatía a lo moderno, es el respeto a la historia, la conservación de nuestros viejos y bien hermosos edificios de la época virreinal, el valor sentimental y la alcornia, que son parte noble de la vida de hombres e instituciones, lo que debemos defender y no abandonar el viejo solar universitario. Lo necesita la Universidad para su vida y la ciudad para su universidad,



**PATIO DE ARMAS DEL ANTIGUO
CUARTEL REAL DE LIMA**

frente de cultura y grandeza nacional. El negocio se hizo, en mala hora para los intereses de la Universidad, no se trata de desconocer contratos firmados sino de llegar a una transacción con el Cabildo de Quito, atento siempre al progreso de la ciudad, mediante la cual la Universidad conserve los derechos de su hogar central pagando al Municipio lo que sea de pagar. Un acuerdo de caballeros y de instituciones que se respetan y se

ayudan y que no pueden mirar con indiferencia el grave perjuicio de uno de los contratantes y las dificultades por las que está pasando. No podemos abandonar la casa universitaria, debemos, por todos los medios, buscar una transacción que haga honor a las partes interesadas y que, ni un momento lo dudamos, será aceptada por el noble Cabildo de Quito.

Dr. GUSTAVO CEVALLOS A.

**HISTORIA DEL ANFITEATRO ANATOMICO DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL**

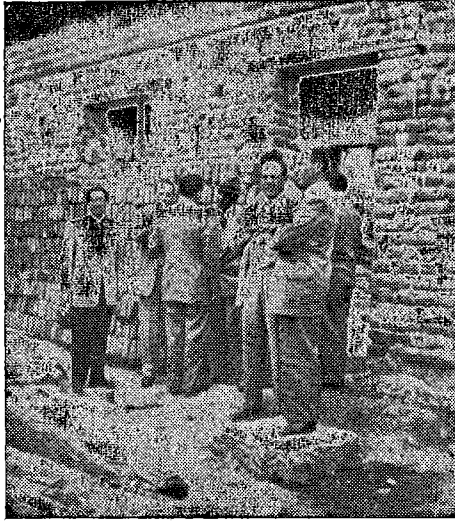
Leído en Programa "Universidad del Aire" H. C. J. B.

Sean mis primeras palabras de agradecimiento al señor Decano de la Facultad, que sin reparar en todo aquello que me falta —que es mucho— me eligió para que ocupara esta tribuna universitaria. De mis personales errores seré el solo responsable; de el acierto —si alguno hay— tan solo quien me escogió.

Pacificada la República del Ecuador, luego de la magna gesta libertaria, nótase de inmediato un florecer de la cultura, que permaneció algún tiempo eclipsada, ya que todos los individuos —jóvenes y viejos —trocarraron sus afanes de estudio y de cultura 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 así la Universidad Central. Reunidos en 1826 en Congreso, los legisladores gran colombianos dictaron



El Anfiteatro de Anatomía en construcción.
De izquierda a derecha: Dr. Virgilio Paredes Borja.—Arquitecto Gilberto Gatto Sobral.— Dr. Alfredo Pérez Guerrero, Rector de la Universidad.—Ingenieros De la Torre y Casares.

una ley de Instrucción Pública, que en la parte pertinente dice:

Art. 44.—Las Universidades centrales comprenderán también la Escuela de Medicina que aunque forma un solo cuerpo con la misma Universidad se **cuidará de colocarla en edificio o patio separado** para mejor arreglo y organización.

He aquí pues un hecho de singular importancia: la creación de la República nace también la cátedra de Anatomía General y Descriptiva, que es la materia base y fundamento según reza otro de los artículos de la ley parcialmente transcrita. Pero no se nombra Profesor Titular para la cátedra sino que se la encarga dictarla al Catedrático Primero de Medicina según la denominación de la época.

Al año siguiente 1827 el Libertador Bolívar, dictó

un Reglamento para la Universidad de Caracas, el mismo que debió hacerse extensivo a las Universidades de Quito y Bogotá. En él indica que los estudios de Medicina deben hacerse en siete años, en TRES de los cuales debe estudiarse la Anatomía General y Descriptiva. Inmediatamente el 16 de Noviembre de 1827 nombra al Doctor José Marzana, propietario de la cátedra de Anatomía General y Descriptiva de la Universidad Central iniciándose así su trayectoria. Lo único que sabemos acerca del doctor Marzana es que se graduó de Médico en el año de 1803.

El doctor Marzana, dicta sus clases en el edificio central de la Universidad. Son clases eminentemente teóricas, ya que todavía no se cuentan con los medios suficientes para efectuar demostraciones prácticas. Viene entonces el año de 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 del mandatario 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 preferencia para Rocafuerte. Procurar sentar las bases para el arreglo económico de la república, he ahí su objetivo y su ideal; he aquí para lo que acumuló fuerzas prodigiosas, su carácter, inteligencia y laboriosidad.

Rocafuerte el 26 de Febrero de 1836 dictó un Decreto Ejecutivo que modificaba el entonces vigente plan de estudios de la Facultad de Medicina. Entre las modificaciones destaca la importancia que se da a la Anatomía General y Descriptiva. Así informada la cátedra los personeros de la Universidad y el Presidente meditan ya en la necesidad imperiosa de construir un "ANFITEATRO ANATOMICO" para que los alumnos puedan realizar él un estudio objetivo y práctico de la morfología humana. En efecto en el año 1837 Rocafuerte, el Doctor José García Parreño, Rector de la Central y el doctor José Manuel Espinosa, Director o Decano de la Facultad Médica, establecen el anfiteatro anatómico en

un local anexo al Hospital de Caridad, hoy San Juan de Dios, en un sitio, desconocido para nosotros, pero que colinda con el Cementerio de la antedicha casa de salud.

El General Juan José Flores, en su tercera administración, prestó relativa atención y ayuda al Anfiteatro Anatómico que deficiente en sus servicios fué uno de los establecimientos que mereció menos apoyo de los gobernantes y aún de los mismos profesionales médicos. Permanecía cerrado porque ni la Facultad, se preocupaba de que se enseñase prácticamente la Anatomía después de 1839.

Solo en el año de 1869 sabemos que se practicó una disección dirigida por los Doctores Juan Acevedo y Manuel María Casares, Profesores de Cirugía, y luego de múltiples exigencias de los alumnos.

En el año de 1857 ocupa García Moreno la dignidad más alta de la Universidad. Le acompaña en su gobierno como Vicerrector el Doctor Miguel Egas, ilustre catedrático de Anatomía. Pronto vienen contratados de Francia los Doctores Esteban Gayraud, Profesor Agregado de la Universidad de Montpellier y el doctor Domingo Domec, alumno interno del Hospital "San Eloy de Montpellier" y su arribo a nuestra patria marca el comienzo de una nueva era en la medicina ecuatoriana.

Pronto los profesionales franceses informan al Primer Mandatario de la imperiosa necesidad de reconstruir el viejo Anfiteatro de Rocafuerte y diligente el Presidente ordena que el Arquitecto nacional señor Franck Schimidt elabore un plano de reconstrucción del hogar de la cátedra de Anatomía. El 30 de Marzo de 1874 se firma un contrato entre el señor Fernando Pérez Quiñones y la Junta de Hacienda para que este señor contratista se haga cargo y lleve a ejecución la obra. Se acuerda el pago de 163 pesos, 3 reales y 3 centavos y se estipula un plazo de 5 meses para su terminación.

El trastorno político que originó en todos los aspectos de nuestra nacionalidad, la muerte trágica del insig-

ne estadista, motivada por sus principios políticos, teocráticos, e intolerantes, que le concitaron el odio nacional, paralizó toda iniciativa y toda reforma. El Anfiteatro siguió prestando servicios, para el estudio, pero falto de agua y de lo mas indispensable. Al extremo de que en 1888 varios vecinos del local se quejan al Presidente del Concejo Municipal de los peligros que este establecimiento ofrece y denuncian incorrecciones de los estudiantes que salen a exhibir partes de los cadáveres, con gran escándalo. Piden que el Anfiteatro se traslade a otra local o que las prácticas se hagan en el interior del edificio. El 9 de Mayo el Ministro del Interior comunica que el Presidente de la República conforme el dictamen del Director de Obras Públicas a quien ha transmitido el pedido recabará del próximo Congreso fondos para trasladar el Anfiteatro a un lugar más conveniente, y que en cuanto a la denuncia contra los estudiantes, la investigación practicada demuestra que aquella es infundada. La comisión municipal en cambio opina que se debe prevenir al Profesor de Anatomía doctor Darío Echeverría, para que reprima los desmanes de los alumnos.

En Junio 22 de 1891, el Director de Obras Públicas, Juan Bautista Menten dice al Presidente del Concejo Municipal que autorizado por el supremo gobierno quien le ordenó reconstruir el Anfiteatro por ser inadecuado, ha resuelto echar abajo el edificio y reedificarlo desde los cimientos, cambiando el trazo para que la línea de fachada se conforme con la del Hospital, y demás edificios de esa carrera. La comisión mixta designada al efecto informa que el 26 de Junio se constituyó en el lugar indicado y conforme a la ordenanza de Ornato delineó la horizontal de la nueva construcción. El 21 de Agosto el mismo funcionario transcribe oficio de la víspera, del Ministro del Ramo, en que dice que el Presidente de la República ha aprobado dicho plano y remite este para que lo examine la Comisión de Ornato y se someta a la aprobación del Concejo Municipal. El informe de la Comisión es favorable.

Este es pues el edificio, que sirve a los estudiantes

desde hace más de medio siglo, en que máximo habían cursos de 10 y 15 alumnos.

Un portón angosto da acceso por la calle García Moreno a un pequeño hall a cuya derecha se levanta la sala principal de disección, cuadrilátera de 8 metros de largo por cuatro de ancho y que lleva en si tres mesas de pizarra negra para colocar cadáveres. De las paredes emergen también planchas de cemento para el mismo objeto. Al fondo de esta sala encontramos cuatro gradas de madera dispuestas en 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 la clase magistral. Bajo esta sala de clases única, capacidad máxima de treinta alumnos, se ubica un pequeño depósito de cadáveres.

En el año de 1915 el entonces Profesor de Parasitología y Anatomía Patológica doctor Luis G. Dávila, logra la construcción de un pequeño tramo nuevo, que mira hacia la Avenida 24 de Mayo y que consta de un piso bajo con sala de disección y una sala alta de clases con capacidad máxima de veinte alumnos.

Este ha sido 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.

Por la naturaleza de la enseñanza, el material necesario, el número crecido de alumnos, unos cuatrocientos en cada uno de los últimos años escolares, la enseñanza de las Anatomías ha venido sobrellevando una situación angustiosa, que se la ha mitigado un tanto gracias a la dedicación, perseverancia y sacrificio de profesores y alumnos. Pero nada absolutamente nada se ha hecho para encontrar solución a la tremenda situación. Ofrecimientos, promesas, no han pasado más

allá del plano de una futura gran realización. Y así estuvimos, hasta que desde hace cuatro años se comenzó a mirar el problema desde otro punto de mira y se pensó que las urgencias del presente no admiten dilatorias. No era justo seguir sacrificando generaciones de estudiantes hasta una fecha lejana e indeterminada en que se reunan o financien los diez o doce millones que costarían el edificio de la Escuela de Medicina.

La primera y fundamental preocupación del señor Decano doctor Salguero al asumir su mando fue solucionar el eterno problema. Analizó la situación, consultó a los organismos universitarios y a la Facultad por repetidas ocasiones. Pidió datos, opiniones y necesidades al grupo de catedráticos de anatomía. Con datos precisos y esta nueva visión del problema se comenzó por buscar un sitio adecuado para la edificación. Se pensó vender el actual viejo edificio pero hubo reclamación de la Asistencia Pública que demandaba derechos sobre ellos. Se tranza con la Junta y está haciendo honor a su certera dirección, cede por escritura pública un terreno de su propiedad junto al tramo oriental del Hospital Eugenio Espejo. Se proyecta y se hace un plano con necesidades mínimas y finalmente luego de largos y complicados trámites se logra financiar la obra del Primer edificio de la Facultad de Medicina, con la cantidad de Dos y medio millones de sucres concedidos por la Caja de Pensiones.

El día Viernes 18 de Setiembre de 1953 ante el Notario del Cantón doctor Cristóbal Salgado, El Rector de la Universidad Central doctor Alfredo Pérez Guerrero, y el Ingeniero Ricardo Salazar, firman el contrato de edificación del primer local de la Facultad, dedicado a los estudios morfológicos.

El edificio en estructura de hormigón tiene una gran sala disección con veinte mesas, sala de conservación de cadáveres con instalaciones de congeladoras y refrigeradoras, compartimento para cadáveres formolizados, tinas de conservación. Sala de estudiantes con un gran salón y 200 canceles de hormigón armado y puertas de hierro. Sala para museo. Sala para biblioteca. Sa-

la de Profesores. Un gran anfiteatro de cabida para 300 alumnos; tres cátedras de 60 alumnos cada una y otra para 120 alumnos. Servicios higiénicos y casa para Porteros y empleados.

El proyecto se ha llevado al punto de las realizaciones tangibles —la obra se halla magníficamente adelantada y el contratista la entregará en Marzo del próximo año— gracias al noble y decidido empeño del doctor Alfredo Pérez Guerrero, gracias a la dinamia del actual Decano, que ha visto cristalizar un objetivo, que no quisieron o no pudieron hacer casi un centenar de Decanos que han pasado en nuestra Facultad, y gracias al Ing. proyectista señor Gatto Sobral, el contratista señor Ricardo Salazar, que merecen la gratitud, de las jóvenes generaciones médicas, que miran amanecer una nueva época.

LOS LIBROS TAMBIEN SE MUEREN

Existe en Roma un Museo muy poco conocido de los turistas, cuyas vitrinas encierran una asombrosa colección de papiros, de tablillas indias, de volúmenes encontrados en Pompeya y Hérculano, de manuscritos góticos, etc. Curiosa biblioteca que es, sobre todo, una colección clínica. Sus libros tienen enfermedades y heridas mortales. Este Museo es el del Instituto de Patología del Libro, situado en el centro de Roma, que funciona dirigido por la Investigación Científica Italiana.

La finalidad estriba en encontrar los medios de defensa contra todos los peligros que amenazan al libro: medios preventivos (es decir, lucha contra los organismos destructores, construcción de dispositivos de preservación, ignafugación del papel, etc.); medios curativos (es decir, esterilización, restauración, etc.). La aplicación de estos métodos exige, por una parte, la de los elementos deteriorantes.

Se ven en las vitrinas del Instituto pergaminos carbonizados, libros que han conocido el agua del mar, y otros atacados por el moho o por los insectos. Legajos encontrados en un submarino, magmas calcinados, cuya restauración, por asombroso que parezca, se emprendido y realizado con éxito.

Estos documentos no han sido tan sólo presa de insectos o de vegetaciones microbianas; en ciertos casos, los mismos fabricantes han introducido inconscientemente elementos nocivos. Existen libros viejos impresos sobre papel de excelente calidad en apariencia, fabricados en Sicilia utilizando un agua rica en cobre. Ahora

bien, el cobre que quedó en las hojas ha ennegrecido caprichosamente y las ha hecho quebradizas. Lavados químicos permiten remediar estos deterioros, y para este trabajo se han realizado preparaciones especiales de blanqueo.

Otro ejemplo es el de las tintas perforantes que roen el papel en zonas recubiertas por la escritura o la impresión. También en este caso se efectúa la restauración por un procedimiento químico de neutralización de base.

En una sala del Museo se encuentra un aparato extraño, ideado en 1773 por Antonio Piaggio, destinado a desarrollar y a fijar elemento por elemento, introduciendo hilos de seda en libros completamente calcinados. Trabajo paciente que ha permitido restauraciones extraordinarias. Porque en Italia no han faltado nunca documentos valiosos calcinados. Mucho antes de la guerra, el incendio de la Biblioteca de Turín en 1904, el de la Biblioteca Universitaria de Mesina en 1908, así como las destrucciones provocadas por las erupciones volcánicas han nutrido ampliamente los laboratorios de investigación.

Sin embargo, la guerra última ha aportado asimismo otras destrucciones, testigo de las cuales son gruesos libros seccionados o perforados por los proyectiles. Quedan también pequeños bloques carbonizados, vestigio de los tesoros que poseían la Biblioteca Nacional de Nápoles o los Archivos de Monte Casino. Ante todos estos destrozos se queda uno pasmado; ¿es qué han huído los tesoros inestimables de la Abadía antaño floreciente a ese montón de papeles viejos transformados en informes pingajos por el agua y por el fuego? ¿qué van a conseguir los expertos?

En los Laboratorios del Instituto y en las salas de restauración los libros viejos se descosen y se desmontan, y las hojas, una a una se deslizan en una estufa, sin abandonar el cuadro de soporte que las sostiene a continuación se reparan y se aplanan. Después se practica el encolado, el apresto o el barnizado de ciertas hojas. Se analizan cuidadosamente todas las materias utilizadas,

según la naturaleza y el estado del volumen que necesita cura. Cuando es necesario, se consolida una hoja deshecha con un tejido de seda fina. Los elementos del libro se reúnen a continuación, se ajustan y se encuadernan, y, en caso de necesidad, la misma encuadernación se restaura cuidadosamente.

A veces, se fotografían piezas delicadas. Así se conservan al abrigo de todo ataque, y los interesados podrán, por lo menos, consultar su reproducción sobre microfílm. El Instituto dispone, además, de un laboratorio fotográfico de los más modernos, en el que se utilizan todas las técnicas científicas para revelar las escrituras borradas, encontrar los textos lavados sobre los palempestos o controlar algunos sellos o enmiendas.

Existe también el laboratorio de microbiología, en el que se examinan las depredaciones microbianas y los enmohecimientos, y hay una sala reservada a la entomología. Al lado se encuentra el laboratorio de física, con sus aparatos de ensayos de resistencia de los papeles, su espectrógrafo ultramoderno y el laboratorio de química, en el que se estudian los métodos de blanqueo, de lavado, y en el que se analizan los soportes, las cintas, etc.

El Instituto está dotado de una biblioteca que encierra una importante colección de obras especializadas sobre las artes gráficas, sobre el papel (algunos manuscritos se remontan al siglo XIII), sobre el arte de conservar y de cuidar los documentos. Publica un boletín periódico de información, en el que aparecen los resultados de sus estudios, las conclusiones de las experiencias realizadas en su laboratorio y todos los trabajos efectuados en el mismo Instituto y en otros Centros.

"Correo Literario"—Madrid 1953.

Dr. JULIO ENDARA

Profesor Principal de Neuropsiquiatría de la Facultad de Medicina

378.4.61
E-56

A los nuevos graduados

DISCURSO

Señores:

El H. Consejo Directivo ha querido que esta vez tome yo la palabra, en consideración a que, en la actualidad, soy el Profesor más antiguo de nuestra docta corporación. Debo desentrañar el sentido del encargo, y es así como pienso que al querer que os haga presentes los augurios más cordiales con ocasión de tan grato suceso, hable también la voz de la experiencia, como una lección más que tenga una cierta proyección en este momento crítico en que os toca iniciaros como profesionales libres, pero plenos de deberes y de derechos.

No voy, si tan significativo es el encargo y tan necesaria esta lección —que ya no tendrá un carácter técnico sino el de una iniciación entrañable—, a dirigiros unas cuantas expresiones formales y desprovistas de contenido. Queden esas formalidades para cuando hay que salir ileso de algún compromiso de los tantos a que la vida nos obliga.

Por mi carácter y por las disciplinas que cultivo, os miro con un profundo interés y con un gran cariño. Cariño, porque nada me ha estimulado ni satisfecho en mi vida como la tarea docente, ni nada me ha enseñado más y me ha obligado a estudiar mejor que el contacto con mis discípulos. Y casi todos vosotros lo habéis sido dilectos y valiosos. Interés, porque quisiera desentrañar la hondura de vuestras personalidades y captar si hay coincidencia entre lo que fué vuestro "yo ideal" al iniciaros en el estudio de la medicina y el "yo real", formado en parte por vosotros mis-

mos y en parte por la experiencia y el saber que habéis captado. Estáis satisfechos con lo que habéis logrado? O acaso en la intimidad de vuestra conciencia —a veces aprehensible y otras nó—, os sentís un tanto angustiados o algo defraudados? Esa inseguridad, si existe, se refiere a la desconfianza en vuestras propias posibilidades y aptitudes, o acaso tenéis el sentimiento de que a lo largo de los años la Universidad no os ha proporcionado todo lo que aspirábais? O tal vez esa angustia y desconcierto sólo traducen la indecisión del que va a dar, ya sin apoyo, los primeros pasos en un ambiente colmado de amenazas, o por lo menos de inquietudes, porque es verdadera lucha la que se inicia?

Seguramente que hay un poco o mucho de cada uno de esos matices de la experiencia interior. Y digo seguramente, porque cuando uno se dedica —con vocación o sin ella, es cuestión de grado— al estudio de una profesión, necesariamente ésta ofrece dos motivos de interés: primero, el de satisfacer una necesidad ideal, que es como encontrarse a sí mismo, para la realización de las actividades futuras; y segundo, el de asegurarse una actividad que ofrezca ciertas seguridades para la obtención de lo más elemental que necesitamos en el curso de la existencia. Doble aspiración, doble necesidad: una, íntima, ideal, para el logro de la cual necesitamos poseer una estructura adecuada de la personalidad, en lo que tiene de más noble y valioso; y otra, capacidad de adaptación a las variantes de la experiencia social. Para la una —que en cierto sentido se identifica con la vocación— se requiere calidad, disposición para funciones sociales, desprendimiento de sí mismo, aptitud de sacrificio, capacidad para mirar las cosas en cuanto tienen de más valioso, para así satisfacer los intereses espirituales tanto propios como ajenos. Para la otra, basta con una buena aptitud intelectual, manualidad segura y hábil, cálculo para sortear oportunamente los obstáculos y vencer en la lucha con el menor esfuerzo y, por qué no decirlo, capacidad para imponerse a los demás y habilidad para explotar las debilidades humanas.

El análisis más escueto y sumario de la dura realidad en que vivimos nos conduce a un callejón sin salida. Tenemos que defendernos nosotros mismos, y al decir nosotros, me refiero también a aquel círculo familiar y social que está íntimamente ligado a cada uno. La defensa también es doble: contra la desesperanza y el pesimismo, contra todo lo que puede amenazar la tensión

o la estabilidad de la persona íntima, por un lado; y contra la agresión externa, por otra, que ya sea voluntaria o automáticamente, trata de arrasarnos y sacrificarnos.

Para defenderse del primer peligro hay diversos resortes: la capacidad de analizar sin pasión lo que nos ocurre cada día, sea favorable o perjudicial, buscando sus causas; el cultivo de la personalidad apelando a todo lo que es capaz de educarla y mejorarla: el arte, la filosofía, la literatura, etc.; la firmeza de los sentimientos de sociabilidad e interés humano; el cultivo de aspiraciones que den agrados íntimos: serenidad, paz, o por lo menos comprensión.

Contra el segundo peligro: el saber auténtico, el estudio de las fuerzas que nos amenazan y el de los recursos permitidos en justas de nobleza para evitarlos o vencerlos; la agudización de nuestros sentidos, desatendiendo las explicaciones mágicas y primitivas: mala suerte, desgracia, indefensión etc.; conocimientos de los recursos con los que los demás luchan, etc., etc.

Ya veis cómo enunciados apenas los que son ideales de la profesión y los peligros que en el ejercicio de ella se presentan, la tarea del que se inicia no es fácil. Por el contrario, está sembrada de peligros.

Pero es necesario que estos términos generales se traduzcan en hechos palpables, para que podáis captarlos con más facilidad y ya refiriéndome concretamente a la profesión médica.

La medicina, señores, atraviesa por una etapa de verdadera revolución, casi diría de máxima crisis. El hecho mismo de que hayamos asistido a un sin fin de descubrimientos y con ellos a la liquidación de enfermedades que antes constituían enigmas diagnósticos y terapéuticos, ha dado lugar a la aparición de ciertos fenómenos inesperados. Los procedimientos de trabajo son tantos, que por fuerza uno tiene que dedicarse a una determinada especialidad. La figura del médico de familia ha desaparecido, y con él un depositario de secretos, de intimidades, de confianzas. Gran parte de los diagnósticos se formulan en el secreto de los laboratorios, y tales o cuales fórmulas sanguíneas o resultados radiográficos tratan de imponerse con una fuerza tiránica. Por lo demás, las posibilidades terapéuticas son numerosas y la propaganda farmacológica tan insistente, que parece sencillo ordenar un plan de tratamiento.

Hay muchas ventajas en todo esto, pero semejante estado de

cosas está provocando insuficiencias básicas. El estudiante que hace vida de hospital, que oye insistentemente los comentarios diagnósticos derivados de exámenes auxiliares, que practica la terapia standard, vá alejándose lenta pero seguramente de la intimidad de los pacientes. Quiéralo o nó, éstos van convirtiéndose en números, en cifras, en elementos estadísticos. Y en el mejor de los casos, en motivos de experiencia que sólo valen por la calidad con que van integrando los cuadros generales y de ninguna manera por su contenido personal.

Es decir que tales prácticas tienen dos consecuencias a nuestro parecer gravísimas: la carencia de un sentido o criterio clínico —aptitud de discrimen y aptitud de síntesis— que sin despreciar los recursos auxiliares, capte el significado de la ensambladura patológica total; y el olvido de que todo paciente, sin excepción, antes que enfermo es persona, es decir un ser con su prosapia encumbrada o modesta, un individuo que en el curso de su vida, más que enfermedades —casi siempre circunstanciales— ha tenido experiencias vitales —luchas, conflictos, ambiciones, amores, éxitos, fracasos etc.— Hasta qué punto su dolencia es explicable sólo por la presencia de un germen o por un desorden metabólico? Acaso no se sabe que tales o cuales condiciones afectivas y aún intelectuales favorecen ciertos ataques bacterianos o conocidos modificaciones humorales? Es verdad que ya se habla entre nosotros con alguna insistencia sobre la orientación psicosomática de la medicina y, por haberse referido a ella, se cree que se ha liquidado el conflicto posible de la personalidad de muchos pacientes. Celebro mucho la insistencia sobre tal orientación, pero hay que convenir en que ella no se introduce aún como práctica sistemática y menos aún como recurso obligado dentro de las distintas especialidades.

Entonces tenemos que reconocer que algunas de las fallas fundamentales de nuestros médicos son: la carencia de una cultura general que los haga más sensibles a los problemas y a las personas, el escaso dominio en materia de sentido clínico, que les proporcione una visión más estructurada y completa del caso que van a tratar, la apariencia de especialización, que en rigor sólo es un conocimiento parcializado de determinadas disciplinas en las que rara vez son investigadores.

La primera falla no sólo deriva de la falta de preparación humanística, sino que deja ver las serísimas deficiencias de nues-

tra educación secundaria, que sigue atiborrada de materias y que talvez por ello no proporciona la enseñanza viva de los problemas. De nada vale que en un intento formalista se haya hablado y aún tentado resucitar la llamada cultura humanística, creyendo que tal propósito estaba logrado al establecer unos modestísimos cursos de latín y griego. Cuando en rigor humanismo quiere decir conocimiento de los problemas principales que afectan al hombre, no sólo a través de los textos clásicos, sino mediante el comentario de libros de excepcional valor que toquen con aquellos, de las lecturas largamente comentadas, de la visión directa de la existencia mediante visitas a instituciones, viviendas, encuestas sociales de diversa clase, etc. La cultura que aún domina, excesivamente formalista y tontamente enemiga del libro de texto, ha hecho que el estudiante que ingresa a la Universidad siga la tarea obligada del apunte apresurado con el que se elabora una especie de texto plagado de errores. No hay la costumbre de consultar preferentemente las obras magistrales, de familiarizarse con la bibliografía; aún se ignora la manera de seleccionar las lecturas. Así el estudiante busca el camino más corto del apunte, porque dentro de un pensum sobrecargado, la consulta de obras originales les consumiría todo su tiempo disponible.

Y así el primer consejo a los nuevos médicos sería el de que incineren todas aquellas apuntes que si, en verdad, algún contenido valioso pudieran tener, los suministra un saber homeopático y a menudo equivocado, que más bien les será perjudicial. Ahora ya podrán disponer del tiempo necesario para estudiar las obras fundamentales correspondientes a sus tareas, sacando de ellas enseñanzas de verdadero provecho y sobre todo, ante el espectáculo de un camino frondoso de adquisiciones, experiencias e interrogantes, sabrán conservarse modestos, como corresponde a quien le gusta en verdad el estudio y se alejarán del dogmatismo que envenena, porque suele encubrir casi siempre al vacío y a la ignorancia.

Leerán también mucho, todo lo que les sea posible, obras de cultura general, que nada tengan que ver aparentemente con la medicina, porque esa será una gran posibilidad de acercarse a los problemas humanos. Filosofía, novela, sociología, música, política, ciencias en general, etc., todo es producto humano, y mientras no los conozcamos siquiera en parte, no sabremos interpretar los conflictos que ocultamente nos trae un paciente cualquiera.

Problemas y conflictos de artesanía, dificultades económico-sociales, complicaciones que se derivan de la práctica industrial y comercial, todo ello tiene mucho que hacer con la persona enferma, y si nó captamos su verdadera importancia, su legítimo cariz, adiós con las pretensiones de una orientación psico-somática, porque ella no es sino la ciencia de ahondar en los conflictos espirituales. Y como cada hombre tiene su quehacer, aparte de sus anhelos, esperanzas, amores y odios, nada puede ser extraño a la exploración del médico. Y si los deja a un lado, se habrá cegado él mismo centenares de posibilidades de conocimiento. Y como sobre ello nada pueden decir el laboratorio ni los exámenes auxiliares, el diagnóstico y el tratamiento correrán el peligro de fracasar.

La cultura humanística, pues, no sólo es fruición, hobby, dilettantismo, o como quiera llamarse. Es eso y algo más: una amplia compuerta para el esclarecimiento de los conflictos de la personalidad humana que, si bien nó siempre son capaces de producir enfermedades, por lo menos las vigorizan, las cultivan y hasta les dan una cierta directiva que los psiquiatras llamamos "conversión".

Además, un amplio conocimiento de los problemas humanos le dá al médico la condición de civilizado, de hombre capaz de lucir en cualquier ambiente y de captar realidades que de otra manera pasarían incomprendidas. No es de sorprenderse, por ejemplo, cuando consideramos la posición y la ocupación de grandes figuras de la medicina contemporánea, dedicados simultáneamente a la tarea científica y a la literaria. Para nó citar sino a pocas: ahí está el gran maestro de la cirugía francesa, Henri Mondor, escribiendo obras fundamentales sobre Proust, Mallarmé y Valéry; Gregorio Marañón reconstruyendo la vida de Calígula y de Antonio Pérez; Georges Duhamel, novelista admirable, con el diario de Salavin; Kretschmer, comentando la intimidad de los genios de la literatura y de la filosofía.

Que el médico sepa leer, que sepa escribir, que sepa hablar y entonces no vacilará cuando esas adquisiciones tengan que utilizarse. De otro modo será inferior al humilde artesano que sabe todo lo de su oficio y que lo ama con pasión. Será apenas un aficionado incompleto e incomprensivo de esas disciplinas que exigen talento, cariño, saber y habilidad, presentación en sí mismo. Y nó logrará la confianza de sus clientes porque, aunque nó lo

parezca, cada uno de ellos, al socaire de su apariencia y de sus dolencias, también sabe captar —y en tales circunstancias mejor que en estado de salud— cuando el médico sabe, cuando es capaz de comprenderlo, cuando tiene aptitud de identificación y de afecto y cuando es merecedor de su confianza.

Malísimo y equivocado proceder es aquel del médico que se presenta dogmático, petulante, que trata de ironizar a propósito de los padecimientos. Y mala táctica la del que aparenta sabiduría, la del que se muestra despectivo, suficiente, orgulloso, actitudes todas que a la postre acaban con su pequeño e inicial prestigio.

Otra advertencia necesaria para los profesionales que se inician. Tal como están las cosas, ocurre que hay muchas instituciones oficiales y semificiales que prestan servicios obligados de asistencia. Cuando ellas incorporan a un médico joven con el carácter de funcionario, el gravísimo peligro que corre es el de convertirse muy pronto en un burócrata. Por el afán de atender al mayor número de pacientes y consolarlos con el específico de moda, va estereotipando sus procedimientos hasta el punto de convertirse en una máquina de prescribir, sin que preceda el exámen atento a la meditación necesario para llegar a un diagnóstico bien fundamentado. Se convierte en un plumario que olvida toda consideración humana para atender en serie, como si los enfermos que acuden a él no llevaran bien guardada la esperanza de que se los estudie con minucia, atención y afecto. Es cierto que los sistemas dañan a veces al hombre. Pero, por lo mismo, es indispensable, si es necesario, rebelarse contra tales sistemas que están atentando contra la libertad del médico y contra su conciencia, la que se encargará de advertirle que, actuando en esa forma tan mecanizada, ha abdicado de sus más elementales derechos y ha sacrificado sus más nobles aspiraciones. No es necesaria la revolución, porque una labor conjunta e inteligente puede lograr que las autoridades de quienes dependen comprendan que ese tipo de atención profesional ni cumple con una finalidad social ni proporciona experiencia y saber, ingredientes sin los cuales la personalidad y la capacidad del médico tienen que venir a menos.

Asimismo es importante, a mi juicio, llamar la atención sobre un fenómeno que lo vemos acentuarse a medida que transcurren los tiempos. Me refiero a la ingenua pose que adoptan algunos médicos jóvenes que retornan al país después de una ligera

práctica en el extranjero. Parece que en breve lapso hubieran absorbido todos los conocimientos universales, que estuvieran ya dominando una serie de ramas del saber y que para ellos, nada de lo propio, de lo autóctono, tuviera importancia. Está bien que el médico joven busque los ambientes foráneos para conseguir aquellos conocimientos y prácticas que no los puede proporcionar el país. Pero de eso —que es legítimo— a la presunción de sabiduría proclamada en avisos rimbombantes, hay mucha distancia. Aquellos no pueden ni deben olvidar que vuelven a trabajar en un medio que tiene su propia psicología, sus propios conflictos, sus costumbres, y que cuenta también con profesionales que se han dedicado fructuosamente a las tareas de la especialidad. Por eso, si la técnica se puede aprender, nó así el "savoir faire", que exige colaboración humana, comprensión inteligente, sacrificio y desinterés. El desplante puede tener sus éxitos circunstanciales, pero nunca será un pilar firme para quien quiere consolidar su prestigio. Nó todo lo racional es despreciable ni pequeño. También aquí tenemos elementos y experiencias de valor, que tal vez enseña mejor que lo extraño. Lo vernáculo tiene a veces calidades que no suelen encontrarse en otras latitudes y por eso, quien las desprecie, se privará de utilizar resortes y posibilidades de gran valor. Veamos pues en lo nacional, en lo que es nuestro, materia de interés, de pasión y de enseñanza.

La medicina, señores, es una actividad difícil al par que noble; quien la ejerce debe tener, por sobre todas las cosas, capacidad para comprender los problemas de los demás. Esa capacidad no es siempre algo congénito, y aún siéndolo, no se desenvuelve sino al amparo de la colaboración más estrecha entre sus cultores. Yo desconfío y he desconfiado siempre de ese tipo de médico asocial, retraído, que anda esquivando el contacto con sus colegas, que rehuye las juntas profesionales, que quiere mantenerse cada vez más distante. Ciertamente su actitud va acompañada de cierto amaneramiento de suficiencia, de destemplanza y hasta de agresividad. Pero nó se ve claro que el hombre que se confina en tales actitudes, en realidad está adoptando una conducta defensiva de su intimidad? Que, en rigor, está disfrazando su vacío, su ignorancia y su superficialidad? Entre los humanos nos entendemos hablando, discutiendo, y si se quiere, ofendiéndonos. Pero éstos son medios con los que al fin o al cabo se llega a algún equilibrio. La fricción, cuando no reviste caracteres patológicos, al fin

sirve para limar asperezas, para asegurar conocimientos y contactos, y desde luego, expresa la aptitud para entender y sumergirse dentro de los problemas de los demás. Quien no la prueba, demuestra ineptitud espiritual, indiferencia o acaso rencor; representa un factor negativo dentro de la sociabilidad. Y entre nosotros, aunque los casos de aislamiento sean raros, tenemos mucho de indiferentismo, de desconfianza, de anestesia diría, para lo que significa colaboración activa. Tenemos una federación médica anémica y tenemos sociedades médicas que apenas dan señales de vida.

Conviene reaccionar contra esos defectos. Los médicos jóvenes, que han gozado en las aulas del cotidiano contacto con sus compañeros, que están habituados a reunirse para sus estudios y prácticas, que han sabido hacer causa común en circunstancias corporativas, que han jugado, que se han divertido, no pueden, nó deben salir al campo de la lucha profesional adoptando actitudes de defensa y de insociabilidad, que equivalen a renegar del hábito amable e inolvidable cultivado durante muchos años. Que por sobre los obstáculos que se les presenten durante las tareas de la iniciación, tengan el convencimiento de que sin colaboración, sin el interés por el trabajo del otro, sin la modestia que obliga a la consulta con compañeros y profesores, no hay posibilidad de progreso ni de mejoramiento. Sin un sincero espíritu de colaboración no es posible hacer investigación científica ni aprovechar de la experiencia ajena. Sin el contacto con los demás nó es posible atender al paciente con ánimo cordial y comprensivo. El profesional se volverá, en tales casos, vacilante inseguro, temeroso de que los demás lo perjudiquen. Irá interiorizándose, huyendo progresivamente del contacto social; se sentirá muy pronto sólo, angustiado, rencoroso. No persistirá a su rededor la resonancia necesaria para sus iniciativas.

Pero si, pese a las dificultades circunstanciales, el médico joven se siente miembro de una legión que tiene sus derechos y aspiraciones, podrá, aparte de provechos personales, desenvolverse con seguridad en todas sus actividades. Y captará aquel temblor de confianza en cada paciente con quien entre en contacto. No hay que olvidar que por lo mismo que vivimos en un mundo y en una época en que parecen haberse exacerbado los componentes agresivos de las personas, el médico tiene que luchar vigorosamente contra ellos, haciendo de su profesión no sólo un arte, si-

no una tarea que persiga el mejoramiento de la condición humana a expensas de sus mejores atributos, y la atenuación, por lo menos, de aquellas tendencias e impulsos negativos. Tarea dura, si queréis. Pero hoy más que nunca, al lado de la medicina del cuerpo, se requiere de una medicina del espíritu que busque afanosamente el mejoramiento de las relaciones interpersonales y sociales.

Y al fin, algo que me parece sustancial: ojalá podáis cerrar vuestros oídos al canto grotesco de esas sirenas que son las camarillas políticas cuyo única finalidad consiste en reunir catecúmenos ingenuos que sirvan de pilares para el encumbramiento de los más habilidosos. La preocupación política es legítima, es indispensable para cuantos quieren el bien de la patria. Pero ésta es la política verdadera, la política alta que el médico debe de cultivar, como todo buen ciudadano. Pero no os dejéis sorprender por las ofertas engañosas de los que sólo son logreros disfrazados de políticos. Si caéis en sus redes os extorsionarán, tratarán de acabar con vuestra personalidad formada a costa de muchos esfuerzos. Llegaréis a ser sólo un número; conquistaréis acaso un empleo. Pero estaréis confesando la incapacidad de vuestras propias fuerzas, de vuestro saber, de vuestro espíritu. Defendeos de ese contagio, porque así vuestras conquistas, seguramente logradas a costa de esfuerzos y hasta lágrimas, al fin os darán seguridad, confianza y tal vez paz, que son los sentimientos que aseguran el equilibrio interior al liquidar las raíces de la angustia.

Y como mi charla ya irá resultándoos fatigosa, no me queda sino desearos un éxito legítimo en vuestras tareas profesionales. Aunque ellas resulten difíciles y dolorosas, que vuestra personalidad se mantenga íntegra y en constante trance de perfección. Cultivad más que nunca vuestra vocación, sabed aquilatar la experiencia, sed insaciables en el saber, y especialmente no seáis sólo médicos o dentistas o parteros afanosos por asegurar lo necesario para vuestra subsistencia, sino espíritus comprensivos, capaces de captar y aliviar las crisis de la condición humana. Esa será vuestra obra de arte y ésa vuestra mayor dignidad.

378.4.61
12616

Dr. LUIS ALBERTO RIVADENEIRA,
Profesor Honorario de la Facultad de Medicina

Los Grandes Maestros de nuestra Facultad

DISCURSO

Señores:

Me siento lleno de santo orgullo por el alto honor que me habéis conferido nombrándome Profesor Honorario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central. Con esta distinción que tanto estimo, vosotros tal vez habéis querido honrar también a los Ilustres Catedráticos que, desaparecidos ya, dejaron su recuerdo imborrable de sabiduría y bondad con que guiaron mis primeros pasos en el comienzo de la vida. Hoy habéis querido también dar vuestra lección de alta ética profesional, despidiendo así a los jóvenes que han cosechado los laureles del esfuerzo estudiantil con su investidura de doctores y habéis exteriorizado la nobleza de vuestra alma de verdaderos maestros, honrando el recuerdo de profesores ya idos, en la persona de quien está tal vez próximo a la partida.

Habéis olvidado mis errores, me habéis juzgado a través de mi época, encontrando tal vez méritos que no los poseo.

Una inyección de vida habéis dado a mi alma, que me obliga a regresar al alegre y optimista tiempo de mi mocedad, para rendir el tributo de mi recuerdo a mis queridos maestros y compañeros del alegre amanecer de la juventud, hoy que he llegado ya al atardecer de mi vida.

Era el año de 1.898, cuando alegres, llenos de ilusiones, ingresamos en la Facultad de Medicina, Cirujía y Farmacia, de nuestra querida Universidad, un grupo de compañeros unidos desde los primeros años de la escuela. Entonces el número de profesores era escaso; no existía la subdivisión de materias que hoy

existe y los alumnos, sobre todo en medicina, eran en número muy pequeño. El primer año era de prueba: la disección la hacíamos en cadáveres preparados sólo con inyecciones, para estudiar la diferenciación de arterias y venas. La fauna y flora que se desarrollaba era muy abundante. La deserción de alumnos era sumamente frecuente y aún menos de la mitad de los matriculados terminaba el curso. Era el año de experiencia, hecho bajo las órdenes del ayudante de disección, quien comprobaba la resistencia para la prueba, en quienes aspiraban a llegar a la meta del Doctorado en Medicina.

Era entonces nuestro Profesor el doctor Guillermo Ordóñez; de presencia atractiva, inteligente, de vasta ilustración, con un don de gentes admirable y una gracia sin igual en el decir; gran conocedor de la vida, maestro admirable.

Pronto se granjeaba el cariño de sus discípulos y nuestros sufrimientos de la sala de disección se disipaban al escuchar sus hermosas clases, llenas de erudición y método; sus estupendas explicaciones, admirables sobretodo en embriología. Si como profesor fue magnífico, como Profesional siempre fue noble, caritativo, alegre, carácter que infundía profunda confianza en sus enfermos. Cirujano distinguido y considerado especialista en el tratamiento de afecciones hepáticas. Tuve el honor de ser profesor cuando él aún dictaba sus clases. Fue siempre un compañero leal no sólo en la Cátedra, sino también en todo el ejercicio profesional. ¡Cuánto aprendí a su lado! No sólo en lo que a ciencia se refiere, sino, sobretodo en bondad y desprendimiento. Médico de corazón, su muerte, aún en edad temprana, privó a la Universidad de un sabio maestro y a la Sociedad de un verdadero apóstol.

Nuestro Profesor también el doctor Ezequiel Cevallos Zambrano. En apariencia terco y en el fondo una alma buena y agradable. Se mostraba siempre interesado en la formación de los jóvenes que manifestaban aptitud para la Cirujía, siendo él mismo un cirujano audaz, de cerebro luminoso y muy bien preparado, que realizó operaciones que aún hoy, que tanto adelanto ha experimentado esta rama de la medicina, serían dignas de admiración. Confiaba mucho en el éxito sintético del protoplasma vivo y con frecuencia nos daba lecciones sobre el "batibium de Haekel" materia viva producida en el laboratorio; ilusión con que se engañó a científicos de Alemania y Francia; ilusión que duró muy poco tiempo. Ni el homunculus salió de la retorta alquimis-

ta, ni la materia viva del laboratorio, no habiéndose dicho aún la última palabra sobre ello, a pesar de los años que han transcurrido. Vida es movimiento activo, intercambio incesante con el ambiente, crecimiento, perfección. Muerte es inmovilidad, descomposición, desaparición. ¿Qué examina el laboratorista en sus reortas? Destruye la vida y examina la materia muerta. Han pasado los siglos y la vida y el hombre siguen todavía en el incógnito.

El doctor Manuel M. Casares, educado en Francia, de familia en que el talento era una regla. El medio en que él se educó contribuyó mucho para que adquiriera profundos conocimientos en Patología. Supo educar con gran método. Exigente en sus clases, le agradaba que el estudiante fijara bien en la memoria los cuadros nosológicos; "sólo así —decía— llegarán a ser buenos clínicos". Severo en los exámenes, pero siempre muy respetado y querido por sus alumnos que admirábamos en él al científico y escrupuloso profesor. Los tiempos hacen siempre variar las ideas y hoy sabemos que los síntomas los hace el enfermo. Nunca podremos aplicar exactamente un cuadro nosológico al conjunto de síntomas que presente el enfermo, pues no encontramos dos enfermos iguales. Hay enfermos, nunca enfermedades. El médico debe compenetrarse con su enfermo, conocer su "yo". Cada ser reacciona a su modo propio: un mismo exitante puede provocar las más variadas reacciones, imposible de compararlas. De ahí que el médico debería tener una ilustración vastísima, un sentido de comprensión profundamente desarrollado; es decir ser un psicólogo. Cuántas veces todo un cuadro alarmante, desesperado, rebelde a todo tratamiento, cede solamente con un cambio de clima, con un ambiente de tranquilidad y de confianza; en cuántas ocasiones una situación difícil, una preocupación desesperante, alteran el funcionamiento orgánico profundamente, haciéndose imposible todo diagnóstico y todo tratamiento, no solamente inútil, sino hasta perjudicial; y, en cuantas ocasiones se ha comprobado, que solamente un cambio escaso de alimentación con otra nutritiva ha curado no sólo al enfermo sino a toda su familia que se consumía en inanición. La miseria altera el sistema nervioso y produce reacciones que se traducen en odio, rencor, desesperación. Ahí debe estar el médico que, con su influencia social, puede persuadir a los afortunados que el oro ennoblece a quien sabe manejarlo. Ahí debe estar el médico advirtiéndole que quien se vuelve su esclavo, es el más infeliz, que el dinero ahuyenta de

alma todo lo digno y borra todos los afectos, cuando se lo considera como única meta; que vivir no es vegetar, que vivir es perfeccionarse y que nada ennoblece más el alma y da tranquilidad inigualada en la vida, como la caridad oportuna y sin alarde. Nadie mejor que el médico de corazón puede conseguir y dirigir una cruzada social de caridad, ya que el día en que consigamos justicia y caridad, no tendremos que envidiar ni los goces del cielo, pues el cielo lo tendremos dentro de nosotros mismos. Cuánto alivio puede el médico conseguir, obteniendo de su cliente rico proporcione a sus enfermos pobres los medios de aliviar su dolor. No es el alto honorario el que debe estimular al médico; es su satisfacción de su deber cumplido, cuando no hay nadie que conozca más de cerca los sufrimientos humanos. Cuánto goza un médico regenerando a un ser, haciéndole ingresar a la Sociedad como elemento de trabajo y de progreso.

Los Cárdenas, los Peñaherreras, los Egas Caldas, Batallas, Rodríguez, Maldonado. Vivanco, cuántos más ilustres maestros cuyo recuerdo guardo con respeto y con cariño.

Permitidme también que nombre a profesores que fueron también vuestros maestros: Villavicencio el más noble de los galenos de esa época: dinámico, sin comparación, entusiasta, con cuánta ilusión y entusiasmo formaba a sus alumnos. Reformador de la técnica quirúrgica, jamás conoció el egoísmo, altruista, noble y generoso. De su paso por la vida, dejó como huella, un grupo de jóvenes cirujanos que hoy sirven, con éxito en varias Clínicas y Hospitales.

Gallegos Anda, otro nombre que debo evocar. Perfeccionó sus estudios en Francia, adquiriendo conocimientos magníficos en centros de mayor cultura que el nuestro en aquella época. Amargado, a veces se quejó de la Sociedad y de sus Colegas; creyéndose aislado. Su afán de trabajar estaba obstaculizado tal vez por su carácter algo terco; comprendió después él que en muchas ocasiones el enfermo más que una receta necesita una palabra suave, una voz de aliento, una esperanza, entonces cambió su temperamento y el público pudo apreciar su gran saber, su maravilloso juicio clínico. Fue el médico de consulta de todos; laboratorista prolijo e incansable, amigo sincero. Siempre lo recuerdo con gratitud y con admiración por su saber y su nobleza.

Cuando en el año de 1.905 habíamos terminado los cursos de nuestro último año, pensamos en despedirnos, ¿qué mejor si-

tio que nuestro Pichincha? recuerdos de los años pasados, alegrías y bromas, pronósticos para vida futura de profesionales, promesas de compañarismo. Contemplábamos con cariño nuestra ciudad cosmopolita y noble. Vino la separación de la bándada, pocos nos quedamos, los otros regresaron a sus propias ciudades, a muchos jamás los volvería a ver.

Cómo no mencionar a Aurelio Mosquera Narváez, que fue no mi amigo y compañero de toda mi vida, sino hermano de mi alma. Juntos desde los bancos de escuela, donde conocimos las primeras letras, juntos hasta que la muerte tronchó su vida cuando aún estaba lleno de energías. Su gran talento, su admirable don de gentes lo elevó hasta la más alta magistratura de nuestro País, siendo siempre querido y respetado por todos. Su desaparición dejó un gran vacío en la sociedad y una profunda, honda amargura en el corazón de todos los amigos que lo quisimos.

Cuántos amigos y condiscípulos ya desaparecidos del escenario de la vida. Nunca de mi corazón. Todos dedicaron sus mejores esfuerzos al ejercicio humanitario de médico, sin egoísmo, con el respeto más grande a los compañeros, en el servicio profesional. Sin distinciones de nacionalidades, sin diferenciación de razas ni de sangres, ni de rasgos sociales, ni de situaciones económicas. Quizás en todos primaba sí una preferencia para los pobres, más ternura, más consideración para el desvalido. Sin soportar las más pequeñas ofensas del rico, consintiendo todo del desheredado, para curarlo de la amargura de su alma. Siempre tratando de obtener la felicidad de poder aliviar su situación de angustia.

Todos ellos sintieron la satisfacción sin igual que es fruto de una acción humanitaria... Todos sabíamos que estábamos obligados a servir a todos y más a quienes no conocieron la alegría de vivir en ningún instante de su existencia.

Una última cita: un gran modelo, un ejemplo de médico virtuoso; mi condiscípulo queridísimo, Marco Armando Zambrano. El más destacado estudiante de nuestro grupo. Entró al ejercicio profesional con éxito brillante. San Vicente le llamaban todos; tanto por sus milagrosos éxitos, como por el cúmulo de sus virtudes. Formó un distinguido hogar, pero vino la desgracia. La muerte le arrebató a su compañera y truncó así su vida. Herido el alma, perdió todas sus energías y se encerró a consumirse en su dolor. Pronto perdió la vista y si hoy, gracias a la mano cariño-

sa y hábil de un notable especialista recuperó la capacidad visual, sigue consagrado a su pesar, consumiéndose a pesar de los mismos y cariñosos cuidados de sus virtuosas hijas. Ahí tenéis otro modelo del profesional de moral inmaculada. Respetádle, procurad seguir su ejemplo.

En esta honrosa distinción que hoy se me hace, necesariamente he debido venerar todos estos nombres, más dignos que yo de la honra que recibo. Debo también nombrar a mis discípulos, la mayoría de ellos distinguidos por su talento, sus cualidades morales, su caballerosidad y a quienes siempre los vi con gran cariño e hice todo lo que estuvo en mis manos para prepararles en el terreno de aliviar a la humanidad. Terminados sus estudios, siempre me preocupé de llevarlos a casa de mis clientes, procurando que la sociedad los vaya conociendo y adquiriendo confianza en ellos, seguro de que eran quienes debían reemplazarme y seguro de que habiendo escogido la noble profesión de medicina, siempre serían dignos de continuar la labor de aquella pléyade de hombres sabios y virtuosos, a quienes admiro y venero.

Estoy lleno de orgullo y pleno de emoción, al agradeceros la alta presea que me habéis concedido. Estimo en cuanto ella vale, ya que viene de vosotros que, cuando estudiantes, fuisteis la honra de la clase y, hoy, ilustres profesores, con vuestro talento y con vuestra ciencia, contribuís no sólo a mantener el prestigio de nuestra Universidad, sino también el engrandecimiento de nuestra Patria.

Doctor MANUEL H. VILLACIS S.

Profesor Titular de Dermatología

378.4:61
V712

A los nuevos graduados

DISCURSO

Señores:

Quiero agradecer al Consejo Directivo de la Facultad de Medicina el honor y la satisfacción de ser yo, quien tome la palabra en este acto de la incorporación de los nuevos doctores en Medicina, es decir, del ingreso de nuevas y jóvenes fuerzas al laborar por una humanidad más potente y perfecta en cuerpo como en espíritu.

Digo es una satisfacción, porque quienes hemos ligado al diario afán de enseñar la obligación de devolver —aumentado en algo— lo que nos fuera enseñado, no podemos menos que experimentar en cada año, al realizarse actos como el presente, la complacencia por una etapa cumplida, por otra nueva cosecha, por un alumbramiento más de hombres ligados a la Medicina: ciencia casi divina, o mejor, profundamente humana.

Y este viejo maestro de vosotros quiere, en estos momentos, en que la suave autoridad del profesor universitario cede su puesto a la sinceridad del amigo y colega, recordaros algo sobre las obligaciones que generosa y valerosamente aceptáis este momento; esta será nuestra última clase, o seguramente sólo la primera antes de las clases maestras de la vida.

A los profesores no nos debéis nada, o casi nada, renunciamos a lo que podríamos exigir de vosotros en recompensa de los días sacrificados en la consecución de vuestra causa, que es la nuestra. Pero esta Universidad, esta Patria, la Humanidad aguardan, ellas serán vuestras diarias acreedoras, no les neguéis nunca

vuestra atención como hombres y como médicos. Recordad que ser médicos no es sino una manera, quizá la más positiva y útil, de ser hombres.

Repito esta Universidad os ha enseñado: en la ciencia sólo un medio de hacer algo por los demás y en la disciplina: el camino voluntario de ser libres. No la olvidéis jamás. Seguid siendo, como nosotros, los discípulos espontáneos de esta casa nutridora de los que sueñan, luchan y realizan.

Sed médicos de vuestra patria. Para el médico las razas únicamente son apuntes de un texto de geografía, y los límites sólo nos indican una etapa del esfuerzo y el trabajo, digo etapa, porque el médico debe considerar la humanidad como la más perfecta agrupación humana y trabajar por ella en este mundo consumido por el egoísmo, el potencialismo y otros errores que han pretendido establecer grados de hombres y naciones.

No hace falta, tratándose de jóvenes y médicos, recordar siquiera que el interés económico, el beneficio personal —a pesar de ser necesarios para la vida— no constituyen el ideal de nuestra profesión. No seamos soñadores de posición romántica y ridícula, el médico debe tener hundidas las manos en la realidad del dolor y la miseria y los pies perfectamente fijos en la tierra, pero tampoco debe ser una estatua con alcancía a los pies, ni hacer de su ciencia otra máquina más que sólo trabaja en dirección unipolar porque no dan para más sus pobres mecanismos interiores.

Estas consideraciones extemporáneas, nunca inútiles, se fundamentan en la seguridad que tenemos en vosotros, los que hoy día ingresáis a la Medicina Nacional; vuestro esfuerzo, conciencia, idealismo, amor de jóvenes por las grandes causas nos conducen, inequívocamente, a pensar en mejores días para todos los hombres de buena voluntad.

Si conservando esta energía, que hemos visto crecer año tras año, sois fieles a los altos mandatos de nuestra profesión, ya no nos deberéis nada, aún más, os deberán, y mucho, la ciencia, los hombres y la patria.

Muchas gracias.

ELECCION DE DIGNATARIOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL

En el Salón Máximo de la Universidad Central, el viernes último, sesionó la Junta de la Facultad, convocada para proceder a la elección del nuevo Decano, Subdecano y de los dos profesores que integrarán el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, en el período de 1953-1955.

El señor Decano cesante, doctor Teodoro Salguero Z., entre los conceptos bien emitidos en su valioso informe y que dió lugar a muchos aplausos, por parte del Profesorado, entre otras cosas dijo:

“Fué mi más caro anhelo, al hacerme cargo de la Facultad, conducirla por senderos más acordes con la realidad; esto es, con su irrenunciable compromiso de dar educación médica del más alto standard y dejarla en condiciones de emprender en una sistemática labor de investigación científica en todas y cada una de las cátedras, como viene haciéndose ya desde hace unos años atrás, porque solo así podremos alcanzar el alto nivel de respetabilidad de las más prestigiosas escuelas del mundo, y dar a ésta nuestro aporte científico. La tarea que teníamos por delante en sacar a la Facultad de su carácter académico o, como en frase gráfica diríamos: de “respostería de conocimientos médicos” y convertirla también en un instrumento valioso para la búsqueda de la verdad científica. Por haber trabajado junto a grandes maestros de Europa y Estados Unidos, estamos convencidos, y perdón si me equivoco, que para llegar a sabio no es menester hacer nacer inspirados o providenciales, como no creo lo fueron ninguno de los grandes conductores de la humanidad. Basta es que nos obsesione el deseo de contribuir con algo al mejoramiento de la humanidad y que forjemos un medio ambiente adecuado en

dónde han de florecer las ciencias y las artes para beneficio del hombre.

Jamás admitiré *apriori* que somos pueblo menos dotado, porque nuestro aporte a la civilización del mundo ha sido y es inferior al de otros países mejor organizados quizá por más antiguos y más responsables.

He tenido muy hondo dentro de mi espíritu que nuestro imperativo de la hora presente es dar a la juventud estudiosa del país, aquel ambiente adecuado para que germine el estudio y la investigación serias y haga sus preciosas conquistas la ciencia ecuatoriana. Tengo fé en las cualidades de nuestros jóvenes, estoy convencido que por los escaños de la Facultad, pasaron desapercibidos y seguirán así muchos talentos superiores, muchas voluntades recias y amantes del estudio y que, éstos —no dejaron huellas grandes e indelebles sino se los damos el ambiente adecuado.

La labor tesonera del Consejo Directivo de la Facultad, con las ideas anteriormente expuestas se ha orientado con paso firme al estudiante de todas las garantías y facilidades que permitan hacer de los más aptos de hoy, los sabios, los inventores, descubridores, etc., etc., de mañana.

Nos hemos trasado un plan de trabajo en el que ocupa lugar preferente los siguientes puntos:

ANFITEATRO ANATOMICO

El grave problema que nos plantea el vetusto anfiteatro de la García Moreno, está resuelto. El próximo noviembre empezará la firma Salazar la construcción del Nuevo Instituto de Anatomía para lo que se consiguió tres mil metros cuadrados de terreno y 900.000 sucres.

EQUIPOS PARA ESTE INSTITUTO

En Washington gestionamos en la "Panamerican Sanitary Bureau Regional Office of the World Hearld Organization" su apoyo técnico y económico para vertir en el Anfiteatro. El Dr. Wegman, Director del Instituto ya mencionado acogió la petición y estamos tramitando por el Ministerio de Previsión Social, un pedido hasta de siete mil dólares que posiblemente nos obsequiarán.

ESCUELA DE MEDICINA

En New York he realizado gestiones tendientes a conseguir de la Rokefeller Foundation apoyo técnico y económico para la construcción de la nueva Escuela de Medicina que se edificará a la entrada del Hospital Eugenio Espejo" en terrenos propios de la Facultad, con un costo que se calcula en seis millones de sucres, financiándose esta construcción, en parte con la ayuda de la Rokefeller y más Instituciones de los Estados Unidos de América que en sus programas dedican apoyo a Escuelas de Medicina, a base del punto IV del Convenio Internacional y, con la venta de los terrenos de la calle Montalvo" de esta ciudad, readquiridos por la Universidad, gracias al generoso apoyo del Gobierno del señor Plaza. Tales terrenos fueron cedidos a la Facultad en el año de 1944 por el Gobierno del señor doctor Velasco Ibarra, sesión que no fue legalizada, circunstancia por la cual se quitó a la Universidad tal donación.

EQUIPOS DE CATEDRA

Con el fin de dar mayor realidad al estudio de la medicina, el decanato se ha preocupado en dotar a las cátedras de las materias básicas preclínicas, equipos adecuados para incrementar sus trabajos y sus servicios. La Escuela Dental y muchas cátedras han sido atendidas en sus necesidades, a medida de las posibilidades económicas, formulándose pedidos que ya llegaron por un valor de \$ 150.000; y otros que se hallan en trámite y que alcanzan a un valor aproximado de 250 mil sucres, imputables estos últimos al millón de sucres del crédito concedido por el Departamento Federal de Alemania, a la Facultad, a través del H. Consejo Universitario.

NUEVO PLAN DE ESTUDIOS

El afán de orientar la docencia de la Facultad en forma moderna así como de dar mayores facilidades a los señores estudiantes nacionales y extranjeros, se ha introducido un nuevo plan de estudios a más del antiguo; pues en la actualidad se puede seguir los estudios por materias según un orden determinado o por cursos unitarios; sistema que se halla a discrimen de los propios es-

tudiantes y de acuerdo con su tiempo disponible, capacidad intelectual, económica, etc., etc.

Revisión del Curriculum de Estudios de la Facultad.—Selección y programación de las materias de enseñanza, carrera docente del profesor universitario, dotación de Profesores a tiempo completo y a medio tiempo.

Ha sido preocupación del Decano, doctor Salguero el que varias cátedras hayan adquirido la importancia que les correspondía, así por ejemplo la asignatura de Ortopedia y Traumatología, ha sido elevada a la categoría de cátedra principal. Se ha creado la asignatura de Eugenesia y Psicología Médica y Protesis Parcial con el propósito de difundir conocimientos fundamentales al mayor número de personas posibles.

BECAS PARA ESTUDIANTES

Con la creación y concesión de cinco becas para los estudiantes pobres y distinguidos por parte de la Facultad y 7 de los Laboratorios Life, con el mejoramiento del Servicio Médico Estudiantil, así como la creación e inauguración de una selecta biblioteca con obras donadas por algunos de los señores Profesores, Kellogg Foundation, del Gobierno de Francia y algunas adquisiciones realizadas, cuyo costo alcanza cerca de 180 mil sucres, el señor Decano ha puesto de manifiesto su preocupación por el mejoramiento de la clase estudiantil, la misma que ha elogiado su prolífera labor docente y administrativa.

LABOR EN EL EXTERIOR

Labor desarrollada por el señor Decano en la I Conferencia de Educación Médica de Londres y en el III Congreso Mundial de Fisiología de Montreal Canadá, a donde concurreó en representación de la Facultad, costeándose el 60% del viaje.

Terminada la lectura de su informe el doctor Teodoro Salguero, Decano de la Facultad, en frases de agradecimiento para las autoridades universitarias, Profesores y más personas que le habían prestado su colaboración para el mejor desenvolvimiento de su labor, hizo la entrega del Decanato a la Junta de Facultad, a fin de que sea ella, en virtud de la facultad que le concede los Estatutos y Reglamentos Universitarios, la que proceda a elegir

el nuevo Decano, pidiendo por lo mismo, se nombre un Director de la Junta, petición que no fue aceptada y se insinuó al mismo señor Decano continuará presidiendo la sesión.

Terminado el informe, tomó la palabra el señor doctor Virgilio Paredes Borja, para hacer resaltar la labor del señor Decano saliente y a la vez pidió un voto de aplauso, el mismo que fué concedido por unanimidad.

De inmediato se procedió a la elección del nuevo Decano, resultando reelecto el señor doctor Teodoro Salguero Z., para que ejerza las funciones del Decanato por el período de 1953-1955. Cabe anotarse también que el otro de los candidatos a tan alta dignidad fué el prestigioso Médico, señor doctor Julio Endara.

Como Subdecano resultó electo el señor docto José Cruz Cueva, quien fue calurosamente ovacionado.

Para miembros del Consejo Directivo, resultaron electos los señores doctores Virgilio Paredes Borja y Luis Alberto Palacios.

BIBLIOGRAFIA:

ARCHIVOS IBEROAMERICANOS DE HISTORIA DE LA MEDICINA.—Vol. I—Fasc. I—Madrid 1953.—Enero—Junio.

Publicado por el Instituto Arnaldo de Villanova, "Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina" es la Revista más importante de la materia en idioma español y de las más destacadas publicaciones mundiales de Historia Médica. En esta misma sección hemos tenido oportunidad de comentar el contenido original, escrito por los más connotados especialistas en la materia, que viene publicando regularmente ARCHIVOS, ocupándose de la historia médica ibero-americana y señalando su alto valor y señalado mérito en el desenvolvimiento del progreso médico mundial.—Hacia falta publicación semejante —dijimos— ya que nuestro acervo bibliográfico y de consulta venía siendo de origen anglo-sajón, francés o italiano, con poca o ninguna atención al mundo ibero-americano.

El Vol. V —Fasc. 1— en su correcta edición de 306 páginas en diez y seis avo, contiene:

Estudios: Rafael Roldán y Guerrero.—"Historia del Cuerpo de Farmacia Militar del Ejército Español", con un bien estudiado y documentado bosquejo histórico de la farmacia militar española desde sus orígenes hasta el siglo XVII, y un grabado del primer hospital de campaña organizado por Isabel la Católica, instalado en el sitio de Toro (Zamora), en donde la Reina española asistió personalmente a los heridos. El cuadro pertenece al Museo del Ejército de Madrid.

Pilar Herrero Hinojo.—"CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA HISTORIA DE LA FARMACIA EN NAVARRA".—Silverio Palafox Marqués.—"ANTROPOLOGIA NORMAL EN LA OBRA DE LETAMENDI".—Antonio Vázquez Domínguez.—"LA FORMACION DEL MEDICO EN LA UNIVERSIDAD DE CERVERA".—

TEXTOS EJEMPLARES: "ACERCA DE LAS FUENTES DE LA TEORIA Y DE LA PRACTICA", de Georgi Baglivi.—Baglivi publica su "OPERA OMNIA", 4ª edición veneciana, en 1738, llamó la atención del doctor Espejo y su autor es citado en las "REFLEXIONES SOBRE LAS VIRUELAS" del ilustre médico quiteño.—"EL MEDICO NO PODRA RECOBRAR SUS DERECHOS SOBRE LA NATURALEZA, SI NO ES OBEDE-

CIENDOLA"—escribe Baglivi—con un sentido hipocrático y anidogmático de la medicina que tanto impresionó a Espejo en la lejana Audiencia de Quito.

NOTAS Y ESTUDIOS BREVES: Guillermo Folch Jou y Leopoldo de Eurquia y Malo.—"EL COLEGIO DE SAN COSME Y SAN DAMIAN DE MEDICOS, CIRUJANOS Y APOTECARIOS DE CALATAYUD".— Julio Gutiérrez Sesma—"SUJERENCIAS EN TORNO A UN EPISODIO FORENSE ACAECIDO EN BURGOS".— Víctor Lis Quiben—"DATOS DE MEDICINA POPULAR EN GALICIA".— Rafael Roldán Guerrero y Pilar Herrero Hinojo—"GLORIAS FARMACEUTICAS DE LA CIENCIA ESPAÑOLA".— Dr. Virgilio Paredes Borja—"LOS MEDICOS FRANCESES GAYRAUD Y DOMECH Y LA MEDICINA QUITENA A LA MUERTE DEL PRESIDENTE GARCIA MORENO".— Un breve estudio nuestro sobre la época más notable en el progreso de la enseñanza médica y práctica de la medicina en la historia ecuatoriana.— José Torres Norry, "PEQUEÑA HISTORIA DEL CORAZON ANGUSTIADO".

Con Recensiones y Revista de Revista termina este número de ARCHIVOS. Los miembros del Consejo de Redacción, designación con la que nos honramos desde la fundación de ARCHIVOS, hemos sido notificados que a partir del próximo número la revista se abrirá a todo el campo de la Antropología Médica y se publicará trimestralmente, reiterándonos cortésmente colaboración, por lo que agradecemos por la atención dispensada y obligados quedamos a cumplirla con todo afán y diligencia.

— V. P. B. —

