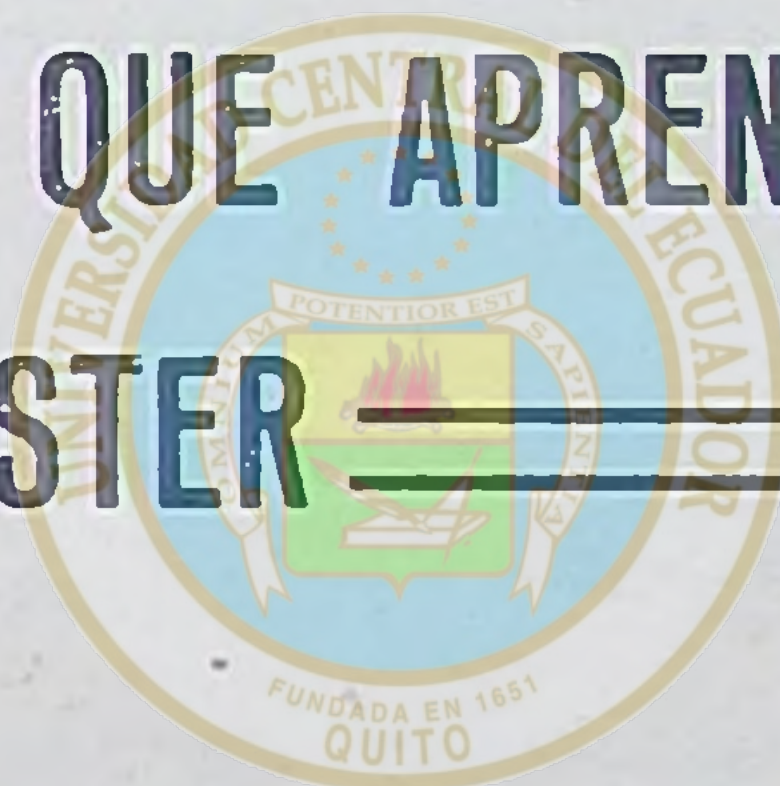


✕ Por el Dr. Sergio Lasso Meneses —

✕ LO QUE APRENDI EN RO-
CHESTER —



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Dos intensas emociones se experimentan cuando se viaja: la primera al abandonar el hogar y el terruño y la segunda al retornar a ellos después de haber observado y comparado.

Por temperamento y por cultura la mayoría de latinoamericanos somos muy adheridos a la familia y al medio y llenos de cumplidos y ceremonias al partir o arribar a la tierra.

Quise hacer excepción a estas costumbres lugareñas y casi sin despedirme, o de muy pocos despedido, entré a la cabina de un avión de la "Panagra" y después de cortos instantes dejaba mi familia y la ciudad, cuna de la libertad de un mundo.

A 11.000 pies de altura, en majestuoso vuelo, el aparato rompía una tras otra las hileras de nubes; ávido de comerse el espacio, cruzaba las enhiestas cumbres de los soberbios Andes; los valles de mis inolvidables recuerdos, los picachos de mis jiras juveniles y los hermosos lagos de Imbabura, iban quedando atrás; y el gran trecho o espacio terráqueo que separa a Quito de Cali, que en mi edad moza atravesaba a lomo de mula en quince días, lo traspasé en el corto lapso de dos horas. Apenas había regresado mi familia del campo de aviación "Mariscal Sucre" cuando ya recibía la vibración del alambre telegráfico desde Cali.

Pernocté en esa abrigada ciudad y a las 6 a. m. del siguiente día despegábamos del campo "El Guabito" rumbo a Balboa, a donde llegué muy temprano. Los pasajeros almuerzan en el lujoso hotel de la Compañía y a las 2 p. m. parten en el gran avión que en un solo vuelo atraviesa el mar, el Yankee Clipper de cuatro motores y que arriba a las bellas playas de Miami a las 8 p. m. Después de los cortos papeleos de Aduana en donde, dicha sea la verdad, ni conocían al Ecuador, la mayor parte de pasajeros nos hospeda-

mos en el "Columbus Hotel" especialmente recomendado para los de habla española.

Después de visitar esa hermosísima ciudad y sus playas de fama mundial, me embarqué a las 8 p. m. en un cómodo y lujoso avión, rumbo a Chicago. Era noche clarísima de luna. Algunos viajeros despojándose de sus ropas exteriores se colocaban la almohada, la manta de cama y plácidamente dormían. Yo sólo atisbaba el horizonte y me alistaba para cada aterrizaje, porque el avión baja en todas las ciudades del tránsito para dejar o recoger pasajeros y correspondencia; y los pilotos maniobran con tal maestría que frenan su aparato como puede hacerlo un chauffeur con su coche frente al portón de su destino.

Llegué a la inmensa ciudad de Chicago a las 6 a. m.— Del extensísimo Campo Municipal de esta ciudad salen y entran aviones cada tres minutos, observando un itinerario fijo y completamente regular, sea cual fuere la estación climática dominante.

Para la última etapa de mi viaje constaba mi nombre en la lista de pasajeros que debían salir en el avión del meridiano. Los colegas Dres. David Mendell y Dan E. Bruhl que viajaban a las Jornadas Médicas de Mineápolis, tuvieron la gentileza de cederme asiento en el "Expreso" y así salí de Chicago a las 8 a. m. para llegar a Rochester después de dos horas y media de vuelo, en una mañana límpida y despejada que permitía ver a la distancia mínimos detalles. Por eso antes de aterrizar ya divisé el edificio de la "Mayo Clinic" que es uno de los más altos de Rochester y que sería el objetivo de mi observación y estudio.

ROCHESTER

Róchester es una apacible ciudad de más de cuarenta mil habitantes, cuya mayoría de confortables casitas, se transforma en la primavera y el otoño en hotelitos y pensiones, pues afluyen gentes de todas las latitudes de manera que la población flotante es grande y variada.

Esta pequeña ciudad, como casi todas las de la Unión, tiene toda comodidad: abundante agua potable, gas envia-

do desde Texas, buena pavimentación, dos Bancos, comercio muy bien presentado en lujosos almacenes y con iluminación similar a la de otras grandes ciudades; en fin, posee factorías, bellos alrededores cuya descripción sería larga. Todas las manzanas o bloques como ahí se llaman, están circundadas de lindos y variadísimos autos los que circulan a profusión sin hacer ruido con sus bocinas y respetando a los peatones. Los campos de aviación, las estaciones de trenes y de ómnibus marchan en un admirable orden. Los servicios postales, telegráficos y de cable son severos. Algo que llama la atención es la organización escolar con sus desfiles de muchachos que asisten a las aulas en sus respectivos bicis, los que quedan estacionados en las plazas sin que nadie ose tocarlos durante la ausencia de sus dueños. La salida de la Escuela con sus señales, las que son respetadas por todos los transeúntes, los desfiles escolares con sus vistosos uniformes y su banda de música, los confortables locales y la disciplina que observan en todo momento, es algo que desearía para mi país. A un niño en EE. UU. no se lo puede ocupar como entre nosotros; ni él se presta para mandadero y es absolutamente prohibido ocuparlo como tal.

Pero por sobre todos los servicios y comodidades que posee esta pequeña ciudad, se destaca la famosa Clínica Mayo, cuyo edificio de administración es el más elevado de la localidad; está comunicado con los hospitales cercanos como el Kahler, Colonial, Worrall y con los hoteles más grandes y más cómodos por medio de túneles admirablemente arreglados y mantenidos a temperatura fija; todo con el fin de prestar mayor servicio y facilidades a los enfermos y sus familiares en todas las épocas del año.

Por estos pasillos y en el hotel en donde un día nos reunimos individuos de once nacionalidades diferentes, hablé con fruición de mi Patria desconocida, así como de sus conculcados derechos.

CLINICA MAYO

El edificio de administración de la Clínica Mayo es bello. Tiene doce pisos amplios y además los pisos del torreón donde está colocado el reloj, cuyo mecanismo no sólo hace

oír las horas, sino conocidas sinfonías; el torreón remata en un reflector giratorio que da una visión fantástica, especialmente cuando cae abundante nieve en las noches más oscuras.

El edificio tiene dos puertas: la principal o central y la lateral, pequeña y que da a un plano inclinado por el que se llega a la Botica y a los desfiladeros de los túneles, que conducen a los hospitales o los hoteles. La entrada central es de fachada impecable. La puerta giratoria, de pesado metal niquelado y con gruesos y enormes vidrios incrustados en sus claros, da acceso a la planta baja en donde se encuentran confortables salones de espera, múltiples oficinas de contabilidad, correos, informaciones, la Biblioteca Española y muchos y cultísimos empleados encargados de conducir a las personas hacia los cinco lujosísimos ascensores, por donde suben y bajan constantemente hombres y mujeres, viejos y niños, sanos y enfermos y todo el tren de empleados con vistoso uniforme reglamentario.

Desde la planta baja donde se inscribe el paciente, debe ascender hasta el undécimo piso para recibir las primeras órdenes: con ellas, escritas en sobres de diferentes colores, desciende a los otros pisos en busca de los exámenes respectivos, terminados los cuales, debe llegar al piso undécimo para recibir el fallo final. Todo este ajetreo se lleva a efecto con una precisión, una técnica y una delicadeza tan perfectas, que el paciente más desconfiado se somete sin reservas al fallo dictado.

Describir minuciosamente desde el ingreso a esta notable mansión hasta el momento de salida, sería muy largo y restaría importancia así a la Institución como al visitante. Son tantos y tan finos los detalles, que omitir alguno de ellos sería romper la concatenación y armonía del conjunto.

PERMISO PARA ASISTIR A LAS OPERACIONES

Cualquier médico puede asistir a las intervenciones quirúrgicas practicadas por los más famosos cirujanos en las múltiples salas de los valiosísimos hospitales. No se necesita especial recomendación ni introductor obligado. Diariamente reparten una hojita nítidamente timbrada en la que constan nombres de cirujanos, de hospitales y de opera-

ciones; el horario de distribución, las invitaciones a conferencias, lecciones de seminario, visitas de museos, etc., etc. Esta hojita se la retira cuotidianamente de la planta baja del "Edificio de la Clínica" o del vestíbulo de las salas de operaciones de cada hospital. Cualquier médico puede entrar en una sala de operaciones y sólo necesita inscribirse en el Libro de Registro para presenciarlas. Cumplido este requisito, la señorita del escritorio proporciona al visitante la alba vestidura y desde este instante queda el médico en amplia libertad y en aptitud de entrar a las gradas de cualquier sala de operaciones. Cuando la distinción es mayor, el médico, previa indumentaria estéril, puede ingresar hasta el mismo sitio en donde actúan el cirujano y sus ayudantes.

Después de las Jornadas Médicas verificadas en Mineápolis hubo gran concurrencia en casi todos los hospitales de Róchester. Estuve en comunidad y junto a viejos cirujanos de Chicago, Boston, Filadelfia, etc. Entonces las salas del Dr. Pemberton y Mck Craig eran inaccesibles: tal la enorme concurrencia.

Mientras en Chicago he visto barrios especiales para gente de color, en las salas operatorias de Róchester ví a tres cirujanos de color, departiendo amigablemente con sus esbeltos y rubios colegas. Nunca olvidaré este rasgo de igualdad y exquisita caballerosidad.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

HOSPITALES

Visitar algunos Hospitales y Universidades de la Unión era mi mayor deseo; pero deberé ser franco: mi viaje fué costado por el Sr. Dr. Carlos María Cadena, con un presupuesto calculado para un máximo de sesenta días de permanencia y, careciendo totalmente de apoyo económico oficial, mal podía extralimitarme. La ciudad de Chicago, por ejemplo, tiene 104 hospitales; para visitarlos aunque sea superficialmente, necesitaba siquiera un día para cada uno o sea ciento cuatro días de permanencia en dicha ciudad.

Gracias a mi colega y compatriota Sr. Dr. Galo Ballesteros que reside más de un año en esa gran urbe, y a la delicadeza del Dr. Zapata, facultativo mexicano, quien gentilmente puso a mis órdenes su automóvil, pude conocer uni-

versidades, teatros, hoteles y dos de los hospitales: el Presbyterian Hospital y el Cook-Country Hospital y la bella Casa de Enfermeras anexa al primero.

Por las especiales relaciones de mi compañero de viaje, tuve la suerte de conocer toda la ciudad de Miami y visitar sus seis hospitales, que en mi concepto son menos importantes que los de Róchester.

Mi propósito es hacer sólo una síntesis, dejando las comparaciones de los hospitales que ví, para cuando tenga la oportunidad de una exposición verbal; por ahora diré algo de las salas de operaciones donde estuve más de un mes.

SALAS DE OPERACIONES

Casi todas están ubicadas en los últimos pisos de los edificios; a ellas convergen de todos los pisos y departamentos de pensión aquellos pacientes cuya terapia ha de ser esencialmente quirúrgica y que son conducidos en sus cómodas camillas por los diversos ascensores.

Las salas son amplias, provistas de grandes ventanales y algunas comunicadas entre sí. Todas poseen instalaciones de toda clase: en cualquier momento se puede radiografiar in-situ, tomar películas, practicar aspiraciones de diversa índole, transfundir grandes cantidades de sangre, hacer uso de inmensas dosis de suero, etc., etc.

Acostumbrado a la rutinaria blancura de nuestras salas de operaciones, me impresionó agradablemente el diverso colorido de esos aposentos quirúrgicos: los hay de un verde suave, ya de un tinte rosado, o del color de los modernos acozados; y no hay palabras para ponderar su pulcritud y su limpieza.

Así como llama la atención la variedad del colorido sucede otro tanto con la iluminación: a más de la gran cantidad de luz natural, cada sala tiene su sistema de iluminación artificial: unas están iluminadas por una sola lámpara central y seis espejos de reflexión; otras poseen un verdadero anillo lumínico con una docena de proyectores; otras, en fin, están iluminadas por un conjunto de lámparas de nítium con un sistema de juegos de espejos movibles a voluntad y equilibrados por peso adyacente. Por mecanismos di-

versos y con instalaciones originales se ilumina el campo operatorio. Ocioso es indicar que cada hospital posee instalaciones de emergencia, por cuya razón jamás faltarán la luz y el agua.

LOS CIRUJANOS

Hay de todo: pequeños en talla como el simpático Cook y corpulentos y atléticos como Thompson; pero considerados como urólogos, ambos de gran peso. Hay cirujanos de mirada dulce y de fisonomía atrayente como Gray, cuyas manos en la vesícula biliar, en el estómago o en el intestino delgado son prodigiosas. Hay otros como Harrington que bota pinzas al suelo en son de protesta o retira las manos de sus Ayudantes cuando quiere hacer notar alguna falta; a él le gusta que lo traten como él trata en el tórax al mismísimo corazón. Hay cirujanos de calma envidiable como el más sabio y más hábil que conozco, Mck-Craig; jóvenes como Love, quien personalmente prepara desde su campo operatorio y que será después de poco un as en cirugía cráneo-encefálica; y hay viejos por todo atrayentes como Pemberton, de una fortaleza tal, que después de operar el cuarto bocio, toma un vaso de agua helada y a continuación pasa, como si dijéramos, a hacer un paréntesis de los bocios operando un cáncer del recto; es más: mientras sus Ayudantes preparan el último tiempo de esta delicada operación, Pemberton regresa a la sala anterior y opera el quinto bocio, con la misma agilidad y destreza que los anteriores; este cirujano clínico es el prototipo del trabajador americano.

ESCUELA DE ENFERMERAS

Un libro se podría dedicar a las **nurses** americanas; pero en cuatro palabras diré: de estas Escuelas salen ejércitos de mujeres cultas, aptas para seguir y ayudar a los profesionales de la medicina.

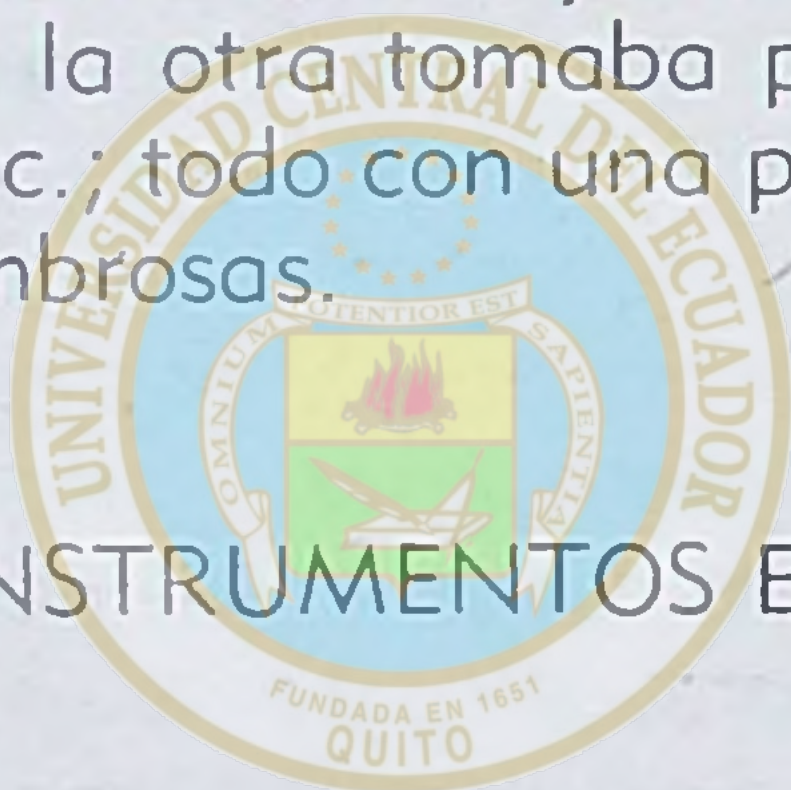
La Escuela de Enfermeras de Chicago, cuya casa se encuentra frente al Presbiterian Hospital, es un modelo de su

clase. Por el estilo de ésta hay una infinidad y así, sólo en Rochester, hay dos Escuelas independientes de otras que funcionan anexas a los hospitales.

En cualquier parte se las distingue a las enfermeras graduadas por la alba blancura de su uniforme en contraste con la capa azul que llevan cuando salen por las calles y avenidas.

El papel desempeñado por estas valerosas mujeres es múltiple; los éxitos de los cirujanos y el avance de la Cirugía en el territorio de la Unión, se deben en parte a la multiplicación de estas profesionales de verdadera escuela, cuyo discreto y honrado proceder corre parejo con su habilidad manual. No quiero terminar estas líneas sin poner un ejemplo concreto: en el Kahler Hospital y con el famoso Pemberton trabajaba Signe Soquer, original enfermera finesa, quien con la una mano servía al cirujano interpretando su necesidad, mientras con la otra tomaba pinzas, gasas, tapones, tubos de catgut, etc.; todo con una precisión y velocidad verdaderamente asombrosas.

INSTRUMENTOS EN USO



ÁREA HISTÓRICA

La Escuela Americana de Cirugía, celosa de su prestigio como otras, mucho se ha preocupado de sus materiales quirúrgicos, y sus eminentes cirujanos han ideado y mandado construir sus propios instrumentos. Desde el primer instante se aprecia que no usan los cuchillos corrientes entre nosotros, sino cuchillos especiales con hojita desmontable y muy fácil de cambiar a voluntad. Las agujas de Reverdin de la Escuela Francesa y las de mango con o sin pedal, tan usadas por nosotros, están totalmente abolidas por la Escuela Americana, la que usa solamente agujas Mayo, con diferentes porta-agujas. Tampoco usan pinzas de forcipresión de Pean.

Thompson, el gran urólogo, ha hecho construir colecciones de sondas y día a día introduce modificaciones al aparato de prostatectomía que lleva su nombre y que hará época en la Historia de la Medicina.

El tubo de extraer fascia en manos de Pemberton y los espejos rectales al servicio del Worrall, son originalidades.

Los simples aspiradores de agua, la variedad de separadores, dilatadores, en fin, el instrumental para las intervenciones cráneo-encefálicas, más que describirlos, vale la pena verlos aplicar a los Mck-Craig, a los Adson, Love, etc., etc.

En cada intervención quirúrgica se hace verdadero derroche de material: se rompen a porfía tubos de catgut o sedas; una compresa o campo apenas manchado en sangre, es inmediatamente cambiado. Es tal la cantidad de instrumental esterilizado que se pone a disposición del cirujano, que sólo para dar una idea diré: la tarde del 14 de octubre debía operar cinco bocios el simpático y ágil Pemberton y las pinzas contadas minuciosamente sobrepasaban en número a todas las que actualmente posee nuestro Hospital Eugenio Espejo.

TECNICAS OPERATORIAS

Hubiera deseado publicar los grabados de algunos de mis dibujos, pero el corto tiempo disponible y la proximidad de la reunión del III Congreso Médico Nacional me obligan a presentar sólo una síntesis de lo observado, por si algún lector tuviere interés.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Operaciones en la piel.—Me contentaré con citar un caso de autoplastia completa. Se trataba de reparar una cicatriz deformante del dorso o garganta del pie izquierdo; esta reparación debía hacerse por aproximación y sutura de un colgajo tomado de la pantorrilla del miembro adyacente. Los preliminares y preparación de la operación me demostraron que en principio seguían el método italo-alemán y hubo variación sólo en alguno de los tiempos como paso a describir: 1º—Presentación de los dos miembros en botas de yeso y con ventanas en los sitios de necesidad. 2º—Avivamiento de la zona cicatricial. 3º—Disección del colgajo con panículo adiposo, en sentido transversal y en dimensiones de antemano establecidas. 4º—Aproximación y fijación en posición de los dos miembros. 5º—Sutura con catgut del borde libre del colgajo al reborde señalado de la cicatriz. 6º—Aspiración y limpieza de la zona. 7º—Pulverización

de sulfamidyl y grueso apósito aséptico. 8°—Vendaje de yeso para completar la inmovilización.

Catorce días después ví cómo había prendido el colgajo y asistí a su cortada y a la magnífica restauración de aquella cicatriz viciosa.

Esta operación fué filmada en todos sus tiempos.

Para mí la brillantez del éxito de esta cirugía estética estribó en la rigurosa asepsia y en la completa inmovilidad tan bien mantenida por el yeso.

Operaciones en los huesos.—Muchas ví practicar y conocí el instrumental en uso corriente, así como el tenido en reserva. En lo tocante a instrumentos para diéresis o síntesis en los huesos, puedo afirmar que no hay mucha diferencia con los nuestros; el Hospital Militar de Quito posee abundante y magnífico material, faltándole sólo las diferentes mesas para inmovilización y los aparatos de suspensión; cuando complete estos equipos, sus cirujanos no podrán excusarse de ejecutar cualquiera operación en el campo osteo-articular.

Los americanos del Norte son audaces operadores. Practican extensas resecciones, les gusta ver bien y en campo bien abierto. Les da lo mismo acanalar toda la tibia o levantar la mitad de la tapa de la bóveda craneal.

En la mañana del 17 de octubre, presentaron en el Santa María una radiografía que demostraba la presencia anómala de una costilla en el lado izquierdo de la 7ª vértebra servical; por supuesto la tal anomalía presentaba también un cuadro clínico especial; aladeando con facilidad las partes blandas, resecaron la costilla y el resultado fué espléndido.

Las osteo-síntesis las ejecutan con maestría y usan grandes placas así metálicas como de marfil; pocas veces emplean broches. Para los enclavamientos usan grandes espetones de acero niquelado y así es cómo fijan aún pequeños fragmentos óseos.

En las diversas osteotomías intercalan cartílagos a manera de cuñas y con muy buenos resultados.

Entre las resecciones merece cita especial el trabajo en la articulación coxo-femoral; a indicaciones diversas, ví abrir esa profunda articulación; unas veces admiré el drenaje y otras la técnica de inmovilización; de todas mane-

ras, observé la actitud y la marcha de algunos operados de esta clase: después de haber terminado su lapso de reposo en el lecho, se mudan a los hoteles, muletas al brazo; caminan por las avenidas y pronto están sólo de bastón, demostrando la valía de esta clase de intervenciones quirúrgicas.

Intervenciones en la región anal.—Todas las operaciones de esta región las ejecutan bajo la anestesia sacra. Los Ayudantes son tan especializados, que sólo en el Worrall hacen de diez a doce anestésias diarias. He asistido a los pormenores de su técnica la que no falló en ningún caso.

Algunos cirujanos operan las fístulas del ano disecándolas y sacándolas cual racimo de uvas. A otros, como Jackman les gusta abrir los trayectos fistulosos valiéndose de las sondas y las tijeras; procedimiento igual al usado por nosotros, pero que difiere un tanto, porque no curetean como nosotros y porque aplica un apósito graso original.

El Dr. L. A. Buie procede a las hemorroidectomías de la manera siguiente: 1º—Pone tres puntos de seda de reparo y equidistantes uno de otro. 2º—Repara con pinzas los paquetes hemorroidales. 3º—Diseca la piel en buena extensión. 4º—Diseca la mucosa. 5º—Liga y corta los paquetes. 6º—Hunde cada punto de primitivo reparo después de suturar mucosa y piel. Este tiempo importante lo ejecuta con orden: principia por el rafe medio y la sutura sigue en círculo y antes de anudar cada hilo, mide así la mucosa como la piel; una vez asegurada la sutura, aplica el apósito graso especial y da por terminada la intervención.

Colotomías y resecciones.—Pemberton, a indicaciones varias, practica una colotomía de tiempo: previa la parotomía exterioriza el intestino y lo apoya sobre un tubo de vidrio; sutura todos los planos de la profundidad hacia la superficie y pone los apósitos reglamentarios; en un segundo tiempo abre al galvano cauterio y días después de esto, trata el espolón formado, como si fuese un caso de ano-constranatura.

Este famoso cirujano trata los cánceres del recto por la resección. Verifica esta delicada operación en dos tiempos: primero ejecuta la laparotomía y por vía abdominal repara y aísla lo que se ha de extirpar y exterioriza y fija a la piel lo que se debe conservar. Con todas las precauciones del ca-

so se cierra la pared abdominal y se pone el gran apósito protector. Instantes después, y por vía perineal, se procede a extraer la pieza cuyo contenido maligno no se ha puesto en contacto con los órganos vecinales. Se cuida de la hemostasia. Establece un fuerte drenaje y después de colocar el apósito perineal, se termina esta gran operación mutiladora, admirablemente conducida en todos sus detalles por las manos de este viejo cirujano y por las de sus Ayudantes.

Hernias-eventraciones-fascia.—En este capítulo y, a decir verdad, nuestros cirujanos llevan la primacía. Métodos de diferentes Escuelas han sido puestos en práctica. Las operaciones de hernia son tan vulgares entre nosotros que cualquier estudiante las ejecuta. Para las eventraciones he visto, especialmente a los cirujanos quiteños, aplicar métodos verdaderamente originales. En este capítulo sólo he sacado una enseñanza de la Escuela Americana: ésta se reduce al conocimiento del tubito para extraer fascia, la que se usa especialmente para la sutura de eventraciones o para asegurar las paredes de las grandes hernias.

Ginecología.—Después de haber asistido a varias operaciones ginecológicas ejecutadas por cirujanos diversos, señalaré los siguientes datos que para mí son una enseñanza: 1º—Hacen siempre la histerectomía total. 2º—Para ligar, aíslan siempre y cuidadosamente el peritóneo. 3º—Sistemáticamente ponen doble ligadura así en los vasos como en las trompas. 4º—La peritonización la ejecutan con agujas Mayo montadas en diversos porta-agujas. 5º—La hebra de catgut es doble. 6º—Cierran la vagina con dos hileras de surget. 7º—Aspiran y limpian el contenido abdominal. 8º—Pulverizan sulfamidyl y cierran plano por plano.

En los curetajes del útero hay una modificación: después de la gran desinfección externa se procede a la dilatación y al raspado; pero después de ejecutado éste, se deja dentro de la cavidad uterina un saquito de Radium cuyo alambrito de referencia se lo fija exteriormente y hasta cuando se calcule el tiempo de aplicación.

Prostatectomías.—Más de treinta próstatas he visto operar a los Thompson, Emmett y Cook: todas por la vía trans-uretral y con el aparato que lleva el nombre del pri-

mero. Las salas de estos especialistas poseen un personal y un instrumental a toda prueba. Diariamente se operan siquiera una media docena. Ocioso sería indicar cómo se hacen las historias clínicas y las grandes estadísticas de los servicios urológicos. Unos Ayudantes están pesando las próstatas, mientras otros traen los datos histológicos al cirujano, quien, terminada cada operación, personalmente los dicta a la enfermera secretaria, así como los últimos detalles operatorios para completar la historia clínica, llevada al día y momento por momento.

Calculosis renal.—En la mañana del 23 de octubre de 1941 y en el Hospital Colonial, asistí a dos interesantes operaciones: la primera fué ligadura bilateral de las safenas y la segunda una operación en la pelvis renal, que paso a describirla.

Uno de los ases en urología es el Sr. Dr. J. T. Priestley y él había diagnosticado: cálculos de la pelvis renal izquierda. El mismo operó.

Anestesiado el enfermo y en posición sobre el doble plano de Cunningham, hizo el corte de Guyón, abrió la piel y el grueso tejido celular en el que puso unos hilos de reparo; abrió el plano muscular, separó el aponeurótico y en la grasa peri-renal puso otros hilos de reparo. Denudó y aisló el riñón; lo sacó fuera de su celda, abrió la pelvis renal; extrajo cinco cálculos de diferente tamaño y los entregó para la observación y examen. Acto continuo introdujeron al riñón en un aparato elevador. Sacaron radiografías con todos los cuidados de asepsia. Tres minutos después de este acto se nos enseñaba a todos los concurrentes las radiografías que demostraban carencia de cálculos. Hecha esta comprobación se procedió a cerrar la pelvis, se volvió el riñón a su celda y se cerraron las paredes de la misma manera cómo se las abrió; se lavó, se drenó y así es cómo terminó esta bella intervención en el corto lapso de tres cuartos de hora.

Colecistectomía.—En varios hospitales de Rochester ví practicar diversas intervenciones en la vesícula biliar. Es al simpático Dr. H. K. Gray a quien seguí de cerca en el Hospital Colonial; y si debo referirme a los tiempos de esta operación, diré: 1º—La variedad de incisión más usada es la laparotomía mediana; poco usan la lateral siguiendo el bor-

de del recto; tampoco ví hacer el corte en bayoneta de Kehr, tan usado entre nosotros. La abertura es siempre de quince centímetros poco más o menos. 2º—El reconocimiento y aislamiento de la vesícula lo hacen extremando los cuidados de protección y asepsia. 3º—El tiempo del desprendimiento vesicular en la mayoría de casos los ví hacer introduciéndose al lado hepático y aún disecando en pleno parénquima hepático; otras dos veces procedieron en sentido inverso. 4º—El tiempo del aislamiento del cístico lo hacen previa aspiración de todos los contenidos y después de un prolijo examen. Una vez reconocido y aislado le ligan, atraen hacia afuera y la operación está terminada. 5º—Después de este tiempo, sistemáticamente drenan aún los casos considerados de gran asepsia, unas veces con un tubito blando de goma y otras con dos. Estos drenes serán retirados después de quince o veinte días. 6º—Otro tiempo original es la espolvoreada de sulfamidyl en los fondos, repliegues, etc., etc., viscerales.

Terminados estos tiempos proceden al cierre de la herida que lo hacen plano por plano de la profundidad hacia la piel en donde quedan asegurados los drenes.

Varios enfermos salen fuera de los hospitales con su dren, aprenden a movilizarlo, a sacar un poco de líquido según instrucción recibida; y el citado dren ya no es un obstáculo para andar o ejercitar cualquier trabajo compatible con la posibilidad de estos pacientes.

Cirugía del estómago e intestinos.—En el Hospital Colonial estuve atento a las operaciones de los Sres. Dres. H. K. Gray y S. W. Harrington, quienes ejecutaron preciosas operaciones en el estómago e intestino delgado a diversas indicaciones: unas veces por úlceras de variadísimos tipos y otras por neoplasmas de carácter maligno.

Los tiempos de las gastro-enterostomías varían un poco, si tenemos en cuenta las instrucciones de la Escuela Francesa a la que hemos sido afiliados nosotros. A los tiempos generales los americanos añaden: 1º—La aspiración verificada por tubitos fenestrados aplicados a las cavidades y en conexión con el tubo aspirador atornillado a la llave de agua; esto facilita muchísimo las maniobras viscerales. 2º—Epiploplastia y ligaduras para impedir invaginaciones,

y 3º—Dispersión del polvito antiséptico por toda la herida operatoria y superficies viscerales.

Añadidos estos tres tiempos, nuestras gastro-enterostomías estarían a la altura de las verificadas por estos maestros de la cirugía gastro-intestinal.

Las gastrectomías las ejecutan ahorrando toda pérdida sanguínea: cada vaso por insignificante que fuese es tomado aisladamente con su respectiva pinza. Ligados todos los vasos y asegurada la perfecta hemostasia, se procede a la abertura de la boca anastomótica la que es siempre muy amplia.

Son muy escrupulosos en las suturas, las que aseguran capa por capa y plano por plano.

Para establecer las fístulas intestinales se valen de la simple sonda de Nélaton. Aseguran tres orificios en la punta y ésta debe quedar fija al intestino. El abocamiento y fijación es un simil del abocamiento y fijación del uréter al intestino grueso.

Fijada la punta de la sonda al intestino, se la inclina y se la adhiere con puntos en la serosa en la extensión de unos ocho centímetros; entonces se la acoda al exterior después de haber hecho los ojales respectivos en las paredes blandas; en contacto con la piel se asegura un apósito especial y el tiempo de duración estará al criterio del cirujano. Este trabajo en manos de los dos cirujanos nombrados llama la atención, no tanto por la sencillez de ejecución, cuanto por los brillantes y prácticos resultados obtenidos.

Tiroidectomías.—La técnica de estas operaciones es una originalidad en manos del gran Pemberton. Desde la anestesia local tan reglada y sistematizada por sus hábiles Ayudantes, hasta la cicatriz estética ulterior, todo tiene originalidad y por lo mismo interés.

Hace generalmente la incisión en collar, pero es una media luna pequeña; amplía el campo con la disección hacia abajo y con sus especiales separadores. No corta los músculos esterno cleido mastoideos ni en los grandes bocios; y en los pequeños, ni los de la región hiódea; sólo los separa aplicando sus separadores y abriéndose de esta manera un ancho campo. No liga previamente las tiroideas, ni saca, como nosotros, los nódulos tiroideos por enucleación. En muchos casos y especialmente en los bocios exoptálmicos le

he visto hacer lóbulo por lóbulo y con admirable orden. Ataca al tumor de frente y penetra por su propio parénquima, haciendo uso de sus pinzas de forcipresión y colocando suturas con una seguridad y elegancia verdaderamente pasmosas. Toma cada vaso inmediatamente y cuando sangra la superficie, aplica su original sutura y el campo operatorio se despeja y se seca.

Para el drenaje usa un tubito blando de goma, el que deja fijado en el rafe medio.

En todos los casos ví conservar un poco de parénquima tiroideo y por esta razón me atrevería a dejar constancia de ésta mi pregunta: ¿Esta técnica de Pemberton no facilitará la recidiva?

Mastectomía.—La técnica para ejecutar las mastectomías totales es completamente diferente a la usada por nosotros; desde el corte externo hasta la sutura final, hay diferencia, como vamos a ver.

Uno de los cortes más usados entre nosotros es aquel en forma de raqueta. En muchas intervenciones por cáncer del seno y después de haber incidido calculando bien, en el momento de cerrar la herida operatoria, ha faltado piel y se ha procedido a la autoplastia inmediata o tardía.

Harrington hace un corte en forma de gran elipse tendida transversalmente y le da un campo, así para vaciar los ganglios del hueco de la axila como para extirpar todo el seno con sus músculos o bases de sustentación torácicas. Con este corte especial y con la amplia disección verificada, jamás le falta piel y la herida operatoria cierra fácilmente.

Hecho el corte indicado, diseca y separa hacia arriba la piel, descubre las inserciones musculares superiores, liga los vasos importantes, separa estas masas hacia abajo e inmediatamente cae en el hueco axilar: aísla el paquete vascular, descubre el plexo, con orden y paciencia arranca todos los ganglios, limpia de adherencias los vasos y nervios, vuelve y rebusca nudosidades o ganglios, algunos de los que ya se encuentran junto al tumor cuya basculación va haciéndose cada vez más eficiente. Vaciada la axila y la región subclavicular, ordena a sus Ayudantes levantar la tumoración, mientras él pone atención en la hemostasia y en la superficie cuya limpieza la asegura bien.

Echada afuera la masa tumoral desinfecta el campo como es costumbre, coloca un dren en dirección del punto más bajo en declive y con catgut cierra todos los planos, inclusive la piel en la que nunca pone broches metálicos.

Todos los casos de mi observación durante el acto operatorio, tuvieron magnífico éxito ulterior, pues los ví, días después de operados, gozando de alegría y salud.

¿Recidivarán y en qué proporción? No puedo responder porque no tengo estadísticas al respecto.

Operaciones en el corazón.—Las operaciones de renombre, aquellas cuya ejecución ha expandido nombres de cirujanos en alas de la fama y por el orbe entero, han sido las suturas del músculo cardíaco, hechas algunas veces con buen éxito y cuando a la trágica causa ha seguido la inmediata intervención quirúrgica.

Hasta nosotros contamos con estos casos en nuestra literatura médica; pero el caso de mi relato, no lo he visto ni sobre la mesa de autopsias.

Parece que los datos clínicos llevaron al diagnóstico de sínfisis pericárdica. Los exámenes radiológicos enseñaron concreciones calcáreas. El cuadro patológico alarmante determinó la operación.

Al Sr. Dr. Harrington, No 1.A. en cirugía de la caja torácica, se le encomendó el caso y su intervención tuvo lugar en la noche.

Con maestría levantó el peto precordial. Limpió, separó y presentó la parte accesible de pericardio. Seccionó esta serosa, y éste fué el momento culminante: cual gruta en la que se observan estalactitas y estalagmitas, apareció la cavidad pericardiaca, cubierta de concreciones calcáreas adheridas así a la serosa visceral como a la parietal; el cirujano, siguiendo la sincronía funcional del órgano, raspaba las concreciones calcáreas, daba vueltas al miocardio que a veces parecía resentirse y aquietaba sus latidos; y en otros instantes aparecía loco, se agitaba demasiado. Al fin dejó limpiar sus obstáculos al magnífico cirujano cuyas manos parecían de seda.

Ante la gran expectación de los concurrentes, el viejo cirujano cerró calmadamente la herida.

El post operatorio fué sin contratiempo; las crisis de

asfixia se alejaron y el enfermo se alejó también del Hospital Colonial en perfecta salud.

Disco intervertebral.—Con este título anuncié una pequeña disertación que en suerte me tocó sostenerla en el Instituto de Anatomía de Quito. Ahí recordé la formación de los discos intervertebrales, pedí consejos a la Embriología, indicaciones a la Teratología y Patología; expliqué el mecanismo de la **Somaxtosquisis** y **Platispondilia** y previas estas consideraciones pasé al estudio del "Protruded Intervertebral Disk", como dicen los americanos.

Apenas tenía formada una idea de esta variedad de discos y en la literatura había leído casos de verdadera mielitis por compresión o luxación discóidea; pero de ahí a conocer otras etiologías insospechadas, como la explicación de la ciática por este mecanismo, había una diferencia muy grande.

Cuando entré por primera vez al gran Hospital Santa María, con sus doce salas elegantes de cirugía y con su anfiteatro modelo, lo primero en atraerme la atención de su exposición permanente, fué el detalle de las operaciones así en la médula espinal como en la cavidad craneal y entre otras cosas, copié el cuadrito incluído aquí y que me releva de comentarios.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

PROTRUDED INTERVERTEBRAL DISKS

Etiología: traumatismos directos o indirectos.

Síntomas: no hay relieve y el dolor es uni o bilateral.

Signos: neuralgia (fin-dings).

Roenogramas: algunas veces negativos.

Líquido: en sus proteínas normal; linfocitosis inconstante.

Inyec. epid.: reacción positiva cuando hay lesión lumbar.

Lipiodol: confirma el diagnóstico.

CASOS OPERADOS 750

Ciática unilateral	588	80%
Ciática bilateral	115	16%
Sin dolor	199	27%

Craniectomías.—Quien quiera especializarse en cirugía del sistema nervioso central, forzosamente deberá tener maestros como W. Mck. Craig, A. W. Adson, J. G. Love y G. S. Baker por un tiempo prudencial.

A estos hombres se los ve con la misma sistematizada calma anastomosar un nervio periférico, como abrir el IV ventrículo; vaciar íntegro el líquido céfalo raquídeo o punccionar con precisión profundos abscesos de la masa encefálica. Para ellos practicar una simpatectomía lumbar, por ejemplo, es obra de carpintería.

En las grandes craniectomías no sé qué admirar más: si la exquisita preparación del enfermo y de la operación, o si la ejecución del acto mismo.

Todos los pacientes candidatizados a la craniectomía sufren una preparación especial. El cúmulo de materiales operatorios es seleccionado por un Cuerpo de Enfermeras. Hay días en los que cada cirujano acompañado de sus Ayudantes simultáneamente ejecutan craniectomías a indicaciones varias. Ocioso es indicar que cada uno posee singularidades así en las manos como en la aplicación de ciertos instrumentos.

Hay jóvenes como Love a quien he visto llevar a su enfermo, sentarlo en la mesa especial, fijar su cabeza y disponer el personal y material de anestesia, por debajo de la semilunar plataforma aséptica, en cuya superficie disponen sus Ayudantes todos los materiales indispensables. El mismo cirujano coloca en las espaldas del paciente la placa que servirá de polo al galvano-cauterio unipolar; en fin, él mismo cose sobre el cuero cabelludo el último campo y, asegurados todos los minuciosos detalles, cambia otra vez su indumentaria aséptica y procede a la craniectomía con una limpieza y precaución admirables.

A los rutinarios tiempos de la gran craniectomía de Doyen, los americanos añaden: 1.—Hemostasia eléctrica. 2.—Pinzas simples de forcipresión, no las en T. 3.—Suturas en U. 4.—Iluminación in situ. 5.—Uso de la mezcla cera parafina para hemostasia ósea. 6.—Torundas especiales empapadas en suero. 7.—Aspiración fina y protegida. 8.—Puntos de sutura con seda y en forma imbrincada para el cierre de la cavidad. 9.—Pulverización de sulfamidyl.

Con diagnóstico de tumor del cuarto ventrículo y previas las correspondientes ventrículo-grafías, ví operar a una

niña en la sala 11 del hospital Santa María. Se empleó la vía sub occipital. Se amplió la brecha. Iluminado el IV ventrículo, primero se extrajo un poco de tumor y examinado inmediatamente, el histólogo dijo: "Ependimoma"; y enseñó sus características. Se limpió, se taponó, se drenó y se dió por terminada la operación, cuya duración fué de las 10 a. m. a las 12 y 10 p. m. de la mañana del 20 de octubre de 1941.

Otra mañana ví los encefalo-gramas y el gran W. Mck. Craig practicó una craniectomía transfrontal y extrajo un tumor de la pituitaria, cuya comprobación se hizo inmediatamente.

En la mañana del 24 de octubre y en la sala 12 del hospital arriba nombrado, asistí a otra craniectomía lateral: abierta anchamente la bóveda craneal, puncionaron primero con una aguja y después con un trócar y sacaron el contenido de los núcleos centrales, cuya medida dió 66 centímetros cúbicos de un pus cremoso y de un color de chocolate claro.

Podría continuar con la exposición de otros casos similares, porque estos fueron los de mi mayor observación; pero como dije al principio, el tiempo me viene corto y debo contribuir a la celebración del III Congreso Médico Nacional, con este modesto aporte.

Ojalá las líneas que anteceden sirvan para interesar a los que verdaderamente luchan por conservar la vida y la salud, mientras la muerte ronda y se prepara para llevarse lo más querido.

MAYO CLINIC, Rochester Minnesota.

November 5, 1941.

To Whom It May Concern:

This is to certify that Professor Sergio Lasso Meneses has honored the staff of the Mayo Clinic by visiting the various hospitals —the Kahler, Colonial, Worrall and St. Mary's— for the past month.

Signed: HOWARD R. HARTMAN, M. D.

HRH:ap

CONCLUSIONES

- 1ª—Construyamos hospitales al estilo americano.
- 2ª—Despertemos y estimulemos los estudios de cirugía en la Patria.
- 3ª—Revisemos y comparemos nuestras técnicas quirúrgicas.
- 4ª—Que el III Congreso Médico Nacional dicte medidas para mejorar al "Médico Cirujano" rural.

Quito, enero 31 de 1942.



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL