DONACION

18789

Dr. Juan Tanca Marengo

TEMAS DE MEDICINA

Y

OTROS ESCRITOS

Universidad de Guayaquil

Departamento de Publicaciones

ECUADOR, S. A.

1953

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Departamento de Publicaciones

P. O. Box 471.

GUAYAQUIL.—Ecuador, S. A.

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD:
Dr. José Miguel Varas Samaniego

VICERRECTOR:
Dr. Agustín Vera Loor

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO:
Ec. César Humberto Palacios R.

ASUNTOS DE MEDICINA Y OTROS ESCRITOS

Indice

Antecedentes y Comunicaciones previas 9

Prólogo 13

Temas de Medicina

Contribución al Estudio de la Nefritis Clorurémica, Nefritis Ankilostomósica (Tesis doctoral-Universidad del Guayas) 17

Brewes Consideraciones sobre Simpatología Clínica 30

Recopilación de Datos sobre la Historia de la Fiebre Amarilla en Guayaquil 44

El Papel del BCG en la Lucha Contra la Tuberculosis 57

Enfermedades a Virus Neurotropos 68

La Amibiasis Crónica 76

Fiebre Tifoidea y Cloromicetina 85

El Hígado Amibiano 86

Ulceras Gastroduodenales (Aspectos Clínicos) 96

Conferencia Inaugural del Curso de Clínica Terapéutica 1949-1950 110

Los Pacientes Nerviosos 117

Clínicas de San Gabriel 124

Orientaciones de la Clínica Moderna 131

El Lupus Exantemático Diseminado considerado como Enfermedad General 144

Cáncer del Estómago y su Diseminación 157

Anamnesis y Encuesta Clínica en Gastroenterología 169

Las Hemorragias del Tubo Digestivo 179

Extractos y Comentarios de Trabajos Publicados acerca de ACTH y Cortisona 191

Efectos Favorables y Desfavorables Observados con el Uso de ACTH y Cortisona 233

El Problema de las Transfusiones Sanguíneas 248

Las Artropatías Cervicales y la Artritis Anquilosante del Hombro 259

Otros Escritos

25 Años de Ejercicio Profesional 275

Funerales del Dr. Alfredo J. Valenzuela 283

Papeles Viejos 285

Informe a la Nación 298

Fundación de la Junta Nacional Pro-Oriente (JUNO) 309

Al señor don Carlos Julio Arosemena 312

Funerales del Dr. Julio Mata Martínez 314

En el IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis 318

Inauguración del Hospital "Pablo Arturo Suárez" 323

Campaña Contra el Cáncer 328

El Sentido de la Responsabilidad 345

IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Las Jornadas de Pediatría Ecuatorianos 352

Palabras Liminares (en la versión castellana de la tesis del doctor Julián Coronel). 356

Ideas para una Reforma Universitaria 360

A su Eminencia Carlos María Cardenal de la Torre 369

GACETA MEDICA (Notas Editoriales) 374

Otras Publicaciones del Autor

Temas de medicina 384

Otros Escritos 391

Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas
Fundada en 1908
Guayaquil, Apartado 1334
Ecuador

Guayaquil, 13 de Noviembre de 1950

Señor Doctor Don
Juan Tanca Marengo
Ciudad.

El Directorio de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, en sesión celebrada el 10 del mes que decurre, considerando la importancia de sus trabajos médicos publicados en diversas revistas científicas nacionales y extranjeras, resolvió, por unanimidad, solicitar a Ud. la debida autorización para gestionar su edición compilada en el Departamento de Publicaciones de la Universidad de Guayaquil, de la cual fue Ud. Profesor distinguido, con el objeto de ofrecer a la clase médica y a los estudiantes de medicina una obra de consulta de gran interés sobre tan diversos e importantes temas; edición que tendrá, además, el significado de un reconocimiento de nuestra Institución a la fecunda labor científica de Ud., que honra a la medicina ecuatoriana.

De Ud. atentamente

(f) Dr. J. M. Varas Samaniego
Presidente

(f) Dr. Amadeo Moreira S.
Secretario

Dr. J. Tanca Marengo, méd.
Director de la Clínica Julián Coronel
Guayaquil, Apartado 914
Ecuador

Guayaquil, Noviembre 15 de 1950

Sr. Dr. J. M. Varas Samaniego
Presidente de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas
Ciudad.
De mi mayor consideración:

Doy respuesta a la atenta comunicación de Ud., fecha 13 de Noviembre, en la que me hace conocer la generosa, estimuladora y, para mí, inesperada resolución del Directorio de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, digna y merecidamente presidida por Ud., en sesión del 10 del presente, de solicitar mi autorización para gestionar la edición de un libro con mis trabajos, en el Departamento de Publicaciones de la Universidad de Guayaquil.

El honor que me dispensa el Directorio de la Sociedad Médico-Quirúrgica al concederle importancia a mis modestísimas publicaciones, supera todo lo que podía yo esperar como compensación a mis entusiasmos por los estudios médicos, y esta noble actitud de Ud. y demás consocios, compromete profundamente mi reconocimiento.

Convencido de la ninguna trascendencia de mis escritos, los cuales no merecen, ciertamente, el privilegio de ser reeditados, no debo, sin embargo, desatender la gentil insinuación de mis amables consocios, y al conceder, como lo hago por la presente, la autorización que Ud. me solicita, dejo constancia expresa de mis sinceros propósitos de continuar cooperando con Ud. y sus distinguidos colaboradores en provecho de nuestra Institución.

De Ud. muy atentamente
(f) Dr. J. Tanca Marengo

Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas
Fundada en 1908
Guayaquil, Apartado 1334
Ecuador

Guayaquil, 18 de Noviembre de 1950

Señor

Rector de la Universidad de Guayaquil

En la ciudad.

Señor Rector:

El Directorio de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, en sesión de fecha 10 del presente mes, considerando la importancia de los trabajos médicos publicados en revistas nacionales y extranjeras, por el Dr. Juan Tanca Marengo, distinguido miembro de nuestra Sociedad y tomando en cuenta, además, que la publicación compilada de dichos trabajos sería un magnífico aporte a la bibliografía médica nacional, resolvió pedir la autorización correspondiente al Dr. Tanca Marengo, para así poder dirigirse al Sr. Rector de la Universidad de Guayaquil, con el objeto de solicitarle que apoye nuestra resolución de que el Departamento de Publicaciones de dicha Universidad publique una selección de artículos médicos del autor en referencia, tanto más que el Dr. Tanca Marengo fue distinguido maestro universitario, por muchos años, y continúa su labor docente como Jefe del Servicio San Gabriel, del Hospital Luis Vernaza.

En cumplimiento de lo arriba expuesto, una comisión visitará a Ud. en gestión personal de lo resuelto por esta Sociedad; no dudando, que la fina percepción del Sr. Rector y su elevado espíritu universitario apreciarán los fundamentos de nuestra resolución y dará a nuestra comisión la respuesta, que nos anticipamos en agradecerle.

(f) Dr. Eduardo Ortega M.
Vice-Presidente

(f) Dr. Amadeo Moreira S.
Secretario

Prólogo

El presente volumen tiene el demérito de contener artículos ya publicados, y que además carecen de originalidad. Al estimarlo así, no me escudo en amanerada modestia, sino en sincera e imparcial autocrítica, pues los temas de este libro han sido reiteradamente expuestos en otros libros, declaración tan meridiana como fácil de comprobar.

No se piense que la lista incorporada al final de este volumen guarde algo mejor que lo aquí publicado. Quien así lo creyere se llamaría a engaño, pues la selección de los trabajos se efectuó en razón del mayor esfuerzo que me demandó componerlos, no por el valor intrínseco de los asuntos tratados.

De este modo, mi tesis doctoral, mis trabajos de ingresos a Sociedades médicas, mis ponencias en Congresos y Jornadas de medicina, mantienen en mí el recuerdo de las dificultades que hube de vencer para terminar las comprobaciones y respaldarlas con el conocimiento de autorizada bibliografía, estudios, por lo demás, triviales por universalmente reconocidos y aceptados, en cuya exposición no resaltan ideas nuevas o atractivamente remozadas.

Mis apreciaciones podrían aparecer en flagrante desacuerdo con el elevado criterio del Honorable Consejo Universitario y de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, entidades cuya generosidad e hidalguía al haber decidido esta publicación, comprometen mi perdurable reconocimiento. Pero mis reflexiones en nada afectan la pulcritud científica de tan austeras instituciones ni el

la ineludible responsabilidad que le corresponde, demostrará incompetencia para entender la psicología del hombre que sufre, arrogándose prerrogativas que no le pertenecen, que ni el propio interesado puede enajenar, porque ningún derecho podemos aducir sobre lo que no hemos adquirido, y el supremo don de vivir nos es dado para su honesto disfrute, con subordinación al beneficio de la humanidad.

Inaceptable es la conducta de quien dedica su capacidad íntegra a atender seres humanos acongojados, si antes de habituarse a escrutar en el arcano de estos perturbados procura, con primacía, adiestrarse en el manejo de complicadas técnicas instrumentales, cuyos resultados, por inseguros e infieles, no pueden por sí solos marcar normas diagnósticas. Descuidar o situar en planos secundarios el conocimiento y atenta observación del verdadero objeto de tales preparativos —la personalidad del paciente—, implica tanta despreocupación como sería la de un general que, antes de conocer el terreno en que va a actuar, las características de su adversario y la eficiencia del elemento humano bajo su mando, basara su estrategia en la potencia de su material bélico; y, si en la guerra este desaprensivo proceder puede terminar eventualmente en resultados felices, en la práctica médica no cabe tan miope y desleal conducta, porque está de por medio un semejante nuestro que impetra salud y bienestar, y tal entrega nos impone similar retribución, sin pujos altisonantes de dogmatismo inconsistente ni condenable posición de ciego experimentador en espera de lo que resulte, no de lo que razonablemente puede resultar.

Mejor conocimiento del hombre enfermo, menos plétora de ciencia no tamizada y de erudición de revistas, tal es la única posición que cabe en quienes por privilegio exclusivo de su profesión, propicia a beneficiar o perjudicar, han sido orlados siempre de simpática respetabilidad y soportado, también, el peso de la sátira mordaz y del humorismo incisivo.

Dr. J. Tanca Marengo

Contribución al Estudio de la Nefritis Clorurémica, Nefritis Ankilostomósica

(Tesis—Universidad del Guayas, 1919)

ADVERTENCIA

Con todo empeño se ha procurado encontrar el original de esta tesis sin lograrlo. Lo que aparece aquí procede en parte del BOLETIN DE MEDICINA Y CIRUGIA, órgano de la Asociación Escuela de Medicina que, en el volumen del año XXIII correspondiente a los números 149, 150 y 151, de Abril, Mayo y Junio de 1922, publicó el trabajo hasta terminar la Observación II. El resto corresponde a otro estudio sobre el tema, por los doctores Juan Tanca Marengo y Francisco Rojas, basado en los mismos pacientes, y que fue publicado en ARCHIVE OF INTERNAL MEDICINE, 28: 550–551—Noviembre 1921. Copyright 1921, American Medical Assoc. 500 and 35 North Dearborn S., Chicago.

PRIMERA PARTE

(De Boletín de Medicina y Cirugía. Año XXIII. Nos 149, 150, 151. Abril, Mayo y Junio de 1922)

Todos los que hemos fijado nuestra atención en los sujetos portadores de ankilostomas duodenalis, hemos podido observar signos evidentes de déficit renal, tales como polakiuria nocturna, náuseas y vómitos matinales, edemas más o menos generalizados, y siempre hemos podido comprobar nuestras sospechas por repetidos exámenes de orina, en los que se ha encontrado de un modo constante cilindruria, albuminuria, disminución de la tasa de cloruros, sin que haya en el pasado de los enfermos causas suficientes para explicar el trastorno, tales como enfermedades infecciosas o intoxicaciones crónicas.

Era, pues, lógico pensar que existía una estrecha relación entre la presencia de estos parásitos y la aparición de los síntomas de insuficiencia renal, ya que, Lussan demostró que la orina de los ankilostomósicos es anemizante para el cobayo, debido a la eliminación por el riñón de una toxina

Por otra parte, casi todos los autores que estudian la anquilostomosis están de acuerdo en que, en las fases últimas de la enfermedad, aparecen accidentes nefríticos que son muchas veces la causa de la muerte de los enfermos. Ashford y Gutiérrez Igaravídez, que son los más explícitos en este punto, demuestran en su obra la presencia de "nefritis", y de sus conclusiones a este respecto podemos entresacar las siguientes:

"2º—La albuminuria con cilindruria, puede presentarse en los casos benignos e intensos, pero con más frecuencia en los últimos.

3º—La albúmina se presenta generalmente en muy ligeras trazas, no determinables por la reacción de Heller, pero acompañándose usualmente de algunos cilindros.

4º—Los cilindros son generalmente hialinos, finamente granulares y grasosos, raramente epiteliales, a menos que las células epiteliales sean muy grasosas y se clasifiquen como cilindros de grasa. Los cilindros de sangre son muy raros.

5º—La albuminuria con cilindros en la uncinariasis debe estimarse como evidencia de un proceso degenerativo de los riñones y no como una inflamación, o más específicamente una nefritis".

En las autopsias practicadas por estos autores, han hallado riñones muy pálidos y ligeramente aumentados de volumen. Las lesiones histológicas correspondían a "nefritis parenquimatosa crónica, o crónica difusa no indurativa".

Pero hasta ahora no se había demostrado de una manera satisfactoria la naturaleza y grado del trastorno funcional ni las modificaciones de este trastorno después de la expulsión de los vermes.

Este es el objeto del presente estudio; en el que, con la ayuda de los más recientes métodos de exploración, hemos procurado determinar la naturaleza y grado del trastorno; la ninguna relación que existe entre él y el estado de hipoglobulia y la falta de acción nociva del timol sobre la secreción renal de estos sujetos.

CONSIDERACIONES GENERALES

Es sabido, que para la mayor parte de las substancias segregadas por el riñón existen leyes que regulan este fenómeno; que estas leyes son capaces de ser representadas numéricamente y que el cumplimiento de ellas es constante en los sujetos normales y en los patológicos. También es conocido que las alteraciones funcionales del riñón conducen a la disminución de su poder de concentración y a la retención de los productos para los cuales el órgano manifiesta su insuficiencia, produciéndose, en la economía, una sobrecarga de substancias motivada por la resistencia que le opone a su paso dicho trastorno.

Las alteraciones funcionales se manifiestan por retención de los productos de desasimilación albuminoidea y determinan la sobrecarga de materiales que, siendo útiles al organismo cuando se hallan en proporciones fisiológicas, se vuelven nocivos por la acumulación a que ha conducido la deficiencia secretoria.

Otras veces el trastorno conduce únicamente a la eliminación de substancias que normalmente no se hallan en la orina, o a la desmesurada elevación de la tensión arterial.

Existen, pues, cuatro síndromes dependientes de la alteración renal.

1º—Sindrome azotémico (con o sin acidosis);

2º—Sindrome clorurémico (con o sin hidratación),

3º—Sindrome hipertensivo, y

4º—Síndrome urinario.

Estos síndromes pueden existir al estado de pureza o asociados entre ellos, como generalmente ocurre.

Pero antes que se manifiesten los síntomas de retención, el déficit renal puede descubrírselo por el estudio de los coeficientes de secreción; para lo que es preciso distinguir la secreción de las substancias de desecho azoado, que se eliminan por la orina, aunque su concentración en la sangre sea pequeña, y la de las sales (Cl. Na.) y glucosa, que siendo necesarias a la economía, deben mantenerse a una concentración determinada en la sangre. Es a esta tasa, que la célula renal cambia de acuerdo con las condiciones de ingestión y equilibrio clorurado, que se ha convenido en llamar "umbral de secreción".

Por consiguiente, el Cl.Na. que excediere de este umbral tendrá necesariamente que ser segregado, mientras que si la concentración total de Cl.Na. en el plasma es igual o inferior al umbral, la secreción cesará. (1)

Para regímenes clorurados, el umbral de secreción de Cl. Na. oscila entre 5.20 gr. y 5.80 gr., mientras que la cloruremia, el decir, la concentración global de Cl.Na. en el plasmo (el umbral más el exceso sobre el umbral), varía entre límites estrechos, cualquiera que sea la ingestión de cloruros. Parece que a un descenso automático del umbral, es que se deben los caudales considerables de ClNa.

A régimen hipoclorurado el umbral sube, para no permitir la secreción de Cl Na., que se haría entonces con perjuicio de la isotonía del medio.

Estos son los factores que dan cumplimiento a las leyes que gobiernan la secreción de productos de desasimilación azoada (urea principalmente): la concentración de la urea en la sangre (Ur.), la concentración de la urea en la orina (C.) y el débito de urea referido a 24 horas (D.). Estas leyes ya conocidas son: "El débito ureico referido a 24 horas es directamente proporcional al cuadrado de la concentración de la urea en la sangre e inversamente pro-

(1) Widal, F., y Javal, A.: Compt. rend. Soc. de Biol. 57:301, 1904; Ambard, L., y Weill, A.: Semaine Méd. 32:217, 1912; Widal, F., Ambard L., y Weill, A.: Semaine Méd. 32: 361, 1912; Ambard L., y Chabanier, H.: Ar ch. Urol. Clin. de Necker, 1:2 68, 1913.

porcional a la raíz cuadrada de la concentración ureica en la orina".

Para darles carácter general a estos postulados se ha hecho intervenir los factores arbitrarios "peso" y "concentración tipo", con lo que la fórmula queda establecida así:

$$\frac{Ur.}{\sqrt{D \times \frac{70}{P}} \times \sqrt{\frac{C}{25}} = K}$$

Idénticas leyes gobiernan la secreción clorurada, pero en este caso no actúa toda la cloruremia como factor de secreción sino únicamente el exceso sobre el umbral, es decir aquella porción de la cloruremia que no es imprescindible para la vida celular, y entonces la fórmula es:

$$\frac{\text{EXCESO SOBRE EL UMBRAL}}{\sqrt{D \times \frac{70}{P}} \times \sqrt{\frac{C}{14}} = K \text{ CLORURO SECRET.}}$$

$$\text{EXCESO SOBRE EL UMBRAL} = \sqrt{D \times \frac{70}{P}} \times \sqrt{\frac{C}{14}} \times K \text{ CLORURO SECRET.}$$

El umbral es igual a la cloruremia menos el exceso sobre el umbral.

Para conocer la K. cloro secretoria hemos usado esta proporción:

Si K. ureica normal = 0.07 corresponde a K. clor. secret. normal = 0.11, K. ureica hallada ¿a qué K. cloruro secretoria corresponderá?

Es natural comprender que si las mismas leyes rigen la secreción ureica y clorurada, para débitos semejantes de ambas substancias, habrán azotemias y excesos sobre el umbral también semejantes.

En el sujeto portador de síndrome azotémico la alteración se manifestará por una mayor azotemia y exceso sobre el umbral de cloruro desde que la necesaria para el mismo débito en el sujeto normal; es decir que fisiopatológicamente considerado si un individuo tiene alterada su función de secreción ureica, la clorurada lo estará también en igual grado, y simultáneamente tendrá concentraciones máximas bajas pero isotónicas.

La similitud de las constantes ureo secretoria y cloruro secretoria ha permitido a Ambard constatar que el trastorno funcional íntimo del síndrome clorurémico puro —a menudo asociado a la hidratación—, consiste en la elevación permanente del umbral de secreción de cloruro de sodio y en la imposibilidad de bajarlo de una manera eficaz, cuando la ingestión clorurada lo requiere, determinando así la retención.

Otro procedimiento para descubrir la insuficiencia cloruro secretoria, consiste en determinar el ritmo de retención de cloruro de sodio. Esto se investiga de la siguiente manera: Si a un sujeto normal en estado de equilibrio hipoclorurado se le hace ingerir diariamente 10 gramos de cloruro de sodio, puede observarse que el balance clorurado se verificará del segundo al cuarto día, determinando una retención de 10 a 15 gramos con 1 o 2 kilos de hidratación Si en estas condiciones se le hace ingerir 20 gramos diarios de cloruro de sodio, puede suceder: o que el equilibrio clorurado se haga en las primeras 24 horas o que se verifique del segundo al tercer día.

Esta retención se efectúa por ascenso gradual y por eso se llama ritmo en escalones. En los sujetos patológicos puede hallarse: 1º—ritmo normal con 10 grs.; 2º— ritmo prolongado; y 3º— imposibilidad de alcanzar el balance.

Hemos observado nueve pacientes y el método seguido en nuestro trabajo se ha cumplido así:

1º—En cuanto se ha hospitalizado el enfermo, hemos determinado en él la constante ureica y la cloruro secretoria, simultáneamente, hallando por tanto su umbral de secreción de cloruro de sodio a régimen clorurado ordinario. Al mismo tiempo hemos anotado la viscosidad sanguínea y la tensión arterial (Riva-Rocci: Max. normal 100 a 130. mín. normal 80 a 100 milímetros de Hg.), y además hemos practicado examen del fondo de ojo.

2º—Reposo y régimen hipoclorurado hasta obtener el balance de ingestión, durante el cual fueron determinadas las constantes ureica y cloruro secretoria, viscosidad sanguínea, tensión arterial y número de glóbulos rojos. El régimen hipoclorurado contiene 2 grs. de cloruro de sodio más la mínima cantidad que tuvieron los alimentos suministrados. Podrá notarse en algunas determinaciones que el balance efectúa con centígramos de cloruro de sodio, a pesar de 2 grs. ingeridos, debido a la sudoración, etc. Hemos contribuído a establecer el balance administrando solución de digitalina Nativelle y teobromina.

3º—Investigación del ritmo de retención de cloruro de sodio con 10 y 20 gramos.

4º—Tratamiento antihelmíntico.

5º—Inmediatamente después de tomar la última dosis de timol y a balance, determinación de las constantes ureo secretoria, cloruro secretoria, viscosidad sanguínea, tensón arterial, y número de hematíes.

6º—Ritmo de retención de cloruro de sodio.

7º—Durante el ritmo se ha investigado la constante ureo secretoria, cloruro secretoria, viscosidad sanguínea y examen del fondo de ojo.

Para dosar cloro (en Cl.Na.) del plasma hemos usado el método de W. C. Rappleye (1), recomendado por Van Slyke (2), consistente en precipitar los cloruros del plasma por una solución de nitrato de plata en ácido nítrico, alumbre de hierro y agua: 1 cc. representa 0.0025 grs. de cloruro de sodio.

El exceso de nitrato de plata se controla con una solución de sulfocinato de potasio de un valor cinco veces inferior a la de nitrato de plata. (1 cc. es igual a 0.0005 grs. de clor, de sodio).

La urea ha sido dosada por el método preconizado por Ambard.

Las pruebas de sangre para sífilis fueron hechas por el sistema homohemolítico de Noguchi (3).

Observación I

C. G., 21 años de edad, natural de Azogues, hace un año y medio que reside en zona de ankilostomosis (Naranjito), agricultor. El 23 de Enero de 1920 ingresó al Hospital General, Sala S. Juan de Dios, cama 31.

Hace siete u ocho meses, más o menos, comenzó a sentir disnea de esfuerzo, zumbidos de oídos, frecuentes marcos de cabeza, trastornos visuales, calambres en las pantorrillas y polakiuria nocturna. Estos síntomas, al principio ligeros, se han acentuado últimamente, en que además ha notado el enfermo que los párpados le amanecen edematosos, lo mismo que las extremidades inferiores; también ha tenido náuseas al despertar y a veces vómitos mucosos. Al examen del enfermo se observa palidez muy marcada de los tegumentos, edemas ligeros en los párpados y algo más marcados en las piernas y en los pies.

Los ruidos del corazón están un poco sordos; hay taquisfigmia (108 pulsaciones), se percibe también un soplo sistólico en el foco pulmonar. En los pulmones hay estertores mucosos grue-

(1) The Journal of Biological Chemistry. Sep. 1918, 35, Nº 3 pág. 509.
(2) Van Slyke and Donleavy J. J.: J. Biol. Chem. 37:551. 1919.
(3) Noguchi, H.: J.A.M.A. 70:1157 Abril 20, 1918; Exper. M. 28:43, 1918.

sos diseminados en ambos lados y ligera congestión en el vértice derecho. Bazo o hígado normales. En el pasado del enfermo sólo hay un ataque de viruelas a los 8 años de edad, que ha dejado pocas huellas. Posteriormente escasos períodos de paludismo sin ninguna otra infección aguda o crónica. No hay sífilis ni alcoholismo ni tiene antecedentes familiares patológicos dignos de tomarse en cuenta. Hay ligera albuminuria, cilindros granulosos, cilindros leucocíticos, glóbulos blancos y células de epitelio renal en estado granuloso y con deformación nuclear.

No hay edema de la papila del nervio óptico.

Cuando recién llegó el enfermo, para segregar un caudal de 11.09 de cloruros al 10.30 o/oo, necesitó una cloruremia de 5.85 y un umbral de 5.50 con un exceso sobre el umbral de 0.35. Despues de expulsar los vermes para segregar un débito de 30.16, al 11.10 o/oo necesitó apenas una cloruremia de 5.57, habiendo bajado el umbral a 4.93 con un exceso sobre el umbral de 0.64.

Aun cuando al principio hubiera segregado un débito de 30.16 a la concentración de 1.10, y suponiendo teóricamente que no hubiera subido su cloruremia primera de 5.85, el umbral no habría bajado sino a 5.26 con un exceso de 0.59, notándose pues, entre estos dos umbrales (el calculado teóricamente y el umbral real del final) una diferencia de 0.33.

Obsérvense los cambios que ha sufrido el umbral durante las diversas fases de la experiencia.

Obsérvese los cambios que ha sufrido el umbral durante las diversas fases de la experiencia.

Los umbrales 2 y 3 son ligeramente inferiores al primero porque fueron determinados sólo a balance de sal y régimen ligeramente clorurado, mientras que el 4, en balance de sal y agua, es notablemente más elevado que el primero.

	Antes	Despues
Cloruremia	0.35	5.57
Exc. Umbral	5.85	0.64
Umbral Cl.	5.50	4.93
Concent. Cl.	10.30	11.10
Débito Cl.	11.09	30.16

Observación I.

Observación II

T. E., 28 años, nacido y residente en zona ankilostomósica (Santa Rosa), agricultor, ocupó la cama 42 de la sala San

Fechas	Número de orden	Temperatura	Tensión arterial (Riva-Rocci)	Viscosidad sanguínea	Peso en kilogramos	Duración de la prueba en segundos	Volumen de orinas recogido en la prueba	Volumen de orinas referido a 24 horas	Orina: Constant. urea	Orina: Débito urea	Orina: Débito recalculado urea	Acetonia	K. urea	Sangre: Constant. Cl.Na.	Sangre: Débito recalculado de Cl.Na.	Clorurosis	K. cloruro secretoria	Umbral de Cl.Na.	Exceso sobre el umbral
Febr. 23	1	36.4	90/50	----	[illegible]	3.410	45	[illegible]	16.45	17.1	4.0[illegible]	0.278	0.068	10.30	19	3.32	5.58	0.106	5.50	0.35
Enero 26	2	36.-	----	----	56	4.125	[illegible]	816.8	11.50	9.9	2.81	0.25	0.089	5.50	19	1.07	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Febr. [illegible]	3	36.5	----	2.8	55.2	6.290	175.	2.403.8	4.49	10.80	2.4[illegible]	0.20	0.083	5.50	13	3.23	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Febr. [illegible]	4	36.1	115/65	4.-	58.5	6.590	37.5	[illegible]1.6	20.76	10.20	3.4[illegible]	0.153	0.045	4.	[illegible]	1.12	5.87	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Marzo [illegible]	5	37.-	114/72	----	60.96	3.920	123	2.717.9	10.64	18.91	4.6[illegible]	0.347	0.074	11.10	16	5.52	5.57	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Observación 1

En Enero 26 [illegible] 2.555.000 glóbulos rojos.
En Febr ero 23 [illegible] 4.330.000 glóbulos rojos.
En los constantes [illegible] útil [illegible] sonda para evacuar [illegible]

Fechas	Peso en kil.	Volumen	Cl.Na.Elimina o/oo	Cl.Na.Elimina 24 hrs	Cl.Na. ingeridos	Acciones
Enero 23	60	----	----	----	----	Ver K 1
" 24		2.200	5.-	11.-	Reg.	
" 25		2.100	3.-	6.30	hipcl.	Digita X gt.
" 26	56	1.960	1.50	2.94		Ver K 2
" 27		2.600	0.80	2.08	10.-	Cloru elimina-
" 28		1.100	4.50	4.95	10.-	dos h obte-
" 29		2.000	3.-	6.-	10.-	ner alance:
" 30		2.000	2.-	4.-	10.-	20. ms.
" 31		2.075	3.-	6.22	10.-	
Febr. 1		820	5.-	4.10	10.-	Cantid de Clo-
" 2		1.075	6.-	6.45	10.-	ruros cuidan
" 3	59.5	1.300	8.-	10.40	10.-	en [illegible]
						10 grs.
" 18		3.020	2.-	6.04		Ver K 3
" 19	55.2	2.810	3.-	8.43	Reg.	
" 20		1.830	3.-	5.49		
" 21		2.210	4.-	8.84		
" 22		3.360	2.50	5.95	hipoclor.	
" 23	58.5	1.050	2.50	2.62		Ver K 4
" 24		2.250	4.-	9.-	10.-	
" 25		2.270	7.-	15.89	10.-	
" 26		2.010	7.10	14.27	20.-	
" [illegible]		2.530	9.-	22.77	20.-	
" [illegible]		3.360	8.-	27.04	20.-	

Del 4 al 13 de febrero tomó tres dosis de timol tres gramos cada una con intervalo de tres días.

En marzo 3 se practicó K. [illegible] régimen clor no pesado.

Observación 2.

de Dios el 26 de Enero de 1920. Desde hace algunos años ha notado que su actividad para el trabajo disminuía y que, de vez en cuando, tenía cefalalgias, zumbidos de oídos, mareos de cabeza, criestesia y calambres en las pantorrillas. Raras ocasiones amanecía con la cara edematosa. Pero hace dos años estos síntomas se agravaron y, por último, hace seis meses los edemas son casi permanentes, como pudimos constatarlo el primer día de su hospitalización. Observamos también notable anemia y pulsaciones visibles en los vasos del cuello. La punta late en el quinto espacio intercostal, los ruidos del corazón se notan claramente y con su timbre normal. Hay taquiesfigmia (100 veces por minuto). En los pulmones percibimos respiración enfisematosa y bronquitis de los dos lados, más notable en las bases y en particular a la derecha. En el aparato digestivo, exceptuando la anemia de la mucosa bucal, lengua despapilada y ligera dilatación gástrica, no hay mayores anomalías. Hígado, bazo e intestinos, nada de notable. Edema bilateral de la papila óptica. Los antecedentes patológicos carecen de interés: se trata de un sujeto que no ha tenido enfermedad infecciosa digna de mención, pues, según refiere él no ha padecido siquiera las enfermedades propias de la infancia. No es sifilítico ni alcohólico. Antecedentes patológicos hereditarios desprovistos de interés.

Albuminuria ligera; cilindros leucocíticos, cilindros granulosos, leucocitos, células de epitelio renal en estado granuloso.

Cuando recién llegó el enfermo, para un caudal de cloruro de sodio de 1.75 tuvo una cloruremia de 6.10, con un umbral de 5.53, y un exceso de 0.562, con K. ur. 0.108; mientras que después de tomar timol, para un débito de 26.48 tuvo una cloruremia de 5.98, con un umbral de 5.45 y un exceso de 0.52, con K. ur. 0.082.

Obsérvese la curva que ha seguido la K. ur. Al comienzo era de 0.108, después, a balance de sal y agua, permanece en 0.111, y por último, a régimen fuertemente clorurado, cae a 0.082.

Nótese, además, que el umbral Nº 1, cuando el sujeto está parasitado (5.53), baja más todavía, a 5.41, menor que el umbral Nº 3, si calculamos hóricamente todo de la constante 3, a su misma concentración y la referi peso y la cloruremia de la constante Nº 1.

Pero debemos considerar que para segregar un caudal de 10.75 necesitó un exceso sobre el umbral de 0.56 debido a su K. 0.108, mientras que en la constante Nº 3, para un caudal de 26.48, sólo necesitó un exceso de 0.52 con K. ur. 0.082 y solamente con 5.98 de cloruremia.

El umbral Nº 2 (5.72), más elevado que el primero y el tercero, fue determinado a balance de sal y agua.

La cloruremia sigue la misma marcha descendente de los

Fechas	Número de orina	Temperatura	Tensión arterial (Riva-Rocci)	Viscosidad sanguínea	Peso en kilogramos	Duración en la prueba en segundos	Volumen de orinas recogido en la prueba	Volumen de orinas referido a 24 horas	Urea: Concent. ureica	Urea: Débito ureico	Urea: Débito recalculado ureico	Urea: [illegible]	K. ureica	Na: Concent. Cl.Na.	Na: Débito recalculado de Cl.Na.	Clorosis	[illegible]	Umbral de Cl.Na.	Exceso orina el umbral
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	63.66	5.425	54	860.1	[illegible] 85	12 [illegible]	3.31	0.357	[illegible] 108	[illegible] 25	3 33	6 10	0 169	5.53	0.542
[illegible]	[illegible]	[illegible]	110/05	[illegible] 5	60	8.960	47	435 [illegible]	17 3 6	7 8 [illegible]	2 77	0 307	[illegible]	[illegible]	[illegible] 61	6	0 17 4	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	30 8	92/58	2 [illegible]	[illegible]	4 300	2775	5575.8	4 1 6	23 [illegible]	24 [illegible]	0.26 [illegible]	[illegible]	6 [illegible]	4 07	5 98	0.1 [illegible]	5.45	0.52

Observación II

En Febrero 3 tuvo 2070.000 glóbulos rojos
En Febrero 24 tuvo 2.220.000 glóbulos rojos

Fechas	Peso en kil	Volumen	Cl.Na.Elimina o/oo	Cl.Na.Elimina 24 hrs	Cl. Na. ingeridos	Observaciones
Enero 27	63.66	—	—	—		Ve Nº 1
" 28		2.000	3.-	6.-	Reg.	
" 29		2.100	3.60	7.56	hipcl.	
" 30		2.600	3.-	7.80		
" 31		2.200	3.-	6.60		
Febr. 1		1.750	0.25	2.18		
" 2		1.750	1.-	1.75		Dilina XX g.
" 3	[illegible]	1.250	0.70	0.87		Clos elimi-
" 4		1.370	3.-	4.11	10.-	nanastoob-
" 5		1.100	3.-	3.30	10.-	tenl balan-
" 6		570	12.-	6.84	10.-	ce 76 grms.
" 7		1.000	4.-	4.-	10.-	Enero 3
" 8		1.400	5.-	7.-	10.-	Ve Nº 2
" 9		1.350	8.-	10.80	10.-	
Febr. 20		1.390	9.-	12.51	[illegible]	
" 21		1.450	6.-	8.70		
" 22		1.300	1.50	1.95	hipocl.	
" 23		1.650	3.-	4.95		
" 24	63-36	—	—	—	[illegible]	Ve Nº 3
" 25		1.890	10.-	18.90	10.-	
" 26		2.500	12.50	31.25	25.-	
" 27		2.360	14.-	33.04	25.-	

Del 9 al 20 de febrero tomó tres dosis de tim[illegible] tres gramos cada una, con intervalo de tres días.

[illegible] 24 de Febrero el enfermo [illegible] recogió la ori[illegible]

Observación II.

umbrales, a medida que mejora el enfermo, a pesar de que la cloruremia Nº 3 fue investigada a régimen fuertemente clorurado.

	Antes	Después
Cloruremia	6.10	5.98
Ex c. Umbral	0.562	0.52
Umbral Cl.	5.53	5.45
Concent. Cl	12.50	26.48
Débito Cl.	10.75	4.75

Observación II.

II PARTE

(De Archives of Internal Medicine, 28:550-561, Nov. 1921)

Observación III

J. A. R., hombre, 23 años, fué admitido al hospital en Feb. 18 de 1920 con el diagnóstico de uncinariasis. Había vivido durante 5 años en una zona parasitada. Los síntomas, que habían durado varios meses, eran: calambres en las piernas, zumbidos de oídos; náuseas y vómitos de un líquido amargo y salado en la mañana, dolores de cabeza.

EXAMEN FISICO

Reveló apreciable palidez de la piel y de la conjuntiva; edema de la cara y de los pies; pulso radial 120; soplo sistólico en el apex del corazón; bazo hipertrofiado; edema de la papila óptica. En la orina se encontró lo mismo que lo descrito en los casos anteriores.

Febrero 18: Coeficiente de Ambard 0.076; cloruremia 6.44; grado de excreción 12.14 gm.

Febrero 23: Coeficiente de Ambard 0.083; cloruremia 6.32; umbral 6.06 gm.; cloruro de sodio en 24 horas 3.36 gm.; glóbulos rojos por m. c. 1.500.000; presión arterial: sistólica 110, diastólica 45; viscosidad de la sangre 2.1.

MEDICACION

Febrero 22: digitalina, 0.0004 gm., teobromina 1.50 gm.

De Marzo 5 al 16, 9 gm. de timol en tres dosis.

Marzo 18: Coeficiente de Ambard, 0.074; cloruremia 6.16 gm.; umbral 6.01 gm.; cloruro de sodio en 24 horas 4.27 gm.; presión arterial: sistólica 106, diastólica 68; viscosidad de la sangre 2.4.

Marzo 28: Coeficiente de Ambard, 0.075; cloruremia 6.01 gm.; umbral 5.44 gm.; grado de excreción, 17.95; glóbulos rojos por m. c. 1.500.000; presión arterial: sistólica 104, diastólica 58; ritmo normal de retención en 10 y 20 gm. de cloruro de sodio después del tratamiento.

Observación IV

S. H., hombre, 17 años, fué admitido al hospital en Febrero 16, con diagnóstico de uncinariasis. Había residido tres años en una zona de uncinarias. Escalofríos, dolores de cabéza, náuseas y vómitos, vértigos, zumbidos en los oídos, edema de la cara y de las extremidades inferiores.

EXAMEN FISICO

Anemia severa; pulso radial, 108; soplo sistólico en la base del corazón; polakiuria; esplenomegalia; ligero edema de la papila óptica. En la orina había albúmina y cilindros, como lo descrito en los casos anteriores.

Febrero 16: (día de entrada al hospital): Coeficiente de Ambard, 0.066; cloruremia, 6.55 gm.; umbral, 5.94; cloruro de sodio en 24 horas, 21.19 gm.; presión arterial: sistólica, 115, diastólica, 55; viscosidad de la sangre, 1.9.

Febrero 24: Coeficiente de Ambard, 0.066; cloruremia 5.35 gm.; umbral 5.98 gm.; cloruro de sodio en 24 horas, 9.97; presión arterial: sistólica 108, diastólica 50; glóbulos rojos por m. c. 1.020.000.

MEDICACION

Febrero 23: Digitalina, 0.0004 gm.; teobromina, 1.50 gm.; timol 9 gm. en tres dosis.

Marzo 24: Coeficiente de Ambard 0.070; cloruremia, 5.66 gm.; umbral 5.24 gm.; cloruro de sodio en 24 horas, 8.91 gm.; presión arterial: sistólica 96, diastólica 54; glóbulos rojos por m. c. 1.490.000; viscosidad de la sangre, 3.5.

Marzo 27: Coeficiente de Ambard 0.061; cloruremia, 6.01 gm.; umbral, 5.31 gm.; grado de excreción, 31.51 gm.; presión arterial: sistólica 100, diastólica 76; excreción de cloruro de sodio obtenida bajo dieta pobre en sal y descanso: 22.50 gm.; ritmo normal de retención en 10 gm. de cloruro de sodio, ritmo anormal de retención en 20 gm. de cloruro de sodio.

Observación V

R. Z., hombre, campesino, 25 años, ingresó al hospital el 6 de Febrero. Habia residido 12 años en una zona infectada. Se quejaba de vértigos, debilidad general, zumbidos en los oídos y disnea de esfuerzo; durante el último año, anemia severa, náusea, y vómitos.

EXAMEN FISICO

Soplo sistólico en la base del corazón, pulso radial 108 y oliguria. En la orina se comprobó lo mismo que en los casos anteriores. (El estudio de este caso fué incompleto debido a que el paciente fugó del hospital).

Febrero 6: Coeficiente de Ambard, 0.140; cloruremia, 6.40 gm.; umbral, 5.95; cloruro de sodio en 24 horas, 3.52 gm.; presión arterial: sistólica 110, diastólica 60; glóbulos rojos por m. c. 1.980000; viscosidad de la sangre, 2.6.

MEDICACION

Timol, 9 gm. en tres dosis.

Marzo 3 Coeficiente de Ambard, 0.090; cloruremia, 6.19 gm.; umbral, 571 gm.; cloruro de sodio en 24 horas, 8.21 gm.; presión arterial: sistólica 108, diastólica 66; viscosidad de la sangre, 3.1; glóbulos rojos por m. c. 2.260.000.

Este paciente demostró un ritmo anormal de retención con 10 gm. de cloruro de sodio.

Observación VI

A. V., agricultor, 21 años, fué admitido en el hospital en Enero 29; residente siete años en zona uncinariosa.

Desde hace un año se había estado quejando de dolores de cabeza, ruidos en los oídos, anemia. El edema apareció en los últimos 4 meses y aumentó hasta el anasarca con marcada anemia, escalofríos, náusea y vómitos, vértigos; la mentalidad era subnormal y poco sensible a ligeros estímulos. Edema papilar de ambos nervios ópticos. En la orina, los mismos hallazgos previamente descritos.

Una dieta pobre en sal produjo una excreción de 221.93 gm. de cloruro de sodio y una pérdida de peso de 10.88 kg. Después del tratamiento antihelmíntico pudo excretar una gran cantidad de sal sin molestias.

Enero 29: Coeficiente de Ambard, 0.130; cloruremia, 6.20 gm.; umbral, 5.55 gm.; grado de excreción 4.85 gm.; presión arterial: sistólica 110, diastólica 70; viscosidad de la sangre, 2.3.

MEDICACION

Febrero 14: Digitalina, 0.0004; teobromina 1.50 gm.

Febrero 15: Digitalina, 0.0004 gm.

Febrero 15: Coeficiente de Ambard, 0.086; cloruremia, 6.22 gm.; umbral, 5.91 gm.; grado de excreción, 4.89; presión arterial: sistólica 100, diastólica 55; viscosidad de la sangre, 2.5.; glóbulos rojos por m. c. 1.400.000.

MEDICACION

Timol, 9 gm. en tres dosis.

Marzo 14: Coeficiente de Ambard, 0.083; cloruremia, 6.10 gm.; umbral, 5.22 gm.; grado de excreción, 25.33 gm.; presión arterial: sistólica 96, diastólica 56; viscosidad de la sangre, 3.1; glóbulos rojos por m.c. 1.480.000.

Marzo 20: Coeficiente de Ambard, 0.071 (25 gm. de urea añadida a la dieta); cloruremia, 6.02 gm.; umbral, 5.26 gm.; grado de excreción, 26.07 gm.; presión arterial: sistólica 104, diastólica 52; viscosidad de la sangre, 3.9.

Retención de 221.93 gm. de cloruro de sodio. Ritmo normal de retención en 10 gm. de cloruro de sodio antes del tratamiento. Ritmo anormal de retención en 20 gm. de cloruro de sodio antes del tratamiento. Después de la terapia antihelmíntica fué posible obtener un ritmo normal de retención, mismo en 57 gm. de cloruro de sodio.

En los otros tres casos se obtuvo los mismos resultados. La observación VII corresponde a un hombre sifilítico a quien le fué administrado cianuro de mercurio durante un tiempo prudencialmente prolongado, después de lo cual había aún una reacción de Noguchi positiva en la sangre. Ningún paciente demostró edema de la papila óptica después del tratamiento.

Que el timol y sulfato de soda no son la causa directa de la baja en los valores de la cloruremia y del umbral, queda demostrado en la siguiente observación hecha en un sujeto normal:

1) — Marzo 9, 1920: Coeficiente de Ambard, 0.066; cloruremia, 5.89 gm.; umbral, 5.50 gm.; excreción de cloruro de sodio, 24.85 gm.; cloruro de sodio por litro de orina (concentra-

ción), 3.50 gm.; presión arterial: sistólica 118, diastólica 64; viscosidad de la sangre, 4.8.

MEDICACION

Marzo 10, 1920: Timol, 4 gm., sulfato de soda, 120 gm.

2) — Marzo 11, 1920: Coeficiente de Ambard, 0.060 (ingestión de urea 25 gm.); excreción de cloruro de sodio, 25.49 gm.; (concentración de cloruro de sodio, 12.10 gm.); presión arterial: sistólica, 116, diastólica, 70; viscosidad de la sangre, 5.2.

El umbral 2 es más bajo que el umbral debido a más alta concentración de cloruro de sodio en la orina, puesto que el grado de excreción es aproximadamente el mismo. El grado de excreción del umbral 2 con la concentración del umbral 1 muestra 0.38 de exceso, que es el mismo que el exceso sobre el umbral 1; así calculado, el umbral para el umbral 2 sería de 5.54.

Conclusiones

En los nueve sujetos estudiados, la infestación por ankilostomas aparece como causa de la nefritis con retención de cloruros. El índice de excreción de urea fué bajo en tres de los casos.

La vuelta a la normal se produjo tan pronto como la terapia antihelmíntica expulsó los ankilostomas, aunque el recuento de glóbulos rojos permanecía aun bajo.

La etiología de esta nefritis es la infestación por ankilostomas; su patogenia es desconocida. (1).

Conclusions

In the nine subjects studied, hookworm infection caused nephritis with chlorid retention. The index of urea excretion was low in three cases.

The return to normal took place as soon as anthelmintic therapy expelled the hookworms; although the red cell count was still low.

The etiology of this nephritis is the infection by hookworms; its pathogenesis remains unknown.

---

(1) Bibliografía adicional no mencionada en texto: Ch[illegible]. H., y Labbo-Onell, C.: Arch. urol. [illegible] 1913.
F., Am[illegible] H.: Arch. urol. clin. de Necker, 1:275;
Peabody, F. W.: [illegible] 1913.
[illegible] F. C. y [illegible] L.: J. Bio. Chem. 19: 31, 1914.
McLean, F. C.: J. [illegible] M. 22:212, 366, 1915; J. Exper. M. 26:181, 1[illegible]; JA.M.A. 66: 415 (Feb. [illegible]); J.A.M. 69: 437 (Ag. 11) 1917.
[illegible], L.: Physiologie normale et pathologique de reins, París, 1914, E. 2, [illegible]
Castaigne, J.: J. méd. frac. 8: 441, 1919.
Ashford, Bailey, y Gutiérrez Igor avidez, P.: Uncia ariasisenPuertoRico, Washington, 1911. Gov't Printg. Coll., [illegible] Document, No. 608.

Breves consideraciones sobre Simpatología Clínica

Disertación leída por su autor en la Universidad de Guayaquil el 30 de Noviembre de 1932.

ADVERTENCIA

Este modesto trabajo, que puede considerarse como la introducción al estudio de la Simpatología, está dedicado a los estudiantes que [illegible] interes[illegible] por el aprendizaje de esta nueva rama de la Neurología, para que les sirva, a manera de faral que alumbre sus primeros pasos en la intrincada selva de estos nuevos conocimientos.

Sr. Rector de la Universidad de Guayaquil,

Sr. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central,

Distinguidos comprofesores,

Señores:

Me presento ante vosotros un tanto cohibido, porque juzgo que he tenido poco acierto para elegir el tema de esta conferencia, pero confío en vuestra gentileza y discreción, que sabrán perdonar, tanto la aridez del asunto, como la poca preparación del orador.

Os voy a hablar del Simpático, en su fase de aplicación clínica, tema tan vasto, que, cada uno de los párrafos aquí trazados, podría servir de núcleo para un capítulo. Pero he tratado de compendiarlo, refundirlo, sintetizarlo, para darle la extensión adecuada a este acto. Os voy a hablar de Simpatología clínica, pero para hacer más fácil la exposición, y más claro el desarrollo del asunto, tendremos que tocar, siquiera brevemente, la anatomía y la fisiología del Simpático, y dividiremos la materia en los siguientes acápites:

1º)—Anatomía del Simpático,
2º)—Fisiología del Simpático,
3º)—Simpatología clínica,
4º)—Terapéutica del Simpático.

I.— ANATOMIA.

Pasaremos una rápida revista sobre la anatomía del simpático, aun cuando, como dice Laignel-Lavastine: "si queréis pro-

gresar en simpatología, repasad constantemente su anatomía, y con el ánimo siempre dispuesto para renovar los antiguos conocimientos sobre el asunto, ya que la anatomía del simpático va despejándose y ganando terreno día a día; y de este modo conseguiréis tener presentes los motivos que os conducirán fácilmente a un lógico encadenamiento de los hechos observados en la clínica".

Podemos decir que el sistema nervioso conocido con el nombre de Simpático es aquel que tiene bajo su control los fenómenos de la vida vegetativa, es decir el conjunto de manifestaciones que constituyen el automatismo orgánico, o, en último análisis, las expresiones íntimas de la biología celular; por eso se lo ha llamado, también, autónomo o sistema neurovegetativo. Pero esta autonomía es, hasta cierto punto, relativa, porque, la comunidad de orígenes, el desarrollo embriológico, y las reacciones recíprocas, hacen ver que el simpático tiene una relación muy estrecha con el sistema sensitivo-motor. Efectivamente, sabemos, desde hace mucho tiempo, que en las masas laterales de la substancia gris de la médula, están localizados los núcleos de origen del Simpático tóraco-abdominal; además, en estos últimos años, Murat, Grasset, Francisco Franck, Munk y otros, han demostrado la existencia de centros simpáticos a nivel de la corteza cerebral, de los núcleos opto-estriados y de la cápsula interna. Estos datos, y los aportados por la fisiología y la clínica, nos permiten llegar a dos conclusiones: 1º—la asociación compleja, en los centros superiores, de lo consciente encefálico y de lo inconsciente; y así nos explicamos muchos fenómenos como la psicoterapia, autosugestión, método de Cué, fakirismo, etc.; 2º—la repercusión que tienen las afecciones cerebro-espinales sobre los fenómenos de la vida vegetativa, así como también la repercusión de los trastornos vegetativos sobre el cerebro y la parte psíquica y moral de los individuos.

Si, por una parte, el sistema sensitivo motor y el neurovegetativo, presentan puntos de contacto, en lo que se refiere a comunidad de orígenes y correlaciones fisiológicas, conviene hacer notar, ahora, ciertas particularidades que los individualizan. En primer lugar, las fibras del simpático son amielínicas (por lo menos, en su mayor parte), y esto contribuye mucho para la difusibilidad de sus manifestaciones; y en segundo lugar, si en el sistema sensitivo motor hay solamente dos neuronas, la central que viene de los centros a la médula, y la periférica, que, de la médula va a distribuirse a los músculos y demás órganos; en lo que se refiere al simpático, tenemos para cada vía tres, cuatro, y a veces más neuronas, de modo que, el camino que tiene que recorrer cada sensación, va tocando en varias estaciones o sinapsis, que corresponden a las diversas agrupaciones ganglionares, en donde toman contacto con fibras procedentes de otras zonas o que van a distribuirse en otros territorios, explicándose de esta manera la facilidad con que se difunden los reflejos por vía simpática, y la multiplicidad de sus manifestaciones en órganos diferentes. Por ejemplo, una lesión pulmonar puede

determinar manifestaciones en la piel correspondiente a la zona de pulmón afectado, así como también fenómenos pupilares y vaso dilatación en la mejilla del mismo lado; una excitación de la faringe oral, determina tos, náuseas, sudoración de la frente, midriasis e inyección conjuntival. En una palabra, el simpático es un sistema solidario en sus manifestaciones, y una excitación de cualquiera de sus terminaciones, hace reaccionar más o menos intensamente a diversos sectores del mismo; y son estos atributos inherentes a su dinamismo que le han valido su nombre: sim (con), pathos (sufrir).

Podemos considerar al simpático como dividido en dos agrupaciones: el orto-simpático, gran simpático o simpático verdadero, y el para-simpático, simpático cráneo-vago-pelviano, o sistema vagal. El primero, que en adelante llamaremos sólo simpático, comprende todos los filetes emanados de la médula, y que se condensan, al salir de ella, en las partes laterales y por delante de la columna vertebral, formando dos cadenas de ganglios, de donde parten fibras que van formando plexos y ganglios secundarios, la mayor parte destinados al tórax y abdomen, pero algunos también, los del ganglio cervical superior, se internan y distribuyen por los órganos cefálicos. El otro grupo, que llamaremos sólo con el nombre de vago, comprende las formaciones ganglionares emanadas de los núcleos cerebrales, las fibras vegetativas del neumogástrico y el nervio pelviano. Ahora bien, aun cuando el sitio de nacimiento es diverso para el orto y para-simpático, los dos toman parte en la inervación de todo el organismo, entremezclándose íntimamente y formando un todo anátomo-fisiológico, en el cual, sin embargo, se puede notar el predominio del uno o del otro, según la región u órgano, y el papel fisiológico que le está encomendado a esa región o a ese órgano.

II.— FISIOLOGIA.

Considerados fisiológicamente, los dos sistemas colaboran sinérgicamente al correcto funcionalismo orgánico. Esta sinergia se hace de un modo uniforme, parejo y constante, manteniéndose así el estado de equilibrio vago-simpático, que sería la salud perfecta. En el comienzo, los investigadores creían ver un antagonismo absoluto entre ambos sistemas, y que, en cuanto alguno de ellos, pecaba por defecto, el otro estaría más libre para ejercer su acción y preponderar en sentido opuesto. En verdad, parece que las cosas no suceden así, sino que, más bien, en casos de hipotonía de uno, el otro trata de bajarse al mismo nivel de tonicidad, para mantener el equilibrio; lo mismo sucedería en los casos de hipertonia. Sólo cuando la causa que ha determinado el desarreglo vago-simpático persiste durante algún tiempo o es de gran intensidad, se comienzan a manifestar los síntomas de desequilibrio, lo que constituye la enfermedad.

Sin embargo, el antagonismo fisiológico y farmacodinámico de los dos sistemas es de lo más marcado en ciertas manifestacio-

nes biológicas. El simpático acelera el corazón y la respiración, dilata la pupila, provoca vaso-constricción, eleva la presión arterial, ocasiona sudores activos tibios; el vago, en cambio, modera el corazón y la respiración, contrae la pupila, provoca vaso-dilatación, hipotensión, sudor frío, etc. El simpático aumenta las combustiones, las oxidaciones, el metabolismo basal, hace el papel de catabólico, toma parte en sentido positivo en las funciones vitales más importantes, es el primero en manifestarse cuando algún excitante físico y psíquico actúa sobre nuestro organismo, es el que interviene en las manifestaciones febriles más numerosas, es el joven impetuoso que lleva una vida activa y dinámica, derrochadora, es el que gusta de los placeres. El vago, en cambio, con el aplomo de una persona madura, contiene las actividades un poco peligrosas de su oponente, controla los gastos, evita el derroche, es de función anabólica, pone freno a las impetuosidades de su colaborador; y en ciertos casos, contribuye a los placeres que son atributo de su socio: en el coito, por ejemplo, la erección y replección de los cuerpos cavernosos corre a cargo del vago, mientras que el espasmo genésico es función de simpaticotonía. Sin embargo, y aunque parezca una paradoja, el muchazudo vago pierde, a veces, su aplomo habitual, y sus manifestaciones de hipertonía son en ocasiones ruidosas y peligrosas; la espasmofilia, la mayor parte de las convulsiones son función de hipervagotonía. Al lado de estas ruidosas manifestaciones, hay otras de hipertonía vagal moderada, como son el sueño, algunos temblores (los postencefalíticos, por ejemplo, etc.) Es útil recordar, de paso, que la constitución vagotónica es frecuente en la infancia y hasta en los primeros años de la vida, en que, poco a poco, se van aclarando los caracteres neurovegetativos del sujeto. Así nos explicamos, por qué los niños, hacen convulsiones con cualquier causa fútil (fiebre, parasitosis intestinal, etc.), y también la facilidad con que duermen. El funcionalismo del simpático tiene una estrecha vinculación con el sistema de las glándulas de secreción interna tal punto, que no podríamos decir en el momento actual si es el simpático el que regula el perfecto funcionamiento de las hormonas, o si son éstas las que ejercen un papel estimulante sobre el equilibrio vago-simpático. Está comprobado, por ejemplo, que en el Basedowismo, algunos casos tienen un origen endócrino (tiroideo-genético), mientras que otros tienen su origen en distonías simpáticas (simpático-genético). En todo caso, las correlaciones humorales y neurovegetativas son íntimas, y sus orígenes embriológicos son idénticos, hasta el punto de poder distinguir la célula cromafínica, por ejemplo, desde las primeras etapas de la vida, migrar junto con los elementos nerviosos que arrancan de la médula espinal.

Una cuestión nueva viene a hablar en apoyo de esta sinergia funcional. Pierre Masson, de Estrasburgo, acaba de identificar en el espesor de ciertos tejidos, valiéndose de métodos de impregnación argénticos especiales, la existencia de ciertos elementos que contienen las características de las células endocrinas y de las

células simpáticas y que las llama glándulas neuro-crinas; ha podido hallarlas en el apéndice, en otros tramos del tubo digestivo, en las vecindades de la hipófisis y del tubercinereum. Estas glándulas neuro-crinas segregan unas neuro-hormonas, que ya se ha podido comprobar para la hipófisis, y que es vertida directamente en los espacios perituberianos.

III.— SIMPATOLOGIA CLINICA.

El estudio de las simpatosis es indudablemente una de las adquisiciones clínicas de más valor en estos últimos años, tanto porque, de su correcta interpretación sacamos datos útiles para el tratamiento de muchas enfermedades conocidas, cuanto que nos permite llegar a definir, de un modo más o menos preciso, las constituciones individuales, y nos pone en condiciones de sacar mayores ventajas de la aplicación de los recursos terapéuticos. Así iremos, poco a poco, compenetrándonos más en el secreto de la clínica, para no hacernos acreedores a la acerba crítica de Voltaire, que definía la medicina diciendo que "consistía en introducir sustancias poco conocidas en organismos menos conocidos aún". Es preciso, pues, que nos esforcemos por seguir la evolución que hace la simpatología, seguros de que, con eso, vamos a obtener beneficio positivo para nuestros enfermos, y quiero recordaros lo que dice Guillaume respecto a la resistencia que algunos clínicos manifiestan frente a esta nueva rama de la neurología. "Esta severidad intempestiva que algunos profesan con respecto a la patología del simpático, es, a mi modo de ver, una de esas manifestaciones de hostilidad premeditada o inconsciente contra toda idea nueva que obliga a pensar y a hacer la revisión del bagaje científico, y volver a estudiar, a aprender en una edad en que ya se consideraba que se había llegado al umbral de la quietud intelectual".

Y en verdad, señores, si esto fuera solamente un asunto abstracto, poco interés habría en procurarse ideas nuevas sobre el particular, pero son los hechos clínicos, los que día a día van acumulándose y mostrando horizontes antes no vislumbrados.

A cuantos nerviosos, desequilibrados, ansiosos, impotentes, pobres seres incapacitados para el trabajo, impropiamente calificados de neurasténicos, podemos aliviar, y en ocasiones curar, haciendo el estudio atento de su sistema neuro-vegetativo. A cuantos pacientes, enfermos crónicos de imaginación, candidatos a la desesperación y a la melancolía, podemos hacerles palpar una vida más normal y llevadera, calificando ordenadamente sus síntomas y definiendo su constitución neuro-vegetativa.

Gran parte de los denominados antiguamente trastornos funcionales, son desequilibrios del simpático y de sus sistemas asociados, y por allí podemos darnos cuenta del enorme alcance de la

Simpatología. Cuantas afecciones catalogadas como enfermedades sin lesiones somáticas, neurosis, etc., encuentran su explicación en distonías vago-simpáticas. Tomemos al azar algunas de las clasificadas en esos grupos, la enterocolitis muco-membranosa, por ejemplo, cuya patogenia, difícil de aclarar, se explica actualmente como una hipertonía en la esfera del vago abdominal, y cuyos síntomas ceden, con relativa facilidad, con la administración de medicamentos inhibidores del vago. La jaqueca, bautizada con el nombre de "simpatosis cervical celulítica", es otra de las enfermedades cuya fisiopatología se explica por trastornos del equilibrio vago-simpático, en relación con descargas de substancias tóxicas, que se verifican en los espacios intersticiales del tejido celular, en los sitios de emergencia de los filetes cefálicos; y así podemos hablar de la urticaria, de las dispepsias, del asma, del edema de Quincke, de muchas dismenorreas, etc., afecciones en las cuales se observa el predominio de un factor simpático que tiende a desequilibrarse por cualquier causa física, química, psíquica, o también, por lo que podríamos llamar falta de correlaciones endocrino-neuro-vegetativas. En el grupo de las enfermedades nerviosas, hay muchas, como la causalgia, algunas radiculitis, numerosas manifestaciones tabéticas, el grupo de las llamadas enfermedades mentales menores (manías, hipocondrías, obsesiones), muchas psico-neurosis, que se van beneficiando de las nociones nuevas de la Simpatología.

En otras afecciones no tenemos todavía avances muy notables, pero, sin embargo, hay algunos síndromes, como el glaucoma, cuya interpretación se ampara bajo la noción de un desequilibrio simpático arterio-venoso provocado por procesos de vascularitis, tal vez de los vasa-vorticosa, y se habla ya del tratamiento de los síndromes de hipertensión ocular con medicamentos como el tartrato de ergotamina, que a la dosis de un cuarto a medio miligramo es un poderoso inhibidor del simpático.

Pero, sin embargo, es preciso que no nos dejemos llevar muy lejos por los entusiasmos de las nuevas adquisiciones, y al respecto quiero transcribiros lo que decía Laignel-Lavastine en su comunicación al Congreso de Berna del año 1914: "Las relaciones entre las glándulas endócrinas y la simpatología han tomado una extensión más y más grande, y hoy, cuando los clínicos pierden pie en sus diagnósticos incriminan a las glándulas endócrinas, que yo llamo **las buenas para todo en patología,** (les bonnes a tout faire) y cuando, con las glándulas de secreción interna no quedan satisfechos, llaman en su ayuda al simpático. De tal modo se ha prodigado esto que, con cierta razón, los espíritus precisos tienden a lanzar el descrédito: toda explicación es endocrino-simpáticas". De la misma manera, ofesor Baird, en sus recientes trabajos, trata de frenar la imaginación demasiado exaltada de algunos investigadores, y tacha de fantásticos a algunos libros consagrados a este tema.

Por consiguiente, es preciso tener la mayor prudencia para admitir una verdadera primacía del simpático en determinados síndromes clínicos, y sólo llegaremos a estas conclusiones por un estudio metódico y detenido de la fisiología y de la clínica.

Vamos a definir, primero, las diversas constituciones neurovegetativas, según el predominio del un sistema o del otro.

Eppinger y Hess, Martinet, Danielopoulo y otros han hecho diversas clasificaciones de estos estados, pero, en nuestro concepto, la que mejor encuadra en la realidad de los hechos es la de Guillaume. Este autor describe dos estados principales, esencialmente antagónicos: simpaticotonía y vagotonía, según que predominen las manifestaciones de uno u otro elemento. Ahora bien, la simpaticotonía puede ser debida a una excitación exagerada del simpático (hipersimpaticotonía), o a una depresión del vago (hipovagotonía). Lo mismo podemos decir de la vagotonía: puede ser debida a una verdadera excitación del vago (hipervagotonía), o a una depresión de su oponente (hiposimpaticotonía). En verdad, esta subdivisión es netamente fisiológica, y experimentalmente se logran reproducir estos dos estados principales y los dos estados que podríamos llamar secundarios. Es lógico que suceda así, porque, como vimos más arriba, la hipofunción de un sistema es nivelada por el otro, sólo hasta un cierto límite, pasado el cual, la preponderancia del sistema antagónico, se hace presente. Pero si fisiológicamente las cosas suceden de esta manera, en clínica es difícil, sino imposible, saber cuando una simpaticotonía se debe a una hiperexcitabilidad del simpático o a una depresión del vago. De modo que dejamos establecidos dos estados principales: simpaticotonías y vagotonías. Estas dos constituciones, puras, netas, esquemáticas, son muy raras de hallar con nitidez, por lo que se ha hecho indispensable adaptar otra nueva categoría, que corresponde a los casos más frecuentes en la práctica, y que se denominan neurotonías, y que corresponden a los sujetos que, en determinados territorios orgánicos tienen un equilibrio perfecto de ambos simpáticos, mientras que, en ciertos órganos, se observa el predominio de uno de los elementos nerviosos. Hay individuos que presentan, por ejemplo: taquicardia, que es función de simpaticotonía y sialorrea, función de vagotonía; midriasis (simpaticotonía) y tendencia al sueño (vagotonía). Y estas diversas manifestaciones se entremezclan e intrincan de tal modo, que se podría decir que forman un tablero de damas, con sus cuadros blancos y negros, y según que las manifestaciones sean más marcadas de un lado que de otro, se hablará de neurotonías a predominio vagal o simpático. Esto es lo que se llama neurotonía intrincada, en oposición a la neurotonía alternante, que se observa en sujetos que en repetidos exámenes clínicos, practicados a intervalos de tiempo, presentan signos completos de vagotonía, unos días, y de simpaticotonía, otros días. En resumen, podemos decir que todos los estados neuro-vegetativos se agrupan en tres órdenes de hechos: simpaticotonías, vagotonías y neurotonías (intrincada o alternante).

Vamos, ahora, a enumerar los síntomas principales que permiten reconocer a estos diversos estados, tomando como tipo los dos primeros.

VAGOTONIA.—De parte del aparato circulatorio, observamos inestabilidad cardio-vascular, particularmente en lo que se refiere a la frecuencia, numerosos períodos de bradicardia, tendencia a la arritmia refleja, mala circulación periférica, con propensión a éstasis venosos, crisis de vaso-dilatación con enrojecimiento de la cara y el pecho, tensión arterial baja, particularmente la mínima, que modifican con los esfuerzos moderados. La respiración presenta un ritmo de veces irregular, en las noches dificultad espiratoria, que obliga a ciertos pacientes a despertarse con ruído de estertores en el tórax, tendencia a las crisis de asma. El aparato digestivo manifiesta signos diversos: hipersecreción salival; son enfermos a quienes la boca se les llena constantemente de agua, que manchan con saliva la almohada, durante el sueño, tendencia a náuseas, sensación de bola epigástrica y de constricción en la base del tórax, que a veces reviste los caracteres de una crisis dramática, como veréis en una enferma que os relataré después, sensación de nudo en el esófago, y particularmente en la zona tiroidea, constipación por espasmo; la radiografía muestra un estómago pequeño, hipertónico, que se vacia con gran celeridad, y el colon aparece fuertemente contraído y con una imagen de guirnalda exageradamente acentuada. Estos pacientes hacen con facilidad úlceras pilóricas o yuxta-pilóricas. Además, podemos encontrar en ellos signos particulares de mucha importancia; el dermografismo, la aparición de la zona roja al rededor de la línea blanca de Sergent, cuando excitamos la piel con un estilete romo, y otros signos cutáneos que atestiguan la inestabilidad de la circulación capilar, y cuya importancia es tanta, que ya hay aparatos muy cómodos para el estudio de la capilaroscopia. La pupila es pequeña, pero inestable, porque, cuando proyectamos oblícuamente un fascículo luminoso, conseguimos determinar un miosis que va seguida de una midriasis más o menos persistente. La piel de los vagotónicos es fría, húmeda, con sudores viscosos, acné, cicatrices queloideas, visibilidad notable de las venas; las extremidades frías y la facilidad para sudar llega a ser para los enfermos un motivo tal de disgusto, que muchas veces consultan al médico sólo por el sudor exagerado de los pies y de las manos, que les obliga en ocasiones, como en un caso que yo conozco, a valerse demañas y subterfugios para tener ocupadas las manos con algún objeto, a fin de no saludar con ellas cuando se les presenta la oportunidad de hacerlo. La micción imperiosa, la tendencia al sueño, la depresión moral y psíquica, la facilidad con que se fatigan, la propensión a la ociosidad y al **dolce farniente**, son síntomas frecuentes de estos estados vagotónicos, aún cuando no son constantes. La sangre muestra, de ordinario, una eosinofilia más o menos marcada, pero este signo es de interpretación delicada. Estos diversos síntomas se encuentran más o menos definidos, según los sujetos, pero en

ciertos momentos se ponen de manifiesto de un modo intenso y a veces alarmante. La ingestión de ciertas substancias alimenticias (mariscos, fresas, conservas, etc.), pueden despertar crisis de vagotonía tremendas, que se traducen en verdaderos estados de hipervagotonía, y pueden ocasionar la muerte. Yo conozco a un paciente en el cual la picadura de un insecto pequeño determinó una crisis de vagotonía tan intensa, que, a no ser por la oportuna administración de adrenalina, por vía intravenosa, hubiera terminado probablemente mal. Algunas substancias, como la pilocarpina, eserina, etc., han determinado la muerte a algunos vagotónicas, y por esto, la prueba de la pilocarpina, debe realizarse con gran prudencia.

SIMPATICOTONIA.—En oposición a los signos enumerados anteriormente, los simpaticotónicos presentan por parte del aparato circulatorio: taquicardia, dolores precordiales de aspecto anginoso, pulso lleno, fuerte, hipertensión arterial, sobre todo la mínima y la media; la respiración es frecuente y más o menos superficial. Los simpaticotónicos tienden a la dilatación del estómago, a la dispepsia hiposténica y a la diarrea, que se presenta, de ordinario, en forma de crisis súbitas, durante las cuales se constata con frecuencia glucosuria. La piel es seca, ardiente, aunque a veces hay crisis bruscas de sudor activo, caliente, hiperestesia cutánea notable; el hecho de arrancarles un vello o un cabello provoca dolores insoportables, que perduran algunos segundos. Los ojos son brillantes, más o menos salientes, pupilas dilatadas, tendencia a la exoftalmia. Temblores fibrilares, a pequeñas oscilaciones, se observan con frecuencia en los dedos de los pies y de las manos; la piel misma parece en ciertos momentos agitada de un suave temblor ondulatorio. Estos pacientes duermen poco, despiertan con mucha facilidad, son de una actividad física e intelectual notable, manifiestan un dinamismo exagerado, sin sentir fatiga; son los hombres de las grandes iniciativas y de los grandes hechos; aunque en la historia hay casos como Napoleón, que, a juzgar por los relatos de sus médicos, presentaba, más vale, signos de neurotonía a predominio vagal, con un pulso de 40 al minuto, y, sin embargo, la actividad de su temperamento creo que no merece discutirse.

Los simpaticotónicos tienen un carácter alegre, jovial, muy buenos camaradas, pero son fácilmente irritables, y en ellos podemos ver accesos de ira de gran intensidad, pero de corta duración: "suben y bajan como la cerilla al encenderse", dice Martinet.

Lo mismo que dijimos de los vagotónicos, podemos decir de estos sujetos: sus síntomas no son siempre tan marcados, pero ciertos factores pueden determinar crisis de simpaticotonía peligrosas. La adrenalina es una substancia cuyo empleo exige cierta circunspección en los simpaticotónicos, sobre todo cuando se la emplea por vía hipodérmica, y algunos dentistas pueden atestiguar la

veracidad de lo expuesto, ya que, la mayor parte de las ampolletas que se usan para anestesia en odontología, contienen adrenalina.

NEUROTONIA.— En estos estados podemos hallar una mezcla de los síntomas que hemos enumerado a propósito de la vagotonía y de la simpaticotonía. Son pacientes en los cuales encontramos una inestabilidad notable en el tono de los órganos sometidos al control de los nervios de la vida vegetativa, una actitud particular y, en apariencia, paradójica para reaccionar de una manera violenta y excesiva frente a todos los estimulantes, sean mecánicos, físicos, químicos, psíquicos, y sobre todo, farmacodinámicos. Son individuos que toleran mal ciertos medicamentos que actúan selectivamente sobre el sistema simpático: quinina, antipirina, belladona, atropina, cloral, café, té, cocaína, etc. Son tipos en los que sus manifestaciones cardinales pueden resumirse así: Trastornos digestivo, circulatorios, trastornos del equilibrio metabólico, dolorosos de carácter neurálgico, más o menos intensos, pero casi siempre, poco duraderos; y estas diferentes manifestaciones serán más o menos caracterizadas, según que la neurotonía tenga un predominio vagal o simpático.

Estas diversas constituciones neuro-vegetativas son más o menos permanentes, pero sin embargo, bajo ciertas causas, particularmente tóxicas o toxi-infecciosas, el individuo puede modificar su constitución, y así vemos a algunas personas que habiendo sido simpaticotónicas, ven cambiar su equilibrio vago-simpático a consecuencia de alguna enfermedad o por preocupaciones morales o psíquicas. Cuántos tíficos son vagotónicos después de una larga pirexia, que los ha dejado en ruinas; cuántos vagotónicos se vuelven activos, dinámicos, con motivo de lecturas, auto-sugestiones o cambios de condición moral y económica. Además, aún en sujetos perfectamente equilibrados, vemos sucederse manifestaciones de simpicotonía o de vagotonía enel tiempo yen el espacio . Por ejemploparece comprobado, co modije más ariba, quela constitución vagotónica es la predominante en la infancia, y que, a medida que el desarrollo progresa, el niño va adquiriendo las características de su estado neuro-vegetativo definitivo. Otra cosa importante de retener es que, durante las 24 horas del día, aún en sujetos perfectamente equilibrados, presentan suaves manifestaciones del un lado o del otro está acor de en pensar que el vago predomina en las primeras horas de la mañana. Efectivamente, la laxitud y el deseo de descansar, como una consecuencia lógica del agotamiento del tono simpático diurno, van marcándose en las primeras horas de la noche, y el sueño, que es función clara de vagotonía, aparece como una manifestación del predominio parasimpático. También, gran parte de las manifestaciones morbosas consideradas como función de vagotonía, se presenta con frecuencia en la noche: asma, cólicos hepáticos, nefríticos, etc.

Tratemos ahora de conocer los elementos principales de que disponemos para identificar las constituciones neuro-vegetati-

vas. Para no fatigar demasiado vuestra atención, voy a hablar de las pruebas farmacodinámicas, bastante conocidas ya, enumerándolas solamente. La adrenalina es la sustancia de efectos más netos, y su efectividad es tal que por sí sola puede identificar una simpaticotonía. Actúa estimulando activamente el simpático; en cambio, la atropina, otra substancia preciosa como **test** farmacodinámico, determina también una hiperexcitabilidad simpática, pero por un mecanismo inverso, es decir paralizando el vago, pero de un modo tan claro y preciso, que le ha valido el sobrenombre de **escalpelo fisiológico del vago**. Frente a estas dos substancias colocaremos a la pilocarpina y a la eserina, ambas de efecto estimulante sobre el vago, y en forma, a veces, peligrosa. Mencionaré también la colina, que parece ser una de las pocas substancias que deprimen el simpático.

De modo que tenemos: adrenalina y atropina, que despiertan simpaticotonía, aunque por mecanismos inversos, y pilocarpina y colina, que ocasionan vagotonía, también por maniobras opuestas. El correcto empleo de estos **tests** puede guiarnos eficazmente en el terreno de la exploración del simpático.

Pero yo voy a hablaros con más interés de la investigación de los reflejos, que, por ser procedimientos más sencillos e inofensivos, pueden facilitarnos la exploración, sobre todo en los primeros exámenes. Tratemos primero del reflejo óculo-cardíaco (R. O. C.) Descrito por Dagnini y esquematizado por Aschner, es un método de exploración clínica de tal valor, que puede decirse de él que es a la simpatología lo que el reflejo rotuliano es a la neurología general. Su investigación es sencilla, pero, para que su interpretación tenga valor, es preciso rodearse de ciertas precauciones. El individuo debe estar de preferencia en ayunas, o después de 4 o 6 horas de haber comido. Acostado en decúbito supino, le hacemos cerrar los ojos, contando el pulso durante un minuto. Un ayudante ejercerá con los pulgares, cuyas uñas estarán dirigidas hacia la hendedura palpebral, una presión un poco brusca y enérgica sobre los globos oculares, procurando que sea igual para ambos lados, y durante este tiempo volvemos a contar el pulso. Normalmente esta maniobra provocará un retardo de 10 a 12 pulsaciones. El mecanismo de este reflejo se produce excitando las terminaciones oculares del vago, lo cual provoca, no sólo una bradicardia, sino una disminución del volumen de las aurículas, y una sobre excitación del núcleo sinusal, como lo ha demostrado últimamente Minerbi. Las modalidades de este reflejo son interesantes. Puede estar exageradísimo, y en vez de disminuir 12 pulsaciones, puede bajar 15, 20, 30 y más. Este es un excelente signo de vagotonía. Hemos tenido varios pacientes con reflejo óculo-cardiaco tan exagerado, que el corazón parecía latir con el ritmo idioventricular, es decir que los aparatos autónomos del corazón trabajaban solos, por **bloqueo** parcial del corazón. Recuerdo, entre otros, el caso de un joven, herma-

no de un colega, que tuvo un acceso de tonía caracterizado por ataques epileptiformes concomitantemecon crisis gástricas. Varios días después de pasar las crisis, la investigación del reflejo dió como resultado una bradicardia de 46 a 48. Otro caso, una señora joven, casada hace más de un año, con manifestaciones de vagotonía exagerada, que se traducían por crisis entero-gástricas y de disnea nocturna, y que no había podido realizar el acto sexual en todo el tiempo de casada, debido a un intenso vaginismo que se presentaba en los momentos de excitación genésica, acusaba una bradicardia que, de 60 bajaba a 42, cuando investigábamos el R. O. C. Podría citaros otros muchos casos en los cuales la investigación de este reflejo nos puso sobre la pista del desequilibrio simpático. 2º)— El reflejo puede estar invertido, es decir que la comprensión ocular determina primero una ligera bradicardia, que cede su sitio a una taquicardia más o menos violenta. Esto es frecuente en los simpaticotónicos, pero, sin embargo, su interpretación no tiene el valor que la del reflejo óculo-cardíaco con bradisfigmia. En los más raros, el reflejo no se produce, el pulso no aumenta ni disminuye, y sobre la interpretación de este fenómeno no se está aún en perfecto acuerdo.

El reflejo óculo-cardíaco nos sirve no solamente para el conocimiento de las condiciones neuro-vegetativas del paciente, sino que también nos ayuda en clínica para reforzar ciertos diagnósticos; en cardiología, por ejemplo, contribuye para aclarar la patogenia de las bradicardias. En los epilépticos se anotan hechos muy curiosos: el reflejo óculo-cardíaco sigue una especie de curva, con ondulación más acentuada a medida que nos acercamos a la época de aparición de las crisis, de modo que, podemos anticiparnos a la eclosión de ellas. En cirugía la investigación del reflejo óculo-cardíaco, puede indicarle al cirujano el peligro del cloroformo, porque el síncope clorofórmico primitivo se lo observa especialmente en los vagotónicos.

Hay otros reflejos que se producen por un mecanismo similar al óculo-cardíaco, pero cuya interpretación no es tan cierta, y por eso sólo los nombraremos: el palato-cardíaco, cervico-cardíaco, testículo-cardíaco, y muchos más que se siguen describiendo día a día,

Pasemos ahora al reflejo solar, de una importancia grande, y que sirve para poner de manifiesto la excitabilidad del simpático, así como el óculo-cardíaco demuestra la del vago. Sin embargo, su importancia es algo menor, porque la compresión se verifica sobre el plexo solar, cuyas conexiones vagales son más numerosas que las conexiones simpáticas del ojo. Para investigarlo correctamente, colocaremos al enfermo en decúbito horizontal, con las piernas flexionadas, rogándole que respire con la mayor naturalidad y procurando que no se inquiete ni se emocione. Al mismo tiempo colocamos el brazal del aparato de Pachon listo para funcionar. Hacemos entonces una compresión, primero suave y progresivamente más profunda en la zona triangu-

lar comprendida en [illegible] y una [illegible] horizontal que pase por [illegible] costilla. Contamos el pulso antes y durante la prueba, lo mismo que investigamos la presión antes y durante ella, fijándonos no sólo en las presiones máxima y mínima, sino particularmente en la amplitud de las oscilaciones. El reflejo puede ser indiferente, como sucede en los sujetos normales, pero puede ser exagerado, y esta exageración se traduce por taquicardia, disminución de la amplitud de las oscilaciones e hipertensión ligera, no siendo este último síntoma constante. El valor de este reflejo es muy apreciable: se lo encuentra más o menos completamente en las simpaticotonías, y aun cuando, no es tan decisivo como el óculo-cardíacos para los vagotónicos podemos contar con él como un elemento de diagnóstico en las excitaciones del simpático.

Al lado de los dos reflejos principales, el óculo-cardíaco y el del plexo solar, se colocan una multitud de reflejos menos informativos, pero también de grande importancia, que sirven ya para diagnosticar síndromes simpáticos o endocrino-simpáticos bien definidos. Los reflejos cutáneos, por ejemplo, el vaso motor, el sudoral, el pilo-motor, los reflejos pupilares, los reflejos simpático-viscerales, los reflejos de las mucosas nasal, faríngea, uretral, etc. Pero no vamos a estudiarlos en detalle, porque la índole de estos breves apuntes no encuadra en el marco de una verdadera especialización, y además, sería fatigosa una explicación escueta y esquemática, que quedaría mejor dividirla en varios capítulos, en los cuales se vería la utilización que en clínica tiene el estudio de todos ellos con fines diagnósticos.

IV—TERAPEUTICA

Para terminar, señores, voy a hacer un breve recuento terapéutico, de las sustancias farmacodinámicas que se emplean en simpatología. No hablaremos de los productos opoterápicos, porque ellos merecen ser tratados aparte, ni tampoco de los tests farmaco-dinámicos, de los que ya hablamos antes. El grupo de los genalcaloides, tampoco será estudiado, a pesar de su importancia, cada día más creciente, a fin de no extender demasiado estas nociones elementales. Antes de comenzar la enumeración, quiero hacer presente un pequeño detalle de terapéutica clínica: los medicamentos destinados a obrar sobre las simpaticotonías, conviene mejor administrarlos durante el medio día hasta comenzar la noche, y aquellos que se dirigen a moderar el vago, es mejor prescribirlos en ayunas o al acostarse, por las razones que ya conocéis.

Día a día los esfuerzos de los fisiólogos y terapéutas vuelven sus actividades a la realización de la terapéutica integral, y así vemos como el arsenal farmacológico se rejuvenece y transforma con el empleo de muchas sustancias usadas ya desde antes, pero con un radio de acción limitada, y sobre las cuales se hacen nuevos estudios que permiten obtener efectos antes ignorados o

no bien definidos. El cornezuelo de centeno, por sus acciones múltiples y constantes, y por los nuevos principios aislados de él, sale del marco de medicamento de parteros y ginecólogos, para codearse con las medicinas vago-simpático-miméticas. Es la síntesis farmaco-dinámica más perfecta, y por sus poderosos efectos en muchas distonías simpáticas, algunos lo califican, aunque impropiamente, de la hipófisis vegetal. De la misma manera podríamos hablar del cloruro de calcio, sustancia que, entre otras muchas propiedades, tiene la de estimular las secreciones paratiroides, y contribuir así, al control de las hipervagotonías. También el gardenal sale de su esfera de simple hipnótico, y lo vemos tomar asiento al lado de los medicamentos vago-inhibidores. Y así, pasaríamos en revista a gran parte de nuestros antiguos y conocidos medicamentos: los yoduros, la antipirina, el cloral y sus derivados, el benzoato de bencilo, entran en el campo de la terapéutica simpática, con una eficacia no reconocida hasta hace poco. Nuestra vieja y fiel amiga, la quinina, se pavonea orgullosa, porque, al lado de su inapreciable efecto específico, presenta otras fases: la de estimular el vago a dosis pequeñas, mientras que, a dosis mayores, es un activo estimulante del simpático, y su efecto es tan neto, que Brain pretende erigirla en test para descubrir los síndromes atenuados o bizarros del basedowismo, enfermedad simpático tónica por excelencia.

Los nitritos, en general, tienen una acción estimulante del vago, y por esto los vemos colaborar con éxito en las afecciones simpático-tónicas, como angioespasmos, angor, o seudo angor pectoris, etc. Las bases xánticas, cafeína, teína, teobromina, sustancias de marcada acción vagal, son nocivas en los espasmofílicos, histero epilépticos, epilépticos, y por eso sabemos por qué debemos proscribir de la alimentación de estos enfermos, el café, el té, el chocolate, ya que las convulsiones son función de vagotonía, y nos explicamos también, por qué, muchas veces una taza de cacao, puede despertar crisis epilépticas, en los predispuestos. La nicotina, sustancia con acción definida sobre el vago, actúa mucho mejor en ayunas, y por eso muchas personas obtienen con el primer cigarrillo de la mañana una fácil exoneración intestinal. La ipeca, que, en determinadas circunstancias, puede provocar una verdadera hipervagotomía, comparable al mal de mar (mareo), que, dicho sea de paso, es la crisis más típica de vagotonía, tiene múltiples aplicaciones, que se extienden también a su principio activo, la emetina. El opio, medicación amfotónica, de predominio vagal, puede ser peligroso en ciertos sujetos, particularmente en los niños. Y así, podríamos seguir hablando de sustancias como los bromuros, el beleño, la datura, escopolamina, etc., pero no quiero fatigaros más, y a pesar del benévolo interés con que me habéis escuchado, os aseguro que he estado preocupado de que, a fuerza de tanto oir hablar de vagotonías, se hubiera despertado en vosotros una manifestación vagotónica, que hubiera sido muy poco lisonjera para mí: me refiero al sueño.

Recopilación de Datos sobre la Historia de la Fiebre Amarilla en Guayaquil

Comunicación presentada por el Dr. Juan Tanca Morengo, Catedrático de la Universidad de Guayaquil, Delegado por el Gobierno del Ecuador al X Congreso Internacional sobre Historia de la Medicina.— Madrid, 23 a 29 de Septiembre de 1935.

Este modesto trabajo no tiene la pretensión de ser una obra completa de la historia de la fiebre amarilla en Guayaquil. Pocos datos existen en nuestros archivos y bibliotecas acerca de las primeras invasiones, su marcha, su desarrollo, su estadística, etc., y sólo a costa de grandes esfuerzos hemos logrado puntualizar hechos culminantes y precisar los detalles de más interés sobre las invasiones que precedieron a la gran epidemia de 1842. Tal vez en el "Archivo de Indias" se pueda completar esas lagunas, que para nosotros han sido insalvables, y dejamos para plumas más doctas y espíritus mejor entrenados para el asunto, redondear y completar este tema, que nosotros dejamos apenas esbozado. Además, si establecemos una comparación entre los conocimientos actuales sobre epidemiología de la enfermedad y los hechos poco concretos y borrosos que se leen en ciertos relatos de aquella época, nos asaltan las dudas y pensamos que quizás algunos de los brotes epidémicos allí consignados, no sean en verdad de fiebre amarilla, sino tal vez de alguna de las tantas afecciones, posiblemente espiroquetosis de la variedad ictero-hemorrágica, con las que fácilmente se puede confundir el tifus icteroides (1), y si consideramos que, aun en la actualidad no disponemos de medios precisos de laboratorio para identificar la enfermedad en los casos dudosos, comprenderemos que nuestros abuelos hayan podido referir al terrible flagelo que desolaba estas comarcas, un buen número de casos de evolución un tanto análoga, pero de etiología y terapéutica muy diversas.

Vamos a dividir nuestro breve estudio en los siguientes acápites:

I—Origen de la fiebre amarilla y su probable procedencia;

II—Las diversas ocasiones en que la fiebre amarilla invadió Guayaquil;

III—Erradicación de la fiebre amarilla de Guayaquil en

(1) Nombre dado por Fco. Boissier de Sauvages, de la Facultad de Montpellier.

1919, y posteriormente erradicación de las otras enfermedades pestilenciales, y de claración y confirmación de Guayaquil como PUERTO LIMPIO de la clase A.

I—ORIGEN DE LA FIEBRE AMARILLA Y SU PROBABLE PROCEDENCIA

No se tiene una noción precisa acerca del origen del **vómito prieto**, y los autores consultados sobre este asunto, sostienen opiniones diametralmente opuestas. Le Dantec (2) cree que la enfermedad es originaria de las Antillas, y de allí, transportada por los primeros colonizadores, hizo su aparición tanto en la costa oriental de Norte América y Canadá (New Orleans, San Luis, New York, Quebec, etc.), como en las Guayanas y costas del Brasil, produciendo estragos horrorosos y diezmando verdaderamente las poblaciones. **Fievre matelotte**, la denominaban, y efectivamente, junto con los barcos viajó a diversos lugares del continente americano, para ser transportada a Europa más tarde. Cádiz, Málaga, Sevilla, Barcelona, en España; Marsella, Tolón, en Francia; Livornio, en Italia, vieron aparecer y desaparecer temporalmente explosiones epidémicas del mal, dando oportunidad a clínicos eminentes para hacer estudios precisos sobre la sintomatología, evolución, pronóstico, de la enfermedad. Trousseau, en 1828, aprovechando la epidemia de Trafalgar, hizo una descripción tan completa y detallada que difícilmente se puede superar. El norte de Africa tampoco fue respetado por el tremendo azote, y así vemos que el mal hace estragos en toda su costa asolando estas poblaciones, pero sin instalarse definitivamente en ellas, como ocurría en los poblados de Centro y Sud América, que literalmente ven desaparecer muchas de sus villas por la horrenda furia que "no respetó cana, edad, ni juventud florida".

Estas múltiples invasiones a diversos lugares de Africa y del Viejo Continente nunca fueron vistas antes del descubrimiento de América, y a pesar de que el tráfico comercial era bastante intenso entre Africa y Europa y entre este continente y Asia, nadie ha descrito una enfermedad que tenga siquiera remotamente los caracteres sintomatológicos asignados a la fiebre amarilla, siendo éste uno de los argumentos de más peso a favor del origen americano, y más precisamente antillano del tifus icteroide. Oigamos lo que dice Marchoux (3), del Instituto Pasteur: "No parece otra la "causa de los muchos fallecimientos que siguieron a la batalla de "la Vega Real en la isla española. Para oponerse a los invasores, "se unieron los indios de la altiplanicie con los de las tierras calien-"tes y, durante casi todo el año de 1495, Colón y sus tropas tuvie-"ron que sostener contra ellos una lucha sin cuartel. Aunque muy "mortífera esa guerra de escaramuzas, hizo menos víctimas que la "enfermedad. Esta se manifestaba por vómitos, primero alimen-

(2) Pathologie exotique, 1929.
(3) Revue Scientifique, Nº 2, 1909.

"ticios, después biliosos y por fin sanguinolentos. Se atribuía a "envenenamiento criminal o a intoxicaciones alimenticias. Sin em- "bargo el vómito negro asolaba los dos campos; pues que entre los "indios había muchos que venían de regiones indemnes, y no po- "día provenir de substancias alimenticias o del envenenamiento de "las aguas, y no era sin duda más que el virus amarillo". Este modo de pensar es también sostenido por Clarac, Simmond, Dutertre, Herrera y muchos otros, quienes hacen exposiciones detalladas acerca de los primeros casos relatados por los exploradores de aquellos tiempos.

Los que militan en el lado opuesto, sostienen que la enfermedad tuvo su origen en Africa Occidental, de donde habría sido importada por los primeros buques negreros que arribaron al continente recién descubierto, y abogan así fundándose en el hecho de que el mosquito trasmisor es no sólo el **stegomya fasciata (aedes egypti)**, sino también el **aedes luteocephalus, aedes Stokesi, aedes vittatus, aedes africanus, aedes Simpsoni, erepmopodites cristogaster,** y algunas especies más, insectos que pululan en cantidades extraordinarias en la costa africana y aún en ciudades del interior, mientras que son relativamente raros en América.

"Como patria de la fiebre amarilla debe mirarse el "Africa Occidental, por ser la cuna de los mosquitos", dice el Profesor Hoffmann, en **Gelbfieber und Gelfieberforschung,** (citado por J. A. Falconí Villagómez) pero nos parece demasiado categórica tan rotunda afirmación del reputado maestro, basándose en que "en el Nuevo Continente se encuentra este género aislado (aedes), mientras que en el Africa es corriente hallarle especies próximas o afines". Por otra parte, por qué, a pesar del incesante tráfico mercantil entre Africa y Europa, nunca se registraron casos de la enfermedad antes de las referencias dadas por los primeros colonizadores de América?.

Hay autores que sostienen que la enfermedad es originaria de Asia, y el hecho de que en algunos lugares de América se conocía a la fiebre amarilla con el nombre de **Mal de Siam,** ha servido para afirmar que efectivamente el azote fue importado de Asia a la costa del Brasil y de allí habría ascendido hasta las Antillas y el golfo de Méjico, donde habría tomado definitivamente carta de naturalización. En el relato de Plácido Baroza (4) se hallan los siguientes párrafos que pueden dar asidero a esta hipótesis: "El Concejero Dr. Cruz Jobín, a propósito de la "epidemia de 1850, "en Río de Janeiro, es de parecer que ella nos vino por primera "vez del golfo de Siam. El refiere que por el año de 1685 partió "del golfo de Siam, en el país de la China, la nave francesa **Orifla- "ma,** que iba para el Fuerte Real en las Antillas. Después de su "partida, y a seguida de la apertura de unos barriles de carne, co- "menzó a enfermarse la tripulación, verificándose después que al

(4) Pequena Historia de Fiebre Amarilla en Brasil

"tiempo de la partida de ese navío reinaba la misma molestia en "tierra; la nave, por causa de la epidemia a bordo fué obligada a "arribar a Pernambuco, a fines de 1685, y de allí data la epidemia "en esta parte del Brasil". Pero, según Le Dantec (ob. cit.), el **Oriflama** que venía de Siam, recaló en el Brasil, tomando allí los gérmenes de la enfermedad, y al llegar a la Martinica desembarcó en la isla el temido flagelo. La afección ya existía en la costa oriental de Sud América porque en 1673, Campet, médico de una expedición describe en la Guayana Francesa una enfermedad epidémica que ocasionaba la muerte vomitando negro.

Por otra parte, ¿por qué antes no hubo casos de la enfermedad en Europa ni en Africa, si el intercambio comercial era ya intenso entre Asia y los otros continentes, y a pesar de la gran facilidad para que la noxa sea transportada en los barcos y viaje con ella largo tiempo sin perder su virulencia, salvo que determinadas condiciones climatéricas y meteorológicas actúen en sentido opuesto? Por lo demás, existen relatos consignados por Herrera por los que se comprueba que el mal era bien conocido por los nativos de las Antillas, que lo denominaban **homanhatina,** los cuales cuando se presentaba una epidemia, destruían sus chozas y emigraban a otra zona para escapar a los estragos de la enfermedad. En Thiers, (5) se puede leer cómo los antillanos temían al flagelo y de qué precauciones se valían para evitar la propagación del **vómito prieto,** incinerando los cadáveres y objetos personales de las víctimas y quemando hierbas sagradas que purificaban el ambiente, ya que ellos pensaban en el origen divino de la enfermedad.

Cuando los primeros europeos se instalaron en el litoral de Méjico para establecer y fundar lo que es hoy Veracruz, fueron atacados por una enfermedad que los indígenas de esa región llamaban **cocolitzle,** que no era otra cosa que el tifus amarillo (Le Dantec). En el establecimiento de los primeros europeos en las Antillas, se encuentra siempre la fiebre amarilla diezmando a los colonos: "los enfermos eran más amarillos que los membrillos", dice Dutertre; "eran de tal modo amarillos, que parecían azafranados", dice Herrera. No cabe duda, pues, que la fiebre amarilla existía en las Antillas antes de la llegada de los europeos, y a los nombres dados por los indígenas, fueron sustituyéndose poco a poco con los de **vómito prieto, tifus amarilla, fiebre matelotte, tifus icteroide, yellow fever etc.** El padre Juan Velasco en "Historia del Reino de Quito", refiere que hacia el año de 1589 una peste general azotó cruelmente a las poblaciones de lo que es hoy Provincia del Guayas, y un comentarista del referido historiador, Dr. César Borja (6), supone que se trató de la fiebre amarilla "que más de 80 años antes, había destrozado ya las pequeñas colonias de las Antillas". Diversos trabajos hablan de un modo claro acerca de la sintomatología y estragos que hacía la enfermedad, y Ferreira

(5) Histoire du Consulat et de l'Empire.
(6) "Boletín de Medicina y Cirugía". Guayaquil, Setiembre 1912, Nº 81.

da Rosa, en 1687 hace una exposición precisa y detallada del asunto.

Creemos haber expuesto lo suficiente para pensar que más razón hay para achacarle un origen americano a la fiebre amarilla, antes que una procedencia africana ó asiática y así llegamos al verdadero tema de nuestra historia, tomándolo desde el año 1740, época de la primera invasión constatada en Guayaquil (7), consignando, de paso, que diez años antes la enfermedad hizo estragos en Cádiz en 1730, volviendo a la misma población en 1764, y pasando a Málaga en 1807 y a Barcelona en 1821.

II—LAS DIVERSAS OCASIONES EN QUE LA FIEBRE AMARILLA INVADIO GUAYAQUIL

La ciudad de Guayaquil, capital de la Provincia del Guayas, en la República del Ecuador, fue fundada definitivamente, después de varios intentos frustrados, por **Francisco de Orellana**, en el año de 1537, sobre la margen izquierda del caudaloso río Guayas, y su posición geográfica es 82º 11' 33" (long.) y 2º 12'08" (lat.) mer. París, a tres metros sobre el nivel del mar.

La primera noticia confirmada sobre fiebre amarilla la encontramos en el informe de los Reales Comisionados, D. Jorge Juan y D. Antonio de Ulloa (8):

"Además de esta enfermedad que es la común (tercianas), "se ha experimentado también la del **vómito prieto** desde 1740, en "que habiendo llegado la Armada de Galeones del Sur, retirándose "de Panamá por causa de la guerra para asegurar el tesoro en las "provincias de la sierra, se padeció la primera vez esta epidemia y "murió mucha gente; así de la que llevaba la misma Armada como "la forastera que se hallaba allí, y algunos **patricios** (naturales del "país), aunque muy pocos". No nos ha sido posible estudiar documentos de la época para juzgar acerca del desarrollo de la epidemia, porque no existe nada preciso ni claro, pero para formarnos una idea sobre el estado sanitario de entonces, copiamos estos párrafos del mismo informe de los citados por **Ulloa**:

"Las culebras y víboras venenosas, alacranes y cientopies "se vuelven familiares en las casas en esta estación (lluviosa), a "costa del peligro de la vida de sus moradores, y aunque en el res-"to del año no falten, en este tiempo son con mayor abundancia y

(7). Gabriel Pino Roca en "Breves apuntes históricos de la Medicina Ecuatoriana", 1915, refiriéndose a la invasión de piratas en 1709, dice: "Perece un gran "número de éllos (los piratas), antes de perder de vista nuestras costas, empero "en la saqueada ciudad hizo también sus víctimas. Hay autores que suponen "que esta peste no fué la de viruelas sino la primera visita de una huésped, que "debía darse a conocer más tarde, y tomar asiento de naturalización en nuestra "zona del litoral, de donde aún no podemos extirparla: la fiebre amarilla. Repí-"tese que hubo en Guayaquil quien denunciara este nuevo flagelo, dándole el "nombre de Mal de Siam. No hizo grandes estragos, cesando al parecer súbita-"mente".

(8) "Relación Histórica del Viaje a la América Meridional", Madrid, Año de MDCCXL — Vol. I, pág. 298.

"más pronta agilidad. Aunque en aquellos países cálidos y húme-"dos es grande la abundancia y variedad de insectos volátiles, en "ninguna es tanta como en Guayaquil, pues en la sazón del invier-"no no se puede mantener una luz encendida fuera del farol el "tiempo de tres a cuatro minutos sin que la apague la muchedum-"bre de los que girando al rededor de ella se sacrifican a su llama. "No es menos molestosa la pensión y plaga de ratas, que allá lla-"man pericotes, cuya abundancia es tanta en todas las casas de la "ciudad que saliendo de sus nidos desde el instante en que anoche-"ce se pasean por las salas y piezas con toda familiaridad y emba-"razan el sueño de las personas no acostumbradas a su presencia "y ruido. Están ya tan acostumbrados con las gentes que adelan-"te de ellas se lanzan a la vela que está alumbrando, la arrebatan "y van a comérsela a otra parte, cuando falta la precaución de te-"nerla dentro del farol, siendo tanto el peligro que de ello redun-"daría en aquellas casas".

Gabriel Pino Roca (ob. cit.) tiene los siguientes acápites referentes a la época: "He aquí lo que sabemos sobre la irrupción "de la fiebre amarilla en 1740. Ya vemos que nos vino importada "de Panamá, como es probable que también sucediera con la in-"vasión de 1709, si no estuvieron equivocados los que creyeron re-"conocerla en las pocas víctimas que hizo entonces. Nunca se vió "más necesario el Hospital que en tan aciagos días, y más que "éste, la de regentes adecuados. Muy prontose ocuparon las po-"cas camas que contenía y aún se siguió recibiendo atacados, a "quienes por toda comodidad se les daba el duro suelo, sin tener "muchas veces una mala cobija con que abrigarlos; llegando el tris-"te caso de rechazar de las puertas a los que seguían buscando en "él alguna débil esperanza. Casi todos los que ingresaron sucum-"bieron pronto, en manos de los tres o cuatro zambos, que hacían "de enfermeros, que no siempre cumplían con los epidemia-"dos las prescripciones que les sugería el barbero-boticario, "asesor técnico del ignorante mayordomo".

Modesto Chávez Franco (9), refiriéndose a los que ejercían la medicina entonces, tiene estos comentarios: "De 1737 a 1742. "Miguel Ignacio del Castillo, y cirujano latino Miguel de Villa-"nueva Gabriel Lozano, cuyo grande apellido al Cabildo confiesa "curar sólo de experiencia. Se le prohibe curar de medicina, y "como no le es potestativo al no titulado usar el latín, se manda "borrar de su exposición todas las palabras latinas que le exa-"mine el barbero Castillo, para proveer. En 1742 Juan Cri-"sóstomo de Recalde. Resultó de una visita al Hospital, que él re-"cetaba y asistía; y como no era nada, ni sacamuelas siquiera, ni "tenía ni un almanaque de medicina, se le prohibe; y se insolenta "el frailey amenaza con dejar botado el Hospital y no tener que "dar cuenta de la plata a nadie".

Es de suponer, pues, que la epidemia hizo estragos horri-

(9) "Crónicas de Guayaquil Antiguo", Imp. Municipal, 1931.

bles en los primeros tiempos, y en el decurso de los años sucesivos fue atenuando su rigor debido a la inmunidad conquista por los primeros ataques (10), quedando los nativos más o menos a cubierto del mal, el cual sólo atacaba a los recién llegados, bien sea de la serranía o del exterior del país, y así la epidemia fue declinando hasta extinguirse, sin que podamos precisar cuantos años estuvo ausente.

El 31 de Agosto de 1842 arribó al puerto la goleta inglesa "Reina Victoria", procedente de Panamá, trayendo a bordo varios febricitantes de los cuales algunos fueron desembarcados. Parece que el Delegado Sanitario no reconoció la clase de fiebre que portaban los viajeros, error excusable si consideramos que, según las crónicas, hacía muchos años que no había fiebre amarilla en la ciudad, y por esta razón permitió su ingreso al poblado. En los primeros días de Setiembre se registraron algunos casos aislados que sembraron el desconcierto en el vecindario pero el Cabildo, secundado por una Junta de Médicos, afianzó el error del Delegado Sanitario, declarando oficialmente que no existía fiebre amarilla, y que los casos registrados en días anteriores eran **fiebres miasmáticas** de poca importancia (Actas del Cabildo, Set. 1842), contribuyendo con esto a sembrar más bien la desconfianza en la población, que vió confirmados sus temores con los hechos que se sucedieron después. Efectivamente, a fines del mismo mes, la enfermedad tomó un desarrollo nunca visto antes de esa época, sembrando el terror y el pánico entre los moradores, que huían despavoridos a las poblaciones vecinas, tratando de alcanzar las villas de la altiplanicie que eran respetadas por la invasión del flagelo, por sus especiales condiciones climatéricas. Pero no todos alcanzaban a llegar a Guaranda, Ambato, Cuenca, ciudades todas de serranía, y los caminos de Babahoyo, al norte; y de Naranjal, por el Sur, vieron caer a numerosos fugitivos, muchos de los cuales habían salido de Guayaquil llevando en incubación el agente de la mortífera epidemia. El Gobernador D. Vicente Rocafuerte, cuya vigorosa figura se destaca con caracteres de relieve imperecedero, en mérito de su tino, energía y abnegación sin límites, dictó bandos y reglamentos organizando, entre otras cosas, dos cordones sanitarios, situados a lo largo de los principales caminos para impedir el éxodo de los apestados, y evitar de esa manera la diseminación del **tifus icteroide.**

Un vate popular, si no de lo más clásico, por lo menos muy expresivo, citado por Carlos V. Coello, canta en las siguientes estrofas la desolación y espanto reinantes: (10a).

---

(10) A. J. Valenzuela "Razones histórico-epidemiológicas en contra del leptospira icteroides". Act. Soc. Médico-Quirúrgica del Guayas, Enero 1932. "La "fiebre amarilla oriunda del mar Caribe, pasó a Panamá, y de allí nos vino la pri"mera epidemia en 1740 con los Galeones del Sur, que vinieron a refugiarse en "Guayaquil, huyendo de la escuadra inglesa, entonces en guerra con España. Dió "entonces lugar a una epidemia que agostó a más de la mitad de la población, ex"tinguiéndose por sí misma a falta de sujetos no inmunes".

(10a) Carlos V. Coello. — "Breves apuntes para la historia de los trabajos sanitarios en Guayaquil hasta 1915". Act. Soc. Médico-Quirúrgica, Julio, 13 de 1926.

"Dispersadas las gentes por los campos,
La ciudad ha quedado abandonada;
Apenas ya se encuentran unos cuantos,
Que en su faz ven la muerte retratada.

Los carros de servir la policía,
De continuo se miran atestados,
Siendo insuficiente todo el día

Para arrojar despojos de finados.
El espíritu más fuerte abatiría
Este cuadro tan triste y continuado".

Datos recogidos en diversas fuentes hacen pensar que Guayaquil tenía entonces 14 a 15.000 habitantes, y con los alrededores y parroquias esa cifra se elevaba a 24 o 25.000 habitantes. De Setiembre del 42 a Abril del 43 se registraron alrededor de 4.400 defunciones lo que da un promedio de un 20% de mortalidad, cifra exorbitante, que queda pequeña no obstante si la comparamos con la citada por Thiers (ob. cit.) referente a la expedición del General Leclerc a Santo Domingo en 1802. "Apenas el ejército comenzó a establecerse en Santo Domingo, cuando un flagelo frecuente en esas regiones vino a abatir a los nobles soldados del Rhin y de Egipto. Veinte generales murieron casi al mismo tiempo. Los oficiales y soldados morían por millares; quince mil hombres perecieron en dos meses. De los 30 a 32.000 hombres enviados por la metrópoli quedaban, al final de 7 a 8.000". (11)

El Dr. José Mascote, médico ilustre que floreció en esa época, nos ha dejado un trabajo (12) que es lo más completo que puede encontrarse sobre el asunto. En el mencionado opúsculo, uno de cuyos escasos ejemplares se conserva en la Biblioteca Municipal de Guayaquil, se pone de manifiesto el gran talento de Mascote, su vasta erudición, su sagacidad y juicio clínico experimentados, al lado de su sana filosofía y humanismo, que contribuyen a realzar con trazos destacados la esclarecida figura de este paladín de la ciencia, el que, con Sixto Durán, Alcides Destruge, O'Neill, Parson, Arcia, Pisis, Bravo y otros, constituían el más alto exponente de la medicina de esa época. Los múltiples problemas que había que resolver frente a la fiebre amarilla eran tópicos que preocupaban hondamente a nuestros esforzados antecesores: el origen, su contagiosidad, su propagación, la susceptibilidad de ciertas razas, los hábitos de los individuos, el color de su piel, la inmunidad alcanzada porque ya habían sido atacados, etc., son puntos que, dada la época y los escasos medios de investigación,

(11) Sin embargo se registran otras epidemias en que la mortalidad se ha elevado a 94%. En Senegal en 1878 y en 1900 había sido de 54% (Poux). En 1885, en las Guayanas, la mortalidad fue de 45 %, y según Catel y Domeni, las estadísticas más favorables muestran una mortalidad de 17%.

(12) "Memoria sobre la Fiebre Amarilla que apareció en Guayaquil en 1842", Imp. M. I. Murillo, 1844.

son magistralmente desarrollados por el Dr. Mascote, y es curioso observar la tendencia a incriminar a los miasmas pútridos que emanaban de ciertas descomposiciones de materias orgánicas, la causa primordial de la fiebre amarilla (**gastro-entero-encefalitis miasmática**, la denominaba él), y es probable que esas substancias que constituyen excelentes criaderos de mosquitos, hayan jugado, en verdad, un papel importante en el desarrollo y extensión del mal (13). No podemos pasar sin un breve comentario acerca de una autopsia practicada por el Dr. Durán y relatada por Mascote, en la cual se constata **la trasudación hemorrágica** en todas las serosas: pleura, pericardio, peritóneo y los signos de una inflamación generalizada a todas las vísceras, por lo cual consigna como nombre de la lesión anatomo-patológica dominante el de **irritación hemorrágica generalizada.** La terapéutica de entonces daba mucha preferencia al calomel, del cual se abusó excesivamente, y a los aceites de ricino, almendras, olivos, etc., pero es digno de anotarse los ensayos de balneoterapia con agua de mar que se realizaron, al parecer con resultados satisfactorios.

La furia de la epidemia fue atenuando sus horrores a fines del año 42, después de haber arrasado familias enteras, cuyos miembros sucumbían a veces en el mismo día (14), a veces con diferencia de pocos días o semanas, dejando a nuestra ciudad transformada en un "vasto cementerio, caos de espanto y horror", según la expresión del benemérito D. Vicente Rocafuerte. (15)

El nefasto recuerdo de la fatídica goleta "Reina Victoria" se mantuvo vívido durante mucho tiempo, y en Mayo de 1843 la referida nave, que venía siendo rechazada de puertos colombianos por haber presentado nuevos casos a su bordo, pretendió ingresar nuevamente a Guayaquil, cambiando el nombre por el de "Empresa"; pero la Gobernación y la Junta de Médicos resolvieron no recibirla, y el Gobernador, Sr. Espantoso, ante una posible reclamación diplomática, envió al Sr. Cónsul de S. M. Británica el siguiente oficio: "He resuelto que inmediatamente se disponga la "salida del bergantín "Empresa" y que no se le permita en ade- "lante ni aun acercarse a nuestras costas porque parece que en él "está demarcado el signo de las calamidades en que se ha visto "envuelta esta desgraciada provincia, pudiendo asegurar al Sr. "Cónsul con la másfranca sinceridad que si el bergantín "Empre- "sa" enarbolase en el día el pabellón de la República si no estu- "viere cubierto bajo la respetable bandera de S. M. Británica, ya "le había permitido entrar a este puerto para que fuese devorado

---

(13) No se hablaba aún de mosquitos en la génesis de la enfermedad ya que la concepción de Finlay data de 1881, y los trabajos de la célebre Comisión Americana compuesta por Read, Carrol, Lazear y Agramonte, realizó sus trabajos diez años después.

(14) En el cementerio de la ciudad pueden encontrarse varias numerosas tumbas que corresponden a miembros de la familia Rocafuerte: Vicente Gainza Rocafuerte, 1Oct.; María delRosario Rocafuerte, 20 Oct.; Bernardo Rocafuerte, 27 Oct.; Juan Gainza Rocafuerte, 1 Nov., y el médico que los asistió Dr. Ramón María Bravo que murió el 4 de Nov. a la edad de 33 años.

(15) Oscar Efrén Reyes: "Historia de la República". Imp. Nacional 1931.

"por las llamas del fuego, a fin de satisfacer de algún modo con "esta medida, la multitud de lágrimas que ha arrancado a estos "habitantes tan funesta como aciaga embarcación".

Si bien es cierto que la epidemia decreció en intensidad, no por eso dejó de continuar su nefasta obra entre los nativos que aun no estaban inmunes y especialmente entre los extranjeros que ingresaban al puerto, en los cuales se cebaba de una manera cruel, manteniendo siempre un índice de mortalidad tal que dió motivo para que el Gobernador de la provincia en 1867, pasara una nota a la Sociedad Médica del Guayas (16), extrañándose del considerable número de víctimas que hacía la fiebre amarilla y demandando medidas científicas para evitarlo. El Dr. Alcides Destruge, a nombre de la Sociedad, contestó el oficio expresando, entre otras cosas, lo que sigue: "Hasta el mes de agosto la mortalidad men- "sual ha sido la siguiente: en enero, 76; febrero, 100; marzo, 146; "abril, 195; mayo, 225; junio, 209; julio, 181; agosto, 164; ..... "Estos datos, que ha creido la Sociedad ser necesario presentar a "Ud., harán, a no dudarlo, rectificar el juicio que Ud. haya for- "mado sobre el "considerable número de víctimas de fiebre "amarilla". Como se ve, nuestros antecesores no se arredraban ante 1.296 defunciones en ocho meses, acostumbrados como estaban a luchar contra mortales epidemias, aunque la cifra es en verdad alarmante si tomamos en cuenta la escasa población de entonces.

Los datos estadísticos de esa época son incompletos e inciertos, pero ciñéndonos a un interesante y bien documentado trabajo del eminente y sagaz clínico Dr. César Borja, en carta escrita al Dr. Leonardo Villamar, Decano de la Facultad de Medicina de Lima, en abril de 1895 (17), podemos obtener el siguiente resumen: "Los documentos que poseemos, acerca de la marcha "de la fiebre amarilla en la costa ecuatoriana, desde el año de 1740 "hasta nuestros días, son insuficientes, vagos, truncos y, exceptuan- "do la Memoria del Dr. Mascote, empíricos; pero ateniéndonos a "estos datos y a la tradición podemos sentar que la fiebre ama- "rilla vino por primera vez a Guayaquil el citado año 1740 y que "desde entonces volvió en repetidas ocasiones, siempre importada "y en forma epidémica; extinguiéndose después de cada invasión "y ausentándose del todo, en largos períodos de tiempo; así pues "tenemos:

1ª	epidemia		1740	un período de ausencia de		102	años
2a	"	de	1842-1844	"	"	9	"
3ª	"	"	1853-1856	"	"	11	"
4ª	"	"	1867-1869	"	"	8	"
5ª	"	"	1877-1878	"	"	2	"
6ª	"	"	1880-				

(16) José A. Falconí Villagómez. "Breve Ojeada Histórica sobre Fiebre Amarilla y su investigación". Anales Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, Abril 1918.

(17) César Borja. — "Gaceta Médica". Año II. Núm. 11. Abril 15 de 1895.

"Desde esta fecha la fiebre amarilla siguió en la ciudad de "Guayaquil, la marcha epidémica hasta 1883 inclusive. Desde "1884 al 86, se mantuvo con los caracteres y marcha de endemia. "En 1887, es ya una endemo-epidemia. En 1888 y 89, declina en "endemia. En 1890, desaparece. En Julio de 1891, reaparece "la endemia: continúa aumentando en 1892; y vuelve a pronun- "ciarse en forma de endemo-epidemia, en 1893 y 94. En lo que "va del presente año de 1895, sigue la marcha de la endemia".

El cuadro anterior nos demuestra que, con cortos intervalos de ausencia, la enfermedad quedó grasando en Guayaquil, atacando siempre numerosas personas, aunque en proporción menor, pero en cambio con un porcentaje de mortalidad mucho más elevado. Efectivamente, desde Setiembre de 1880 hasta Diciembre de 1894 enfermaron 6.007 individuos, de los cuales fallecieron 2.475, lo que da un 41% de mortalidad. (Tomado de "Movimiento de la Fiebre Amarilla", Archivos del Hospital Civil; citado por César Borja).

Conviene hacer un breve paréntesis acerca de una enfermedad que apareció por esos tiempos, y que al principio fué confundida con la fiebre amarilla. A principios de 1880 fueron atacados algunos empleados de la Aduana del puerto por una grave pirexia que después se extendió un tanto por la población. Tenía algunos de los caracteres clínicos de la fiebre amarilla, pero su evolución era bastante diversa, aun cuando su pronóstico era igualmente grave. Se la denominó **fiebre aduanera**, en razón de los primeros hallazgos, y mucho se discutió entonces respecto a su probable etiología. Parece que se trataba de alguna espiroquetosis, probablemente de la variedad íctero-hemorrágica, que tal vez tuvo su origen en numerosos cargamentos de mercaderías averiadas que llegaron de Panamá, donde una abundante carga quedó por mucho tiempo guardada y húmeda en los muelles de aquella ciudad, con motivo de un furioso temporal que duró varios días y destruyó una gran parte de los puntos de embarque. En esas mercancías parece que se desarrolló una proliferación extraordinaria de ratas, que llegaron a Guayaquil, produciéndose de esta manera el brote epidémico de la supuesta espiroquetosis.

El 5 de Octubre de 1896 se inició un espantoso incendio en la ciudad, que terminó al día siguiente, después de haber dejado reducida a escombros las trescuartas partes del poblado. Esta inmensa fumigación produjo un efecto sanitario decisivo sobre la marcha de la fiebre amarilla, y no se registraron nuevos casos hasta comienzo de 1902.

Según la importante Monografía del Dr. Estrada Coello, tenemos los datos ampliados siguientes:

"En 1902, se inicia el año con la muerte del Sr. Rafael J. Vera, conocido farmacéutico, residente en la ciudad desde hacía uno o dos años, acaecida 62 días después del caso del 30 de Octubre

de 1901. Sigue a éste, 115 días después Juan Velasichi, muerto el 28 de Abril. Por el mes de Agosto se inicia la epidemia que ha alcanzado su máximum en Enero de 1903, para decrecer progresivamente hasta Mayo; observándose en el resto del año casos aislados. En Febrero del presente año empieza la epidemia que actualmente se propaga en la ciudad".

"Se ha dicho que la epidemia de 1902 fue importada de Panamá: los unos señalan a un austriaco que llegó enfermo y fué asistido en el Hospital; los otros, el caso de la Señorita Gangotena. Que ambos fueron importados, no cabe la menor duda y hasta se podría señalar el buque y la fecha en que llegaron a este puerto. Pero no necesitamos recurrir a la importación, para explicar la génesis de la epidemia, puesto que antes habíamos tenido ya casos esporádicos, que se presentaban en un tiempo menor de los 154 días que se da hoy como máximum de la vida del mosquito. Estos casos, indudablemente, son la continuación de otros, no diagnosticados como tales, y que formarían la epidemia a partir del año 1890. Es así como puede explicarse, que no se hayan observado enfermos de fiebre amarilla, durante los años de 1891, 1899 y 1900. Se trataría sin duda de casos benignos en los que no es posible hacer el diagnóstico y que han pasado desapercibidos, ya en el Hospital, ya en el resto de la ciudad, y que completan la cadena de los casos esporádicos arriba anotados. ¿Qué de particular tiene que pasen desapercibidos? ¿No se han descrito casos ambulatorios de cortejo sintomático tan insignificante, en los que no se puede hacer diagnóstico? Muchas veces estando en plena epidemia, teniendo siempre presente la fiebre amarilla, se desconocen algunos casos; y es sólo cuando terminan que se piensa en ella; y en otros ni así, queda siempre la duda. Con mayor razón, cuando la ausencia de casos similares, hace que no se la tenga presente. Gran parte de las llamadas fiebres de aclimatación, gran parte de los embarazos gástricos febriles y gripes ligeras, son sin duda, ataques benignos del tifus icteroides".

III—ERRADICACION DE LA FIEBRE AMARILLA DE GUAYAQUIL EN 1919

Desde entonces los trabajos sanitarios fueron encauzados por una vía más práctica y científica, y nuestros buenos higienistas, entre los que se destacaron Luis F. Cornejo Gómez, León Becerra, Wenceslao Pareja y otros, con la colaboración de eminentes expertos extranjeros como el General Gorgas, Lloyd, Connor, etc., y con el decidido apoyo técnico y material del Instituto Rockefeller, vieron disminuir progresivamente el índice de aedes, consiguiendo en el decurso de pocos años la erradicación definitiva de la enfermedad en 1919, pues el último caso denunciado ocurrió el 22 de Mayo del mencionado año.

Anotemos, antes de terminar, un hecho en relación con la historia universal de la fiebre amarilla. El 15 de Mayo de 1918 llegó a Guayaquil el notable investigador japonés Hideyo Noguchi, acompañado de numeroso personal de la Fundación Rockfeller, y con un bagaje científico y técnico imponderable. Basándose en la hipótesis de que el agente del tifus icteroide debía ser un germen del grupo de las espiroquetas, traía un plan perfectamente concebido que rápidamente puso en práctica alcanzando, según él, grandes éxitos al cabo de nueve días de incesante y fatigosa labor. Efectivamente, el 24 de Julio nos invitó a una conferencia en una de las salas de nuestro Lazareto, donde, frente a numeroso material histológico, bacteriológico y de inoculación, nos hizo saber que, de 27 casos de fiebre amarilla en 3 había encontrado un germen del grupo de las leptoespiras, que había podido inocular al cobayo, reproduciendo en él las lesiones anatomopatológicas de la fiebre amarilla. Pero el eminente sabio, prudente y cauteloso, nos dijo al terminar: "Todo se pasa "como si el leptoespira icteroide fuese el agente causal de la fie- "bre amarilla, pero tengo mucho que trabajar antes de establecer "su relación con la mencionada enfermedad". Estudios posteriores realizados por otros investigadores no han confirmado desgraciadamente, como sabemos, estos interesantes trabajos, desechando, más bien, a este germen como causante de la fiebre amarilla, y considerándolo sólo como elemento saprofito, o tal vez como una espiroqueta del mismo grupo de la ictero-hemorrágica.

CASOS Y DEFUNCIONES DE FIEBRE AMARILLA OCURRIDOS EN GUAYAQUIL DE 1902 A 1919

	Casos	Defunciones
1902	21	5
1903	178	64
1904	197	69
1905	205	70
1906	387	76
1907	172	35
1908	54	33
1909	479	221
1910	306	114
1911	367	152
[illegible]	552	263
[illegible]	195	105
[illegible]	41	21
1915	19	11
1916	272	155
1917	131	67
1918	460	238
1919	150	99
	4.186 casos	1.799 def.

(*) El último caso de dicha enfermedad ocurrió el 22 de Mayo de 1919.

El Papel del B.C.G. en la Lucha Contra la Tuberculosis

Conferencia sustentada en la Universidad de Guayaquil. Por el Dr. J. Tanca Marengo Profesor de Terapéutica y Clínica Terapéutica de la Universidad de Guayaquil. el 10 de Julio de 1936

Esta mal hilvanada conferencia está concebida con el especial empeño de difundir entre el público las noticias elementales referentes a la vacunación antituberculosa, haciendo hincapié sobre lo que se puede esperar de esta clase de inmunización. No es, pues, a los colegas médicos que nos dirigimos particularmente, sino al elemento profano y en especial a aquellas personas que por ocupar determinada posición en la esfera social, están capacitadas para propagar estas nociones, haciendo comprender a sus empleados, subalternos, hijos o subordinados, la necesidad de iniciarse de una manera más efectiva en la protección contra la tuberculosis, facilitando de esta manera la labor del médico y contribuyendo también a impedir la extensión y contagio de la peste blanca.

El problema de la lucha contra la tuberculosis constituye en la actualidad una preocupación universal. Los gobiernos, las instituciones de beneficencia, las corporaciones particulares de casi todos los países, hace mucho tiempo que han abordado con particular [illegible] esta importante cuestión, procurando oponer los medios profilácticos y curativos que puedan oponerse a la obra nefasta del tremendo flagelo, pues a medida que aumenta el grado de civilización y que aumenta la densidad de las zonas habitadas, disminuyendo, desde luego, las condiciones higiénicas de los individuos, se observa también el incremento progresivo de la tuberculosis, cuyo índice adquiere en algunos países proporciones verdaderamente desoladoras.

En nuestro ambiente no puede decirse que se note el aumento congestionante de la cantidad de habitantes, pero en cambio, es penoso reconocerlo, las condiciones y hábitos higiénicos de los individuos y de las familias no marchan paralelamente al discreto grado de civilización que vamos alcanzando, de allí que los estragos de la peste blanca se notan de una manera más palpable, pues precisamente la ignorancia de los preceptos higiénicos más rudimentarios hace que un porcentaje elevado de la tuberculosis infantil se deba casi exclusivamente al desconocimiento de los más elementales principios de profilaxia y dietética por parte de los pa-

dres o encargados de velar y dirigir el crecimiento y desarrollo de los niños.

Teóricamente, tratándose de una enfermedad infecciosa, los dos medios seguros para detener su propagación son: 1º) aislamiento de los infectados; 2º) protección de los individuos sanos por medio de una vacuna.

El primer punto, aislamiento de los enfermos, es difícil, por no decir imposible de realizar en la práctica.

El número de enfermos es tan crecido y la tolerancia del organismo del infectado es tan grande, que una gran parte de los tuberculosos continúan desempeñando durante mucho tiempo las ocupaciones habituales que les permiten proporcionarse medios de vida para ellos y sus familiares, y tendríamos que retirar de la circulación, para ser alojados durante un tiempo muy largo en sanatorios o lugares adecuados, a un número muy elevado de sujetos, cuya hospitalización sería imposible de realizar.

El aislamiento, pues, sólo puede llevárselo a cabo en un número muy limitado de casos; en aquellos en que la enfermedad se ha manifestado en forma más o menos evolutiva; pero quedan en cambio, en libre plática con las demás personas, un porcentaje de tuberculosos, el más elevado por cierto, que continúa propagando y difundiendo la enfermedad a su paso, sujetos que desempeñan el papel de verdaderos sembradores de bacilos.

Ya que la primera parte de la profilaxia antituberculosa es difícil de llevar a la práctica y resulta incompleta e insuficiente, debemos confiar más la inmunización de los individuos sanos, protegiéndolos desde que nacen por medio de vacunas que aumenten la resistencia de sus frágiles organismos frente a la infección tuberculosa, pues es en la infancia que se registra el número mayor de primo-infecciones y de muertes por tuberculosis, y también, parodiando a un reputado tisiólogo, podemos decir que la tuberculosis del adulto es "la última copla de una canción entonada en la cuna del niño por la madre o la nodriza".

La historia de la vacunación antituberculosa es larga y llena de incidentes y acontecimientos trágicos, que han contribuído poderosamente a desprestigiarla. El mismo Roberto Koch, casi simultáneamente con el descubrimiento del bacilo, inició sus investigaciones para prevenir y curar la enfermedad mediante emulsiones bacilares ingeniosamente preparadas, pero sabemos también que tan laudables propósitos no fueron coronados por el éxito. Los sabios de todos los países, que se han ocupado del problema de la vacunación, tampoco han llegado a superar a Koch en sus empeños, y sólo en estos últimos años se ha comenzado a caminar con paso más seguro en tan accidentado terreno, partiendo siempre de los hechos observados en el contagio espontáneo y procurando reproducirlos experimentalmente.

En primer lugar ha sido necesario despojarse de las ilusiones que se concibieron en un principio, de poder llegar a realizar contra la tuberculosis una vacunación tan eficaz y definitiva como la que se obtiene frente a otras enfermedades, la viruela por ejemplo. Debemos, pues, al menos, por el momento, contentarnos con alcanzar un cierto grado de inmunidad relativa o alergia tuberculosa. Además, es preciso para que la vacunación sea efectiva, utilizar cuerpos microbianos muertos o atenuados que tengan propiedades realmente antigénicas, es decir que sean capaces de provocar en el organismo la formación de substancias de defensa o anticuerpos. Y esto, que a primera vista parece sencillo cuando se trata de gérmenes distintos al de la tuberculosis, es particularmente difícil tratándose del microorganismo de Koch, pues la introducción de bacilos muertos, como se verifica con las otras vacunas, no provoca el estado de alergia necesaria. Era pues, indispensable llegar a introducir bacilos vivos, pero que al mismo tiempo que habían perdido su virulencia, gozaran de propiedades realmente antigénicas. Este problema parecía en verdad irresoluble, pues los ensayos que se hicieron con bacilos vivos de distinto tipo al humano, los unos eran patógenos para el hombre, y los otros, sin ser patógenos, no eran tampoco antigénicos. Entonces comenzaron los experimentadores a tratar de reproducir por medios artificiales lo que se observaba en la inmaturadura los procesos de infección y alergia espontáneos.

La mayor parte de los seres humanos se vacunan espontáneamente contra la infección tuberculosa, desde la infancia, porque llegan a absorber, sea con la leche materna o con otros alimentos, sea por las diversas superficies mucosas, sea aún en determinadas condiciones, por la piel, algunas unidades de bacilos tuberculosos. Estos están de tal modo repartidos en el medio que nos rodea, son tan fácilmente diseminados por la tos o los productos de expectoración de los tísicos, por los polvos, por la leche no pasteurizada o hervida, por las moscas o aún por las excreciones intestinales de sujetos aparentemente sanos portadores de lesiones tuberculosas latentes, que son casi inevitables, y las precauciones que se toman habitualmente no alcanzan sido excepcionalmente a preservarnos. Estas pequeñas infecciones, llamadas paucibacilares, se producen sin determinar en el organismo grandes desórdenes patológicos y provocan, en cambio, la aparición progresiva del estado de alergia. Por desgracia no siempre estas infecciones quedan en la categoría de paucibacilares, y un gran número de niños pagan con su vida estos esfuerzos que hace el organismo por inmunizarse.

Es necesario, pues, para obtener la alergia efectiva introducir artificialmente bacilos vivos, pero este procedimiento, sumamente peligroso, por la imposibilidad de dosificar en forma prudente la cantidad de gérmenes apropiada para cada sujeto, hace correr al individuo grandes riesgos que muchas veces conducen a la aparición de formas evolutivas de tuberculosis que terminan

con la muerte. Sin embargo, algunos audaces experimentadores, entre los que citaremos a Gerland Wabb y W. Williams, en Estados Unidos, y recientemente Selter, llegaron a arriesgar en animales y hasta en niños, este modo de vacunación artificial, introduciendo cantidades mínimas de bacilos vivos, pero bien pronto tuvieron que detenerse en vista de los desastres que obtuvieron.

Había, pues, que continuar buscando la forma adecuada y exenta de peligros para encontrar el elemento vacunante.

Calmette y Guerin iniciaron en 1901, una serie de estudios experimentales que los llevaron a la preparación de culturas de bacilos tuberculosos bovino en patata glicerinada con bilis de buey; y después de 230 culturas, obtuvieron en 1920 un germen que, conservándose vivo, estaba exento absolutamente de virulencia para el cobayo y el hombre, y que había conservado, sin embargo, en un alto grado, sus propiedades antigénicas. Este es el que se conoce desde entonces con el nombre de Bacilo Calmette Guerin, o más simplemente B. C. G.

Deseoso de informarme de cerca de todo lo concerniente a este método, concurrí repetidas veces al departamento de tuberculosos del instituto Pasteur, en cuyo seno se desarrollaron todas las investigaciones referentes al B. C. G., bajo la dirección de Calmette, recientemente fallecido, y allí, en los laboratorios de experimentación, departiendo en amena e instructiva charla con el notable médico uruguayo, Dr. Abelardo Sáenz, director de esa sección, obtuve una serie de informaciones y datos utilísimos que me apresuro a divulgar, con el ánimo de crear en nuestro público el ambiente favorable necesario para difundir tan recomendable medio de protección, y para procurar también interesar a los Poderes Públicos y a nuestros organismos locales con el objeto de conseguir que la lucha antituberculosa, incipiente en nuestro país, conquiste y adquiera este precioso elemento de combate.

La vacuna de Calmette y Guerin continúa su extensión triunfal por todo el mundo, y puede decirse que son contados los países civilizados en los cuales no se la practica. La cifra de niños vacunados aumenta año por año, y a fines de 1935, solamente en Francia pasaba de 800.000. En los países del centro de Europa (Rumania, Yugoeslavia, Checoeslovaquia, Austria-Hungría, Alemania, etc.), la proporción de vacunados continúa tomando gran incremento, y a medida que se va extendiendo, el índice de mortalidad global infantil ha descendido de un modo extraordinario. En Estados Unidos, México y casi todas las repúblicas centro-americanas, también continúan esta bienhechora difusión, palpándose día a día el resultado provechoso del método. La curva de vacunación mundial por el B. C. G., se ha elevado de un modo prodigioso en los últimos años, y en el resumen de las estadísticas el número de inmunizados pasa actualmente de ..... 3.000.000.

En la actualidad puede decirse que no se concibe ninguna campaña antituberculosa organización eficiencia sin la cooperación de la vacuna de Calmette. La razón de este hecho está sostenida en dos órdenes de consideraciones: inocuidad del B.C.G., y efectos benéficos próximos y alejados de la referida vacuna.

INOCUIDAD DEL B. C. G.— Está ya probado hasta la saciedad que el producto es absolutamente inocuo. No quiero hacer pesada esta exposición presentando una interminable lista de datos estadísticos cuidadosamente controlados, procedentes de casi todos los países, en los que se manifiesta que el germen inoculado no ha producido manifestaciones clínicas de tuberculosis evolutiva; y los escasos hechos consignados por algunos médicos referentes a meningitis tuberculosa sobrevenidas en niños vacunados no tiene ningún valor. No sabemos, acaso, la relativa frecuencia de las localizaciones tuberculosas meníngeas en patología infantil? A lo sumo se podría pensar que el B. C. G., ha sido ineficaz (probablemente por la falta de técnica al aplicarlo y de los respectivos controles tuberculínicos), pero sería temerario atribuir al B. C. G., una manifestación meníngea, que, como decimos, se la observa con frecuencia también en niños no vacunados.

Por otra parte, experimentalmente se ha tratado de provocar en los laboratorios la reactivación del B. C. G., empleando técnicas de lo más variadas y prolijas, y nunca se ha llegado a obtener la virulencia del germen ni aún con repetidos pases en el cobayo. Lo más que se ha conseguido con algunas de estas manipulaciones ha sido más bien debilitar la actividad del bacilo, haciéndolo ya absolutamente incapaz de provocar el estado de alergia.

En una de las tantas comunicaciones oficiales que el profesor Calmette hacía sobre su descubrimiento, se lee lo siguiente: "Durante los tres primeros años que precedieron a los primeros ensayos clínicos, y después, durante ocho años más no hemos cesado de hacer y provocar investigaciones con el fin de responder a la pregunta que nos habíamos hecho desde un principio: ¿Se puede temer que el B. C. G., se transforme en el organismo humano en bacilo tuberculoso virulento? En una palabra, ¿se puede temer que en un porvenir más o menos lejano los bacilos-vacuna no destruidos o no eliminados por los sujetos vacunados puedan determinar lesiones tuberculosas evolutivas? En un gran número de laboratorios de diversos países, lo mismo que en el nuestro, se ha enfocado este problema, y las experiencias más ingeniosas y variadas han tratado en juego sin lograr hasta estemomento restituir al B. C. G. las propiedades patógenas de la fuente bovina de la que deriva. De los resultados dudosos o inciertos que han tenido un reducido número de investigadores sólo merecen retenerse los de S. A. Petroff y E. A. Watson, (Norte América), quienes en un principio aseguraron que después de algún tiempo de

manipulaciones habían obtenido con el B. C. G., dos tipos de colonias, una de las cuales, que las encontraban en proporción ínfima (1x50.000) produjeron lesiones tuberculosas evolutivas. Estos resultados, que después fueron sometidos a controles rigurosos, demostraron que las expresadas colonias eran debidas a contaminaciones accidentales por bacilos tuberculosos del tipo humano".

"Por decenas de millares se cuentan hoy las inoculaciones del B. C. G., hecha a cobayos y conejos en todos los laboratorios del mundo, a las dosis más variadas, sin haber obtenido nunca la reactivación del bacilo"

"Nosotros hemos conservado en nuestros laboratorios a tales animales hasta 2 años y medio, y a algunos un tiempo más largo aún sin haber jamás llegado a obtener lesiones tuberculosas después de innumerables pases en serie".

"Yo no quiero afirmar con esto que un artificio de laboratorio podrá llegar algún día a activar el B. C. G., logrando hacer a la inversa de lo que junto con Guerin hemos conseguido con el bacilo tuberculoso. Nosotros sabemos que actualmente se puede transformar las vacunas carbonosas de Pasteur en virus carbonoso; también sabemos que el virus rábico se atenúa pasando de mono a mono y por el contrario se exalta de conejo a conejo; no ignoramos tampoco que la vacuna Jenner se transforma en virulenta por pases sucesivos en los equinos. No creemos pues que esta transformación sería imposible con el B. C. G., pero ¿qué probaría ella contra la vacunación antituberculosa?"

"¿Nos hemos privado acaso de los benéficos efectos de las vacunas carbonosas, de la rabia, y de la viruela, bajo el pretexto de que estas vacunas en condiciones muy especiales, pueden transformarse en virus?"

No vale la pena ya de hablar del desgraciado caso de Lübeck, en el que perdieron la vida una treintena de niños. Esto ha sido suficientemente juzgado y sancionado por una meticulosa investigación, comprobándose hasta la evidencia que el error consistió en entregar para la vacunación cultivos virulentos de gérmenes que no habían aún sufrido el desarrollo en los medios biliados necesarios. En buenos términos puede decirse que fué un accidente comparable al del que, queriendo mitigar su sed, ingiere por equivocación un agua envenenada en vez de agua potable.

Podemos citar en apoyo de la inocuidad absoluta del B. C. G., la opinión de muchos técnicos de alto valor que han revisado y controlado los trabajos de Calmette. C. Prausnitz, Bruno Lange, R. Kraus, Gerland, Tzeknowitzer, Stanley Grifith, Reed, Cantacuzeno, J. Bordet, Malvoz, van Beneden, por no recordar otros por el momento, han confirmado en largas y documentadas comunicaciones los resultados absolutamente iguales a los de Calmette. El profesor Neufeld, director del Instituto Ro-

berto Koch, en la Conferencia Internacional de Oslo de 1930, explicó que habiéndole pedido a S. S. Petroff y a Watson, las colonias que ellos suponían ser una reactivación del B. C. G., llegó a comprobar también de una manera indudable que estaban contaminadas por bacilos del tipo humano.

Un argumento ha sido esgrimido por los detractores del B. C. G., argumento que superficialmente examinado podría contribuir a sembrar dudas respecto a la inocuidad de la vacuna. Nos referimos a ciertos casos de recién nacidos que han muerto el mismo día o a los pocos días de ingerir el B. C. G. Pero recordemos que muertes semejantes se observan también en lactantes no vacunados, y según Marfan la mortalidad infantil en el primer mes que sigue al nacimiento es de 6%, y es debida sea a malformaciones congénitas (sobre todo corazón, hígado y riñones), sea a la sífilis hereditaria, sea a causas indeterminables aún por la autopsia; son las muertes por **desnutrición progresiva**, de Couvelaire; o las **muertes inexplicadas**, de León Bernard y Roberto Debrais, y que, juzgadas a la ligera por algunos médicos o parteras, han sido injustamente atribuídas al B. C. G. En estos últimos tiempos se han hecho pruebas de reactivación en casi todos los laboratorios de prestigio que existen en el mundo, y para robustecer esta noción quiero consignar que los experimentos se han verificado en los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Japón, Polonia, Rumania, Rusia, Suecia y Uruguay.

EFICACIA DEL B. C. G.— Si la inocuidad del B.C.G. ya no se discute, veamos ahora qué debemos retener respecto de su eficacia. En primer lugar antes de hablar de su eficacia, es necesario tener presente lo que decíamos al principio respecto a la relativa seguridad que, hablando de un modo general, se puede esperar de la vacunación antituberculosa. Hasta ahora, y dada la biología especial de la bacteria, no podemos esperar de ningún elemento vacunante de esta índole, la fiel respuesta que obtenemos con otros semejantes: vacuna antivariolosa, anatoxinas tetánica o diftérica, por ejemplo.

El B. C. G., no puede, compararse en su eficacia respecto a tuberculosis, a la seguridad que frente a sus respectivas infecciones ofrecen algunos de los elementos vacunantes que acabamos de enumerar.

No pidamos, pues, al B. C. G., más de lo que él puede dar, y no por haber inoculado y observado la aparición de un verdadero estado de alergia en los vacunados, podemos exponer a éstos al peligro de las infecciones masivas porque es muy probable que las defensas humorales creadas en sus organismos van a ceder ante el impulso de una toxi-infección de gran intensidad. Aquellos que no confían absolutamente en el poder protector del B. C. G., hablan incesantemente de que muchos niños vacunados, se infectan y sucumben con la misma facilidad que los no va-

cunados. Pero sin restarle de una manera definitiva el valor a esta seria objeción, es preciso estudiar más a fondo el asunto para caer en cuenta que si bien es cierto muchos de esos niños han sucumbido ante infecciones masivas y brutales, a pesar de la inoculación protectora, otros, y los más numerosos tal vez, han fracasado porque no se ha tenido la indispensable precaución de investigar por medio de repetidas cuti-reacciones, si la inoculación del B. C. G., ha producido o no la fase de alergia que se desea obtener. Introducir el B. C. G. en el organismo de un sujeto, no significa que este individuo está ya vacunado. De la misma manera que al emplear la vacuna Jenner, averiguamos al cabo de varios días si ésta ha prendido; así como al inmunizar con anatoxina diftérica investigamos la posibilidad o negatividad de la reacción de Schik, así mismo después de introducir B. C. G., en el organismo humano, es necesario saber si ha provocado o no la fase humoral adecuada y si después de la primera inoculación las cuti-reacciones son inciertas, deben repetirse las vacunaciones dos o tres veces, hasta asegurarnos por medio de una cuti-reacción netamente favorable que el organismo del sujeto ha adquirido ya ese grupo de ventajas humorales que constituyen la alergia. Proceder de otra manera es una ligereza censurable tanto por la gran responsabilidad que significa el considerar como realmente vacunados a individuos que no lo están, tanto porque estas negligencias y descuidos contribuyen injustamente a desacreditar un método que, en la medida de lo razonable y dentro de las posibilidades actuales de nuestros conocimientos, es capaz de rendir beneficios que ningún otro ha podido proporcionar. Además, en las primeras etapas de la infancia, y especialmente cuando se trata de niños destinados a permanecer en contacto con un ambiente familiar seguramente infectado, es necesario cada 6 meses o cada año, continuar el control de la alergia y revacunar al individuo cada cierto tiempo para mantener en él la inmunidad que, de otra manera, continúa progresivamente debilitándose. Las vacunaciones deben ser en cierta medida obligatorias al año o dos años, como máximum, para estar seguros de continuar provocando la inmunidad apetecida. De otro modo, no es difícil que, efectivamente, un niño inmunizado pueda contagiarse al cabo de 1 o 2 años de la primera vacunación, porque esto es lo normal y corriente en toda clase de inmunizaciones, llámense éstas antivariolosa, antidisintérica, antitífica, etc. Bien al corriente de estas nociones fundamentales que es preciso recordarlas a menudo, analicemos brevemente algunos datos estadísticos, eligiendo los que nos han parecido más convincentes.

En vez de citar datos estadísticos de todas partes del mundo, todos ellos conformes en asegurar los beneficios grandes del método, apreciables por las disminución del índice de mortalidad infantil por tuberculosis, quiero hacer conocer a Uds. el resultado de una interesante encuesta provocada por el Instituto Pasteur entre 200 médicos de todos los departamentos de Francia, los cua-

les han empleado el B. C. G., en sus propios hijos y demás familiares; encuesta que, desde luego, tiene una gran importancia, porque nadie podría proporcionar datos más precisos ni opiniones más fundadas que estos médicos que han observado con toda la competencia y los cuidados deseables los efectos próximos y alejados del B. C. G., sobre las personas cuya salud les es particularmente querida.

Según su edad estos niños vacunados se reparten así:

De menos de 1 año	91
De 1 a 2 años	90
De 2 a 3 años	95
De 3 a 4 años	68
De 4 a 5 años	54
De 5 a 6 años	55
De 6 a 7 años	39
De 7 a 8 años	17
De 8 a 9 años	4
Total:	513

(Vacunaciones en 1924, primer año en que se puso en práctica el método).

Sobre estos 513 niños vacunados desde su nacimiento en las familias de los médicos en el curso de los años que van de 1924 a 1932, 60 han vivido en contacto bacilar cierto y 43 en medios sospechosos; 140 han sufrido 1 o 2 revacunaciones, generalmente al año y a los 3 años.

De 1924 a 1932 han muerto 7 niños (o sea el 1.3%) de los cuales 1 sólo de enfermedad sospechosa de tuberculosis. Las otras causas de muerte y la edad en que ocurrieron se pueden agrupar así:

A la edad de 38 días: Coqueluche	1
A la edad de 3 meses: Broncopulmonía	1
A la edad de 4 meses: Invaginación intestinal	1
A la edad de año y medio: Bronquitis capilar	1
A la edad de 2 años: Disentería bacilar	1
A la edad de 2 años y medio: Muerte accidental	1

La única muerte mencionada como debida a una meningitis se refiere a un niño de 3 años que había sido operado de apendicitis 4 meses antes de morir. Este niño no había sido revacunado desde que nació y había permanecido en contacto con una nodriza que fue reconocida como bacilífera. El padre de este niño tuvo otro bebe, actualmente de 9 meses, y que ha sido vacunado con el B. C. G., desde su nacimiento.

507 niños viven hasta el 15 de Setiembre de 1932. En esta fecha su estado de salud está indicado sobre los formularios de la encuesta con los calificativos siguientes:

Excelente	221
Perfecto	42
Muy bueno	95
Muy satisfactorio	6
Bueno	131
Satisfactorio	8
Pasajero o delicado (uno de ellos atacado de bronconeumonía en los días de la encuesta)	4

De los 280 médicos que han respondido a la encuesta, 118 han vacunado, además de sus propios niños, a un total de 7.017 niños de su clientela. 21 médicos no han proporcionado datos de cifras, pero vacunan sistemáticamente a todos los niños que pueden.

Los 280 médicos están de acuerdo en declarar que la vacunación por el B. C. G. es inofensiva.

La precisión de estas cifras cuidadosamente seguidas y revisadas en el decurso de ocho años, constituye un elemento de fuerza en pro de la eficacia del B. C. G., y para afirmar más este aserto pueden revisarse las estadísticas de innumerables hospitales, dispensarios y Gota de Leche de diversas partes del mundo donde se practica la vacunación de una manera sistemática.

Pero hay otro hecho que ha impresionado a los diversos observadores respecto al efecto del B. C. G., sin que se le pueda encontrar hasta ahora una explicación satisfactoria. Me refiero a la influencia benéfica de la vacunación sobre la mortalidad infantil en general, fenómeno que está ya universalmente admitido. Cantacuzeno, Nasta y Vever, entre otros, se han aplicado en Rumania a la apreciación de estos hechos, vacunando a lotes de niños en medios bacilíferos, y comparándolos con otros lotes de niños nacidos en las mismas condiciones pero no vacunados. Después han emprendido la misma observación en niños nacidos en ambientes sospechosos, practicando la vacunación en unos, y en otros no. Iakhnis y Chagalova, de la Comisión Ukraniana de Kharkoff, expertos en puericultura, han podido hacer una observación todavía más precisa en 16 pares de niños gemelos de padres sanos. Sabemos que los gemelos no son exactamente iguales en peso cuando nacen, y estos pediatras eligieron para vacunar siempre al bebe de menos peso dejando al otro sin inocular. El resultado ha sido siempre el mismo: los niños con B. C. G., han hecho un desarrollo más normal, más rápido, consiguiendo los pesos respectivos en los tiempos reglamentarios, y basta han logrado obtener una mayor resistencia contra las infecciones propias de la infancia.

La acción eutrófica del B. C. G., es actualmente aceptada sin contestación, así como el aumento de resistencias no específicas que produce frente a las infecciones en general.

Sin embargo, antes de terminar quiero insistir en que, no por obtenerse tan brillantes resultados, debemos confiar de manera

indiscutible en la eficacia del B. C. G. En primer lugar, tengamos siempre en cuenta que la alergia tuberculosa, sea la que se obtiene de una manera patológica, sea la que procede de una vacunación artificial, es sólo relativa y que un niño vacunado puede infectarse de una manera intensa frente a un contagio particularmente masivo y virulento. Téngase siempre presente también que la cantidad de bacilos juega un papel importante en el contagio de la enfermedad y en la aparición de sus manifestaciones cualitativas. Las vacunaciones deben ser siempre controladas con repetidas cuti-reacciones y sólo cuando éstas sean francamente favorables, podremos estar seguros de la alergia provocada por el B. C. G., y aun en estos casos, si el niño va a permanecer en un ambiente profundamente bacilífero, debemos revacunarlo y repetir las cutireacciones, una o dos veces por año para asegurarnos que sus defensas humorales no han flaqueado.

Me he permitido hacer este breve resumen acopiando datos y nociones perfectamente conocidos para muchas de las personas que me escuchan, con el objeto de puntualizar cuál es el verdadero estado de la cuestión respecto a la vacunación antituberculosa. Actualmente podemos asegurar que poseemos en el bacilo Calmette y Guerin un elemento de primer orden en la lucha contra la tuberculosis, elemento que, a más de mostrarse dotado de gran eficacia es absolutamente inocuo y posee la, hasta ahora inexplicable, propiedad de contribuir ventajosamente al desarrollo normal y perfecto, aún tratándose de niños de procedencia no tuberculosa. Esta vacuna ha producido desde el año 1924 en que comenzaron las primeras vacunaciones controladas, hasta fines del año 1935, un descenso notable de la curva de mortalidad infantil no sólo la causada por la tuberculosis sino que ha mejorado notablemente el índice de mortalidad global, especialmente en los infantes de 0 a 3 años.

La técnica para la administración del B. C. G., y su empleo en el tratamiento de la tuberculosis evolutiva serán el tema de otra disertación.

Enfermedades a Virus Neurotropos

Extracto de la Comunicación presentada al VI Congreso Científico del Pacífico celebrado en San Francisco de California del 24 de julio al 12 de agosto de 1939

La identificación de las enfermedades a virus neurotropos es hasta ahora bastante difícil e insegura, y especialmente en nuestro medio, los médicos tropezamos con dificultades invencibles para obtener de nuestros laboratorios datos de investigación que nos permitan llegar a conclusiones más o menos razonables.

Para reconocer estas enfermedades, sólo podemos basarnos en la evolución clínica y en algunas constataciones de autopsias.

En nuestro país, debido seguramente a condiciones climatéricas y posición geográfica especiales, las principales enfermedades neurotropas tienen una marcha bastante desigual, y puede decirse que no han revestido, hasta ahora, carácter epidémico ni en el litoral ni en las zonas del altiplano. Haciendo un breve resumen, podemos decir algunas particularidades sintomáticas y evolutivas de algunas de las afecciones a ultra-virus.

R A B I A

No tenemos conocimiento preciso de que se hayan presentado en el Ecuador casos de esta enfermedad.

Una que otra vez se ha oído hablar de algún paciente que fué mordido por perros y que falleció después de cierto tiempo, por una infección, pero sin poder precisar los síntomas.

En la parte sur de la República, en linderos con el Perú, (Provincias de El Oro y de Loja) dicen haberse presentado esporádicamente hace 40 o 50 años algunos casos que fueron diagnosticados de hidrofobia.

ENCEFALITIS EQUINA EN EL HOMBRE

No tenemos ninguna noción acerca de la existencia de esta afección en el caballo, ni mucho menos que se haya transmitido al hombre.

Sin embargo, nada podemos asegurar porque los métodos de que disponemos en nuestros incipientes laboratorios no son aún bastante eficientes para verificar las pruebas de inmunidad cru-

zada y establecer así la relación que puede haber con los casos de encefalitis humanas que observamos en las zonas del litoral.

No es difícil, sin embargo, que se pueda identificar la encefalitis equina, ya que su existencia parece comprobada en Venezuela, país vecino al Ecuador y que tiene condiciones climatéricas algo semejantes (Beck and Wyckoff, Venezuela Equine Encephalomielitis, Science Dbre. 2 de 1938).

POLIOMIELITIS

Hace más de 50 años se viene mencionando casos aislados de parálisis infantil, sin que jamás haya habido un brote epidémico.

En las Provincias del Guayas y Manabí aparecen esporádicamente casos que afectan a niños de 4, 6, 8 años, pero alguna vez lo hemos visto también en adultos que pasan de 25 a 30 años.

En las zonas agrícolas talvez existan más pacientes de esta enfermedad, pero no alcanzan a llegar a las poblaciones habitadas, y tenemos conocimiento de algunos niños campesinos que difícilmente llegan a caminar, y presentan marcada atrofia de los músculos de alguno o algunos de sus miembros.

ENCEFALITIS

En los últimos 15 o 20 años se vienen reconociendo, cada vez con más frecuencia, casos de encefalitis, que no siempre presentan desde el principio los caracteres típicos de esta enfermedad.

En nuestra práctica privada y de hospitales hemos visto pacientes cuyos síntomas permitiría clasificar nuestras encefalitis en 3 variedades:

a) Forma dolorosa

En estos casos la enfermedad comienza por dolores de intensidad variable, pero que a veces llegan a ser desesperantes (hemos tenido un caso que llegaba a tomar hasta 12 o 15 pastillas de aspirina por día). Lo típico de estos dolores es la localización a lo largo de un territorio nervioso, (plexo cervical profundo, plexo lumbo sacro, nervios del periné, ramas del oftálmico) y además, lo errático de estas localizaciones, que varían completamente en el curso de pocos días.

Generalmente hay cierto grado de anestesia al tacto e hiperestesia a la puntura, y con mucha frecuencia aparecen en las zonas invadidas pequeñas vesículas de herpes.

La etapa dolorosa ha durado a veces pocos días, y a veces 6, 8 y 10 semanas, y después de ese tiempo, en los casos severos, se han presentado trastornos paralíticos en los miembros y en los

músculos extrínsecos de los ojos (motor ocular común, oblícuo mayor, motor ocular externo), y poco tiempo después aparece el estado de hipersomnia, que a veces es interrumpido por prolongados días de insomnio.

La marcha de esta modalidad es apirética y su duración total en los casos serios es muy prolongada. Hemos tenido pacientes (dos) que fallecieron después de 8 y 10 meses de enfermedad.

b) Forma comatosa

Hemos visto 5 pacientes en quienes la enfermedad comenzó por un ictus semejando una coma diabético en tres casos (con glicemia muy alta y acidosis), y una hemorragia cerebral en los otros dos, y en todos estos enfermos, después de pocas horas las condiciones mejoraron notablemente, durando esta mejoría 3 o 4 días para después instalarse el cuadro típico de una encefalitis letárgica, con las frecuentes modificaciones que se observan en el líquido cefalorraquídeo, en casos de esta naturaleza.

Hemos visto también una paciente de 56 años en la que la enfermedad comenzó con 3 ataques convulsivos, tipo epilepsia Jacksoniana, para instalarse poco a poco el conjunto sintomático de una encefalitis letárgica.

c) Forma letárgica

Generalmente principia como una enfermedad infecciosa banal, pero con poca elevación térmica, recordando a veces el comienzo de la fiebre tifoidea, pero estableciéndose en 8 a 10 días el cuadro clínico completo, y sin que la temperatura se eleve, observándose, más bien, tendencia a lo normal o sub-normal.

El líquido cefalorraquídeo siempre ha estado en esta variedad, a tensión normal y a veces hipotenso, y las modificaciones de los elementos celulares son poco marcados; en cambio la glucosa ha sido siempre muy baja (hasta 0,35 gr.)

Esta forma es la más fácil de reconocer desde el principio, y todos nuestros pacientes han muerto entre una y seis semanas, encontrando en algunas autopsias que se han podido practicar, alteraciones hiperémicas banales en los núcleos grises del mesencéfalo.

La circunstancia de existir con anterioridad sífilis en algunos de estos pacientes, ha contribuído a poner por cuenta de esta dolencia los síntomas de enfermedad a virus neurotropos, y a veces sólo hemos llegado a reconocer la asociación de lues-encefalitis, cuando el tratamiento intenso antuético no ha llegado a modificar suficientemente la afección.

Estos errores han sido frecuentes en la forma dolorosa.

Algunas veces la forma letárgica ha sido precedida de un estado catarral del árbol respiratorio persistente durante 2 a 3 semanas, con poca elevación térmica, pero particularmente rebelde a toda clase de medicamentos.

Para concluir queremos anotar que son muy frecuentes las manifestaciones de herpes labial, de intensidad a veces muy grave, en el curso de las manifestaciones de paludismo agudo febril; anotándose brotes epidémicos de malaria, dentro de nuestra endemia, que se caracterizan por la constante aparición de herpes peribucal, cuya evolución se termina generalmente en 8 o 10 días.

Electrocardiografía Experimental

Trabajos del Centro Médico "Julián Coronel" Publicados en Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas; Mayo-Junio 1940.

La Electrocardiografía nos viene ayudando de manera evidente para localizar el asiento de las alteraciones del ritmo, así como también para definir los trastornos de la irrigación coronaria y el estado degenerativo del miocardio.

Las investigaciones que se llevan a cabo en animales y las autopsias de cardiópatas, en quienes el Ek indicaba trastornos serios de coronaritis o miocarditis degenerativas, parecen demostrar que, efectivamente, algunos incidentes de la curva electrocardiográfica son modificados de manera innegable y constante.

La prolongación del espacio Q. S. y la aparición de nudosidades o escalonamientos en las ramas del complejo Q. R. S. se verifican en las degeneraciones del fascículo aurículo-ventricular, traduciendo alteraciones en la conducción de los estímulos.

Harold E. B. Pardee, M. D. y Leo Price, M. D. de Nueva York (Rev. Radiología y Fisioterapia; Vol. VI, Nº 4—Julio 1939), han encontrado que casi todos los pacientes que presentaban Ek. modificados en los incidentes del complejo Q. R. S. presentaban también en la autopsia zonas macroscópicas y microscópicas de esclerosis, degeneraciones granulosas, trombosis y especialmente fibrosis y aumento del tejido intersticial.

Sin embargo, también hacen notar estos autores que en algunos casos el Ek no estaba modificado y no obstante en la autopsia se encontraban cambios de cierta magnitud en el miocardio. Por el contrario, muy raros fueron los casos en que, presentándose complejos electrocardiográficos alterados, no se constató en la

autopsia modificaciones patológicas evidentes, interpretando esta discordancia como una posible deficiencia en dos cubrir zonas patológicas, tal vez pequeñas, pero que probablemente no fueron encontradas en la autopsia, (1).

Por otra parte, en la mayoría de los casos una localización en zonas determinadas ha correspondido a modificaciones en precisos incidentes electrocardiográficos. Así por ejemplo, en las esclerosis o en los gomas del fascículo de His las modificaciones recayeron sobre el espacio Q. S., en tanto que ciertas nudosidades, hendiduras o escalonamientos en las ramas Q. R. o R. S. correspondían a degeneraciones de las ramas o de las arborizaciones del mencionado fascículo.

Las alteraciones coronarias más frecuentes (coronaritis, esclerosis, trombosis) han determinado cambios en la dirección de la onda T, especialmente en I y II D o en ambas, así como también se encontraron frecuentes desnivelamientos del intervalo S. T.

Estas diversas constataciones que se vienen repitiendo en numerosos laboratorios, parecen establecer de manera definitiva que cada incidente del Ek. corresponde a la contracción de cada una de las partes del corazón, restándole así valor e importancia a las objeciones que algunos fisiólogos hacen respecto a la interpretación de la curva electrocardiográfica.

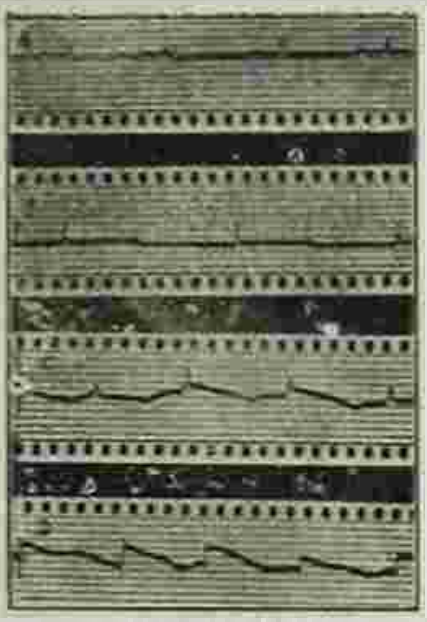
Frederick, entre otros, basándose en trabajos experimentales, llega a insinuar que los diversos incidentes del Ek. pueden ser reproducidos de manera completa haciendo latir artificialmente fragmentos de aurícula o de ventrículo. El autor ha obtenido curvas electrocardiográficas completas con sus incidentes P. Q. R. S. T. introduciendo los electrodos en solución de Ringer, en la que estaba sumergido un fragmento de aurícula, de lo cual deduce que la fibra primitiva del miocardio, en cualquier parte que se halle localizada, produce desviaciones del galvanómetro que corresponden a la curva electrocardiográfica completa; siendo pues esta propiedad un atributo tanto del corazón total como de cualquiera de sus partes donde exista tejido embrionario.

En Francia se han reemprendido los mismos experimentos aportando el hecho de que el corazón del embrión de pollo presenta una sola onda electrocardiográfica hasta el quinto o sexto día, y después, cuando las miofibrillas hacen su aparición para constituirse en lo que será después fibra cardíaca, se van completando los diversos incidentes del complejo.

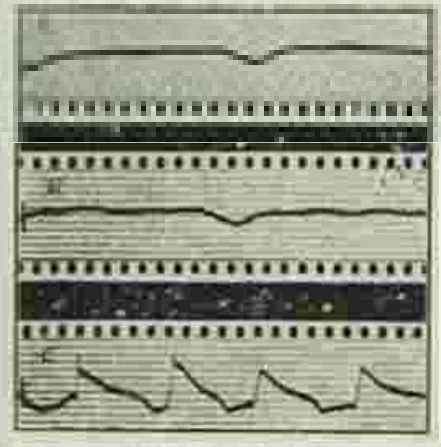
No tenemos conocimiento que se haya llegado a comprobar universalmente estos hechos experimentales, pero no deja de llamar la atención que aseveraciones tan importantes no hayan modificado en nada la interpretación que en fisiología y en clínica se continúa dando a los diversos incidentes del complejo.

---

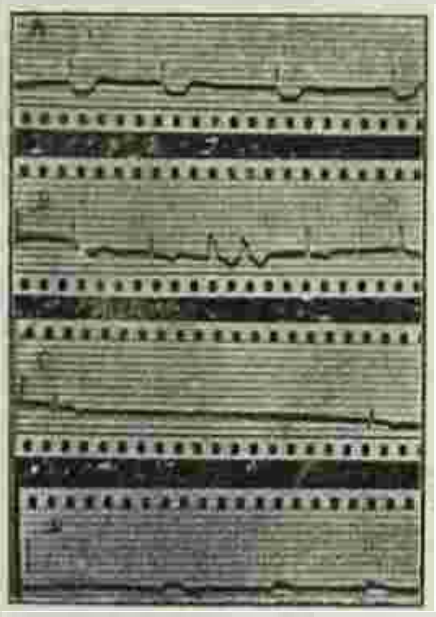
(1) — Publicaciones posteriores a esta comunicación han sido hechas por Wilson y su escuela han comprobado estas hipótesis



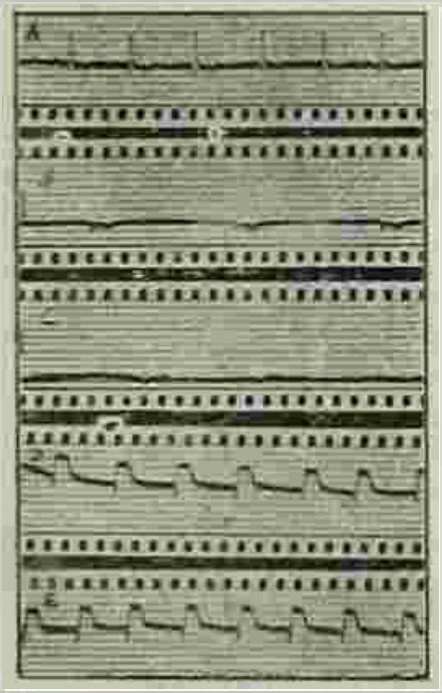
Plancha Nº 1



Plancha Nº 2

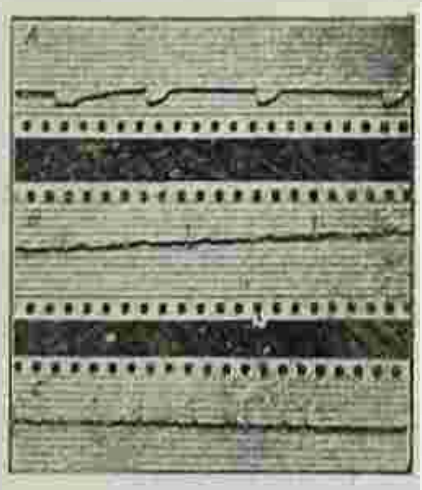


Plancha Nº 3



Plancha Nº 4

Fig Nº 1 A) Ecg de rana normal; B) corazón completo de rana, en liq de Ringer, al comienzo de la experiencia; C) después de 15 minutos; D) en la fase agónica — Fig Nº 2 A y B) aurícula derecha en liq de Ringer; C) ventrículo en liq Ringer — Fig. Nº 3 A) corazón de perro normal; B y C) auricula de perro en liq de Ringer; D y E) ventrículo de perro en liq de Ringer — Fig Nº 4 A y B) trombosis coronaria izq por inyección de bismuto, al comienzo del experimento; C y D) fase de agonía — Fig Nº 5 A) pinchazo en ventrículo izq de perro B) Ecg normal de perro antes de inyectar adrenalina; C) el mismo después de adrenalina.



Plancha Nº 5

Con la colaboración de Eduardo Ortega y Julio Salem, hemos llevado a cabo una serie de experimentos en ranas y perros, que exponemos a continuación.

El Ek. normal de la rana (plancha 1-A) presenta ondulaciones muy semejantes a las del hombre, pudiendo distinguirse los incidentes P.Q.R.S.T. con relativa facilidad, si bien un poco alterados debido a contracciones fibrilares de los músculos voluntarios, porque hemos trabajado con ranas clavadas por sus cuatro patas pero sin anestesia.

En la plancha 1-B vemos el Ek. de un corazón de rana extirpado y sumergido en líquido Ringer, y podemos apreciar allí lo claro y definido que se presentan los diversos incidentes, anotando únicamente la prolongación de todos los espacios, en particular del intervalo S. T., que llega a ser tres veces más largo de lo habitual. El mismo corazón después de 15 minutos de inmersión, presenta la curva de la plancha 1-C, en que podemos observar las alteraciones en la amplitud de R., modificaciones en la duración de los diástoles y la negatividad de T., que va haciéndose más acusada a medida que el corazón se debilita en sus latidos, y en la fase final de las contracciones encontramos las modificaciones que se aprecian en la plancha 1-D.

Seccionando cuidadosamente fragmentos de aurículas y dejándolos en Ringer, vemos después de pocos minutos aparecer contracciones activas que son registradas en la curva de las planchas 2-A y B, que como se ve, no tienen nada de parecido con las anteriores, distinguiéndose solamente un incidente bifásico que parece corresponder a P., seguido de una ondulación negativa de interpretación algo dudosa, pero que probablemente se debe a la gran diferencia de potencial que experimenta el galvanómetro al finalizar la contracción del pequeño fragmento, y restablecerse después la fase neutral, que, como se ve en el trazado, correspondería a un diástole muy prolongado.

En la plancha 2-C. se ve la curva producida por el ventrículo de rana, observándose una sola onda positiva, que por su amplitud, dirección y forma parece corresponder al incidente R.

En un perro de 20 libras de peso, anestesiado con cloroformo, hemos obtenido una curva electrocardiográfica, como la de la plancha 3-A. en la cual se ven los diversos incidentes semejantes a los del Ek. normal del hombre. Después, hemos abierto el tórax y colocado cuidadosamente electrodos de punta aguda en diversas regiones, obteniendo los resultados siguientes.

Cuando colocábamos un electrodo en las vecindades de la vena cava y el otro por arriba del surco aurículo-ventricular lográbamos los trazados que corresponden a la plancha 3-B y C, en los cuales vemos un solo incidente, que podemos interpretarlo como onda P. En cambio colocando un electrodo debajo del surco aurícu-

lo-ventricular y otro en la punta, hemos obtenido las gráficas de la plancha 3-D y E., en las que podemos apreciar claramente los incidentes que corresponden al complejo ventricular Q. R. S., bastante deformados, por cierto, pero sin encontrar ningún indicio de onda auricular.

Del estudio comparativo de las diversas curvas podemos deducir que los Ek. de la rana y el perro tienen mucha similitud con el Ek del hombre, y que los diversos incidentes que registramos en fisiología humana son reproducidos regularmente en la fisiología de estos animales.

Así también, cuando hemos encerrado dentro del campo del galvanómetro zonas aisladas de ventrículo o de aurícula, sea sumergiendo fragmentos de corazón en líquido de Ringer, sea clavando los electrodos en zonas determinadas del corazón vivo, hemos visto cómo se descomponen las ondas del Ek. total, encontrando sólo onda P. cuando trabajábamos en campos auriculares, y complejos Q. R. S. cuando actuábamos en campos ventriculares.

Estos argumentos nos permiten concluir acerca de la especifidad de cada onda del Ek. y poner de manifiesto que la interpretación del Ek. fisiológico corresponde con sus ondas y sus intervalos a la contracción progresivamente ordenada que se inicia en el núcleo sinusal y, propagándose por las paredes auriculares, va a difundirse por los ventrículos a favor del fascículo de His, para terminar con el incidente T., que marca el final del sístole.

Pero bajo el punto de vista patológico también tenemos argumentos para inducir acerca de la precisión con que ciertas lesiones modifican determinados elementos del Ek.

Así por ejemplo: inyectando 0,2 cc. de suspensión oleosa de bismuto en la coronaria izquierda del perro, se aprecian especiales modificaciones, que podemos observar en las gráficas de la plancha 4-A, B, C, y D registradas en el curso de 15 a 20 minutos hasta que se produjo la muerte del animal.

El primer fenómeno que impresiona es el desnivel de S. T., que se desplaza en sentido negativo; la onda T es poco apreciable al principio, pero después parece que el miocardio tratara de hacer una adaptación a este nuevo estado de cosas y vemos cómo el desnivel de S. T. se hace menos acusado, en tanto que T se va marcando de manera más neta pero en sentido negativo. Los sístoles van siendo cada vez de amplitud más desigual y a intervalos irregulares, y R tiende a marcar un voltaje bajo.

En el trazado C de la misma plancha podemos observar que los diástoles son enormemente alargados, y en los minutos que preceden a la muerte (plancha 4-D), el desnivel S. T. vuelve a acusarse, pero en sentido positivo.

Es indudable que estos trazados pueden superponerse a los

que se observan en patología humana en el curso de las coronaritis o de las trombosis coronarias, siendo evidente que el desnivel de S. T. se produce de manera apreciable y constante cuando ha habido algún obstáculo serio en la irrigación del miocardio. Pinchando profundamente el ventrículo izquierdo de otro perro, hemos obtenido—colocando electrodos sólo en los ventrículos—el trazado A de la plancha 5, en el que observamos los cambios en la dirección del enlace S. T. que persistieron y se marcaron cada vez de modo más neto hasta la muerte del animal.

En ninguna de estas gráficas hemos visto producirse modificaciones distintas a las que se aprecian en clínica humana, pudiendo asegurarse que es exacta la interpretación, que debemos dar a los desnivelamientos de S. T. y los cambios de T en relación con las lesiones del miocardio ventricular o de las perturbaciones de la irrigación coronaria.

Otro experimento muy curioso hemos llevado a cabo en un perro de más de 22 libras, anestesiado con cloruro de etilo, cuyo Ek. normal se ve en la plancha 5-B. Inyectando por vía subcutánea en la pata posterior derecha 1/4 de solución de adrenalina al milésimo, se produjo antes de 2 minutos el más típico bloqueo aurículo-ventricular, como puede verse en 5-C, anotándose cada 3 ó 4 contracciones la ausencia de un sístole ventricular con persistencia de P., llamándonos la atención que los sístoles ventriculares que siguen al bloqueo son de un voltaje progresivamente más alto.

Conclusiones prácticas podemos obtener y hemos venido ya obteniendo con la correcta interpretación de las modificaciones del enlace S. T., cuando aparece en I o II derivación. No podemos decir nada si lo mismo ocurre sólo en III derivación, porque su hallazgo es tan frecuente que no se le concede ningún valor patológico, sino más bien se lo acepta como un hecho fisiológico, especialmente en personas que tienen un eje cardioeléctrico vertical.

Los cambios de S. T. en I o II D. permiten asegurar la existencia de lesiones de cierta magnitud en el miocardio ventricular y tal vez lo más interesante es que las estadísticas de algunos hospitales de Estados Unidos (citados por Boden), afirman que el pronóstico es fatal en plazo relativamente breve y tanto más corto, cuanto que las modificaciones se presenten en ambas derivaciones, y que persistan en 2 o 3 Ek tomados a intervalos de tiempo regulares.

Nuestra experiencia nos ha llevado a constatar que los enfermos que presentaron S. T. desnivelado y T. negativo o bifásico en I D. han sobrevivido más tiempo que los que presentaron la misma alteración en II D. y en particular que los que tuvieron cambios de S. T. en I y II D.

En otra comunicación daremos algo más detallados estos aportes estadísticos y mostraremos numerosas gráficas de pacientes que sucumbieron antes de completarse un año de la aparición de los trastornos patológicos que indujeron a practicar una exploración electrocardiográfica.

La Amibiasis Crónica

Una de las Ponencias del Tema Oficial de la Sub-Comisión de Medicina Interna de las I Jornadas Médicas, organizadas por la Federación Médica del Ecuador.— Guayaquil, Octubre, 1945.

Patología, Anatomía Patológica y Radiología del Colon Amibiano

I. — PATOGENIA

La amibiasis presenta actividades evolutivas cuyas manifestaciones más frecuentes radican en la esfera intestinal (porción terminal del íleo, colon ascendente y sigmoideo), pero aun cuando el síndrome enterocolítico se atenúe, se modifique o desaparezca con los procedimientos terapéuticos, la infección amibiana aparentemente apagada es susceptible de emigrar a órganos vecinos o distantes y producir los llamados síndromes amibianos extra-intestinales. El período de latencia puede ser, y es habitualmente, muy prolongado y por esto la denominación de AMIBIASIS CRONICA tiende a englobar todas las manifestaciones clínicas que periódicamente aparecen en un portador de amibas.

La infección amibiana se produce de ordinario por la ingestión de quistes, los cuales atraviesan fácilmente todo el tramo digestivo hasta llegar a un lugar del íleo (porción terminal) en que las condiciones del medio y su reacción química favorecen la ruptura de la cutícula de protección; desde ese momento el cuerpo amibiano se fragmenta en tantas porciones cuantos núcleos tiene el quiste, quedando ya las amibas en capacidad agresiva. A veces pueden ser arrastradas por la kinesia intestinal y evacuadas con las heces sin provocar trastornos patológicos, pero en otras ocasiones el cuerpo amiboideo al ponerse en contacto con los endotelios produce rápidamente fenómenos líticos en el protoplasma celular, avanza en profundidad necrosando las células, y si el ambiente le es favorable gana terreno y se multiplica por escisión formando conglomerados o colonias que en su obra destructora lle-

garán a la submucosa, pero serán detenidas momentáneamente en la capa muscular, ésta les sirve como barrera y entonces, al verse impedidas de avanzar en profundidad, las amibas se expanden en extensión formando úlceras a manera de cavernas, con un cuello estrechado que mira hacia la luz del colon, estableciéndose así la más típica de las lesiones amibianas (abscesos en broche de camisa o en botella). Desde ese sitio las amibas penetran en los vasos linfáticos y en las vénulas mesentéricas, emigrando así hacia la serosa peritoneal y hacia la vena porta. En la pared intestinal el protozoario poduce también otro tipo de lesiones, que describiremos después.

La vena porta permite el arribo del parásito al hígado, donde puede ser destruído por la acción propia del tejido hepático, según lo ha comprobado Faust Carroll, o bien proliferar produciendo las diversas modalidades de la amibiasis hepática. Liberada del hígado la amiba puede ascender por las venas suprahepáticas y después, por intermedio de la cava inferior, llegar al corazón derecho de donde será expulsada hacia los pulmones, produciendo allí fenómenos patológicos de intensidad y extensión variables. El ciclo migratorio termina habitualmente allí, pero otras veces, el protozoario partiendo de los pulmones y por intermedio del corazón izquierdo, podrá hacer localizaciones en otros órganos (cerebro, bazo, riñones), teniendo que admitirse para estos casos el concepto de amibemia.

Kofoid, Bayer y Eli (citados por Staffieri) sugieren que la amibemia es un fenómeno común, y llegan a decir que la patogenia habitual en las amibiasis implica siempre una fase inicial del septicemia amibiana, cualquiera que sea la puerta de entrada del parásito, el cual después de circular libremente en la sangre, se localizaría por una acción selectiva propia en la mucosa del intestino, desde donde se producirían las diversas etapas patogénicas ya conocidas. Estos trabajos experimentales parece que no han tenido una comprobación suficiente, y al comentarlos, Staffieri pone en duda tan sugestivas hipótesis que él tampoco ha podido comprobar.

En el gato, perro y caballo la infección experimental masiva produce una fase septicémica evidente que a veces conduce a la muerte del animal sin dar lugar a que se establezcan las lesiones típicas del colon; esto mismo ocurre alguna vez en hombres sanos que van a habitar en un lugar de alta endemicidad, pero estas condiciones excepcionales en patología humana no autorizan a aceptar la amibemia como una fase obligada de la infección, y aunque pueda comprobarse en un número de casos suficientes de infección amibiana de tipo común la presencia del protozoario en la sangre, creemos que se debe de continuar manteniendo el clásico criterio patogénico.

II.— ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones producidas por la Entamoeba Histolítica tienen una característica común, la de ser necrosantes cualquiera que sea el órgano atacado. Sin embargo, en ciertas vísceras revisten algunos aspectos especiales y por eso vamos a enumerarlas en orden de frecuencia y de localización.

ILEO TERMINAL Y COLON.— No estamos habituados a pensar en la localización del protozoario en la porción terminal del intestino delgado y, sin embargo, esta determinación es frecuente, explicándose de este modo ciertos síndromes suboclusivos y hasta oclusivos, transitorios, pero que recidivan periódicamente.

Cuando la válvula íleo-cecal está comprometida el cuadro es más severo y, de ordinario, se encuentran reacciones inflamatorias en el ciego y apéndice que producen peritonitis localizadas. La frecuencia de las apendicitis amibianas ha llamado la atención a los médicos tropicales. W. Jaines (de Panamá) ha encontrado hasta en un 30% de apéndices extirpados, lesiones necróticas producidas por amibas, identificando casi siempre el parásito. Valenzuela y otros colegas hemos hecho aquí las mismas apreciaciones, pero sin llegar a obtener comprobación microscópica, anotándose, eso sí, los buenos resultados de la emetina en esos pacientes. Sin embargo, nosotros, aún manteniendo la noción de las apendicitis amibianas, seguimos fieles a la línea de conducta clásica: **Diagnóstico de apendicitis aguda, operación inmediata,** sin perjuicio de continuar el tratamiento amibicida durante el post-operatorio.

La amibiasis crónica produce en el intestino infiltraciones de la pared (colitis parietales), que comprometen la motilidad del órgano provocando fenómenos de espasticidad. Este aspecto puede observarse en estudios radiológicos del colon, como lo veremos oportunamente, pero además en ciertos casos la infiltración parietal tiene la característica de ser proliferante, produciendo tumores de tamaño y consistencia variables que, a simple vista, pueden ser calificados como malignos. En la tesis de Atilio J. Costa (Buenos Aires, 1920) hay un estudio bien documentado sobre esta cuestión. Esos casos han sido observados por Lasnier, Finochietto, Vacarezza y el autor, quienes encuentran lesiones típicas: necrosis de la mucosa, infiltración de la submucosa o subserosa, en tanto que el tramo muscular está relativamente poco comprometida al principio. El crecimiento de estos tumores disminuye la luz intestinal, que, en algunos puntos, tiene un diámetro menor de 2centímetros llegando en otros a ser tan estrecho que no permite el paso de una sonda acanalada. Lasnier encontró junto a células de tamaño, morfología y coloración variables, pequeños abscesos superficiales y profundos en la vecindad de los folículos linfoides y constató la presencia de abundantes amibas vegetativas y quísticas del tipo de la Entamoeba Histolítica. En la vecindad de las zonas del colon comprometidas por este proceso de infiltra-

ción se encuentra habitualmente engrosamientos variables de los ganglios mesentéricos. A lo largo de los linfáticos de la serosa se producen fenómenos de migración amibiana con invasión de los grupos ganglionares, provocando en ellos fenómenos necróticos que conducen a la formación de adeno-quistes. Valenzuela ha practicado necropsias muy interesantes, cuyas piezas hemos podido ver. Se trataba de tumores hasta del tamaño de una naranja, de consistencia renitente y que contenían un líquido de color oscuro, hemático y en el cual había considerable cantidad de glóbulos rojos y piocitos, sin poder comprobar la existencia de amibas, cosa que no llama la atención, pues sabemos que en las amibiasis extraintestinales el hallazgo del parásito es bastante difícil. Personalmente recordamos tres casos de tumores análogos a los descritos, que ocupaban diversas zonas del abdomen. En uno de ellos la tumoración estaba en el flanco izquierdo y tenía mucho tiempo de evolución con tendencia progresivamente creciente. Se decidió una intervención quirúrgica, realizada por el Dr. H. I. Briney se pudo ver que, paralela al sigmoides, pero sin formar cuerpo con él, existía una tumoración del tamaño de un aguacate mediano, cuya cápsula se rompió en la maniobra operatoria dando salida a un líquido con los caracteres expuestos enantes, en el que tampoco se pudo comprobar amibas, pero la bolsa presentaba el aspecto macroscópico común en las proliferaciones adeno-quísticas crónicas. El otro caso es bastante análogo a éste por su situación topográfica; su prominencia era tan visible hacia adelante y su renitencia tan clara que se había pensado en un absceso profundo de la pared abdominal, pero el prolijo examen a que fué sometido el enfermo condujo al diagnóstico de tumor intraperitoneal, sin poder precisar su naturaleza y, como el paciente no aceptara la intervención propuesta, instituímos un intenso y prolongado tratamiento antiamibiano, constatando cómo la tumoración se reducía cada día con bastante lentitud, y al cabo de 3 o 4 meses había desaparecido totalmente. Hemos continuado observando a este enfermo durante 10 años sin que haya presentado hasta este momento recidivas, pero periódicamente sufre crisis de colitis disentérica en las que hemos encontrado siempre amibas histolíticas en forma vegetativa. El otro caso se refiere a un tumor más pequeño que ocupaba la gotiera parieto-cólica derecha y que hacía emergencia hacia la parte anterior dando la impresión de hidro o pionefrosis. El estudio radiológico permitió eliminar la participación del riñón en este proceso y entonces se decidió intervenir. El Dr. Eduardo Ortega practicó una laparatomía, descubriendo una colección de líquido citrino hemático de lo más parecido a los que en otras ocasiones habíamos visto. La enferma curó sin mayores inconvenientes, pero pocas semanas después presentó una recidiva con los mismos síntomas anotados, y esta vez hicimos un tratamiento antiamibiano prolongado durante más de un año, con el mismo buen resultado obtenido en el caso anterior. La paciente continúa viniendo a nuestra con-

sulta cada 2 o 3 meses sin manifestar hasta ahora ninguna alarma de recidiva.

HIGADO.—La infección amibiana llegada al hígado por las ramas de vena porta produce allí estados patológicos que, desde la simple hiperemia pueden llegar hasta la formación de abscesos únicos o múltiples, siendo a veces estos últimos tan pequeños que se los denomina miliares. Las proliferaciones de amibas en el tejido hepático producen lesiones anatómicas diversas a las del colon, recordando más bien las observadas a nivel de los ganglios. Efectivamente la acción necrosante se manifiesta con gran intensidad, y al mismo tiempo que la amiba se nutre, van quedando residuos celulares y líquidos que el organismo trata de anular mediante una especie de arrera o quiste que aisla parcialmente el elemento patógeno del resto del órgano ectado. En los abscesos recientes el líquido es espeso, oscuro, achocolatado y es fácil encontrar restos de elementos sanguíneos (glóbulos blancos y rojos); en los abscesos más antiguos el líquido se va transformando y su color se torna amarillento, cremoso, bien homogéneo y de un olor soso muy especial, pero en ningún caso es fácil encontrar el protozoario en el líquido quístico, siendo más afortunado el investigador que practica raspados en la cutícula o membrana que limita la cavidad.

PULMONES.— En los pulmones la acción necrosante de las amibas es precisa de la fase de peremia que produce hemoptisis de intensidad variable, y una vez establecido el protozoario inicia su labor necrosante que conduce a la formación de uno o muchos abscesos, en los cuales el pus tiene esa característica especial tantas veces señalada: hemático, maloliente y espeso. En la localización primitiva la amiba es poco frecuente, pues se observa con acompañación de las lesiones pulmonares (x). Sin embargo, algunos observadores han encontrado derrames pleurales en los que la acción terapéutica se ha manifestado tan rápidamente eficaz, que ha permitido considerarlos como de origen amibiano.

ENCEFALO.—Staffieri hace notar la extrema dificultad para llegar a establecer un diagnóstico clínico de esta clase, pero deja constancia que esta localización no es excepcional. En el encéfalo la amiba histolítica produce abscesos desde el tamaño de una nuez al de una naranja. Los abscesos presentan la característica de no tener membrana limitante clara, y cuando son superficiales se observa una fuerte reacción de la piamadre; el pus es blanquecino y a veces se encuentra estrepocos y estafilocos junto a restos de tubos nervios. La amiba sólo se la ha encontrado 13 veces sobre 58 casos. La amibiasis encefálica ha sido observada siempre en sujetos que han sufrido amibiasis pulmonares o hepáticas

(x).— El protozoario llega por vía sanguínea al tracto respiratorio. Sin embargo, algunos abscesos amibianos del hígado se abren, al través del diafragma, en las pleuras y pulmones.

o ambas a la vez. Esta constatación debe estimarse como un argumento más en favor del desarrollo patogénico de la amibiasis crónica, que sigue habitualmente esta progresión: intestino, hígado, pulmones, cerebro.

BAZO.— Es frecuente observar moderada esplenomegalia en las hepatitis amibianas, pero esto no significa siempre localización del protozoario en este órgano, de manera que, tomando en cuenta esta particularidad, resulta que la esplenitis amibiana es bastante rara, y cuando se la constata parece ser debida no a una diseminación por vía sanguínea sino a una propagación de amibiasis del colon o del hígado. El bazo es blando, doloroso (periesplenitis) y a veces se forman abscesos con pus de color bruno, fétido y muy espeso.

OTRAS LOCALIZACIONES.— Se han referido localizaciones en otros órganos y así por ejemplo J. Bertrand (1895) y Grall (1920) han relatado pericarditis, probablemente consecutivas a pleuresías o a migraciones de amibas desde la convexidad del lóbulo izquierdo del hígado. La localización en el miocardio es muy discutida y tal vez se trate no de una miocarditis, sino de impregnación del sistema nervioso intrínseco del corazón, producida por la absorción de las albúminas desintegradas en los procesos necróticos desarrollados por las amibas en cualquier otro órgano.

En las vías urinarias el protozoario se localiza muy pocas veces, y se recomienda (Volhard) no tomar como amibas a ciertos corpúsculos dotados de movimientos amiboides, que con frecuencia se los encuentra en las nefritis focales con hematurias.

Las amibiasis del testículo, de los músculos, articulaciones, del iris, del oído medio, son tan poco frecuentes, que si bien es cierto han sido constatadas por algunos observadores encuentran en la práctica médica habitual.

Se ha establecido dos tipos de amibiasis cutánea. El uno por propagación hacia la piel de abscesos amibianos del hígado, colon o del recto que se han fistulizado; y en estos casos se observa que la herida comienza a ensancharse con caracteres fagedénicos, pudiendo comprobarse la existencia de amibas en el dermis afectado. La otra modalidad de amibiasis cutánea parece ser de naturaleza alérgica y se caracteriza por rash, exantemas pruriginosos, con o sin pápulas que se observa en amibiásicos crónicos cuando una causa cualquiera actúa como desencadenante. Enrique Uraga menciona también los trabajos de Engaman y Heythaus, quienes han observado úlceras fagedénicas purulentas, en las que hallaron amibas, sin que mediaran las circunstancias arriba consignadas.

III. — RADIOLOGIA DEL COLON AMIBIANO

Parecería ocioso recurrir a la radiografía para diagnosticar una amibiasis colónica siendo el examen de heces tan fácil, rápi-

do y seguro, a la par que económico. Pero si en las amibiasis agudas o recidivantes la elección entre los dos métodos no es ni siquiera discutible, no resulta lo mismo en ciertas amibiasis crónicas que se presentan en clínica con el aspecto de síndromes digestivos confusos, en cuya etiología no se encuentra una anamnesis clara de disentería; y, lo que es peor aún, en los exámenes coprológicos repetidos no se identifica fácilmente el buscado protozoario. La radiología permite encontrar en estos casos aspectos muy particulares del colon, algunos bastante característicos y otros que simulan lesiones patológicas variadas: cáncer; tuberculosis, colitis ulcerativa. De tal modo resulta interesante la cuestión que, hasta para evitar errores de diagnóstico que podrían conducir a decisiones terapéuticas improcedentes, conviene tener presente que, sin restarle al hallazgo de amibas en las heces toda la importancia que tiene, debemos conocer que la radiología tiene sus fueros en el diagnóstico clínico de la amibiasis crónica.

J. Vallarino (de Panamá), desde 1920 se ha interesado por este estudio que ya había sido bien establecido por Speder en Marruecos. El interés de Vallarino se incrementó a consecuencia de un error en que había incurrido y que lo relata como la mejor razón para justificar la importancia del estudio. Se trataba de un paciente muy extenuado y que ingresó a la clínica Herrick aquejándose de desórdenes del tracto digestivo desde hacía mucho tiempo. Una exploración radiológica minuciosa permitió encontrar imágenes que fueron interpretadas como las de un carcinoma inoperable del colon. Ante la severidad del diagnóstico los familiares acudieron a otro hospital donde, un buen día, el paciente expulsó gran cantidad de mucosidades sanguinolentas en las que se halló abundantes amibas, que no habían sido antes encontradas, y el tratamiento médico correspondiente consiguió el éxito esperado.

Esta observación es suficiente para que le concedamos a la radiografía del colon amibiano la importancia que se merece, exigiendo, eso sí, la comprobación coprológica en reiteradas búsquedas para completar el diagnóstico radiológico.

Ahora bien, en muchos amibianos crónicos la investigación microscópica puede resultar indefinidamente negativa, pero un tratamiento de prueba suficientemente intenso y prolongado producirá no sólo alivio de los síntomas, sino una modificación ostensible de las imágenes radiológicas, que pueden llegar hasta la normalización completa, cuando el grado de lesiones anatómicas no es muy profundo.

Los aspectos más demostrativos se aprecian utilizando la combinación de los métodos oral y enema.

Speder ha descrito los siguientes tipos de colon: atónico, en acordeón, en felpilla, anárquico o abigarrado, rígido y filiforme, a las cuales Viamonte y Fariñas, de Cuba, han agregado dos más, producidos por las formas tumorales circunscritas o difusas.

La mayor parte de estas imágenes, cuyos esquemas acompaño, corresponden a desórdenes de la excitabilidad neuro-muscular de ciertos sectores del intestino grueso (colon irritable), que, desde luego no son exclusivos de la amibiasis, ya que se pueden producir también como fenómenos reflejos de colecistitis, ulcus duodenal, apendicitis, etc., y por esto se impone practicar un examen integral para referir a su verdadera causa estas perturbaciones de la motilidad intestinal. Las imágenes de rigidez no indican forzosamente que el colon esté definitivamente rígido, ya que a menudo el tratamiento adecuado opera modificaciones sorprendentes. Otras veces, al trastorno de excitabilidad anotado se suman infiltraciones parietales que conducen a la formación de pseudos tumores, y entonces sí las imágenes radiológicas serán difíciles de modificar, quedando siempre, aunque se produzca la mejoría clínica, defectos de replección inmutables.

P. Maissa, de Buenos Aires, señala además la participación del íleo en la amibiasis crónica; éste presenta un ensanchamiento uniformemente rígido sin las conocidas abolladuras del segmento final (ileítis terminal).

Dada la alta endemicidad amibiana de nuestro medio, los radiólogos e internistas aceptamos como imágenes normales muchas de las que en otros países, menos infectados, han llamado la atención de los observadores. Al presentar este resumen del aspecto radiológico del colon amibiano, insinuamos orientar la investigación etiológica en todos los casos en que el colon deje de tener su aspecto típico, y no es difícil pensar que muchos de los síndromes dispépticos de naturaleza no bien clara y que con extremada condescendencia calificamos de nerviosos, sean debidos a una amibiasis crónica que ha repercutido sobre la actividad funcional del estómago, intestinos y anexos.

Para terminar, quiero agradecer sinceramente a mi querido amigo, el sagaz y estudioso radiólogo Julio Mata quien me ha proporcionado la documentación necesaria para confeccionar este esquema radiológico del colon amibiano.

BIBLIOGRAFIA

Manson Bohr.— Enfermedades tropicales; Editorial Salvat, 1942.

Gilbert, Brouardel et Thoinot.— Nouveau traité de Medicine.

Rogers, L.— Amoebic Liver Abscess; Brit. M. J., Jan., 922.

Stitts.—Diagnosis, Prevention and Treatment of Tropical Diseases; [illegible] ton, Phila., 1941.

Craig, Charles F. and Carrol Faust, Ernest.— Clinical Parasitology; Editorial Blakiston, Phila., 1940.

Le Dantec.— Maladies exothiques; Editorial Masson, París, 1929

Viamonte, M. y Fariñas P.— The year book of Radiology; 1944.

Costa, Atilio J.— Tumores inflamatorios del colon de origen amibiano; tesis de incorporación, Facult. Buenos Aires, 1920

Staffieri, David.— Amibiasis extraintestinales; Ed. Ateneneo, Buenos Aires, 1934.

Valenzuela, Alfredo J.— Anales de la Soc. Médico-Quirúrgica del Guayas; XIV, [illegible] XV, 1 y 9; XV, I, [illegible] XVII, 7.

Vallarino, J.— Aspecto radiológico de las colitis amibianas; "Radiología", Oct., 1944.

Maissa, P.— Exploración de yeyuno e ileo; "Radiología", Oct., 1944

Carril Faust, Ernesto.— Concepto moderno de la amibiasis; Prensa [illegible] XXXI.

Esguerra Gómez.— Revista de Radiología y Fisioterapia, Marzo, 1943

Staffieri, David.— Las localizaciones extraintestinales de la amibiasis.

Amibiasis del sistema linfático; El Día Médico, VII, pág. 293, 1934.

Staffieri, David.— Amibiasis esplénica. Amibiasis del aparato circulatorio. Amibiasis de localizaciones excepcionales. El Día Médico, VII, pág. 635, 1935

Castex, Mariano R. y Greenway, Daniel.— Consideraciones parasitológicas y clínicas sobre 1 700 casos de amibiasis intestinal en Quinto Congreso Nacional de Medicina, Rosario, pág. 130, Enero, 1934.

Roque A. Politti.— Desprendimiento de retina y amibiasis intestinal (inédito): 1 volumen, Biblioteca de la Facultad de Buenos Aires, 1937

Escudero, José C., Bevereggi, Domingo H. y Lima, Enrique I.— Sobre una localización poco frecuente de la amibiasis; Archivos de la Asociación Médica del Hospital Pirovano, V, 249, 1937

Vitale, Arturo J.— Amebiasis; Historia y concepto.— Actualidades Médicas, V, 52, pag. 5, 1936

Vitale, Arturo J.— Amebiasis: Epidemiología.— Actualidades Médicas; V, 52, pág. 13, 1936

Márquez, José F.— Localizaciones raras de la amibiasis.— Actualidades Médicas; V, [illegible] pág. 45, [illegible]

Vitale, Arturo J.— Amebiasis. Anatomía Patológica.— Actualidades Médicas; V, [illegible] pág. 15, 1936

Uraga Peña, E.— Amibiasis cutánea; Anales de la Soc. Médico-Quirúrgica del Guayas, XXII, I, 941.

COLON EN BANDONEON

COLON ATONICO

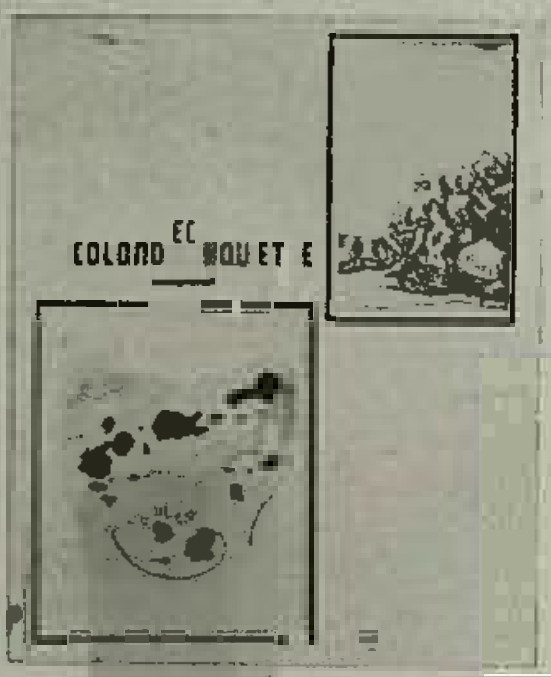
COLON APELPADO

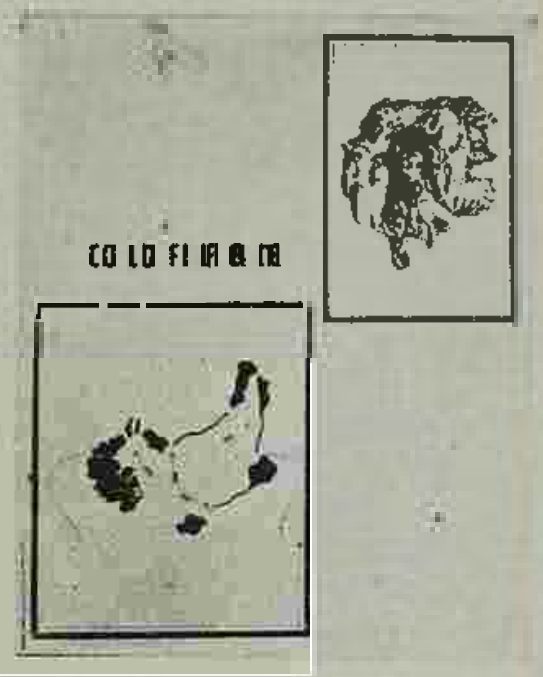
En cada esquema se ve un dibujo de las lesiones histológicas amibianas más típicas, sin que esto quiera decir que para cada imagen radiológica exista una lesión anatomo-patológica especial.

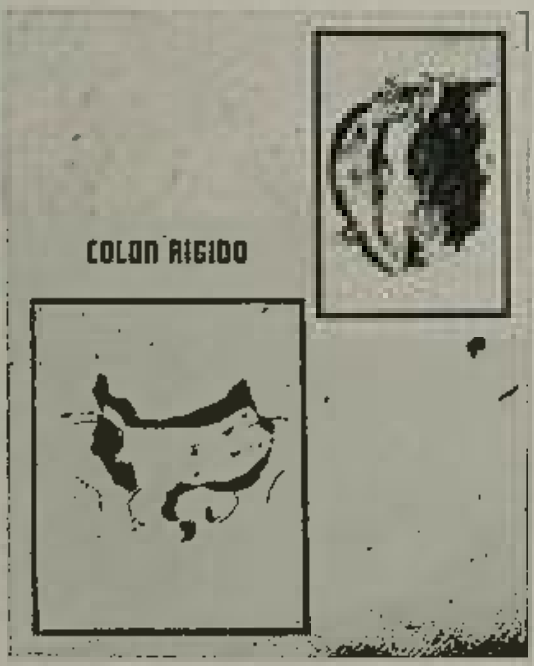
1º COLON EN BANDONEON — Apendicitis amibiana; el protozoario ha invadido los folículos linfáticos y la submucosa.

2º COLON ATONICO — Absceso en bisagra de camisa, abierto a la luz del colon.

3º COLON APELPADO — Extensa necrosis de la mucosa y submucosa por fusión de varios abscesos.







4º COLON DECHIQUETE O ABIGARRADO — Varios obreros en broche de camisa que no han sido evacuados.

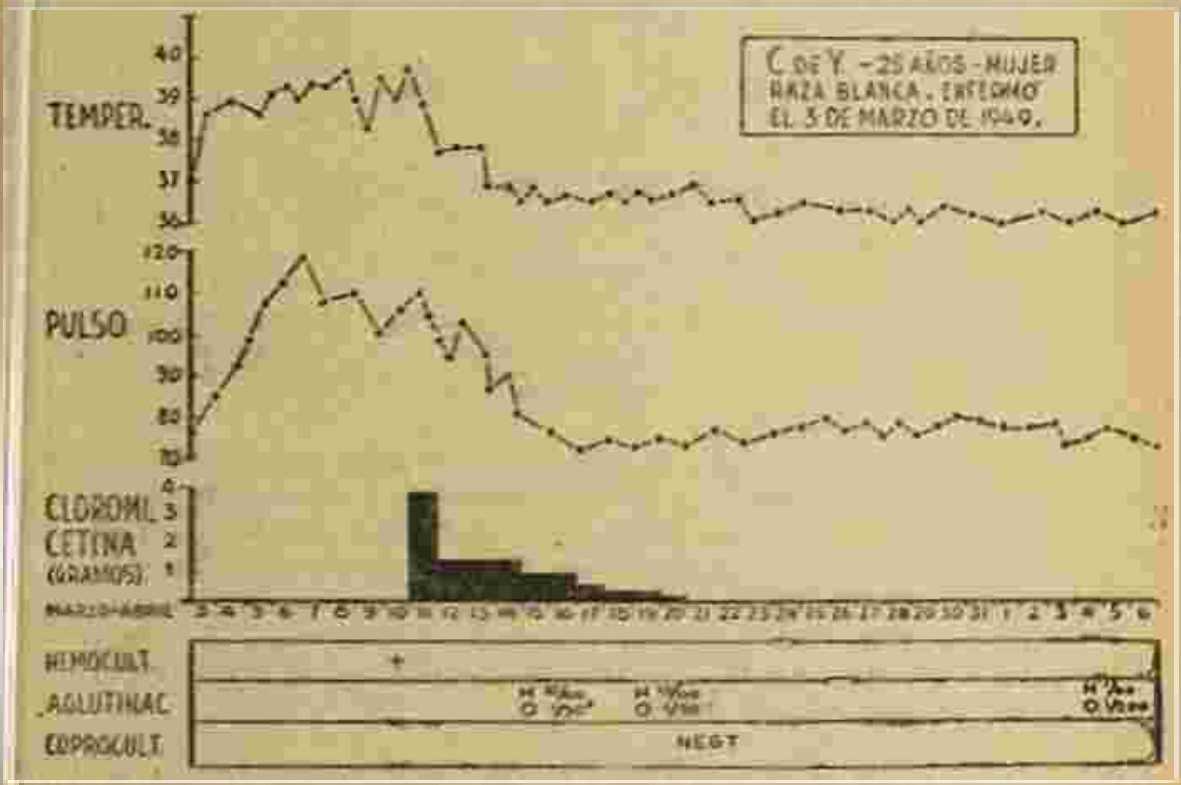
5º COLON FILIFORME — [illegible]

6º COLON RIGIDO — [illegible] nosante

(Gráficas compuestas con esquemas y fotos de Viamonte y Fariñas. J. Vallarino y Atilio J. Costa.)

Fiebre Tifoidea y Cloromicetina

Comunicación presentada por el Dr. J. Tanca Marengo a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas — Junio 7 de 1949.



Esta gráfica corresponde al primer caso de fiebre tifoidea tratado en Guayaquil exclusivamente con Cloromicetina de Parke and Davis, siguiendo las recomendaciones y dosis de Smadel, Woodward y sus colaboradores.

La enfermedad cedió en 48 horas y no presentó recaídas ni complicaciones, siendo interesante anotar lo siguiente:

1º Los síntomas tóxicos cedieron conjuntamente con la temperatura, y la paciente se alivió totalmente de la cefalalgia y el insomnio, que la mortificaban desde el principio de la enfermedad.

2º) Desde que se comenzó a administrar Cloromicetina apareció dolor espontáneo, que se acentuaba con la palpación, en la zona íleo-cecal, el cual persistió una

semana y requirió, en los primeros días, el empleo del opio y la belladona.

3º) El descenso de temperatura se acompañó de bradicardia, que algunos días llegó a 52, observándose también tendencia al bloqueo sino-auricular.

4º) Las reacciones de aglutinación fueron tardíamente positivas, a pesar de la curación clínica, y sólo fueron ostensibles en dilución apreciable (1/200), después de la tercera semana de apirexia.

Por lo demás, la enferma se recuperó totalmente al cabo de dos semanas de haber desaparecido la hipertermia.

El Hígado Amibiano

ASPECTOS CLINICOS

Para el Primer Congreso Médico-Social Panamericano.— Sección de Biología, Parasitología y Medicina Tropical.— La Habana - Cuba.— 3 de Diciembre de 1946

La repercusión de la amibiasis intestinal sobre el hígado es un hecho tan común que puede decirse, sin temor de exagerar, que la mayor parte de las crisis agudas de colitis amibiana provocan una respuesta del hígado más o menos apreciable. Pero en ocasiones la colitis no es evidente y en la anamnesis tampoco se encuentran datos que permitan identificarla, y sin embargo aparece la hepatitis con caracteres y síntomas tan diversos, que pueden inducir a diagnósticos erróneos.

En nuestro país la amibiasis está extraordinariamente difundida, y tanto en las poblaciones del Litoral como en las de la Sierra el índice de infección es considerablemente elevado. En el medio hospitalario, integrado en gran parte por elemento rural, el porcentaje de amibiasis llega tal vez al ciento por ciento, y es allí donde puede observarse con más frecuencia las migraciones del protozoario a sitios vecinos o distantes del colon: ganglios mesentéricos, hígado, pulmones, pleura, bazo, músculos, y excepcionalmente cerebro y otros órganos menos aditos.

El ataque de la endamiba histolítica al parénquima hepático produce en este órgano desórdenes anatomo-patológicos que van, desde la simple hiperemia hasta la necrosis y la supuración. Estos cambios adoptan una fisonomía sindrómica muy particular, que permite ordenar las hepatitis y colocarlas dentro de una clasificación que abarca casi todas las variedades que pueden observarse en clínica.

I.— Hepatitis aguda
a) Congestiva
b) Flegmásica:

absceso único o
abscesos miliares.

II.—Hepatitis crónica
a) Congestiva
b) Flegmásica:

1 — absceso solitario
2 — formas quísticas,
pseudo tumorales.

No es fácil verificar estudios histológicos en las formas simplemente congestivas, pues la franca tendencia hacia la mejoría y curación impide procurarse el material necesario que permita obtener información acerca de la modalidad especial de hiperemia que puedan producir las amibas. En las formas supurativas y necróticas, que muchas veces caen bajo la jurisdicción del cirujano, se pueden comprobar ciertos hechos especiales que ya han sido suficientemente explicados por numerosos autores, y acerca de los cuales hacíamos un breve resumen en nuestra comunicación a las Jornadas Médicas organizadas por la Federación Médica del Ecuador en Octubre de 1945. "Las proliferaciones de las ami-"bas en el tejido hepático producen lesiones anatómicas diversas "a las del colon, recordando más bien a las observadas a nivel de "los ganglios. Efectivamente la acción necrosante se manifiesta "con gran intensidad, y al mismo tiempo que la amiba se nutre, "van quedando residuos celulares y líquidos que el organismo tra-"ta de anular, [illegible] una especie de bra[illegible]o quiste que aisla "parcialmente elemento patógeno del o del órgano afectado. En los abscesos recientes el líquido es espeso, oscuro, acho-"colatado y es fácil encontrar restos de elementos sanguíneos (gló-"bulos blancos y rojos); en los abscesos más antiguos el líquido "se va transformando y su color se torna amarillento, cremoso, "bien homogéneo y de un olor soso y muy especial, pero en ningún "caso es fácil encontrar el protozoario en el líquido quístico sien-"do más afortunado el investigador que practica raspados en la "cutícula o membrana que limita la cavidad".

HEPATITIS CONGESTIVA AGUDA.—Esta modalidad en sus formas habituales es de observación banal en el curso de las disenterías: origina pocas molestias subjetivas y muchas veces el médico queda sorprendido de la fugacidad de los síntomas objetivos. De un día a otro una hepatomegalia que rebasaba tres o cuatro traveses de dedos se modifica con notable rapidez, utilizando, desde luego, la medicación amibicida. Sin embargo, hay ocasiones en que el cuadro disentérico es de poca intensidad y la repercusión hepática ocupa la primera línea en la sintomatología subjetiva y objetiva. Algunos enfermos presentan un desconcer-

tante aumento de volumen del hígado que, no obstante, se modifica maravillosamente con la medicación adecuada. Es común en estos casos la ausencia de fiebre y la leucocitosis es muy discreta. También es común que los neutrófilos conserven su porcentaje normal y que la eosinofilia sea poco aparente. Hay veces que la hepatomegalia produce compresión sobre el diafragma elevándolo considerablemente. También puede comprimir los vasos de la circulación abdominal, provocando ascitis y edemas de los miembros inferiores.

Observación I.— F. A., 26 años, agricultor, raza indígena, ingresa el 10 de Agosto de 1946, cama 11, S. Gabriel. (Historia clínica Nº 1.022.— Interno Sr. Oswaldo Barrera).

Sin antecedentes de importancia, dice que su enfermedad data del 5 de Agosto del presente año, en que siente violentos dolores en la región del epigastrio y en los hipocondrios, que fueron precedidos de 10 a 12 evacuaciones diarias con pujo, moco y sangre, que persisten todavía. Lengua saburral y dentadura en mal estado; vientre balonado con ascitis moderada; gran hepatomegalia, que rebasa hacia arriba el límite en un espacio intercostal, y hacia abajo traspasa la línea umbilical ocupando todo el epigastrio; el hígado es doloroso y no muy duro. Esplenomegalia, Schuffner 1.

Considerable edema duro y renitente en las extremidades inferiores. Signos congestivos en la base pulmonar derecha y ligeros frotes pleurales. Pulso 72 al minuto; presión arterial 10-5. En decúbito las yugulares están ingurgitadas, pero se modifican con el cambio a posición erecta. La punta del corazón se palpa en el cuarto espacio intercostal a un través de dedo por fuera de la línea medioclavicular. El área cardíaca está modificada, el diámetro transversal aparente está más elevado y ensanchado. Auscultación normal. Orina escasa, sin albúmina.

Este enfermo presentaba un cuadro que hacía pensar en una insuficiencia cardíaca de tipo congestivo, debido a la hepatomegalia, ascitis y edema de las extremidades inferiores; pero no existía taquicardia; la ingurgitación yugular no se mantenía en la posición erecta, los ruidos cardíacos eran normales, la presión no era convergente, características típicas de esta modalidad de insuficiencia cardíaca. Por otra parte la enfermedad se había iniciado y continuaba evolucionando con un síndrome disentérico, y a estos atribuíamos el enorme aumento del hígado.

En la fluoroscopia, comprobamos que el hígado, considerablemente aumentado, levantaba el diafragma por arriba de los límites normales, llevando el corazón a una posición casi horizontal. Había ligera reacción pleural. Se tomó una radiografía en la que se comprobó lo anotado.

En las heces se constató amibas histolíticas. La temperatura era normal.

¿Por qué mecanismo la hepatomegalia había determinado estos signos de éstasis circulatoria en el abdomen y en las extremidades inferiores?

El proceso infeccioso, en este caso la amibiasis, puede producir una hiperemia activa del hígado, el cual aumentar de volumen entorpece al principio la circulación porta y después alcanza a comprimir la cava, produciéndose así un retardo en la circulación de retorno con la consiguiente trasudación serosa. Con estas consideraciones iniciamos el tratamiento emetínico a dosis de 0.04 grs. en la mañana, por vía endovenosa con vitamina B1 y 0.04 grs. por la tarde por vía subcutánea, medicación que hubiera estado contraindicada en caso de tratarse de una insuficiencia cardíaca por su efecto cardiodepresor; pero que, de acuerdo con la hipótesis establecida, no sólo fué bien soportada, sino que produjo una curación espectacular.

La crisis disentérica cesó al día siguiente, y a las 72 horas el hígado no era palpable por debajo del reborde costal; la diuresis fué profusa; habían desaparecido los edemas y la ascitis. Seis días más tarde, sintiéndose completamente restablecido, exigió el alta. Se le recomendó proseguir tratamiento con Anayodín. No se pudo tomarle otra radiografía de control.

Es indudable que el enfermo tuvo una amibiasis colónica, que repercutió sobre el hígado en forma insólita. Sabemos muy bien que la hepatitis es un hecho trivial en el curso de la amibiasis del colon, pero no es común que la hepatomegalia adquiera rápidamente proporciones tales que interrumpa la circulación porto-cava. La rápida respuesta a la emetina, sin ayuda de ninguna otra medicación (particular cuidado se tuvo de no dar digital), da más razón para admitir en este caso la etiología amibiana; pero insinuamos que quizás algún mecanismo alérgico intervino en el cuadro patológico por la especial manera de evolucionar esta hepatomegalia; mecanismo en el que tal vez los protozoarios o sus toxinas actuaron como desencadenantes.

HEPATITIS FLEGMASICA AGUDA.— Constituye una etapa más avanzada de la anterior; corresponde a las formas que eran de observación habitual antes de que la emetina fuera empleada con la amplitud de ahora. Si la diseminación de las amibas se produce en forma masiva, se constituyen sembríos en los diversos territorios de distribución porta estableciéndose abscesos múltiples o abscesos miliares. Pero si el aporte de amibas ha quedado reducido a zonas circunscritas, se formará un solo absceso, grande o pequeño (antiguo absceso tropical del hígado). En la diseminación o restricción del protozoario en el tejido hepático parece jugar un papel predominante, no tanto la cantidad de amibas acarreadas, sino más bien las condiciones defensivas que presente el órgano afectado, según parece desprenderse de los trabajos de Ernest Carroll y Faust.

Estas formas, actualmente poco comunes, ocurren en sujetos cuyas defensas estaban particularmente aminoradas por ataques repetidos de amibiasis intestinal y por transgresiones del régimen de alimentos y bebidas.

HEPATITIS CONGESTIVA CRONICA.— Ciertos enfermos presentan una resistencia irregular frente a las amibas, y si por una parte la calidad de sus defensas hepáticas no está del todo disminuída, en cambio no alcanzan a anular en forma efectiva el ataque amibiano. Se produce en las primeras etapas una congestión activa de la glándula hepática que, de manera insensible va modificándose, pero no hacia la completa resolución sino hacia un cierto estado de infiltración, de consistencia firme, a veces muy dura, poco dolorosa que produce moderada reacción febril, pero que va amenguando las actividades funcionales del órgano y ocasiona una desnutrición considerable del individuo, lo que origina dudas de diagnóstico, de las cuales la más importante es la sospecha de un carcinoma.

Observación II. — B. L., 40 años, ecuatoriano, de buena salud habitual, comenzó en Febrero de 1941 a sufrir pérdida de peso, astenia y febrícula vespertina. Relató que, precediendo a estos síntomas, comenzó a sufrir de trastornos digestivos, del tipo de dispepsia hiposténica, al mismo tiempo que diarreas y marcada anorexia.

El examen físico permitió constatar solamente un hígado muy duro, poco doloroso y cuyo reborde inferior alcanzaba la línea umbilical. Los demás órganos no revelaban alteraciones de importancia. Iniciamos un tratamiento antiamibiano, a pesar de que el examen de heces fué negativo en varias ocasiones. Pero la emetina fué mal soportada, y el enfermo aburrido de la ineficacia de los procedimientosy cada vez más extenuado resolvió viajar a la Mayo Clinic. Poco tiempo después recibimos una comunicación haciéndonos saber, con gran pena, que todas las investigaciones conducían a aceptar el diagnóstico de tumor maligno del hígado. Sin embargo, para vencer escrúpulos, habían establecido un intenso tratamiento con emetina y treparsol.

Después de pocas semanas recibimos otra comunicación en la que el Dr. Hartman se manifestaba maravillado del efecto obtenido, pues el paciente se había recuperado en forma tal que el hígado no era ya palpable. Eso sí, las dosis de emetina habían sido tan elevadas que, no obstante las precauciones tomadas, se había establecido una polineuritis que dificultaba mucho la marcha. Cuando el enfermo llegó a Guayaquil, cuatro meses más tarde, sus condiciones se habían normalizado definitivamente y había recuperado con creces las libras de peso perdidas.

HEPATITIS CRONICA FLEGMASICA.— Esta forma puede ser la continuación de su homóloga aguda, pero puede establecerse también de manera insidiosa y poco llamativa sin que, lo mismo que ocurre en la mayor parte de las formas crónicas, exista una noción evidente de colitis disentérica próxima. Muchos de estos casos impresionan, quizás más que los de la forma anterior, como cancerosos. La palidez, la anorexia, la pérdida

de peso, la progresión de la hepatomegalia con caracteres de dureza y de poco dolorifican que muchos de estos casos se an mirados como portadores de cáncer, si no se tiene la oportunidad de observarlos y emplear con ellos las dosis suficientemente altas de emetina.

Observación III.— V. G., 46 años, agricultor, ecuatoriano, nos consulta por primera vez el 2 de Febrero de 1943. Refiere que desde hace 4 meses pierde fuerzas y peso. Esta situación se originó con motivo de una indigestión por mariscos, y desde entonces la anorexia es invencible y lo poco que come, se le queda muchas horas en el estómago; frecuentes diarreas. El peso actual es 128 libras, y el habitual oscila al rededor de 155 libras.

La facies del paciente denota gran fatiga y una palidez terrosa impresionante. En el epigastrio se palpa una tumoración del tamaño de una toronja (grappe fruit), de superficie algo irregular, **dura,** dolorosa y que forma cuerpo con el hígado, que está aumentado por abajo hasta 4 pulgadas del reborde costal, de consistencia **muy firme,** desigual, bastante sensible a la presión; discreta ascitis. El bazo no es palpable. El pulso es rápido, regular y la tensión arterial es 110-70. Los ruidos del corazón están apagados; no hay soplos. Ligero edema en los miembros inferiores. La orina no contiene albúmina, glucosa ni pigmentos biliares.

La historia personal y familiar carece de interés, salvo algunas crisis de colitis disentérica de corta duración, sufridas esporádicamente. El examen citológico de la sangre reveló lo siguiente: hematíes 2.700.000; leucocitos 7.100; hemoglobina 70%, polinucleares 62, linfocitos 31, eosinófilos 0, grandes mononucleares 7.—Reacciones de Wassermann y de Khan: negativas. Pocos días después se practicó un nuevo recuento globular obteniéndose resultados casi idénticos. El examen de heces reveló: necator, amibas, trichiurus. Por los caracteres anotados, y después de completar nuestra observación explorando con rayos X el tórax y el tubo digestivo, llegamos a concluir que el paciente sufría de un cáncer secundario del hígado.

Con la esperanza de que nuestro diagnóstico no fuera exacto y pensando en la posibilidad de que se tratara de un hígado amibiano, rogamos al enfermo que se sometiera a una laparatomía exploradora, que fué practicada en nuestra Clínica por el Dr. Eduardo Ortega el 29 de Marzo. Se encontró un hígado globalmente aumentado de volumen, de color muy oscuro. Su superficie era lisa pero el lóbulo izquierdo estaba considerablemente crecido y deformado por una gibosidad del mismo color del resto del órgano, **muy dura,** y al puncionarla (con todas las precauciones del caso), se comprobó que contenía pus achocolatado, espeso, en cantidad de 500 cc. más o menos. Una vez evacuado el líquido, se inyectó en la cavidad fisiológico con 0.08 gr. de emetina. El post-operatorio fué bastante accidentado (náuseas,

vómitos, sudoración), a pesar de lo cual continuamos inyectando diariamente 0.04 gr. de emetina con 60 miligramos de tiamina durante una semana. La situación comenzó a despejarse y el paciente fué dado de alta después de 3 semanas. El 20 de Junio (tres meses después de la intervención), el enfermo estaba completamente restablecido y había recuperado 18 libras. Después de 3 años lo he observado nuevamente y me informó que no ha experimentado ninguna molestía en relación con su enfermedad anterior.

Comentarios. — No siempre el relato de una historia clínica impresiona al internista como puede hacerlo la observación directa del sujeto. Estos apuntes no traducen fielmente la impresión que daba V. G. Nada se parecía más a un hígado canceroso que este caso. La desnutrición, la palidez, la astenia, la anorexia, los desórdenes digestivos, sugerían fuertemente, diríase inequívocamente, la idea de un cáncer del tracto digestivo; y la palpación del hígado, con las características anotadas, autorizaban a pensar en gruesas metástasis en este órgano. Sin embargo la realidad era otra y la laparatomía demostró la grave responsabilidad que hubiéramos tenido de no haberla aconsejado, y sin pretender establecer que esto es recomendable para todos los casos, creemos que en hígados dudosos, particularmente en nuestro medio, nada se pierde con una exploración quirúrgica que, en el peor de los casos, se limitará a comprobar el presunto cáncer, pero que en otros puede cambiar radicalmente el pronóstico y conducir a una curación definitiva.

Observación IV.— X. X. de 60 años, de raza india, ingresó al cuarto 19 de la Clínica Julián Coronel en Setiembre de 1945, sufriendo de un dolor epigástrico sin horario, que tenía más bien el carácter de permanente. El malestar databa de 2 meses y el paciente había enflaquecido apreciablemente. Los antecedentes patológicos no eran fáciles de precisar por la baja mentalidad del sujeto ; supimos solamente que era fuertemente aficionado a las bebidas alcohólicas.

La exploración física reveló un hígado aumentado (2 pulgadas del reborde costal), de consistencia **muy dura**, poco doloroso y que presentaba ciertas abolladuras en el lóbulo izquierdo. Las condiciones circulatorias eran normales. El estudio hematológico no agregó ningún dato de interés a la encuesta clínica.

Aleccionados por otros casos, discutimos con el Dr. Eduardo Ortega acerca de la conveniencia de la exploración quirúrgica, ensayando previamente un tratamiento emetínico, que no modificó la situación. Al 5º día de su ingreso se decidió intervenir y he aquí el informe quirúrgico. "Incisión media, supraumbilical. Al seccionar la serosa se encontró colección purulenta de 10 cc., de consistencia densa, bien ligada. El fondo del absceso era reniente; y al puncionarlo dió salida a otra colección de 40 a 50 cc.

"de pus como el anterior. Las dos cavidades (en botón de cami-"sa), se habían formado, la una en el peritoneo, enquistada, y la "otra en lóbulo izquierdo del hígado subyacente, que estaba fuerte-"mente adherido a la pared abdominal anterior. Se lavó con suero "fisiológico y se inyectó emetina en la cavidad".

El post-operatorio fué fácil y el enfermo egresó después de 12 días.

* * *

Entre los numerosos recursos que se recomiendan para el tratamiento de la amibiasis (emetina, arsenicales, yatrén, carbón, bismuto, etc.) la emetina, especialmente en las formas extracolónicas, conserva el privilegio que le ha otorgado su efecto rápido y casi siempre seguro, especialmente por vía intravenosa. Pero su acción depresora sobre el corazón y el sistema neuro-muscular ha sido una valla para el empleo intravenoso de la droga; en sujetos fatigados y asténicos se han producido accidentes graves, a veces mortales. Lo mismo puede suceder en los alcohólicos. Hemos tenido serias preocupaciones con enfermos de esas condiciones y uno de ellos falleció sin que la estricnina y recursos análogos pudieran detener la evolución de una polineuritis que adoptó la marcha rápida del síndrome de Landry. Felizmente en la actualidad el uso combinado del cloruro de tiamina y emetina, permite emplear este remedio en dosis mayores y durante un tiempo prolongado.

En su tesis doctoral Francisco Macías (Centro Médico "Julián Coronel", 1941), realizó una serie de experiencias demostrativas. Seleccionó varios lotes de conejos y cobayos a los que administró emetina por vías subcutánea e intravenosa, comprobando que, después que se había excedido las dosis equivalentes a las empleadas en terapéutica humana, aparecía rigidez de los miembros especialmente del tren posterior, y poco después la contractura era sustutuída por flaccidez de los músculos; apareciendo entonces taquicardia, polipnea y fibrilación auricular en el EK. Si estos síntomas no eran muy avanzados, podían modificárselos con la B1 intravenosa, pero a veces no se llegó a detener el trastorno y los animales murieron con signos de asfixia.

En otros grupos de conejos se usó previamente durante varios días la tiamina, y después la emetina sola, y la tolerancia fué mucho mejor que en los casos anteriores. Por último, usando simultáneamente emetina y tiamina, se llegó a emplear dosis muy altas de emetina durante 18 a 20 días, sin observar cambios circulatorios ni respiratorios ni modificaciones electrocardiográficas.

En el hombre hemos tratado de averiguar en la forma prudencial que es de suponer, esta benéfica acción y nos parece que se puede asegurar que la tolerancia por la emetina es notablemente acrecentada por la tiamina. En los tratamientos habituales

hemos llegado a usar durante 8 y hasta 10 días la dosis de 0.04 gm. con 60 milig. de tiamina (vía venosa) e igual mezcla por vía intramuscular, prosiguiendo después por esta última vía durante una semana. En la mayor parte de los casos no hemos anotado modificaciones desfavorables: la tensión arterial, el electrocardiograma y los reflejos patelares se han conservado normales. Sin embargo, en algunos pacientes no pudimos prolongar el tratamiento porque aparecieron indicios de intolerancia que se manifestaban por taquicardia y gran astenia. En estos casos y por la cualidad acumulativa de la emetina, hemos juzgado prudente interrumpir la droga y continuar inyectando tiamina y estricnina hasta normalizar la situación.

El hecho de encontrar amibas en las heces fecales no permite asegurar que una hepatomegalia obedece a la amibiasis; un portador de amibas puede sufrir hepatitis por múltiples causas. Por esta razón, más que al hallazgo de protozoarios, debe concedérsele importancia a la prueba terapéutica: aunque la respuesta rápida a dosis suficientes de emetina constituye, en práctica, un excelente elemento para juzgar acerca de la etiología amibiana de una hepatitis, descontando naturalmente otras hepatitis menos frecuentes que pueden responder satisfactoriamente a la emetina, aunque tal vez no de un modo tan franco y decisivo.

Anotemos el efecto protector que la dieta proteica ejerce en las amibiasis, criterio aceptado universalmente y que ha modificado la alimentación en las fases disentéricas agudas. E. Carroll y Faust y sus colaboradores han comprobado también que el extracto de hígado produce apreciable beneficio en el tratamiento de la amibiasis. Tal vez sean las moléculas proteínicas las que intervienen favorablemente en este resultado, pero por los hechos anotados en algunos casos quizá esta acción protectora del hígado puede ser reversible. En la observación Nº 1 comprobamos la desmesurada reacción del hígado frente a la agresión del protozoario, así como la rapidez conque se modificó el desorden cuando la emetina impuso su acción amibicida. Por eso se nos ocurre pensar que en determinados sujetos las proteínas desintegradas en los procesos inflamatorios del hígado por el ataque amibiano podrían actuar sobre la circulación del órgano produciendo vasodilatación y la consiguiente ingurgitación sanguínea (a veces extraordinaria) con seria repercusión sobre la circulación porta, primero, y sobre la cava, después. Tal vez así podría explicarse estos aspectos de hígado en acordeón.

RECOMENDACIONES — En los medios altamente parasitados sugerimos tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

1º La investigación de amibas en las heces debe ser practicada rutinariamente con los métodos más seguros (enriquecimiento, cultivos) en toda hepatomegalia que no obedezca a causas claramente definidas; pero la negatividad del resultado no desautoriza la posible etiología amibiana, así como el hallazgo de amibas

no permite referir a éllas, de modo inequívoco, la causa de la hepatitis. En cambio los resultados positivos obtenidos en productos extra-intestinales (ganglios, pus hepático, etc.), tienen valor decisivo.

2º El criterio terapéutico, basado en el uso de la emetina intravenosa en dosis suficientes, continúa siendo un buen elemento de juicio etio-patogénico.

3º La combinación del Bi y emetina atenúa considerablemente los riesgos de ésta por vía endovenosa.

4º En casos dudosos, si la respuesta terapéutica no ha sido franca, se debe practicar una laparatomía exploradora (mejor que una punción a ciegas), para investigar localmente la lesión.

SUMMARY

This presentation is made with the idea of familiarizing the reader with some aspects of hepatic amebiasis. This desease develops rather peculiar syndromes, because it produces pathological changer in adjacent organs (the gall bladder, peritoneeum, portal vessels, pleura, lungs, etc.) Its clinical aspects differ from the ordinary hepatic amebiasis which is frequently found in individuals who live in areas where intestinal amebiasis is common.

Hepatic amebiasis may be clasified as follows:

I.—Acute hepatitis

a) Congestive
b) Phlegmonous:
one or miliary absceos.

II.—Chronic hepatitis

a) Congestive
b) Phlegmonous:

1.—Solitary abscess
2.—Amoebic cyst, pseudo tumor.

This article describes each of the above groups and subsgroups with clinical observations in the unusual cases.

In those areas with a high index parasitic infection we suggest the following:

1º—Thorough study of the feces including culture for amoeba (including an enriched medium) where there is an unexplained hepatomegaly. A negative results does not rule out amoebic etiology nor does a positive finding prove the diagnosis. On

the other hand positive findings in extra-intestinal collections (lympho nodes, hepatic pus, etc.) have definide value.

2.—Therapeutic test with emetine administrated intravenously provides additional evidence to justify the etiological relationship.

3º—The use of Vitamin B1 in conjuntion with emetine reduces the ocurrence of side effects of the drug.

4º—In some cases where the therapeutic test is not satisfactory, laparotomy is suggested in preference to aspiration biopsy.

Ulceras Gastro - Duodenales

(ASPECTOS CLINICOS)

Comunicación presentada a las Jornadas Médicas de Quito, febrero 21 de 1.947, por el Dr. JUAN TANCA MARENGO, Jefe del Servicio "San Gabriel" — Hospital "Luis Vernaza", Guayaquil.

PRELIMINARES

El estudio de las úlceras gastro-duodenales es singularmente atractivo. La frecuencia cada vez mayor de la enfermedad, permite que los internistas tengan la oportunidad de familiarizarse con élla y dejen conocer sus puntos de vista proponiendo casi siempre nuevos métodos terapéuticos, porque la mayor parte de los procedimientos empleados hasta ahora constituyen tan sólo entusiastas ensayos que no resisten el riguroso examen de eficacia en el decurso de los años.

Una enfermedad como la úlcera gastro-duodenal, clínicamente evolutiva y típicamente recidivante, puede ser fácilmente influenciada o impresionar como tal, por cualquiera terapéutica, y con razón dice Gutmann: "Une telle maladie est un terrain choisi pour les illusions thérapeutiques".

Si de manera imparcial observamos las frecuentes recidivas de la enfermedad, veremos que nuestro arsenal terapéutico vale bien poco por el momento. Logramos, a lo sumo, detener o acortar las fases dolorosas o inflamatorias, pero no tenemos la seguridad de curar la enfermedad de manera definitiva. Desconocemos la patogenia de la afección, y hasta que se alcance a descubrirla, el plan terapéutico no puede pasar de laudables ensayos y razonables intentos.

Nuestra comunicación no tiene pretensiones de aclarar nada, ni mucho menos de contribuir al estudio del problema clave de las úlceras gastro-duodenales: su etiopatogenia. Tampoco hemos

pensado escribir una monografía acerca de las úlceras gastro-duodenales. Nos proponemos solamente interpretar los principales síntomas de la enfermedad y su manera de evolucionar, tal como creemos haberlo observado en nuestros pacientes. Para el efecto hemos reunido las fichas de los ulcerosos (rigurosamente comprobadas con radiografías y muchas veces con la intervención quirúrgica), que hemos visto en nuestra práctica privada durante los 10 últimos años, y hemos confeccionado algunos comentarios que, por lo demás, no tienen nada de originales, pero que tal vez, si alcanzamos la distinción de que sean leídos, pueden contribuir a hacer conocer mejor la fisonomía que en clínica moderna se le confiere a las úlceras duodenales.

Entre otros defectos, se puede notar dos fallas en estas líneas: ausencia de exámenes de jugo gástrico y falta de endoscopias. Personalmente no juzgamos indispensable el estudio del químismo gástrico para el diagnóstico de las úlceras: creemos que una anamnesis prolija y un buen examen radiográfico son suficientes para establecer diagnósticos correctos. No se piense que menospreciamos el estudio del químismo gástrico y la curva del acidograma, pero nos parece que tienen una aplicación más justificada en el control del tratamiento de los ulcerosos y más aún en los operados. Referente a la endoscopia declaramos que recién hemos iniciado su implantación en nuestros procedimientos diagnósticos y ofrecemos que esta omisión, muy ajena a nuestros deseos, será reparada en próximas comunicaciones. No desconocemos tampoco que la gastroscopia tiene un radio limitado y que, muchas lesiones situadas en las zonas más comunmente afectadas, quedan fuera del alcance de la endoscopia.

También puede echarse de menos que en un estudio sobre úlceras gastro-duodenales no se exhiba nutridas colecciones de radiografías que, sin duda, más que en ninguna otra enfermedad son particularmente informativas y hasta diríase espectaculares. Declaremos que esta falta es voluntaria, porque el aspecto radiológico de las úlceras, con ser tan polimorfo, es suficientemente conocido por todos los internistas. Presentamos sólo a título de enmienda, los trescasos de úlcerasdel canal pórico que hemosrecogido entre 246 enfermos. Estos casos fueron comunicados a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas y publicados en "Anales", año XXX—Nº 13 — 1946. En ese escrito rectificamos algunos conceptos que acerca del mismo tema publicáramos en 1939.

Que se nos perdone también de anotar la bibliografía correspondiente. En cualquier buen libro de gastro-enterología se encuentra fácilmente todo lo que se ha dicho acerca de este tema tan apasionante y discutido. Por último, tampoco abordamos el problema terapéutico, porque nos proponemos hacerlo con la debida amplitud en futuros trabajos.

PATOGENIA

Permanece aun indescifrada. En el mecanismo íntimo del fenómeno ulceroso, intervienen factores que se nos escapan. Conocemos de manera evidente algunos de los aspectos importantes de la cuestión que, aunque de modo imperfecto, nos orientan en las normas terapéuticas, pero queda por resolver en qué condiciones actúan estas causas para producir la **enfermedad ulcerosa.** Nos satisface emplear la denominación de **enfermedad ulcerosa,** porque pensamos que las úlceras gastro-duodenales están regidas en su aparición, sintomatología y evolución por condiciones especiales en un terreno que podríamos llamar **ulcerable.** Existen otras úlceras gastro-duodenales que, en los aspectos macroscópico e histológico pueden aparecer como exactamente iguales a las de la enfermedad ulcerosa. Las quemaduras extensas de la superficie cutánea producen a menudo úlceras gástricas o del duodeno; lo mismo ocurre en algunas infecciones o intoxicaciones. Harvey Cushing observó que ciertas intervenciones en el diencéfalo producían lesiones ulcerosas gástricas y duodenales. Pero todas estas úlceras, así como las reproducidas experimentalmente, tienen una evolución sui géneris ya que, o son particularmente extensivas en superficie o en profundidad ocasionando rápidamente hemorragias o perforaciones, o cicatrizan con notable celeridad sin tendencia recidivante, es decir sin tener esa característica propia de las genuinas úlceras gastro-duodenales: la de pasar a la cronicidad.

Es útil e interesante estudiar las diversas teorías que desde la época de Virchow se han planteado para interpretar estos hechos, pero no las vamos a revisar aquí en detalle, por considerarlas suficientemente conocidas. De su análisis se obtiene una información preciosa que, aplicada a determinados casos, encuentra amplia confirmación. Las teorías neurógena, vaso-motora, endócrina, neurovegetativa, de la hiperclorhidria, de la hiperquilia y tantas otras traducen los esfuerzos de fisiólogos e internistas frente a esta tenaz incógnita. Muchas tienen atractivos visos de verosimilitud y nos ayudan a entender algunas fases del problema; otras sólo explican hechos aislados del síndrome ulceroso, y otras, tal vez con un carácter demasiado exclusivista e impositivo, pretenden hacer girar toda la patogenia alrededor del químismo gástrico.

Todas estas hipótesis han sido discutidas, revisadas, refundidas con el ánimo de encontrar una explicación suficientemente amplia que abarque todos los hechos observados. No se ha llegado aún a este **desideratum,** porque tal vez, la enfermedad ulcerosa no obedece a una causa única sino a un conjunto de factores, algunos muy bien determinados ya, que actúan sobre un terreno especial que denominamos ulcerable, terreno que tiene las mismas condiciones de receptividad específica que tienen otros terrenos frente a determinadas causas: exudativo, adherencial, psicógeno, etc. Nos parece que este terreno o diátesis es constitucional y trasmisible hereditariamente, pues es de observación corriente encon-

trar en la genealogía de los ulcerosos, antecedentes de ulcerosos. Esta receptividad, en cuyo substratum anátomo-fisiológico se descubre una inestabilidad neurovegetativa, a favor de la vagotonía, se acrecienta y podríamos decir que se perfecciona o agudiza cuando el sujeto vive en condiciones apropiadas para mantener ese estado de desequilibrio: vida de ciudad, exigencias no satisfechas, alimentación irregular, excesos de todo orden, preocupaciones de índole diversa, temores, etc.

Estas circunstancias predisponen al tracto digestivo gastroduodenal para que la acción del jugo clorhidro-péptico produzca su efecto desintegrante y origine la lesión ulcerosa, sin que sea preciso, como se ha comprobado muchas veces, que el susodicho jugo sea particularmente hiperácido. Tal vez podría aceptarse que no es necesaria una exagerada hiperacidez sino la suficiente para que la pepsina ejerza su acción digestiva proteolítica: en el bulbo duodenal, donde la acidez no es mayor que en el estómago, las úlceras son más frecuentes, debido quizás a la abundancia de glándulas de Brunner, secretoras de gran cantidad de pepsina. No creemos de grande utilidad práctica, al menos por el momento, descubrir si es el ácido clorhídrico en exceso o la pepsina en abundancia lo que produce o mantiene la lesión, ya que la pepsina no actúa sino en medio ácido. La conclusión terapéutica es la misma: administrar alcalinos para disminuír la acidez y evitar tanto la acción corrosiva del ácido clorhídrico libre como el efecto proteolítico de la pepsina.

Pero queda lo más importante por resolver. ¿Cuáles son las causas que producen el debilitamiento de ciertas zonas gastroduodenales haciéndolas aptas para la ulceración, pues la acción clorhidro-péptica se hace sentir selectivamente en lugares bien conocidos: bulbo duodenal, antro o curvadura menor y en estos sitios la lesión no tiene sino excepcionalmente el carácter erosivo, o extensivo o terebrante, que sería el que le correspondería en el caso de que la lesión ulcerosa se debiera en amplio margen (y más aún si fuera exclusivamente) a la acción digestiva del jugo gástrico. La úlcera de la enfermedad ulcerosa es generalmente única (pocas veces múltiple), circunscrita, con más tendencia a progresar en profundidad que en extensión, con mejorías clínicas y radiológicas que hacen pensar, muchas veces indebidamente, en curaciones y con una particular tendencia a recidivar en el mismo sitio que la lesión inicial, permaneciendo silenciosa o asintomática largos períodos durante los cuales las constataciones radiológicas y endoscópicas evidencian muchas veces que la lesión no ha curado.

Creemos necesario admitir que, si la acción del jugo gástrico es innegable para el mantenimiento y la no cicatrización de las úlceras, no es suficiente para explicar la génesis íntima de la enfermedad, con su típica evolución.

Un hecho interesante observado en los operados de estómago es la aparición de úlceras en la boca anastomática (asa eferente) de los gastroenterostomizados, úlceras que podríamos llamar más bien **ulceraciones**, pues en ellas sí parece que el factor determinante principal sea el jugo gástrico actuando sobre la mucosa yeyunal que no es anatómicamente apta para defenderse de la agresión del ácido clorhídrico y que no recibe la protección efectiva del jugo bilio-pancreático, como sucede con las partes bajas del duodeno. Las supradichas ulceraciones se parecen a las úlceras experimentales (a la Pawlow), con la circunstancia agravante que evolucionan en un terreno constitucionalmente ulcerable. El dolor es subcontínuo, carecen de horario neto, son particularmente penosas y poco influenciadas por los alcalinos y tienden a perforarse a despecho de todos los medios terapéuticos; generalmente los enfermos deben ser prontamente operados.

Nos parece que estos hechos inducen a invocar otro mecanismo o conjunto de mecanismos para interpretar la enfermedad ulcerosa.

Otra consideración, anotada en todos los países debe ser tomada en cuenta, y es el aumento progresivo del número de ulcerosos; y aún cuando esto puede, en parte, ser debido a que hoy reconocemos mejor y más fácilmente que antes a estos pacientes, parece cierto que el número de enfermos es en la actualidad más elevado que en otras épocas. No obstante, no dejemos de tener presente que muchos ulcerosos pueden no ser diagnosticados oportunamente porque, o bien no presentaron síntomas, o éstos fueron tan poco llamativos que no despertaron el interés del enfermo o la curiosidad del médico. En 2.000 autopsias, en serie, Kirschner encontró 11% de úlceras duodenales, muchas de las cuales estaban cicatrizadas y algunas en evolución. En muchas de esas historias clínicas no se encontró síntomas típicos. Debemos, pues, aceptar que existen úlceras hipo o asintomáticas, que a veces se las descubre por casualidad en el curso de una encuesta clínica completa. Pero aún tomando en cuenta estas consideraciones, la enfermedad ulcerosa parece ser más frecuente cada día y más común en la gente de ciudad que en los campesinos.

En el Hospital "Luis Vernaza" y en nuestra Clínica privada es comparativamente raro ver úlceras gastro-duodenales en montuvios que, podría decirse, viven en condiciones propicias para la aparición de la enfermedad: comidas pobres y mal balanceadas, sin horario, alcohol, anquilostomiasis, etc. No sabemos el por qué de esta especie de paradoja, pero se nos ocurre pensar que las condiciones psíquicas y neuro-vegetativas de esta gente, más tranquilas, y su mentalidad, a veces rudimentaria y de pocas aspiraciones son elementos de protección que evitan que el terreno ulcerable, si alguno de ellos lo posee, se perfeccione o hiperestesie, como ocurre en personas de otra condición mental y que viven en otro ambiente.

Otro hecho curioso es la mayor frecuencia de úlceras en hombres que en mujeres, lo que ha conducido a algunos experimentadores a manejar las hormonas heterólogas en el tratamiento de esta enfermedad con resultados, según se dice, satisfactorios en cuanto a la úlcera, pero seguramente indeseables en el aspecto sexual. ¿Serán la foliculina o la luteína las encargadas de proteger a la mucosa gástrica de la acción clorhidro-péptica? Mirada bajo este punto de vista nos parece que la cuestión no queda aclarada, y aún cuando no encontramos un argumento valedero para objetarla, presumimos que los montuvios y la gente de poca preocupación que, como dijimos son poco propensos a hacer úlceras, no tienen exceso de hormonas heterólogas protectoras en su sangre.

De lo expuesto podemos sacar algunas conclusiones que, naturalmente, no se las puede considerar definitivas. En primer lugar, es necesario un terreno apropiado específico para el desarrollo de la enfermedad, el cual permite que en ciertos lugares (casi siempre los mismos), y bajo condiciones neuro-vegetativas particulares se debiliten las defensas o se desvitalicen sectores del duodeno, estómago o porción baja del esófago por medio de procedimientos no bien aclarados, entre los cuales el más reconocido parece ser el espasmo vascular y la contractura de la muscularis mucosa. Creadas estas condiciones de menor resistencia, el jugo clorhídro-péptico produce fenómenos líticos que terminan en úlceras. Estas se producirán, pues, por acción destructiva desde la mucosa hasta las capas profundas pero por un mecanismo inicial intrínseco, desconocido, que se instala en la capa submucosa y que constituye la verdadera incógnita del problema etiopatogénico. Este mecanismo ignorado que se supone de naturaleza neuro-vegetativa, podría explicar la periodicidad evolutiva de la enfermedad y la poca tendencia a curar definitivamente a pesar de los tratamientos y regímenes que por ahora nos parecen adecuados.

Siempre nos ha atraído la idea de que en el mecanismo neurógeno exista una alteración del metabolismo calcio-regulador. No hemos podido comprobarlo en un número muy crecido de enfermos, pero en casi todos aquellos en que hemos investigado la calcemia la hemos encontrado por debajo de 9 miligramos. Nos ha parecido observar también discretos signos de hipoparatiroidismo (espasmofilia), y naturalmente hemos ensayado en los períodos agudos el tratamiento conveniente, junto con el régimen alimenticio apropiado: nos parece que la mejoría se ha producido más rápidamente y ha persistido más tiempo. No hemos podido llevar nuestra observación más adelante por carecer en los tiempos de guerra de buenos productos paratiroideos.

Está tomando mucho cuerpo en la terapéutica actual el uso de los aminoácidos, que se supone que están en déficit en los tejidos del estómago y duodeno de los ulcerosos; como también se

ha comprobado la frecuente hipoproteinemia en estos enfermos. La recomendación nos parece útil y de su empleo más o menos satisfactorio, se deduce otro interrogante más por descifrar, agregado a los innumerables que se amontonan al rededor de este complicado problema etiopatogénico.

*
* *

Los síntomas ulcerosos de verdadero valor son pocos. El principal, que es el dolor subjetivo, debe ser cuidadosa y prolijamente investigado por un interrogatorio paciente y repetido, condiciones que no siempre pueden llenarse por fallas del paciente. Los vómitos, hemorragias y perforaciones, de alto valor diagnóstico, deben ser considerados como síntomas tardíos o mejor como complicaciones, pues la mayor parte de las úlceras evolucionan durante muchos años sin presentarlos.

La confirmación definitiva de la sintomatología clínica sólo puede obtenerse con los rayos X, y el médico internista debe conocer los aspectos radiológicos de la cuestión para obtener la indispensable cooperación del radiólogo. En muchos casos la encuesta clínica habla en forma por demás llamativa en favor de úlcera, y sin embargo el examen radiológico rutinario no confirma el diagnóstico. En estos enfermos el clínico solicitará al radiólogo que repita su exploración, poniéndolo al corriente de los necesarios pormenores. Generalmente se llega así a reconocer úlceras que, por su particular localización o pequeño tamaño, no fueron identificadas en el primer examen.

*
* *

En el cuadro siguiente se han resumido las características principales de los 246 ulcerosos observados.

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Perforación	[illegible]	[illegible]
6 a 20		Duodeno 200	Epigastrio 139		[illegible]	[illegible]		Gastroenterostomías [illegible]
2	H	Estómago	Irrad. alta 8					
a 40	201	peq. curva 25	Hipoc. der. 39	55	Molen. 41	Dued. 2	3	Gastrectomías 10
102		antro 11	Hipoc. izq. 11					
a 50		cara post. 8	Flanco izq. 2					
83		Canal pil 3	Columna 9					
a 70	M	Est. y dued. 1						
[illegible]	45		Equivalent. 5					

Analicemos algunas de estas cifras estableciendo los respectivos porcentajes.

EDAD

Para calcular la edad de comienzo se ha tomado en cuenta la fecha que, según la anamnesis (a veces muy difícil), ha parecido corresponder a la iniciación de la enfermedad. Resulta rara antes de los 20 años; muy frecuente entre los 21 y 40 (41%); menos común entre los 41 y 50 (30%), y después de los 50 años desciende a 24%. Estas cifras no están muy de acuerdo con otras estadísticas que sitúan en porcentaje muy reducido de úlceras más allá de los 50 años.

Muchos autores han encontrado úlceras en la infancia, y no dudamos que existan, pues la deficiente interpretación que se le suele dar en esa edad a los síntomas subjetivos, debe de influir para que no se solicite la investigación radiológica con la debida frecuencia. Nosotros hemos tenido dos casos de niños (4 y 7 años), en los cuales cierta periodicidad en el dolor relatado por las madres nos hizo sospechar ulcus, pero no alcanzamos a obtener la comprobación radiológica precisa.

SEXO

Es conocido y aceptado por todos los observadores que las mujeres son menos propensas que los hombres a sufrir úlceras gastro-duodenales. Nosotros hemos encontrado 80% de hombres y 20% de mujeres, aproximadamente.

LOCALIZACION

Según las radiografías el porcentaje de localización ha sido el siguiente: duodeno 84%, estómago 16%. En éste la topografía en orden descendente de frecuencia ha sido: pequeña curvadura 55%, antro 24%, cara posterior 13%, canal pilórico 6%. No hemos visto ulcus en la curvadura mayor ni en la cara anterior, ni en el cardias: tuvimos una úlcera cerca del cardias que nos pareció más exacto situarla en la cara posterior.

EL DOLOR

El dolor epigástrico, el síntoma más constante en los ulcerosos, reviste en casi todos los enfermos caracteres peculiares que se refieren no sólo al horario y a la propagación, sino a la intensidad y a las sensaciones que despierta (hincada, presión, estiramiento, quemadura). Leve intensidad, que puede llegar a pasar inadvertida, hasta violencia extrema que requiera la morfina: tal es el amplio escalafón en que se sitúan los ulcerosos que hemos observado.

La localización del ulcus desempeña un papel importante en la violencia del dolor, aparte del terreno neuro-vegetativo más o menos hiperestésico que, sin duda, agranda o empequeñece la sensación. Nos parece que, de un modo general, las úlceras duodenales, no complicadas, son las más indoloras, y este es un motivo que a veces dificulta la aceptación del diagnóstico por parte del paciente. Las de la curvadura menor son de intensidad dolorosa variable: mientras más cercana de la porción vertical está la lesión el dolor es más intenso. Hemos anotado buena tolerancia en las úlceras del antro, exceptuando aquellas muy vecinas

al píloro, que son particularmente mortificantes. Pero el dolor angustioso, [illegible] hemos visto en las úlceras altas de la [illegible] que no siempre estaban exteriorizadas, pues en estos casos el síntoma resulta comprensible. Algunos enfermos de esta clase no presentaron en la operación úlceras perforadas y sin embargo el dolor era insufrible.

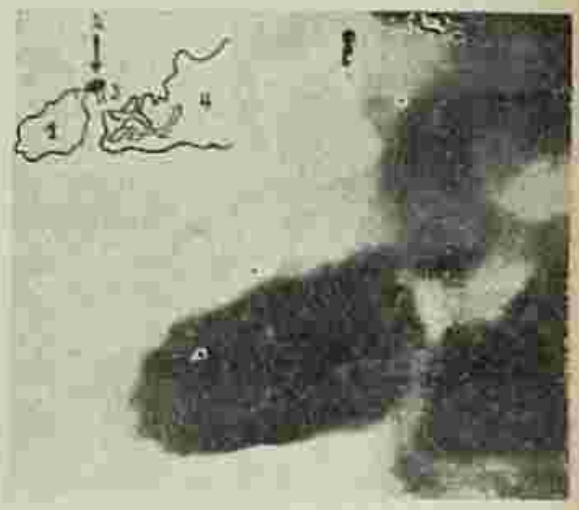
Las sensaciones dolorosas no sólo varían según los individuos, sino en el mismo de una poussé a otra. Esta última circunstancia trata aprovechada por los pacientes que no quieren tener úlceras explicando que en veces el dolor parece que fuera del estómago y otras están seguros que corresponde al hígado. En el mismo individuo el dolor va cambiando de modalidad a medida que la lesión envejece y seguramente, la periviscidhetis [illegible] van [illegible] tablecose, [illegible] modifican la calidad [illegible] de las sensaciones. Pero aparte de éstoy aún sin periviscerítis, ciertos pacientes experimentan importaes cambios en sus algias. Unas veces es un dolor banal epigástrico con las típicas propagaciones; otras, es un dolor que comienza atrás, entre los omoplatos o en la columna y se extiende al epigastrio o hipocondrios; o la manifestación es supra o periumbilical y se propaga a los hipocondrios.

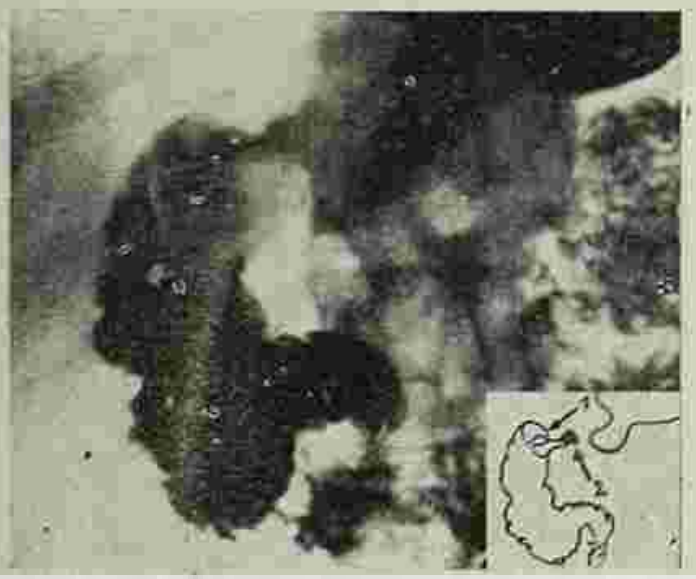
En 55 de nuestros ulcerosos (26%) hemos encontrado una sintomatología vesicular que domina el conjunto sindrómico (máscara vesicular). En general se trata de pacientes en los cuales existen ambas entidades patológicas, cuyos síntomas se suman, predominando los del colecisto. Nos ha tocado enfermos en los que la úlcera estaba tan bien escondida que su sintomatología no sugería la necesidad de exámenes radiográficos del estómago, y, cuando éstos fueron practicados, se evidenció una lesión ulcerosa muy antigua (aspecto pseudo-diverticular del bulbo). En un caso, que fué tratado durante muchos años como vesicular, la úlcera fué advertida tan sólo cuando se inició la estenosis pilórica (vómitos, ondas peristálticas epigástricas).

Junto a las típicas manifestaciones dolorosas, con su clásico ritmopost-grandial y su perioditad conocida y variable en cada caso, hemos anotado en algunos enfermos una modificación tal del síntoma que es difícil referirlo a su verdadera causa.

Atendemos desde hace 15 años a un enfermo de úlcera duodenal que sufre manifestaciones dolorosas muy curiosas. Algunos períodos son típicos: el dolor epigástrico aparece entre 4 o 5 p. m. de manera constante, y a veces también a las 11 o 12 p. m.; pero otros períodos se manifiestan por malestar (no dolor) entre los omoplatos propagado a la nuca, a lo cual se agrega notable incapacidad para trabajos mentales. Todo ésto aparece con el mismo ritmo de los períodos dolorosos, y como éllos, se alivia y desaparece tomando leche o alcalinos.

En otro ulceroso (duodenal), el dolor está reemplazado por un estado de ansiedad y angustia que evoluciona como lo hace





Tres modalidades radiográficas de úlceras del canal pilórico

Radiografía Nº 1 Nicho del canal pilórico, de frente: evolución de 8 años; buena evacuación; no hay signos de perivisceritis.— Radiografía Nº 2. Hombre de 25 años; períodos dolorosos subintrantes: 1) duodeno móvil; 2) nicho del borde superior del canal; 3) pliegues del canal; 4) mucosa del antro hipertrofiado (antritis).— Radiografía Nº 3. Mujer de 25 años; sufre de dolor tardío intenso por períodos, desde hace 5 años; además flatulencia post-prandial; se descubre hernia diafragmática del estómago y en 1) falso aspecto del nicho (proyección de la base del bulbo), en 2) úlcera del canal pilórico, borde superior.

el verdadero dolor. Otro paciente sufre, con el conocido horario, crisis de irritabilidad de carácter que le producen frecuentes y desagradables incidentes con sus subordinados: se normaliza tomando bicarbonato, que lo lleva siempre consigo.

Conocemos varios casos en que el dolor está sustituído por angustia precordial de tipo anginoso. Uno de ellos tiene la impresión que le duele la punta del corazón. Lo refiere a gases y se alivia tomando bicarbonato; lo que en verdad tiene es una enorme úlcera gástrica con cuello estrechado, implantada a manera de hongo en la curvadura menor. Estas sensaciones podrían llamarse **equivalentes** del dolor, pues seguramente su patogenia es la misma.

Es muy frecuente que los ulcerosos se quejen de gases a los que achacan de modo preferente el dolor y todos sus malestares, e insisten acerca del gran bienestar que experimentan cuando pueden eructar. Desde luego, esta interpertación no es correcta; pues el alivio obtenido se debe con seguridad a la expulsión de aire deglutido involuntariamente: buen número de ulcerosos padecen de aerofagia.

El dolor ha sido un síntoma constante en la generalidad de nuestros casos. Tan sólo 5 enfermos presentaron equivalentes. En 139 pacientes (56%) el dolor fué epigástrico, sin propagaciones; en los demás el dolor se propagó en este orden de frecuencia: hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo, apéndice xifoides, columna dorsal y flanco izquierdo.

Un colega sufre desde hace 10 años un dolor especial que del epigastrio se corre al flanco izquierdo, línea umbilical. Al principio lo refirió a colitis y pericolitis (es un amibiásico crónico), pero como no observara gran mejoría con los tratamientos, pues el dolor se iba y regresaba sin obedecer a causas determinadas, solicitó una exploración radiográfica y se encontró una úlcera duodenal deformante. El colon no presentaba imágenes patológicas.

En veces se descubre la lesión al practicar exámenes para aclarar alteraciones digestivas que parecen no corresponder al síndrome ulceroso (estreñimiento periódico, flatulencia, anorexia, disgusto para el trabajo, etc.) Uno de nuestros enfermos presenta con notable periodicidad laxitud física y mental tan acusadas, que en ocasiones le impiden cumplir su trabajo de reportero. Cuando descubrimos la úlcera duodenal que sufre y le dimos las recomendaciones terapéuticas apropiadas, observó notable mejoría en sus extraños síntomas, pero en cambio se presentó dolor tardío con el carácter evolutivo clásico.

HEMORRAGIAS Este síntoma que ocupaba el primer lugar en la semiología clásica de la úlcera ha decrecido en importancia, debido a que la anamnesis y la radiología logran reconocer a gran cantidad de ulcerosos que

no sangran ni han sangrado. Omitimos considerar aquí las hemorragias ocultas difíciles de interpretar de manera irrefutable.

Entre 246 enfermos hemos encontrado 62 hemorragias (25%) de los cuales 21 corresponden a hematemesis y 41 a melenas. En algunos de estos 62 casos encontramos hematemesis y melenas simultáneas. Sin precisarlo de manera definitiva, nos parece que tanto las úlceras gástricas como las duodenales pueden dar indistintamente melena o hematemesis. Quizás el factor que más influye para que se produzcan las unas o las otras es el volumen de sangre extravasado que, al ocupar el estómago (sea que la sangre proceda del estómago mismo o llegue a él por reflujo duodenal), despertará el vómito, especialmente en las personas predispuestas. Por otra parte, es comprensible que toda hematemesis producirá una melena más o menos apreciable. Nos parece, pues, que esta discriminación carece de interés clínico.

Hemos visto sólo 5 casos de hemorragias violentas, fulminantes, verdaderamente impresionantes. Un hombre perdió sangre copiosamente hasta llegar a la lipotimia, pero la hemorragia no se repitió; el paciente se repuso y fué operado más tarde, encontrándose una úlcera del bulbo duodenal. Una mujer ingresó a nuestra Clínica en estado de shok por la abundante hemorragia, que no se cohibía y por eso se decidió intervenir. Se encontró una úlcera poco profunda en la cara posterior. Estos casos recuerdan los que Dieulafoy refiere como exulceratio simplex. El las encontró siempre en el estómago; en esa época la úlcera del duodeno era poco menos que desconocida.

No nos ha tocado perder a ninguno de los ulcerosos por hemorragias.

Algunos autores han señalado la influencia de la sífilis en la producción de hemorragias. No queremos discutir la intervención de la lues en la etiología de la enfermedad ulcerosa; casi nadie la discute ya. El terreno sifilítico probablemente juega papel desfavorable en la evolución de las úlceras; esto nos parece lógico y admisible, pero nada más que ése. La enfermedad ulcerosa, en su desconocida etiopatogenia, no tiene nada que ver con la espiroqueta de Schaudin.

Pero sí creemos haber confirmado la existencia de lues en los ulcerosos que sangran copiosamente. Tal sucedió en 4 de los casos relatados arriba y en muchos otros que tenemos consignados. En algunos de estos enfermos el tratamiento antiluético evitó nuevas hemorragias, pero no modificó gran cosa la periodicidad del dolor.

A. X.— Se infectó de lues en 1932. Desde 1935 sufre períodos dolorosos (ulcus duodenal) 2 o 3 veces cada año. Ha tenido 5 hematemesis. En 1941 comenzamos el tratamiento antiluético, que lo hemos proseguido hasta hoy. Desde hace 3 años no han reaparecido las hemorragias. Los períodos dolorosos continúan presentándose como antes, si bien más cortos y menos intensos.

Esta estadística no comprende enfermos de hospital donde es tan frecuente observar copiosas hemorragias del tracto digestivo en sujetos que no tienen úlceras y sufren de síndrome hepato-esplénico con hipertensión portal sin ascitis apreciable. En "S. Gabriel" hemos tenido en 1946 cinco enfermos de esta clase, de los cuales murieron dos, encontrándose en la autopsia de uno de ellos sólo una voluminosa hipertrofia del bazo y cirrosis hipertrófica del hígado, sin lesiones del estómago ni del duodeno. El otro fallecido no pudo ser autopsiado, y los otros 3 enfermos curaron, sin evidenciar, en exámenes radiográficos realizados posteriormente, ninguna ulceración gastro-duodenal.

PERFORACION

Hemos visto la perforación brusca, en la gran cavidad, sin protección, en 5 enfermos (2.07% de los casos): 3 gástricas y 2 duodenales. En todas las gástricas y una de las duodenales el dolor de la perforación revistió la clásica violencia de puñalada abdominal; en la otra duodenal la sintomatología del compartimiento superior del abdomen fué discreta, manifestándose más bien síntomas oclusivos con reacción de la zona ceco-apendicular, y con el diagnóstico de probable apendicitis fué operado. En las perforaciones gástricas el dolor y la contractura muscular condujeron fácilmente al diagnóstico.

Anotamos en las 5 perforaciones, a los pocos minutos del accidente, las particularidades siguientes: pulso lleno y poco frecuente (en un caso 60 a 64 al minuto); tensión arterial normal; falta de historia ulcerosa clara. En una duodenal el enfermo no pudo darnos, ni aun en plena convalecencia (a los 2 meses de la operación) nada que acreditara una anamnesis de úlcera.

Todas las perforaciones fueron operadas entre la 3ª y 5ª hora (menos una duodenal, a las 36 horas) con felices resultados.

Las perforaciones lentas y progresivas (mejor llamarlas exteriorizaciones) del ulcus, ocurren en un crecido número de pacientes. La radiografía ayuda bastante para reconocerlas, especialmente en los duodenales, mostrando deformaciones del bulbo (que conviene no confundir con los espasmos persistentes comunes en los ulcerosos), y estrechamiento y acodaduras en ángulo o en N del bulbo duodenal. La periviscerítis protectora, a veces es tan difusa y espesa que engloba extensos territorios de la región del epigastrio. En ocasiones presenta el aspecto de formaciones cancerosas y se habla entonces (casi siempre sin fundamento) de úlcera cancerizada. En varios de nuestros pacientes el cirujano se quedó en la duda acerca de la naturaleza de la infiltración. La biopsia aclaró el asunto, y posteriormente la observación de los enfermos, que continúan viviendo muy bien, sin síntomas, ratificó la calidad benigna de la lesión.

Las úlceras de la cara posterior se exteriorizan con mucha frecuencia y la intensidad cada vez mayor de sus dolores es desconcertante.

ESTENOSIS PILORICA

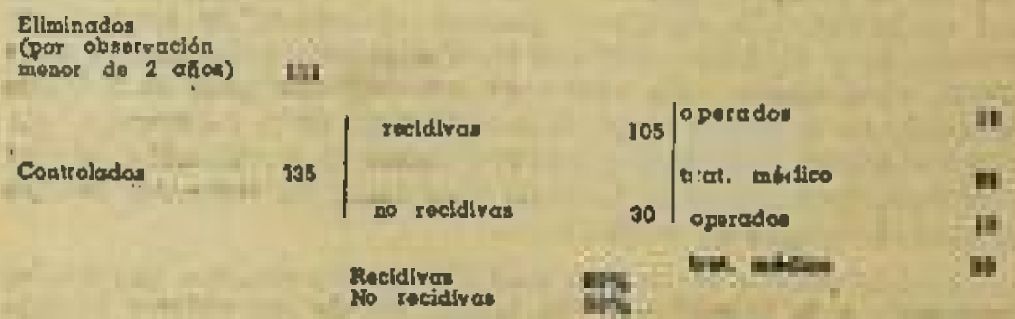
Con mucha facilidad suele hablarse de estenosis pilórica al tratar de ulcerosos que vomitan reiteradamente, y ésto no siempre es exacto. En fases dolorosas, muchos enfermos vomitan debido solamente a la exacerbación de la gastritis pre-existente. La verdadera estenosis pilórica, gradualmente progresiva, es fácilmente reconocible aun en sus etapas poco avanzadas, y la hemos visto en algunos pacientes cuyo número no podemos precisar pero que puede estimarse en un 10%. Puede ofrecer dificultades diferenciarla de la estenosis cancerosa, y sólo una prolija búsqueda radiológica esclarecerá las dudas. Por lo demás, la estenosis ulcerosa es mucho más frecuente que la neoplásica.

DEGENERACION CANCEROSA

Sólo la hemos presumido en 3 casos: dos úlceras de la porción horizontal de la pequeña curvadura y una del canal pilórico (6,5%). Tal vez algunos de los enfermos que hemos dejado de controlar hayan sufrido esta eventualidad, pero no tenemos constancia del asunto. Pudiera ser también que algunos de los cánceres de estómago que hemos comprobado correspondan a úlceras cancerizadas. No es fácil llegar a una evidencia de estos hechos y por eso nos abstenemos de comentarlos más o fondo, anotando solamente que nos parece que la degeneración cancerosa de las úlceras gástricas es menos común de lo que se creía antes. Ni qué hablar de la no degeneración de las úlceras duodenales.

RECIDIVAS

Lo que nos mueve a ser poco optimistas en el tratamiento del ulcus gastro-duodenal es la frecuencia de las recidivas y la reactivación de los síntomas generales y radiológicos, si es que éstos habían desaparecido o estaban atenuados. Para estudiar imparcialmente las recidivas hemos hecho una subdivisión en nuestro lote de 246 enfermos, poniendo de lado 111 en los que si bien el diagnóstico fué debidamente comprobado, no pudimos observarlos durante un período siquiera de 2 años. Nos limitamos pues, a 125 enfermos, que hemos continuado observando con grande interés y acuciosidad, llegando a los resultados que resumimos a continuación. Es de suponer también que de los 111 pacientes no considerados, muchos hayan reído y tal vez por eso fueron en pos de una asistencia más eficaz



Es natural que se nos pregunte qué hemos empleado en estos tratamientos tan poco afortunados. La respuesta es obvia: régimen de Sippy, severo o mitigado, según los casos, dieta blanda, alcalinos diversos sin omitir las preparaciones de aluminio, histidina, paratiroides, extracto pancreático, vitamina C y todo lo que se puede encontrar de razonable, asociado a la atropina y a la belladona total en múltiples preparaciones. No hemos olvidado el benzoato de sodio (intravenoso), cloruro de calcio (intravenoso) y tantos otros medicamentos de prestigio. En cierta época estuvo en boga el ayuno a lo Gandhi, lo ensayamos en 3 enfermos que se sintieron muy halagados, pero uno de ellos al año siguiente tuvo una hemorragia que casi termina con él; es uno de los 5 casos de hemorragias más violentas que hemos visto.

* * *

Queremos aclarar que nuestro pesimismo no nos lleva a desechar, por inútiles, los tratamientos médicos reconocidos como eficaces. Muy lejos estamos de pensar de ese modo. Al contrario, creemos que todo ulceroso debe someterse a largos y perseverantes tratamientos médicos, y estamos convencidos que éstos dan, cuando la afección es reciente, resultados altamente satisfactorios. Pero como, por desgracia, no es lo más frecuente que podamos tratar a los ulcerosos en las fases iniciales de su enfermedad, el buen éxito no se mantiene definitivamente. Aún así el tratamiento médico debe ser a nuestro juicio, la norma terapéutica en estos enfermos, que sólo cederá su sitio a la cirugía en determinadas ocasiones, que trataremos de precisar en otra oportunidad.

La cirugía es un recurso excelente, pero creemos que no cura la enfermedad ulcerosa, y por consiguiente el operado deberá continuar indefinidamente su régimen dietético y parcamente medicamentoso como antes de la operación. Nos parece que esta recomendación es indispensable para evitar, hasta donde sea posible, las recidivas.

No podemos precisar de un modo exacto qué tipo de operación han soportado muchos de nuestros casos, pues algunos han venido a nosotros después de cierto tiempo de operados sin documentación precisa sobre la modalidad quirúrgica realizada. Por eso no podemos emitir un juicio acerca de las recidivas: 18% de los operados, que incluye a enfermos a quienes se les ha practicado gastro-enteroanastomosis y gastrectomías. Los operados que no han recidivado (33%) han sido todos gastrectomizados (nos queda dudas acerca de un caso), y parece que la técnica empleada ha sido muy feliz, pues algunos, que tienen 6 y 7 años de operados, pueden considerarse ya curados.

La gastrectomía practicada con una técnica conveniente es una operación muy segura y superior en sus resultados a la gastro-

enterostomía. Las 3 úlceras post-operatorias que hemos visto, se han presentado en gastro-enterostomizados, que después tuvieron que soportar la gastrectomía.

Los trabajos últimos sobre sección de los vagos marcan un importante paso en la cirugía gástrica, pero no existe todavía una apreciación definitiva sobre tan moderno procedimiento.

Conferencia Inaugural del Curso de Clínica Terapéutica 1949 -- 1950

La terapéutica clínica; la clínica interna; el concepto de especialización en medicina. Visión panorámica, labor de síntess.

Siento verdadero agrado, estimados amigos, al iniciar un año lectivo más de Terapéutica Clínica y contar como alumnos a jóvenes sinceramente afanosos y preocupados, como vosotros, por avanzar con resolución en el difícil dédalo de los estudios de medicina y ponerse a tono con los progresos de nuestro arte-ciencia.

Para muchos, la finalidad de la Terapéutica Clínica, no resulta cabalmente comprensible en sus verdaderos objetivos. Piensan que la aplicación de los procedimientos terapéuticos es cosa sencilla que puede ser resumida en una serie de capítulos que, llevando por título el de cada una de las enfermedades, exprese las recomendaciones medicamentosas más acreditadas a manera de recopilación o memento terapéutico. Un formulario impersonal, inexpresivo, que resulta adaptable sólo a contados casos.

Estas síntesis de remedios pueden aceptarse como la expresión más sencilla y resumida de lo que se denomina el arte de prescribir y presupone, de parte de quien las utiliza, la necesaria preparación para llegar a establecer concienzudamente estas recomendaciones, es decir la elaboración de un diagnóstico correcto y el conocimiento de las condiciones personales del paciente, para discriminar con lógica los procedimientos terapéuticos y seleccionar los remedios adecuados.

Pero justamente esta labor analítica de la sintomatología en cada caso, que conducirá al planteamiento de las presunciones diagnósticas pertinentes y a la discusión de las bases fisiopatológicas de

la terapéutica conveniente; y este largo y difícil proceso de observación, estudio y lógica médica es lo que constituye la verdadera esencia de la Terapéutica Clínica que, como bien se comprende, no se circunscribe a conocer el nombre de la enfermedad y a buscar en el índice terapéutico de los innumerables formularios caseros o pseudo científicos los remedios recomendables, sino que al establecer el diagnóstico, estudiar las eventualidades inherentes a la manera de evolucionar una misma enfermedad en pacientes diferentes y fijar las directivas del tratamiento, vigila con espíritu crítico los resultados obtenidos y procura interpretar apropiadamente las modificaciones favorables o desfavorables logradas, al mismo tiempo que se empeña en corregir las prescripciones que no respondieron ampliamente a lo que de ellas se esperaba.

Labor analítica de los síntomas y su interpretación fisiopatológica individual, labor sintética previa a la definición de un diagnóstico: bases inconmovibles de todos los estudios de clínica, a las que se agregan los valiosos recursos obtenidos por las comprobaciones de gabinetes y de laboratorios. Documentación imponderable que debe ser puesta en orden por el espíritu sereno e imparcial del médico que, con su copioso y bien cimentado caudal de conocimientos, debe seleccionar libre, hasta donde sea posible, de prejuicios los elementos que estructurarán un diagnóstico. He allí el preludio indispensable de toda prescripción terapéutica.

Este estudio orientador hacia el reconocimiento de la verdad patológica encauzará por senderos seguros las normas terapéuticas amplias y juiciosas, que no se limitarán a combatir exclusivamente el síntoma o la manifestación patológica llamativa en determinado órgano, sino que esforzarán, basándose en una **visión panorámica** del paciente, en ir lo más a fondo posible del disturbio, procurando corregirlo en sus causas y empeñándose en restablecer la armonía de todos los órganos vulnerados en mayor o menor grado por la causa morbosa.

He mencionado la **visión panorámica** en la apreciación de los hechos patológicos, y sobre ella deseo insistir para relievar las inconveniencias de lo que se podría llamar tendencia prematura a la especialización. Desde ya me anticipo a expresar que no miro con malos ojos la especialización en medicina, pero siempre que ésta sea ejercida por un **médico completo que se ha dedicado a una especialidad.** Es decir, que yo no concibo a un especialista que sólo sabe de su especialidad, como no puede concebirse a un experto ingeniero de caminos o de puentes que no esté familiarizado con los estudios básicos de construcciones en general, ni tampoco a un penalista competente que desconozca la estructura completa de la legislatura del país.

En asuntos médicos la cuestión es más exigente aún, pues la armonía del conjunto fisiológico se resiente cuando los estímulos o causas patológicas han desarreglado el maravilloso mecanismo

compensador de que gozan los organismos animados para neutralizar los ataques morbosos. Y el desorden producido ocasiona muchas veces síntomas aparentes sólo en algunos órganos. Tal sucede en ciertas afecciones oculares como las iritis, las hemorragias retinianas, las amaurosis súbitas. O en las localizaciones de las infecciones generales en el corazón (endocardio, miocardio, pericardio). Lo mismo en un buen número de enfermedades de gastroenterología, en cuyo fondo existe una arraigada base de disfunción neurovegetativa.

Muy poca eficiencia pueden demostrar los que se especializan prematuramente, desconociendo el mecanismo general de los trastornos patológicos, y tienen que depender exclusivamente de sus limitados conocimientos de clínica interna y del aporte que pueda darles el médico general a quien tomen por consultor. Estos especialistas incapacitados para poder interpretar por sí solos las incidencias de la evolución de la enfermedad, deben reflexionar acerca de la incómoda posición que adoptan en el gran concierto clínico, que no les permite apreciar más que las suavidades de su violín concertino o las estridencias de su sonora trompeta, sin deleitarse en las tonalidades matizadas de la gran orquesta de la que forman parte importante pero no insustituible, pues los otros elementos del conjunto pueden cubrir, si bien no con la misma armonía, al menos con la indispensable coordinación, las fallas de algunos de los concertistas.

Estos especialistas que descansan en la intervención del animador general, del clínico internista, deben comprender que para el buen éxito de la obra se requiere que todos los músicos, incluyendo el modesto timbalero y el intrascendente trombón, conozcan la partitura íntegra para intervenir a tiempo sin desentonar, y para no necesitar la tutela y vigilancia permanentes, y no siempre paternales, del gran orientador del grupo sinfónico. Cuando los permaturos especialistas lleguen a comprender el aspecto general y armonioso del problema clínico, se esforzarán por madurarse y no encontrarán apropiada la frase que a menudo repiten con cierto tono jactancioso: no entender sino de su especialidad.

Este afán injustificable de circunscribirse al radio exclusivo de la especialidad amengua la esencia misma de la medicina, que tiene por finalidad primordial aliviar o curar al organismo que sufre, y para conseguirlo, el médico debe procurar adentrarse en los secretos del intrincado y no siempre suficientemente comprensible mecanismo fisiopatológico, con el objeto de comparar lo que se debe estimar como normal y lo que corresponde al dominio de la patología; establecer los linderos entre la salud y la enfermedad; y utilizando los recursos innumerables de que actualmente dispone, devolver al cuerpo enfermo la regularidad funcional y con ella la atenuación o desaparición de los síntomas. Este complicado proceso recuperativo debe verificarse mediante el concurso sinérgico de todos los elementos que en proporciones diversas, in-

tervienen para mantener la homeostasis, esa armonía perfecta del medio interno de Claude Bernard; y la atención, la vigilancia y la ayuda del médico no puede dirigirse sólo al aparato o sistema que presenten la sintomatología más nutrida, sino al individuo en general, cuyas funciones orgánicas no se verifican con independencia sino en perfecta concatenación y coordinación entre sí, subordinadas todas a la dirección e influencia de los sistemas vitales: nervioso y circulatorio, los que conservándose siempre en sincrónico entendimiento regulan y mantienen la eficiencia y perfección de todas las actividades de la economía.

El organismo humano es un todo homogéneo y vibrante y cuando alguno de sus sectores se altera, el conjunto sufre en diversos grados estas modificaciones. No puede entenderse ni explicarse, pues, el proceso patológico seccional sin referirlo al todo, bien sea porque la causa del daño general se deba a un proceso morboso parcial o al contrario, que un estado patológico general haya repercutido con mayor fuerza o se haya localizado especialmente en un órgano. La especialización circunscrita y reducida no es, a mi juicio, una medicina racional. A lo sumo debe ser considerada como una filigrana de ciencia y de arte, pero no podrá jamás resolver los innumerables problemas con que se enfrenta, si con criterio lógico y rigurosamente científico no abarca con visión panorámica la maravillosa estructura de la materia viviente y las reacciones magníficas, extraordinarias y a veces insospechadas con que nos sorprende a cada momento en su constante empeño inteligentemente automático de resolver, al menor costo posible para la economía general, las consecuencias de los innumerables choques emanados del medio que la rodea.

Reflexionemos ahora acerca de los perjuicios que entraña la especialización exclusiva que, en forma insensible y harto peligrosa, va restando a la medicina integral las prerrogativas indeclinables que le corresponden como ciencia única de un conjunto único. La creciente demanda de los pacientes por un especialista, va amenguando al médico general la necesaria autoridad para ordenar y dirigir los planes terapéuticos. Esta restricción cada vez mayor, diríamos esta mutilación progresiva que viene sufriendo la clínica general, resulta muchas veces inconveniente para el enfermo que, más a menudo de lo que pudiera creerse, va dando botes de especialista en especialista, y ante el poco éxito alcanzado, termina en consultar con el médico internista quien, mejor informado de las causas generales responsables de los síntomas que motivan el sufrimiento, tiene la capacidad necesaria para arreglar el desorden y enderezar la situación.

Pero no es éste el efecto más lamentable que la especialización va creando en la atención y manejo de los enfermos, sino el complejo de despreocupación por ilustrarse que está produciendo en los médicos internistas, quienes, a pretexto de día a día ver limitándose más su campo de acción, se interesan muy poco por

aprender lo que no deben ser dentro del campo de las especializaciones. No se empeñan en diferencia una conjuntivitis de una iritis; no aprecian el enorme valor diagnóstico que tiene un simple examen de fondo de ojo; desdeñan de observar un conducto auditivo, y no es raro que desconozcan la patología de la faringe y sus elementos linfoideos, resignando lastimosamente sus derechos en afecciones como las anginas y la difteria.

En una claudicación inconsciente de sus atribuciones, el internista reclama a la directiva del especialista en problemas de su exclusa incuria, hasta en aquéllos en que debe ser él quien marque los rumbos más convenientes para el tratamiento de la enfermedad.

Y esta declinación de obligaciones va marcándose censurablemente hasta en ciertos aspectos del diagnóstico clínico en que el médico requiere, para establecer sus hipótesis o afirmar sus presunciones, la cooperación de los laboratorios biológicos y gabinetes de radiología.

Jamás debe pensarse que insinúo limitar a casos muy contados las investigaciones bacteriológicas, químicas y radiográficas. Lo que pretendo decir y deseo expresar con suficiente claridad e inconfundible firmeza es que la interpretación definitiva, la declaración de un diagnóstico no pueden depender exclusivamente de los informes de los gabinetes de análisis, mucho menos las especulaciones pronósticas que se pueden derivar de estos resultados. Las cifras frías y las interpretaciones, muchas veces en lenguaje ecléctico, que acompañan a los documentos de los análisis, deben ser discriminados con serenidad y sentido clínico por el médico internista, y salvo en los casos inobjetables en que una radiografía demuestre imágenes indiscutibles por lo claras y típicas, o aquéllos en que el electrocardiograma muestra un trastorno evidente en el corazón, que resultaba irreconocible por el examen físico, o ciertos informes característicos por sí solos para pregonar un diagnóstico como el hemograma de las leucemias o los hallazgos bacteriológicos positivamente positivos; exceptuando las cosas especiales en que en verdad la investigación clínica ha sido superada, en precisión, por la investigación técnica especial, el diagnóstico final, cuando puede establecérselo, debe correr a cargo de la madurez científica y de la experiencia y sagacidad del médico, quien habrá llamado en su ayuda a todos los recursos que haya juzgado necesarios, pero subordinándolos cada vez que no existan razones en contra, a la discriminación cuidadosa y prolija de la anamnesis y de la sintomatología. Y para que esta delicada misión pueda ser cumplida, el médico está obligado no solamente a no descuidar el cultivo de las maniobras especiales de examen, muchas de ellas del dominio de la especialización, sino a conocer las técnicas elementales de laboratorio y de radiografía, o por lo menos a aprender a interpretar personalmente los informes y documentos que ha solicitado. Las interpretaciones realizadas de esta manera, relacionadas

con la sintomatología clínica, serán infinitamente más lógicas, más certeras y más aptas para definir las rutas terapéuticas.

Pero no quiero perder la oportunidad del momento para expresar lo que pienso respecto a esos jóvenes estudiantes que, desde época temprana se encastillan en los laboratorios y gabinetes, aferrados a un equivocado e insubstancial objetivo de ser sólo laboratoristas y radiólogos.

Si se limitan a cultivar tan modesta aspiración, no deben malgastar su tiempo en no estudiar durante 7 años. Podrían emplearlo de modo infinitamente más productivo en cualquiera otra ocupación. O si una particular afición a los microscopios o a los aparatos de rayos X los atrae de modo ineludible, sólo necesitan invertir 8, 10 meses o un año en aprender a contar glóbulos o fotografiar los pulmones o el colon, con tanta soltura, aunque quizás no con la misma prolijidad con que lo hacen las expertas muchachas que se dedican a estos menesteres mínimos dentro de la invalorable misión encomendada a los gabinetes de investigación.

Si pensáis que sólo estas tareas os competen, no pasaréis de ser recomendables fotógrafos o expertos contadores de células y elementos microscópicos. Si no os interesáis por saber a que corresponden en el organismo vivo esas sombras extrañas que observáis en la silueta cardíaca, si os imagináis que una discreta leucopenia no tiene valor informativo de ninguna clase, si dáis por descontado que un electrocardiograma que presenta complejos normales debe de corresponder indiscutiblemente a un corazón que no sufre; en una palabra, si os desvinculáis de tal manera de la observación y estudio de los procesos patológicos en su relación con los hallazgos de laboratorios y os limitáis a interpretar con un criterio monofacético lo que concienzudamente debe ser reconocido dentro de la **visión panorámica** que vengo repitiendo, no llegaréis a ser colaboradores útiles del internista. Para seguir el símil que he elegido, si no sabéis toda la partitura y os conformáis con el golpe de tambor o el rechinar de platillos que vosotros consideráis como lo único que debéis hacer dentro de la gran sinfonía; si apartándoos definitivamente de la clínica os resignáis a enmoheceros dentro de lo que consideráis vuestro casillero, sin interesaros por ver, seguir, comprobar e intervenir eficientemente en las interesantes especulaciones del diagnóstico clínico y la evolución de las enfermedades, os recomiendo que no derrochéis el tesoro de vuestros años de oro, en asuntos que tal vez cubrirán en los primeros tiempos, vuestras necesidades económicas pero que no os darán la reputación necesaria para perdurar como elementos de confianza y de consulta en los apremios cotidianos de la clínica.

Volvamos, ya para terminar, a lo que decíamos al principio, respecto a la Terapéutica Clínica, resumen por excelencia de todas las disciplinas estudiadas y asimiladas en los años de la carrera. Tesoro máximo que debemos ofrecer a nuestros enfermos; mosaico po-

lícromo y atrayente cuyas diversas tonalidades deben sernos perfectamente familiares, para. deslizarnos sobre él con suavidad y dominio y poder cumplir la misión exclusiva que nos corresponde: atenuar los padecimientos del que sufre, con la aspiración más elevada de curarlo, cada vez que los recursos del arte lo permitan.

Buenos estudios de anatomía, claros conocimientos de fisiología, sólida preparación en patología, lógica utilización de las investigaciones y técnicas especiales, correcta y ponderada apreciación de los elementos medicamentosos y atinada selección de los más efectivos y adecuados. De esta manera podemos expresar lo que debe entenderse por Terapéutica Clínica. Establecer un diagnóstico no siempre es fácil, y a veces resulta imposible. Sin embargo, las dificultades van siendo menores con los aportes de la medicina experimental que enseña hoy a interpretar los síntomas con más precisión que ayer. Marcar normas terapéuticas parece tarea sencilla si el diagnóstico es correcto, pero este axioma no existe en medicina, como no existen axiomas, de un modo general, en las ciencias biológicas. Es verdad que los inmensos progresos realizados en quimioterapia confieren al médico, en algunos aspectos, una seguridad de que antes no gozaba, pero no olvidemos que los incesantes y vertiginosos adelantos, restan a esta seguridad la consistencia necesaria, salvo en contados casos, para erigir procedimientos definitivos. La revisión cotidiana de los resultados obtenidos con los nuevos medicamentos o con dosis modificadas de los remedios ya conocidos, imponen al médico sensato, parquedad y restricción en sus juicios y le obligan a mantenerse alerta para poder rectificar su criterio respecto a lo que hasta ayer le pareció definitivamente recomendable y establecido. Los libros de terapéutica envejecen con tal rapidez que en ninguna otra disciplina médica, como en ésta, se debería estilar su impresión en hojas cambiables. Nada de extraño tendrá que al comenzar nuestro curso os recomiende con fervor alguno de los tantos procedimiento que hasta hoy parecen insuperables, y en las lecciones de fin de año me vea obligado a exponeros las rectificaciones indispensables. La mención de los resultados experimentales obtenidos con la quimioterapia y las substancias radioactivas, cada vez más halagadores y numerosos, os darán una idea exacta de que no es exagerado lo que os digo.

He querido exponeros cómo debemos entender el estudio de la Terapéutica Clínica, y con esta oportunidad invitaros a meditar acerca de la manera cómo debéis modelar vuestro criterio en medicina. Y por si quedaran dudas en las ideas que he expresado, quiero recalcar que no soy opuesto a la especialización en sí, sino a la especialización prematura, creadora de los especialistas circunscritos, factores de poca eficiencia científica y profesional. La especialización consciente en determinadas ramas de la medicina debe producirse como el fruto maduro de estudios generales completos: es una necesidad para los internistas y un bien para los pacientes. De otra manera, es un elemento de desorganización en

la armonía de los estudios médicos, pues produce pseudo-especialistas e induce al abandono, por parte del médico general, de estudios que no debe omitir.

No olvidéis, apreciados jóvenes, que si no queréis desafinar es necesario conocer bien toda la ópera, aún cuando vuestra actuación en el conjunto sea aparentemente modesta.

Los Pacientes Nerviosos

Presentado en la III Jornada Médica de Noviembre. Julio de 1949

Los médicos no tratamos a los pacientes nerviosos como se lo merecen!... No les concedemos la importancia que en realidad tienen ni apreciamos la proporción importante que significan en el volumen cotidiano de consultas. Los amigos y familiares se burlan de éllos, los eluden y llegan hasta a menospreciarlos. Esta incomprensión produce en muchos de estos infelices, complejos de inferioridad y de timidez que, acentuando su disturbio nervioso, los encierran en un círculo cada vez más reducido de relaciones con el medio exterior y los conduce a la más rígida introversión, y de esta manera se incapacitan paulatinamente para atender a los imperativos y exigencia de la vida. En su mente se arraigan ideas obsesivas entre las cuales domina la de que constituyen una carga para los suyos y para la sociedad, y bien se comprende a que extremos pueden conducir estos razonamientos extraviados.

Sin que pretendamos definir puntualmente el concepto de enfermo nervioso, conviene que expliquemos lo que en lenguaje corriente se entiende por tal. Se aplica el término a sujetos que parecen carecer de base orgánica o lesional para sus sufrimientos y que manifiestan una sintomatología muy rica y variada y aparentemente inconexa. Este denominador común abarca una variedad extensa de neuropatías que comprende neurosis de ansiedad, ciclotimias, estados depresivos, histeria y otras de carácter melancólico o hipocondríaco, cuya discriminación requiere el concurso de un psiquiatra experimentado que, utilizando los recursos propios de su especialización, ponga en orden y clasifique correctamente la alteración en estudio.

Es muy conocido y frecuente que en las primeras consultas que hace a un nuevo médico, el nervioso lleve una larga lista de síntomas minuciosamente pormenorizada. A veces, antes de presentarse en consulta envía al internista el detalle en cuestión en una extensa y plañidera carta en la que subraya la sintomatología anotada, y le suplica encarecidamente estudiar a fondo su caso que,

según él, es raro y excepcional. Cómo no ha de considerarlo incomprensible y extraño el pobre enfermo, si a pesar de todo lo que hace para ayudar al médico no logra el anhelado alivio. No entienden su enfermedad o ésta es definitivamente incurable. Así piensa todo el que sufre cualquier padecimiento y no halla mejoría. Con mayor razón el individuo **nervioso** cuya sensibilidad psíquica es más impresionable que la de los que sufren afecciones orgánicas.

La prolijidad en relatar los síntomas es típica del **nervioso** y obedece al empeño de no olvidar en su exposición los detalles necesarios para que el médico actúe con eficacia y les proporcione bienestar. Porque, ante todo, debemos comprender, y esto no siempre queremos aceptar los médicos, que estos desdichados vienen a buscarnos no con el ánimo de importunarnos y hacernos perder la paciencia, sino con la esperanza de encontrar en nosotros la persona que mitigue sus síntomas y disipe sus temores, angustias y preocupaciones. Porque, esencialmente, el **nervioso** tiene miedo o preocupación por algo.

Las múltiples sensaciones penosas que experimentan los **nerviosos** se traducen por síntomas subjetivos polimorfos que, en orden de frecuencia, radican en los aparatos circulatorio, digestivo y respiratorio, aparte de las sensaciones dolorosas y parestésicas, generalmente anárquicas por su topografía, momentos de aparición o de acentuación, y que se localizan habitualmente en la cabeza, región lumbo sacra y extremidades.

Las molestias más angustiosas y que preocupan obsesivamente a los enfermos son las del sistema circulatorio. El paciente asimila fácilmente lo que ha leído u oído acerca de taquicardias, anginas de pecho, afecciones coronarias, y estos padecimientos llega a experimentarlos de modo tan patético que muchas veces hay que profundizar la exploración instrumental para descubrir con certeza si en realidad no existe una base lesional.

El detalle minucioso de las sensaciones revela el estado de ansiedad y de preocupación del enfermo. Apreciémoslo debidamente y concedámosle todo el tiempo que el caso requiera para escucharlo con paciencia. Esto nos permitirá tener un juicio más cabal acerca del verdadero estado de ánimo del individuo, al mismo tiempo que influiremos favorablemente sobre su psiquismo, pues se dará cuenta que comenzamos por tomarlo en serio.

Por otra parte, no existen razones para que no lo tomemos en serio, pues tanto sufre el enfermo con base lesional, como el funcional o el puramente imaginativo. A los médicos nos toca establecer la diferencia: en los unos podremos evidenciar fácilmente los hechos, lo que nos permitirá caminar sobre un terreno más o menos firme, mientras que en los otros tendremos que hacer esfuerzos de diagnóstico y sutilezas de apreciación, que no siempre estamos inclinados a realizar, o capacitados para interpretar.

Con demasiada ligereza aplicamos la denominación de imaginativos, histéricos o más comunmente pitiáticos a enfermos que no hemos estudiado suficientemente, cuya historia clínica apenas hemos escuchado sin prestarle la atención requerida, burlándonos a veces, desde la iniciación de la anamnesis, de las sensaciones manifestadas o de las respuestas que dan a nuestras preguntas.

Cuán equivocada resulta la conducta del médico que actúa de esta manera y pretende, sin haber inspirado confianza e imponer hábilmente su influencia persuasiva y su autoridad moral sobre el **nervioso**, erigirse en juez que dicta diagnóstico indiscutibles! Si el médico se conduce brusco e incomprensivo habrá producido un efecto totalmente distinto al que anhelaba alcanzar el **nervioso**, y si su preparación profesional no está a la altura de las exigencias requeridas y no ha sabido dar a su personalidad el relieve necesario para esta clase de intervenciones, deberá ser leal y honesto y manifestar al paciente que, por tratarse de asuntos que no son de su especialidad, le recomienda consultar a otro médico.

Cuidado con catalogar fácil y desaprensivamente a un enfermo como puramente imaginativo! No corramos tal riesgo ni tomemos tan seria responsabilidad sin analizar cuidadosamente la historia clínica y hacer el balance juicioso de los síntomas, sin buscar acuciosamente dentro del conjunto sindrómico que nos parece ficticio, alguna circunstancia que nos permita vislumbrar un fondo lesional.

Además, consideremos siempre, antes de dar nuestro fallo definitivo, que un paciente constitucionalmente emotivo, impresionable, nervioso, puede sufrir en cualquier época de su vida una afección orgánica que encubierta por la **mala fama** del sujeto puede pasar ignorada o ser tadíamente reconocida por el prejuicio de que quien la sufre se ha quejado siempre de cosas puramente imaginativas. De allí que, aunque parezca paradójico, estimamos que el médico de familia o el consultante habitual de las personas nerviosas no son siempre los más capacitados para apreciar con la necesaria pecocidad cuándo, a los padecimientos y quejas consuetudinarias, se agrega la sintomatología de una afección orgánica, pues acostumbrados a la cantinela reiterada de malestares permanentes, les impresionan con poca fuerza las nuevas sensaciones que relatan los **nerviosos**. Me parece una buena táctica, y por eso la sigo a menudo, recomendar al **nervioso** que consulte de vez en cuando a otros médicos, y esta insinuación hecha con la habilidad necesaria no sólo no nos hará perder su confianza sino más bien fortalecerá el nexo espiritual que en éste, más que en otros casos, debe haber entre el médico y el paciente.

La experiencia nos ha sacudido, a veces duramente, con los **nerviosos** enseñándonos a cumplir en nuestros exámenes clínicos un grupo mínimo de discriminaciones que nos pone al abrigo, hasta cierto límite, de situaciones desagradables y de alta responsabilidad.

Antes de declarar definitivamente a un individuo pitiático o nervioso practicamos un examen neurológico lo más completo posible, deteniéndonos especialmente en la exploración de los reflejos oculares, rodeándonos de la comodidad suficiente para apreciar correctamente los resultados obtenidos. Nunca resulta excesivo insistir sobre este punto, ya que esta inspección y en particular la observación [illegible] del iris y [illegible] pilar es tienen el valor de un so nda je en el cerebro [illegible] tumo res endocraneanos, las encefalitis, las secuelas de traumatismos de la cabeza son reconocidos o por lo menos inducidos a ser identificados por estos procedimientos tan sencillos y fáciles de repetir.

Enumeramos en primera línea estas causas porque la negligencia en investigarlas o la tardanza en reconocerlas entraña graves cargos para el médico, pues el éxito de esos tratamientos está, en gran porporción, en razón directa de la oportunidad del diagnóstico. Aún cuando no siempre se puede operar con eficacia y presteza un tumor cerebral, las posibilidades afortunadas serán más numerosas cuando el volumen de la neoformación y las compresiones que pueda ejercer no lo tornen inabordable.

Las encefalitis, mejor dicho, las panmeningo-encéfalomielitis, crean a veces profundos problemas neuropsiquiátricos de tal modo intrincados, que no siempre pueden ser cumplidamente resueltos en primera instancia.

Pero trátese de neuro-lues, de encefalitis o de tumores endocraneales, nuestra conciencia quedará tranquila y nuestra responsabilidad incólume, si tenemos in mente, las posibilidades de su existencia y hacemos o recomendamos hacer todo lo necesario para aceptar o desechar esas sospechas. Nunca olvidaremos el caso de un caballero que, después de un largo peregrinaje por varios consultorios, vino a nosotros con la esperanza de encontrar alivio a sus nervios. Un examen clínico metódico nos reveló que se trataba en realidad de un tumor del lóbulo frontal derecho del cerebro, que afortunadamente fué operado poco después con buen éxito. Este paciente llevaba un año de sufrir física y moralmente, pues hasta sus familiares más cercanos lo tachaban de nervioso, pusilánime y aprensivo.

Debemos analizar a continuación otras causas indiscutiblemente menos severas pero inmensamente más frecuentes, sobre las cuales podemos influir favorablemente, dando así a nuestros nerviosos un alivio positivo. Son las que se derivan de los estados de autointoxicación crónica, por reabsorción de productos histamínicos, polipeptidos y elementos de degradación incompleta de la molécula proteínica: el éstasis cecal, el estreñimiento derecho y el conjunto de circunstancias desfavorables ocasionados por el retardo del tránsito, repercuten de inmediato sobre el sistema nervioso y a la laga sobre to do los facores deos proc esos dgestivo y nutri cional. Las intox icaciones crónicas produc en cons ideralle male star

en la actividad psíquica y en el equilibrio del sistema neurovegetativo, sobre la personalidad, el carácter y la manera de conducirse el individuo con sus semejantes, a tal punto que nos parece certera, si bien prosaica, la humorística insinuación de Víctor Pauchet cuando recomienda a los novios que, antes de cambiarse retratos, se envíen sus respectivas radiografías del colon.

No omitamos jamás de inquirir acerca de las condiciones endócrinas, algunas fáciles de identificar, comenzando por las disfunciones hipertiroideas, a las que nos parece que se debe conceder una atención preferente, sobre todo en la mujer, buscando la posición que mantiene esta glándula en el trípode hipófisis-tiroides-genital. Mencionemos especialmente, por la profundapercusión que ocasionan sobre el ánimo del paciente, la deficiencia o inestabilidad de las actividades sexuales. La impotencia psíquica en el hombre y la frigidez en la mujer son comunes en gran número de nerviosos y su investigación debe ser obligatoria, para no dejar pasar inadvertida esta especialísima condición que, cuando logramos corregirla, proporciona gran confianza al que la padece y lo reconforta espiritualmente para esperar mejoría de los demás síntomas.

Las prácticas sexuales irregulares, especialmente el coitus interruptus, son fuente de serias perturbaciones en el equilibrio nervioso, particularmente en las mujeres.

Esta etapa de nuestra encuesta requiere gran tino y esmerada prudencia, y debe completársela con un psicoanálisis elemental. No importa que no seamos psiquiatras especializados. Los médicos utilizamos a menudo los resortes de la psicología aplicada, y al hacerlo acentuamos la diferencia substancial que existe entre nuestras actuaciones y las de nuestros semi-colegas, los veterinarios. Procuremos abordar con la mayor hondura lo que pueda constituir un motivo de preocupación, ansiedad, temor, pero tengamos muy en cuenta que el éxito de esta exploración depende no sólo de la habilidad conque planteemos las preguntas sino de la autoridad moral alcanzada sobre el nervioso y de la confianza que hayamos logrado infundirle, porque de lo contrario llegaremos a deducciones incompletas e inexactas. Necesitamos que el enfermo se entregue para poder investigar cuestiones tan delicadas como son las relativas a problemas afectivos, domésticos, sexuales y otras intimidades que no resulta fácil hacerlas confesar. Las intrigas, desconfianzas, celos, rivalidades de negocios, originan preocupaciones permanentes que, evolucionando sobre una psiquis particularmente predispuesta, conducen a situaciones severas y aparentemente incomprensibles.

De todas maneras debemos dar valor provisional a las primeras respuestas, sobre todo si son negativas, pues a veces ciertas condiciones emocionales conservadas en el subconsciente, no han llegado a impresionar al sujeto de manera clara y suficientemente llamativa y por eso no las confiesa. O puede ocurrir también que deliberadamente él se guarde de contestarnos con sinceridad. Pre-

paré mos a repetir la investigación en otra oportunidad, cuando calculemos que ha llegado a establecerse un estado confidencial adecuado entre el médico y el paciente, y en ocasiones nos quedaremos sorprendidos de las explicaciones alcanzadas.

No olvidemos la menopausia en la mujer y también en el hombre, con la múltiple sintomatología que despierta en considerable número de individuos.

Sólo cuando hayamos desmenuzado el análisis de estas posibilidades y eliminado una por una las diversas hipótesis que hemos planteado, podremos con más desahogo establecer el diagnóstico de afección funcional del sistema nervioso, pero dentro de esta concepción quedan todavía problemas por resolver, que no siempre están al alcance del médico general.

Existen por lo menos dos conjuntos sindrómicos neuropsíquicos que hasta ahora no parecen reconocer un fondo lesional: la esquizofrenia y la discutida neurastenia auténtica o enfermedad de Bard. Para muchos, la segunda no debe ser concebida como enfermedad distinta sino como una de las tantas manifestaciones de los estados ciclotímicos; nosotros, por la observación de muchos casos seguidos a través de décadas, pensamos que la neurastenia exige que se le conceda la personalidad inherente a un síndrome neuropsíquico especial.

Tanto la neurastenia como la esquizofrenia se apartan fundamentalmente del concepto clínico que se tiene de las neurosis. Son verdaderas psicopatías, pues ellas se manifiestan con alteración importante de la mentalidad del individuo —sobre todo en la segunda—, cuya conducta se aparta de la normalidad. El psicópata es un alienado; el neurótico, el nervioso es solamente un inconforme, un inadaptado, un quejumbroso, víctima de complejos y de conflictos que repercuten más o menos profundamente sobre su personalidad, pero sin hacerle perder las normas, hábitos y maneras discretas de conducirse en su ambiente.

Tanto la esquizofrenia como la neurastenia se presentan en terrenos constitucionalmente predispuestos y con taras psicógenas familiares bastante definidas y pueden no manifestarse, en sus comienzos, con una sintomatología muy clara. Para la primera existen recursos terapéuticos bien probados cuando se interviene precozmente; para la segunda, la medicación no es muy efectiva, pero en ambos casos podemos actuar o recomendar que se intervenga de modo muy distinto al tratamiento de las neurosis puras.

En estos trances, la consulta con un psiquiatra de experiencia resulta de utilidad impostergable, pero tendremos mucha sagacidad para proponerla, sin lastimar la susceptibilidad del paciente ni despertar suspicacias o comentarios desfavorables en el medio familiar. Entonces, ¿Ud. cree que estoy loco?, será la pregunta

casi inevitable que, entre indignado y temeroso, nos lanzará el enfermo.

Esta consideración y otras de mayor peso no deben contenernos en el cuplimiento de nuestro deber. Si hemos estudiado suficientemente el caso y creemos que necesita del psiquiatra, no retardaremos la consulta, de la misma manera que nunca trataremos de postergar o evitar la consulta con el cirujano ante las sospechas de un cáncer de la mama o del cualquier otro órgano, por la nimia preocupación de aterrorizar al paciente.

Eliminados los diversos factores que pueden inducirnos a considerar equivocadamente a nuestro **nervioso** como **nervioso puro**, debemos trazarnos un programa de atenciones entre las que ocuparán el primer plano las que podamos dirigir a su estado [illegible] la psicoterapia, la persuasión, los esfuerzos para devolverle la confianza en sí mismo. No hay que extenderse en muchas explicaciones de carácter técnico; no se debe permitir a estos enfermos la lectura de libros de medicina, mejor dicho, debe prohibírseles terminantemente esas **indigestiones científicas**. Se les debe recomendar cierta clase de lecturas que nosotros mismos seleccionemos y que los muevan a sacar partido de su condición de **nerviosos**. Y estas concesiones pueden ser autorizadas solamente en determinados casos, de acuerdo al grado cultural del sujeto y su capacidad de asimilación. De lo contrario, resultarán también contraproducentes.

Muy pocos remedios, los necesarios para ayudar al restablecimiento del equilibrio neurovegetativo. Y para demostrar que se receta algo.

La condición fundamental para alcanzar buenos resultados depende de las aptitudes personales del médico, que no sólo conozca con suficiente claridad esta clase de problemas sino que posea el nivel indispensable de comprensión, paciencia y tolerancia, que la servirán para ganarse la confianza del enfermo. Mucha verdad y profundo sentido práctico tienen para estos casos las sinceras y desconcertantes declaraciones del conocido médico filósofo, gran amigo de los perros y ridiculizador de la colitis: no es cuestión de sabiduría, es un asunto de fe.

Y esta fe pueden despertarla los anhelosos de servir a esta clase de enfermos, los médicos que no requieran, también éllos, la ayuda del psiquiatra.

Clínicas de San Gabriel

1º—INFARTO SEPTICO DEL MIOCARDIO ABSCESO DEL CORAZON;

2—SEPTICEMIA; PANCARDITIS.

Infarto séptico del miocardio, absceso del corazón.

Enrique Ayala L., de 27 años, agricultor residente en Quevedo, ingresó el 7 de Julio de1949 a las 4 de la tarde a la Sala "San Gabriel" en condiciones muy graves, debido a un dolor precordial intenso que se irradiaba al epigastrio y le ocasionaba gran angustia y dificultad respiratoria.

La anamnesis fué muy difícil de obtener, tanto por el sufrimiento, cuanto por la marcada onnubilación mental del paciente, lo que no permitió obtener respuestas precisas. Sólo pudimos informarnos que la enfermedad había comenzado 15 o 20 días antes, con el dolor precordial que desde entonces, con remisiones y exacerbaciones se había mantenido presente, constituyendo el motivo principal de la hospitalización.

El paciente dijo no haber tenido venéreas, reumatismo ni enfermedades infecciosas de importancia excluyendo, naturalmente, las comunes en nuestros campesinos. No recordaba tampoco antecedentes cardíacos ni del aparato respiratorio, pero con seguridad, esta amnesia era debida a las condiciones precarias ya anotadas.

El examen físico fue muy demostrativo y nos permitió llegar rápidamente al diagnóstico sindrómico de dilatación del área cardíaca con insuficiencia de tipo congestivo. Efectivamente: si bien la punta del corazón no era precisable de modo nítido, la auscultación conseguía situarla a nivel de la línea axilar anterior en el 6º espacio intercostal. No se percibía soplos ni otros ruidos anormales, pero la taquicardia, el ruido de galope y la arritmia extrasistólica traducían el sufrimiento profundo del órgano. El pulso era muy pequeño, con una frecuencia de 140, y la tensión arterial, tomada en ambos brazos era de 100 m.m. Hg. para la sístole pero no se pudo determinar la presión de la diástole.

La auscultación de los pulmones permitió reconocer un catarro bronquial bilateral y éstasis sanguíneo en ambas bases. La tos era poco productiva, en tanto que la polipnea y la disnea eran impresionantes: 52 al minuto.

El hígado grueso, liso, muy doloroso, descendía hasta la línea umbilical y la compresión provocaba una reflujo discreto en las yugulares. Se apreciaba una ascitis moderada.

El edema de las extremidades inferiores era notable. La orina muy escasa presentaba albúmina, y el examen de su sedimento reveló cilindros granulosos y piocitos.

La temperatura de 38.8º al momento de ingresar el paciente, se mantuvo en condiciones más o menos semejantes los pocos días que estuvo bajo nuestra atención.

Una cuidadosa exploración fluoroscópica del tórax y las radiografías tomadas desde diversos ángulos, evidenciaron el considerable aumento del corazón, que presentaba la configuración de la insuficiencia aórtica (ver radiografía figura Nº 1).

El electrocardiograma dió importantes informes: ST estaba desnivelado hacia abajo en D2 y D3, lo mismo que en V4, V5 y V6, pero la onda T era positiva, y muy apreciable en todas las derivaciones precordiales y también en las standard, exceptuando D1, en que no se la observa. R es poco elevada en V4 y contrasta con Q profunda, persistiendo en V1, V2 y V3. Marcada taquicardia, conforme se lo anotó en el examen físico; no se constató arritmia. Si bien faltaban las características típicas de un infarto, se admitió provisionalmente la existencia de esta lesión y también la de una reacción pericardítica, asociación que restaba cierta pureza al trazado electrocardiográfico.

El recuento globular y el hemograma dieron los resultados siguientes:

Hematíes	3'900.000
Leucocitos	22.400
Neutrófilos	82%
Linfocitos	18%
Monocitos	0
Eosinófilos	0

La configuración de la silueta cardíaca y del pedículo vascular, que demostraba una marcada hipertrofia concéntrica, la falta de presión diastólica, los lineamientos generales del electrocardiograma con incidentes R. y S. muy acusados en la mayor parte de las derivaciones, condujeron al diagnóstico de insuficiencia aórtica endocardítica, apesar de que la auscultación no permitía escuchar soplos en los focos de la base. Completamos nuestra interpretación fisiopatogénica, admitiendo el desfallecimiento y la mitralización del mismo, como la etapa casi inevitable de los aórticos cuya lesión se ha descompensado.

El dolor precordial persistente, síntoma cardinal subjetivo, podía ser el resultado de hepatomegalia considerable que comprimía el plexo [illegible] y provocaba [illegible] hacia la región precordial.

La otra hipótesis, a favor de la cual abogaba el electrocardiograma, era la de un infarto del ventrículo izquierdo (sobrevenido en un antiguo aórtico valvular), causante del dolor y de la asistolia congestiva que sufría actualmente el enfermo.

Esperábamos que la situación se mejorara en los días subsiguientes para definir los conceptos etiopatogénicos calculando, como ocurre a menudo, que al producirse la eusistolia y reforzarse los tonos normales, aparecerían más nítidos y localizados los ruidos anormales. Esperábamos, también, que se despejara la mente del sujeto para obtener una información apropiada de sus antedecentes patológicos, y hasta dispusimos las medicaciones cardiotónica, antibiótica y depletivas, así como la administración de oxígeno. Estas medidas aliviaron un tanto al paciente y al 2º día los tonos cardíacos fueron más audibles y diferenciados y la presión arterial subió a 120/20.

Pero el día 10, a las 6 de la mañana, el interno señor Mera fué llamado de urgencia para atender al enfermo que sufría de nuevo, de modo violento, de su dolor precordial y de un paroxismo de disnea, situación que por desgracia no fué posible dominar, y el individuo falleció a los pocos momentos a pesar de la morfina, atropina, coramina y del oxígeno que se le administró con toda premura.

El protocolo de autopsia fué particularmente informativo, y nos dió una notable sorpresa diagnóstica que, sin embargo, aunque no con toda amplitud, había sido ya contemplada en la discriminación semiológica.

Protocolo de autopsia Nº 7

Prosector: Dr. Felipe A. Vivoli.
Sala "San Gabriel". Dr. J. Tanca Marengo.
Enfermo: Enrique Ayala. Cama 24.
Edad: 27 años.

Diagnóstico anatómico:

Pleuresía serofibrosa bilateral. Congestión y enfisema pulmonar. Infarto séptico del corazón abscedado. Pericarditis crónica. Colecistitis crónica. Hígado de éstasis y tumefacción turbia. Periesplenitis. Esplenitis subaguda e infarto de bazo. Tumefacción turbia de ambos riñones y congestión. Divertículo de Meckel y congestión de mucosa intestinal.

Corazón:

Aumentado de tamaño. Deformado. Punta redondeada. Aumento de la grasa precordial. Borramiento de las coronarias; la coloración del corazón es amarillo-grisáceo. Pericardio despulido mate y opaco. (Pericarditis serofibrinoso crónica). Al abrir las cavidades derechas, encontramos coágulos fibrinocuáricos organizados y adherentes, pero desprendibles. Diagnóstico: dilatación total de las cavidades derechas. Cavidades izquierdas: encontramos una pérdida de substancia localizada inmediatamente por debajo de los grandes vasos y a la derecha de la aorta. Esta pérdida tiene bor-

des irregulares anfractuosos y con detritos. A esa altura, parte de la pared del ventrículo está engrosada, invadida por tejido conjuntivo que rodea especialmente a la coronaria izquierda. Diagnóstico: infarto séptico abscedado septal, o absceso de la pared ventricular. La aorta presenta las válvulas sigmoideas, con lesiones en parte destructivas, sobre todo dos valvas, la izquierda y la derecha, que formaban parte del absceso descrito, es decir que únicamente quedaba indemne la valva media. Continuando el examen de la aorta hemos visto placas de color gris amarillento localizadas en la íntima y media de la pared; placa de degeneración grasa y depósito de colesterina en la aorta. La pared del ventrículo izquierdo, al ser seccionada presenta un marcado atigramiento (miocarditis parenquimatosa aguda).

Comentario

Los abscesos del corazón pueden presentarse como consecuencias de heridas del músculo por elementos sépticos, y también, por propagación de infecciones del pericardio (pericarditis purulentas, especialmente las debidas a lesiones traumáticas del saco fibroso). En algunos casos de mediastinitis flemonosas por cuerpos extraño o maniobras endoscópicas en la tráquea o en el esófago, también se han registrado pericarditis purulentas y abscesos del corazón.

Además de estos mecanismos, que podemos denominar exógenos, la infección del músculo puede producirse en el caso de las septicemias a consecuencia de trombos bacterianos que, al producir embolias, dejan establecido un sembrío séptico en esos tejidos isquemiados o anóxicos y por tanto, con una capacidad de defensa mínima o totalmente anulada, produciéndose la fusión de la zona necrosada, que se transforma de esta manera en una cavidad de contenido pur ulento. En cualqui er septicem ia puede obserse esta eventu alida d, de lamisma ma nera que se pueden prod infartos sépticos en otros órganos, particularmente en los pulmones, cerebro, bazo y riñones.

Pero las endocarditis bacterianas parecen manifestar particul ar pr edil ecc ió n por ducir [illegible] e n el orazón. Así lo anota Co ste ro [illegible] ose en [illegible] obse rv ado en l a e xp e-riencia de Garvin y Worn que, como resumen de sus observaciones, dicen: "los trombos capaces de penetrar en las arterias coronarias y producir su taponamiento, proceden de las válvulas cardíacas, y se form an duran las en do carditis sépicas, por lo q ue suelen contener b ac terias, por eso o riginan conmás frecuenci a abscesos que infartos.

Si nos detenemos a observar las lesiones que presentó el endocardio de nuestro caso, anotaremos que existen cicatrices en el borde de las valvas de la mitral, correspondientes a antiguas alteraciones que, con grandes posibilidades, reconocen una etiología reumática. En dos de las valvas sigmoideas aórticas se encuentran también, junto a lesiones recientes, evolutivas, de endocarditis úlcero-vegetante, cicatrices debidas a alteraciones probablemente contemporáneas con las de la válvula mitral y lógicamente causadas por idéntica etiología: mitro aortitis reumática.

Debido a la ausencia de anamnesis no sabemos, ni hemos podido calcular, cuándo se produjeron estados valvulares, pero no deben ser recientes, a juzgar por la creable hipertrofia del ventrículo izquierdo, revelada por la radiografía y confirmada por la necropsia. Parece, pues, indudable que el corazón sufría desde algún tempo las consecuencias de alteraciones valvulares que habían modificado apreciablemente la mecánica circulatoria. Estas condiciones constituyen, como es por todos conocido, un terreno particularmente favorable para la implantación de cualquier infección, con el consiguiente desarrollo de una endocarditis bacteriana. El endocardio en estos estados patológicos no se limita a recibir pasivamente al elemento que lo infecta; también procura devolver a la circulación general buena parte de su material séptico: **a su papel de agredido se suma el de agresor.**

Nuestro paciente no se sustrajo a esta eventualidad y con toda verosimilitud, sobre cicatrices de endocarditis reumática, desarrolló una endocarditis de marcha sub-crónica que, según parece, había realizado ya embolias sépticas en el bazo, en cuyo polo inferior hemos encontrado lesiones que corresponden a infartos.

Con posterioridad a estos episodios se originó una embolia bacteriana en una de las ramas septales anteriores de la coronaria izquierda, accidente que al producir la sintomatología dolorosa y disneizante, condujo al desfallecimiento progresivo de un corazón ya esforzado desde antes, y que no alcanzó a reabsorber el material purulento desarrollado en su espesor.

Esta manera de interpretar los hechos clínicos y los hallazgos de la autopsia nos parece que abarca en forma razonada la trayectoria etiopatogénica del caso, lamentando eso sí que, por imprevisión del personal subalterno, no se hubiese llegado a recoger de modo apropiado, muestras del material séptico para realizar el estudio bacteriológico correspondiente.

* * *

Septicemia; pancarditis

A. C. — 14 años, residente desde hace 4 meses en esta ciudad, con procedencia de Riobamba, donde nació y ha vivido siempre. Fué admitido en la cama Nº 4 de "San Gabriel" el 4 de Junio de 1949, en estado de postración muy severa y quejándose de dificultad para respirar y angustia precordial. El hermano mayor que lo ha conducido al hospital, relata que el día 24 de Mayo sufrió una herida en el dedo gordo del pie derecho y que, desde el día siguiente manifestó síntomas claros de infección: tumefacción roja, caliente, dolorosa y edema del tobillo. Estos signos se acentuaron rápida y progresivamente alcanzando en pocas horas la rodilla y produciendo una respuesta ganglionar violenta en el trián-

gulo de Scarpa. Al mismo tiempo el enfermo perdió ánimos y quedó recluído en cama, ingresa a "San Gabriel" a los 10 días de iniciada la enfermedad.

La historia familiar es poco llamativa. Padres sanos, y los hermanos no han sufrido nunca de enfermedades de importancia. El pequeño paciente tampoco tiene historia patológica especial.

Al examinarlo, encontramos los signos infecciosos en el pie ya narrados, con la adenitis inguinal y una zona erisipelatosa, que llega hasta el tercio medio de la pierna, y que en la región posterior, del maléolo interno tiene caracteres de flemón difuso. La auscultación del corazón demuestra la existencia de extensa pericarditis: los frotes son rudos y ocupan toda el área cardíaca, que no está ensanchada, enmascarando los ruidos normales del corazón, que se los percibe muy apagados. Se escucha también un soplo sistólico y diastólico, recordando el timbre del ruido de maquinaria, como se oye en la persistencia del conducto arterial, y localizado como en estos casos, en los 2º y 3º espacios intercostales izquierdos. El hallazgo de este soplo nos condujo a aceptar la posibilidad de un defecto congénito del corazón, que había favorecido la implantación violenta de la infección piógena en sus estructuras, pero las comprobaciones anatómicas establecieron la verdadera patogenia del soplo. El examen del aparato respiratorio no pudo ser llevado muy a fondo por las condiciones del enfermo. El abdomen, bastante distendido permitió apreciar un hígado que alcanzaba la línea umbilical, de superficie lisa, y doloroso a la presión. La orina muy escasa, contenía albúmina y pigmentos biliares en discretas proporciones. La presión arterial era 85/50.

El hemograma proporcionó los siguientes datos:

Hematíes	4'030.000
Hemoglobina	10%
Leucocitos	10.200
Neutrófilos	62%
Linfocitos	38%

El hemocultivo fue negativo y se mantuvo así, a pesar de las resiembras, durante más de 20 días.

Se practicó un examen fluoroscópico y se tomó una radiografía de tórax, cuyos resultados no fueron particularmente informativos. El electrocardiograma, por el contrario, evidenció las modificaciones producidas por la pericarditis, si bien no denunció de manera concluyente el profundo estado degenerativo del músculo, comprobado después en la necropsia.

Establecimos el diagnóstico de septicemia con localizaciones endo y pericárdicas, realizamos una desinfección local y dispusimos un tratamiento antibiótico con 100.000 u. de Penicilina cada 3 horas y 4 gramos de sulfatiazol, al mismo tiempo que la

medicación analéptica apropiada, y al siguiente día observamos algunos signos halagadores: modificación de la temperatura y del pulso, relato alivio subjetivo y condiciones sépticas del pie más favorables por lo que resolvimos mantener la misma prescripción. Pero al amanecer del día 6, cuando el enfermero fué a inyectarle la dosis de Penicilina que correspondía, sólo pudo comprobar el fallecimiento del niño, que se produjo a las 40 horas de ingresar a "San Gabriel".

La necropsia practicada 8 horas después, por el Dr. F. Vívoli, confirmó en gran parte el diagnóstico clínico y mostró además, lesiones importantes en el miocardio y en ambos pulmones.

INFORME DE AUTOPSIA

Nombre: Adalberto Cevallos
Edad: 14 años
Sala: "San Gabriel"
Servicio del Dr. Juan Tanca Marengo.

PULMON DERECHO: Aumentado de volumen, erguido, de color rojo vivo, con restos de adherencias fibrinosas en el lóbulo superior, próximas al vértice. Base del lóbulo derecho atelectasiada y de color rojo obscuro. La serosa muestra residuos de pequeñas hemorragias puntiformes (sufusiones hemorrágicas)

Al corte sale abundante sangre del lóbulo superior y, del resto, [illegible] y fin amente e sp um oso. La superficie del corte [illegible] lóbul e uperior [illegible] rojo obscuro uniforme, de aspecto gelatinoso que mana abundante sangre; corresponde a casi todo el lóbulo superior: gran infarto de tipo hemorrágico.

CORAZON: Aumentado de tamaño, envuelto en el saco pericárdico donde, al abrirlo, se encuentra abundante exudado fibrinoso, dando el aspecto de corazón velloso. Al abrirlo encontramos dilatación de todas las cavidades, con acortamiento de los pilares de primer orden y achatamiento del resto.

Las válvulas sigmoideas aórticas presentan una *sigmoiditis ulcerosa vegetante verrugosa con coágulos adherentes en una de las válvulas*

En cuanto al miocardio, presenta en la pared del ventrículo izquierdo una *miocarditis por enquimatosa* con pequeños infartos confluentes en el tercio medio de la pared.

HIGADO: Aumentado de tamaño, de color rojo obscuro, que deja escapar mucha sangre al corte: congestión cianótica.

RIÑONES: Ambos riñones aumentados de tamaño: Glomérulonetritis aguda.

BAZO: Esplenitis aguda y proliferación de la pulpa blanca. Presencia en su cara anterior de un pequeño *infarto anémico en forma de cuña.*

Comentario

Este caso sugirió interesantes discusiones cuando en clínica tratábamos de interpretar el doble soplo cardíaco que se escuchaba en el 2º y 3º espacios izquierdos. Era verosímil la hipótesis de persistencia del conducto arteriovenoso, a pesar de que los datos proporcionados por los familiares no demostraban ningún antece-

dente de perturbación funcional circulatoria. Por otra parte, la radiografía era bastante inexpresiva porque la silueta del corazón no demostraba accidentes patológicos apreciables, que permitieran suponer la existencia de una cardiopatía valvular antigua.

Quedaba en pie una incógnita que fué definitivamente aclarada por la necropsia, pues las lesiones úlcerovegetantes de la valva sigmoidea aórtica explican satisfactoriamente el fenómeno acústico que nos pareció tan raro, ya que las proliferaciones existentes originaban una disminución de la luz del anillo y además cierto grado de incompetencia valvular, constituyéndose así una modificación orificial que participaba de la estenosis y de la insuficiencia.

La virulencia del elemento patógeneo y el retardo en emplear la medicación apropiada —ya que el enfermo comenzó a recibir tratamiento el décimo día—condujeron al **exitus letalis**. Es interesante anotar la diferencia que se aprecia en la radiografía de tórax que aparece normal, tomada cuando ingresó el enfermo y las lesiones anatómicas encontradas en los pulmones 48 horas después, lo que demuestra que, a pesar de la medicación antibiótica, las metástasis sépticas continuaron implantándose en muchos órganos. Las restricciones sentimentales impuestas por la familia del fallecido no permitieron abordar el cerebro, privándonos de comprobar lesiones en este órgano.

Orientaciones de la Clínica Moderna

Conferencia sustentada el 28 de Setiembre de 1949 en la Sociedad Médico-Quirúrgica.

> En realidad, una vez que se haya llegado a comprenderlo cabalmente, el término medicina psicosomática ya no tendrá razón de ser, pues sus dos partes habrán quedado implícitas en la palabra medicina. (Weiss y English).

El ejercicio de la medicina en la época actual va tomando perfiles característicos, tan exclusivos, como no deben haberse marcado en otros tiempos, ni siquiera cuando las investigaciones emprendidas culminaban en aportes invalorables para la depuración de la ciencia. Paracelso, el sabio alquimista y audaz innovador suizo; Harvey, cuyas comprobaciones acerca de la circulación de la sangre abrieron rutas fisiológicas hasta entonces no previstas; Pasteur, el magnífico y nunca bien ponderado ilustre intruso; Lister, cuyas directivas en antisepsia marcan toda una época; Virchow, creador de la patología celular; Ramón y Cajal, el histólogo por antonomasia, pensador y poeta por temperamento, y tantos otros servidores abnegados de la humanidad, lograron adquisicio-

nes que modificaron conceptos básicos, fundamentales en el orden científico y condujeron a la creación de técnicas apropiadas para utilizar y materializar los resultados positivos que se desprendieron de esas innovaciones, que revolucionaron la estructura de la medicina clásica y permitieron que la patología ganara considerablemente en exactitud y extensión. Se fueron individualizando algunas infecciones indebidamente asimiladas a las ya reconocidas, y de este modo formaron cuerpo aparte las fiebres paratíficas, las rickettsiosis, la brucelosis, la salmonelosis. Las septicemias fueron correctamente clasificadas de acuerdo a los innumerables gérmenes que pueden producirlas. La tuberculosis, analizada con prolijos y perseverantes métodos, fué objeto de una definición especializada que, al desmembrarse parcialmente de la clínica interna, se afianzó sobre bases propias, despojándose también de innumerables procesos que arbitrariamente se le habían atribuído, ayudando así a reconocer y situar en nuevos casilleros a la bronquiectasia, al extenso grupo de las micosis pulmonares, las neumoconiosis, la sarcoidiosis y tantas otras neumopatías. Los cánceres, dentro del misterio etiológico que aún los envuelve, merced a los estudios anatómicos y a los ensayos de reproducción experimental, se colocaron en grupos histológicos razonablemente ordenados.

Pero si la anatomía, la fisiología y la patología se conformaban a nuevos moldes, la clínica en sus aspectos tradicionales no sufría cambios importantes con estas adquisiciones; pues, aun cuando se descubrían y apreciaban con más justeza los mecanismos etiopatogénicos, se tomaban arbitrios epidemiológicos más adecuados y se instruía en forma más eficiente al personal médico, apenas si se abría promisorios cauces para ensayar procedimientos terapéuticos, más o menos fundamentados.

La neumonía continuaba evolucionando, mejor controlada y atendida, en el conocido y, hasta hace poco, inmutable lapso de un septenario; no había manera de acortar la marcha prolongada de las infecciones eberthianas, si bien se consiguió atenuar un tanto su propagación y modificar satisfactoriamente las atenciones que requerían sus diversas complicaciones. El tétanos, el sarampión, la coqueluche, la peste, el tifus exantemático y el resto de enfermedades infecciosas, apenas si eran desviadas de su curso fatal, muchas veces funesto.

La etapa curativa, es decir, la verdadera y única finalidad de los estudios profesionales, no avanzaba paralelamente a esos cambios logrados en la nosología. Es sólo en las dos últimas décadas que se manifiesta el empuje vigoroso y espléndido de la terapéutica que, resolviendo muchos de los problemas que parecían inaccesibles, y creciendo día a día en forma impredeciblemente rápida y certera, va borrando considerables extensiones del panorama clínico o modificándolas a tal punto, que los textos de patología del futuro consignarán breves resúmenes de lo que eran la fiebre tifoidea, las rickettsiosis, la neumonía y las neumonitis an-

tes de la era de los anti-infecciosos modernos y de los antibióticos; y muy pronto se hablará de gran número de afecciones, como se mencionaba la sífilis antes de la última guerra en muchos países de Europa, cosa que designa actualmente al paludismo, con el calificativo de enfermedad agonizante próxima a ser extinguida.

Y como consecuencia de la labor conjunta de la medicina preventiva y de la formidable ayuda proporcionada por la terapéutica moderna, en permanente y progresista desarrollo, continuarán operándose modificaciones definitas en la clínica del mañana, que habrá perdido un porcentaje calculable, pero no precisable aún, de entidades patológicas, antes comunes y triviales. Se habrán atenuado también las consecuencias y secuelas derivadas de muchas infecciones sobre el porvenir del paciente. Para hablar sólo de algunos casos, no consideraremos más a la sífilis como factor primordial en la etiología de ciertas enfermedades vasculares; perderán importancia las anginitis en la génesis del parkinsonismo; no se intuirirá con empeño los antecedentes de infecciones focales para atribuirles la responsabilidad de las glomerulonefritis; y en el vasto y no delimitado campo de la alergia se especulará con mayor sindéresis y raciocinio antes de hablar de sensibilizaciones bacterianas, y se interpretará con más exactitud lo referente a causas etiológicas o provocadoras de la fiebre reumática, de los reumatismos infecciosos y de las artritis crónicas.

Pero estas ganancias obtenidas en un sentido, computables al constatar que en los últimos años muchas enfermedades infecciosas han perdido su puesto entre las diez causas de mayor mortalidad; estos saldos favorables, no significa que el volumen de consultas tienda a disminuir o mejor dicho, que rebaje el número de pacientes. Podríamos decir que ocurre justamente lo contrario, pues si por un lado las enfermedades infecciosas inician un descenso apreciable en su volumen, por el otro los trastornos funcionales, las clasificadas como distonías neuro-vegetativas, las neurosis, las psicopatías e infinidad de trastornos que parecen no obedecer a causas lesionales, aumentan considerablemente e invaden no sólo el cada vez más limitado campo de la clientela privada, sino también los consultorios y centros asistenciales dependientes de las Cajas del Seguro y Previsión Social, y se manifiestan ya, como factores numéricos apreciables en los dispensarios y hospitales de las Casas de Beneficencia.

No ha disminuído, pues, la cantidad, pero se ha modificado la calidad de los consultantes, diferencia no tan apreciable aún entre nosotros, pero que inevitablemente nos irá llegando y la sentiremos en un futuro no muy lejano, si conseguimos batir con más celeridad y eficacia el remanente, grueso aún, de nuestras enfermedades infecciosas y parasitarias, como lo han logrado ya muchos otros países y a medida, también, que los verdaderos problemas económico-sociales graviten más pesadamente en el convivir de nuestras colectividades. Entonces, experimentaremos las referen-

cias que nos llegan de otros pueblos que, sacudidos profundamente en los requerimientos indispensables para la vida, sufren permanentemente esa tensión nerviosa que los mantiene angustiados y alertas hacia el mañana, preocupados por encontrar los medios de protegerse contra las inseguridades de los recursos para subsistir. Cuando la incapacidad para trabajar afecte a gruesos núcleos humanos y el desempleo se propague con tonalidades de epidemia; cuando otros factores dependientes del medio ambiental y de las relaciones internacionales nos coloquen también en constante expectación e incertidumbre frente al porvenir, comprobaremos que la clínica ha experimentado, también en nosotros, cambios trascendentales.

Las modificaciones se marcan ya de manera inconfundible, y los capítulos de patología dedicados a los desórdenes mentales, trastornos neuro-psiquiátricos y perturbaciones del sistema nervioso autónomo, están enriqueciéndose con nuevas y documentadas descripciones de curiosos y hasta hace poco desconocidos síndromes; los disturbios de carácter degenerativo ligados, muchos de ellos, a perturbaciones circulatorias, son objeto de concienzudas revisiones y ampliaciones. Antes de que se acentúen y tomen cuerpo tales cambios en la clínica fisiopatológica, debemos familiarizarnos con estas disciplinas que vienen a constituir una especulación filosófica en los campos de la biología, procurando, eso sí, no dejarnos absorber por los conceptos de una metafísica extremadamente elevada, que resultarían inaplicables en el dominio práctico del ejercicio profesional, pues que al remontarnos a disquisiciones abstractas y complicadas, nos despreocuparíamos por encontrar los resultados aprovechables por nuestros enfermos.

Las posiciones de intransigencia extremista conducen al final, a resultados improductivos. Debemos, pues, apartarnos de conceptos que nos lleven por caminos de especismos riesgosos. Al expresarnos de esta manera queremos significar que no pretendemos insinuar que la clínica del futuro será esencialmente o quizá exclusivamente de carácter neurológico o psiquiátrico. No hemos llegado a imaginar, ni queremos predecir que después de poco tiempo el mundo será un inmenso sanatorio manicomial. Nuestra verdadera intención es realzar la importancia creciente de los factores emocionales, afectivos, o psicógenos en la fisiopatología de innumerables conjuntos sintomáticos, con mayor razón de aquellos que O. Schwarz denomina **organoneurosis**, y promover a que el criterio del clínico moderno no se resienta por la falta de ese primordial elemento de juicio constituído por la personalidad del paciente. Que nuestros discrímenes clínicos no merezcan la punzante censura expuesta por Garrison en su **History of Medicine**, cuando declara que el error fundamental de la ciencia médica medieval, señalado originalmente por Guy de Chauliac y esclarecido por Allbutt, reside en el divorcio de la clínica y la cirugía. Bien podría haber añadido que el error fundamental de la ciencia médica moderna consiste en el divorcio entre aquella y la psiquiatría. La juste-

za de estos párrafos es indiscutible, y al citarlos Weiss y English, agregan: "así como hoy criticamos al médico que llamase malaria a todas las fiebres, así también hemos de criticar al médico que mañana señalase vagamente los factores nerviosos de una enfermedad, sin intentar comprender realmente la situación psicóptica del enfermo".

Hamman escribió con profunda comprensión acerca de este tema. "Cuando yo era estudiante, el curso de psiquiatría consistía en unas clases sobre demencia y en la presentación de enfermos con groseros trastornos del pensamiento y de la conducta. No tenía el menor interés por la materia, y los enfermos me perturbaban y confundían, de modo que me sentía muy aliviado al concluir el curso, sin soñar que tendría ocasión de aplicar lo que acababa de escuchar y observar. Decidí, de una vez por todas, no tener nada más que ver con la psiquiatría, y por desgracia mantuve tenazmente esta determinación. En realidad, sin la sustento en lo que se refiere al sector que entonces consideraba como dominio de la psiquiatría. Digo que esa determinación era infortunada, pues me impidió comprender cuál era el verdadero campo de la psiquiatría y me cegó a tal punto que hubieron de pasar muchos años hasta que vislumbré por fin la posibilidad de su aplicación fructífera a los problemas prácticos de la medicina cotidiana..."

Para ponernos a tono con las modificaciones operadas en el terreno de la patología aplicada, no es necesario que realicemos esfuerzos inauditos para aprender nuevas y complicadas técnicas de exploración clínica, ni que verifiquemos gastos ingentes para adquirir costosos instrumentos de precisión. Nos bastará con utilizar, con más lógica y eficiencia, nuestros conocimientos de patología, remozándolos con los resultados de la fisiopatología experimental emanados de investigadores reputados y responsables. Interesémonos por conocer más acerca de Golz, Sherrington y Magnus, de Claude Bernard, de Sechenov, de Houssay, de Best, Taylor y tantos otros cultivadores de esta ciencia básica; de cirujanos fisiólogos como Leriche, y sobre todo procuremos obtener la mayor información posible acerca de Pavlov y su fecunda escuela, cuyos trabajos no han sido todavía suficientemente explotados en sus múltiples aspectos de utilización práctica.

Además, aprendamos a sacar el inmenso rendimiento que puede darnos uno de los elementos de exploración más antiguo y al alcance de todo médico: la anamnesis, y recordemos que en gran parte el merecido prestigio de que goza la clínica alemana se debe a la maestría y de reverencia con que sus grandes figuras. Weizsaecker, entre muchos otros, han empleado y difundido entre sus alumnos este recurso inestimable.

Pero no es solamente a base de innumerables y desordenadas preguntas disparadas a manera de ametralladora incontenible que obtendremos una anamnesis utilizable para fines de diagnóstico. Descartando el factor negativo debido a la poca cultura o tal

vez despreocupación o poco interés de parte del paciente, hay algunas circunstancias, inherentes al médico que deben ser superadas y la principal, sin duda, es la de pretender que el enfermo conozca mucha medicina y se sitúe en el mismo plano educacional que nosotros, para poder realizar una tarea sencilla, rápida y completa. Quisiéramos que el sujeto nos respondiera con presteza y exactitud; que se esforzara por dar contestaciones rotundas y precisas, que nos ahorrarían, quizás, el trabajo mental de interpretarlas. Desearíamos muchas veces que el enfermo no se saliera de nuestro cuestionario que, a menudo, es concebido con ciertos prejuicios; ansiaríamos la respuesta corta y breve que confirmara nuestras presunciones, que en tantas ocasiones resultan equivocadas. Debemos acusarnos más de una vez de no insinuar y quizás de no permitir que el paciente se explaye detalladamente, olvidándonos que nada mejor para percibir el estado anímico del individuo que dejarlo hablar o leer con atención lo que nos escribe. Subestimamos esas declaraciones espontáneas que, conducidas con calma, podemos manejar a nuestro antojo, y que constituyen caudales inagotables de información, las cuales servirán para establecer las piedras angulares del psicoanálisis.

No nos impacientemos cuando el afligido enfermo se disponga a leernos una larga lista de síntomas que con tanta ansiedad y esperanzas ha preparado. Esos escritos nos darán una impresión valiosísima, pues de ordinario corresponden a individuos amnésicos, abúlicos, hiperbólicos en sus expresiones, e hiperestésicos; nos muestran, como pocas cosas, lo que el paciente está ansioso por decirnos y confesarnos; son esbozos de psicoanálisis, destellos de esa parte anímica que el mismo sujeto ignora o desconoce. No olvidemos que los minutos invertidos en un interrogatorio hábilmente conducido, y por ende, productivo, viene a ser como esos dineros aparentemente ociosos y que sin embargo proporcionan réditos invisibles altamente substanciosos y aprovechables. El que más pregunta más conoce, dice un proverbio japonés, y podríamos agregar que yerra menos.

Salgamos, pues, de nuestra torre de marfil y penetremos en la órbita de los pacientes; midamos el desnivel que debe existir entre el que se empeña en hacer una encuesta con ribetes de precisión técnica y el hombre que unas veces cree que el médico puede adivinar sus sufrimientos, y otras trata de hacernos comprender en términos tal vez inapropiados, pero que pretenden expresar las sensaciones que padece, sensaciones tan variadas, aunque obedezcan a causas similares, como variados y diversos son los tonos y modalidades de la voz, aunque el fenómeno de su emisión se opere en todos los individuos de la misma manera. Esforcémonos por interpretar ese lenguaje escueto de que se vale el obrero rudo y sin dialéctica para explicar su dolor de cabeza, como el alambicado y sutil que empleará la jovencita pudorosa para explicar las cefalalgias que le acometen siempre en determinada época. De esta manera habremos

marcado los primeros hitos en el laborioso proceso de investigación que puede allanarnos considerablemente las dificultades del diagnóstico.

Cumpliremos así lo que nos recomienda Hipócrates, lo que nos recomendaron los maestros dados los tiempos, aquello que nuestros buenos profesores nos quisieron inculcar y que despreocupadamente hemos subestimado; emprenderemos un neo aprendizaje de la medicina integral; y siguiendo el camino trazado en Alemania por Freud, Krehl, Siebeck y von Weizsaecker; en Francia, Italia, España, Estados Unidos, Argentina, por Laignel-Lavastine, Ferrio, Frugone, Jiménez Díaz, Marañón, W. Osler, Walter C. Alvarez, Dunbar, Mariano Castex, Mira y López y muchos más, tendremos que convenir en que la medicina lógicamente aplicable al ser humano es aquella que juicia el problema físico y lo relaciona con el complejo psíquico, animador único y absoluto de todas las modalidades reaccionales de la economía, desde la más sencilla e inocente como el acto de estornudar, hasta las más complicadas que intervienen en los polisintomáticos cuadros patológicos del sistema cerebro espinal. Esta es la denominada medicina psicosomática, que no es una novelería ni una cuestión a la moda, sino la interpretación cabal de toda patología humana individual no física considerable mente agudizada hasta la muerte vivida individual psíquica, en una palabra, la realización de una medicina de conjunto en la que cada caso es un ente que sufre y no sólo un número estadístico inanimado, impersonal y agnóstico.

El estudio integral del paciente comprende, pues, el examen físico y las investigaciones químicas, bacteriológicas, radiológicas y de cualquier orden, indispensables para aclarar y ratificar conceptos; y el reconocimiento de la personalidad del individuo, que tiene tanta o mayor importancia que los análisis de laboratorio.

No digamos que este concepto aparentemente snobista corresponde a la medicina del mañana, puesto que medicina psicosomática, sin aplicarle este epíteto, han realizado desde tiempo inmemorial y continúan realizándola los buenos clínicos del universo. Es la misma que hemos olvidado insensiblemente cuando nos hemos deslumbrado irreflexivamente ante los resultados muchas veces efectistas que se obtienen con el examen físico e instrumental rutinario, aparentemente completo y equivocadamente integral, ensayado en grandes masas humanas. Esos métodos de examen que, en realidad, muchas veces proporcionan datos no previstos y hasta desconcertantes, no deben ser criticados de modo destructivo, pues llenan un objeto, entre otros, y han cumplido también una finalidad, ya que hemos aprendido a conocer multitud de relaciones patológicas en el mismo individuo que antes sólo podían lograrse cuando se alcanzaba a practicar la necropsia. Nos han descubierto también con bastante precisión debido al elevadísimo número de investigaciones, que muchos datos radiológicos y de laboratorios, que antes eran mirados como dudosamente patológicos, do-

ben ser considerados como definitivamente fisiológicos o de patología intrascendente.

Excesivamente cáustico se nos presenta Weiss, aunque no del todo apartado de la verdad, cuando dice: "Es sorprendente a cuánto asciende el costo de estas exploraciones supérfluas efectuadas en el hospital, sin que ello signifique que los casos de consultorio sean menos onerosos. A nuestro juicio, se aproxima el día en que consideraremos las voluminosas historias clínicas de estos enfermos, como también a ese **enfoque polifísico**, con el mismo regocijo y menosprecio que actualmente nos produce la polifarmacia de una época superada en la historia de la medicina".

Estos sistemas tan elogiados por algunos observadores son objeto, en sus interpretaciones finales, de precisas limitaciones y juiciosos razonamientos de parte de los mismos médicos que las utilizan, pero que comprenden muy bien que estos **chequeos** ni son integrales, ni son completos si se los desvincula de la personalidad del **chequeado**, porque sólo contemplan una parte del aspecto físico (muy circunscrito por cierto), abordando apenas algunos aspectos funcionales, y no captan nada de lo que se refiere a lo anímico, lo emocional, lo afectivo, lo que podemos llamar substancialmente humano. Los mismos clínicos que propugnan estos procedimientos advierten, cada día con más frecuencia en sus publicaciones, que la medicina resultante de estos sistemas de exploración y análisis, continúa llenando un objetivo determinado, pero la negatividad de los resultados obtenidos no sólo no excluye definitivamente la existencia de enfermedad orgánica, sino que debe inducir a buscar otras fuentes de información, otras evidencias que sólo pueden adquirirse por los caminos de la medicina psicosomática y de la neuropsiquiatría.

* * *

Es oportuno que hagamos ahora algunas reflexiones acerca de lo que podríamos llamar el límite de lo funcional y el comienzo de lo orgánico, y desde ya queremos adelantar que el razonamiento será ponderado y parco para no dejarnos llevar hacia el criticable extremismo, que hace poco hemos censurado, sentando, eso sí, que buen número de afecciones orgánicas se inician con disturbios sin base lesional.

Entre las causas de mayor morbilidad y mortalidad se menciona actualmente, en los países de densa población y acentuados problemas económico-sociales, a los trastornos cardio-vasculares, y de un modo más preciso a la hipertensión arterial, cualquiera que sea su mecanismo etiopatogénico. Conocemos la extraordinaria labilidad cardio-vascular frente a las emociones, que en determinados temperamentos adquiere carta de naturalización, exponiendo a quienes la padecen a perturbaciones que pueden recorrer una am-

plia escala que abarca desde las sencillas manifestaciones vasomotoras cutáneas, incluyendo el rubor facial, las urticarias no alérgicas, el estrófulo y tantas más, hasta los severos accidentes de angor pectoris e ictus cerebral. Por otra parte, ciertas modalidades clínicas emocionales de constricción arteriolar, al principio fugaces, van conteniéndose progresivamente en sucedáneas y dés en permanentes marcándose a la fin a sintomatología estable la hipertensión juvenil denominada pálida por hard, Gutt y colaboradores, y esencial por los investigado norte americ. Innumerables esfuerzos se han hecho y continúan realizándose para encontrar argumentos experimentales suficientemente sólidos que autoricen asignar a la totalidad, o por lo menos a la generalidad, de estos casos una etiología renal, por haberse evidenciado la disfunción de los riñones en el decurso evolutivo de estos pacientes, pero hasta ahora no se ha llegado a comprobar que sea realmente la perturbación del funcionamiento renal el primum movens de esta enfermedad. Ello sumado a presumirse que toda hipertensión pálida termina en nefropatía, cuando accidentes cardíacos o cerebrales no impiden este obligado final. Se ha llegado, eso sí, a comprobar isquemias que comprometen buenas extensiones de elementos glomerulares, y se ha podido reproducir esta isquemia por medio de ingeniosos artificios de laboratorio, logrando también modificarla o hacerla cesar empleando mecanismos contrarios. Estos hechos atestiguan, pues, la existencia de un factor vascular constante, difundido por toda la esfera arteriolar, que se lo comprueba estudiando el fondo de ojo y todos los tejidos asequibles a esta clase de observaciones; fenómeno solitario de vaso constricción que en el devenir del tiempo producirá hipertrofia de la túnica muscular de las arteriolas y que, por su persistencia, perturbará el riego sanguíneo de los órganos, engendrando claudicaciones que siendo inicialmente transitorias terminarán por producir daños en las vísceras, promoviendo, al mismo tiempo, los equilibradores mecanismos de compensación.

Este período más o menos prolongado de vasoconstricción arteriolar pura está [illegible] mente y [illegible] por las glándulas de secreción [illegible], que [illegible] en [illegible] hormonas específicas sobre todas y cada una de las funciones orgánicas, bajo la vigilancia y coordinación del sistema neuro-vegetativo, el cual, si por motivos diversos: emocionales, ambientales, tóxicos, psicógenos, ha perdido su equilibrado dominio, no podrá llenar sus precisas y delicadas tareas, e incurrirá en fallas, que repercutirán de inmediato sobre la eficiencia y armonía de los órganos de la vida vegetativa.

Por otra parte, consideremos que el sistema vago simpático, cuyas actividades básicas y generales son indudablemente autónomas, está íntimamente vinculado y subordinado al nervioso voluntario y de la vida de relación, que por intermedio de la corteza cerebral ejerce permanentemente su vigilancia inaparente, pero que ocasionalmente se manifiesta de modo por demás impositivo.

Tenemos, pues, de esta manera un triángulo formado por cerebro, sistema neurovegetativo y glándulas endócrinas, cuya interdependencia e interacción contribuyen, con intensidades y alcances un tanto diferentes, a la perfecta regulación de las funciones psíquicas, motrices y viscerales, poniendo en juego innumerables mecanismos metabólicos — muchos desconocidos — de intercambio electrolítico, coloidal y humoral en el medio interno.

No es difícil, entonces, comprender y aceptar que las perturbaciones originadas en el cerebro, el comando superior, que no declina jamás de manera absoluta sus atribuciones, sino que las delega para que sean más prolija y minuciosamente cumplidas por sus organismos subalternos, provoquen interferencias de magnitud y duración variables en los órganos y sus sistemas de nutrición, perturbaciones que al principio podrán ser reversibles, pero que de persistir o aumentar su intensidad, ocasionarán cambios estructurales con mengua definitiva de las funciones.

Pavlov y sus colaboradores, al comprobar experimentalmente muchas presunciones emanadas de la observación pura, han marcado las estrechas relaciones que acabamos de resumir, y el análisis del mecanismo como se operan los reflejos condicionados, define claramente los rasgos principales de la unidad que existe entre los diversos sectores de la red nerviosa de la economía y su agregado indispensable, el sistema de glándulas de secreción interna. Los estudios realizados con posterioridad por el mismo Pavlov acerca de las neurosis y perturbaciones mentales, logradas experimentalmente en perros, han sido en gran parte trasladados a la clínica humana, corroborando así lo que acabamos de expresar.

Hemos mencionado preferentemente las alteraciones cardiovasculares como ejemplo de perturbaciones sucedáneamente funcionales y orgánicas, por la importancia quod vitam que le compete. De allí el tacto sutil y la habilidad extremada que tendrá que poner el médico devotamente al servicio de estos pacientes, para no despertar en su psiquismo, ordinariamente hiperestesiado por las sospechas o los temores de padecer una enfermedad severa, motivos de preocupaciones más hondas, sin que por eso omita las advertencias necesarias a él o sus familiares.

La patología endocrina inicia muchas veces sus manifestaciones clínicas con motivo de choques emocionales violentos. Son bien conocidos los casos de hipertiroidismo, aún de enfermedad de Graves-Basedow, que comenzaron a raíz de situaciones de terror o de conflictos sentimentales; nadie ignora que las crisis de hiperglucemia son episodios frecuentes en los diabéticos, cuando sufren perturbaciones psíquicas o afectivas de cualquier orden. De la misma manera se producen crisis hiperinsulínicas con descensos inquietantes de la glucosa sanguínea en personas, especialmente mujeres jóvenes, constitucionalmente predispuestas.

En relación con las perturbaciones del cerebro en sus actividades fundamentales, resultaría inacabable la enumeración de

cuadros patológicos desencadenados por las impresiones, disgustos y preocupaciones: basta mencionar los síndromes de hiperideación, locuacidad, afasia, amnesia, insomnio como los más comunes en la clínica emocional.

Las lipotimias, la palidez súbita con astenia circulatoria periférica, que se observan con motivo de noticias infaustas, por la visión de escenas desagradables y a veces por la percepción de olores molestosos; la inhibición momentánea, que a veces termina en definitiva, del corazón, no son otra cosa que manifestaciones de desarmonía y defectos de equilibrio entre los diversos sectores que intervienen en las funciones anímicas y neurovegetativas, y son demostraciones fehacientes de la sinergia fisiológica comprobada por Pavlow.

Si nos detuviéramos a comentar los aspectos patológicos funcionales que se observan en el tramo digestivo, anotaríamos hechos por demás curiosos y de apariencia turbadora: tal ocurre con esos síntomas engañosos de ulcus duodenal que, a veces, no son sino la voz de alerta lanzada por un cáncer uterino completamente mudo en sus síntomas propios; o con esas falaces colecistitis que se presentan con caracteres [illegible] frentemente indiscutibles y que corresponden en realidad [illegible] so de coronariitis crónica; o la disfagia tenaz y persistente que durante mucho tiempo ha constituído el lenguaje único de un cáncer rectal. Pero junto a estos casos trágicos, es en el tubo digestivo donde podemos encontrar más riqueza de síntomas funcionales y más profusión de síndromes banales en enfermos imaginativos o fácilmente emocionables, ya que el tracto gastro-intestinal es, de todos los sistemas, la vía más frecuentemente utilizada por las emociones para manifestarse. La aerofagia y los gases del psicópata; la angustia epigástrica dolorosa de los asmosos; las pseudo-apendicosos disturbios o vários; las diarreas desencadenadas por ingratas y otros desórdenes digestivos son hechos por demás conocidos acerca de los cuales insistiremos en otra oportunidad, con la necesaria amplitud.

En lo que se refiere a enfermos neurósicos o imaginativos con sintomatología impresionante, que induce a considerarlos como primordialmente orgánicos, [illegible] el reciente ejemplificativo estudio efectuado en la Clínica Mayo, donde Macy y Allen analizan las historias clínicas de 235 enfermos diagnosticados unos seis años antes como estados de agotamiento nervioso crónico, partiendo de la premisa de que, si el cuadro clínico observado en el primer examen obedecía realmente a alguna enfermedad orgánica oculta, ésta siempre se revelaría en exámenes repetidos durante varios años. Con este criterio el diagnóstico del agotamiento nervioso resultó ser correcto en el 94 por ciento de los casos, de modo que al menos esta enfermedad funcional no obedece a trastornos orgánicos. De paso es interesante señalar que 200 de estos enfermos habían sido sometidos a 269 intervenciones quirúrgicas en total. Al comentar es-

tos hechos, Walter C. Alvarez, de la misma Clínica, con cierta mordacidad, declara que el mejor servicio que se le puede hacer a enfermos de esta clase es mantenerlos alejados de los departamentos de cirugía.

Las consideraciones que acabamos de revisar y las innumerables evidencias de que en todos los síndromes patológicos intervienen, en proporciones diversas, factores psíquicos y somáticos nos conducen a especular ya en aspectos prácticos, y plantear un interrogante muy sugestivo: ¿Existe la necesidad utilitaria imprescindible de diferenciar precozmente, con pulcritud exhaustiva, si los síntomas corresponden a perturbaciones funcionales o a alteraciones orgánicas? Según los hechos observados, nos parece que el verdadero interés radica en poder reconocer la participación proporcional que la producción de los síntomas corresponde a lo psíquico y al soma; de este modo podremos, con discreta invalidad, marcar la terapéutica y el pronóstico inmediatos que, naturalmente, difieren para cada grupo etiopatogénico. La verdadera condición de la persona enferma será establecida cuando en el decurso de la evolución clínica, se puedan precisar la intensidad y alcances con que han intervenido cada grupo de acciones: anímicas y físicas, en el mantenimiento de la situación patológica. Por tanto, debemos juzgar como optimismos criticables por prematuros, los diagnósticos emanados de observaciones incompletas, que pueden plantear responsabilidades inexcusables para quienes las formulen.

Frolov comenta el asunto en los siguientes términos: "No obstante, estos dos grupos de alteraciones en la actividad orgánica, el primero, dependiente de un estado patológico de los órganos corporales y, el segundo, originado por desórdenes de la actividad de los centros nerviosos superiores, han permanecido, hasta hace muy poco, escasamente conectados entre sí".

"En parte, esta falta de relación, que se refleja adversamente en los resultados del tratamiento de las neurosis como enfermedades funcionales, ha dependido del hecho de que los médicos —insuficientemente informados de las relaciones existentes entre ambos grupos de procesos—, han puesto al uno en contraste con el otro, en vez de buscar la unidad subyacente a sus aparentes contradicciones. Esta unidad de funciones debería atraer especialmente la atención hacia el organismo humano, en el cual la actividad de la corteza cerebral predomina sobre todas las demás funciones en mucha mayor medida de lo que lo hace en el resto de los animales".

* * *

Hemos procurado trazar solamente los principales rasgos del problema médico actual, insistiendo apenas sobre los cambios de directivas necesarias en la preparación de los profesionales, para que se capaciten de modo apropiado a las labores por cumplir. El esfuerzo es árduo, pero ya ha sido acometido vigorosamente en

muchas escuelas de medicina de otras naciones, y aun cuando nosotros no podamos seguir paso a paso esas modificaciones, es necesario que en las cátedras y en las sociedades científicas del país se hable a menudo de las futuras normas de vida profesional, para que los jóvenes graduados no se sorprendan ante el panorama que imprevistamente se les presenta, exponiéndolos a lamentables y difícilmente remediables preterriciones, que sumadas a las que se derivan de la incesante y progresiva socialización de los servicios médicos, les restará oportunidades y facilidades para actuar de acuerdo a la categoría y privilegios inherentes a nuestra profesión. No pensamos, ni por un momento, que las ideas básicas de la medicina social son inadmisibles. Precisamente estamos convencidos de lo contrario, pero su forma de aplicación y sus beneficios para los médicos y los afiliados están bastante lejos de lo que debe esperarse de esta plausible obra social; y estas deficiencias serán más notorias cada día, si en concordancia con los conceptos que hemos expuesto, no se toman arbitrios adecuados para que el médico pueda dedicar a cada paciente el tiempo necesario para entenderlo y estudiarlo. Algunas naciones experimentan ya graves disconformidades con este sistema de trabajo de **tantos enfermos para cada médico, y tantos minutos para cada paciente.** Las primeras protestas que hemos leído vienen de Inglaterra, país cuya organización socializada está superándose cada día, y por eso los médicos de las diversas agrupaciones y sociedades, en una exposición presentada hace poco ante las directivas, se manifiestan bastante descontentos con las normas y regulaciones impuestas.

La esencia de esta disertación puede resumirse en el antiguo y conocido aforismo "no hay enfermedades sino enfermos" que, para ritmarlo con la inquietud psíquica del momento, puede modificárselo diciendo "que en la observación e interpretación de los hechos clínicos se debe anteponer el concepto **personalidad del paciente** al de enfermedad".

El Lupus Exantemático Diseminado, considerado como enfermedad general

Comunicación preliminar presentada a la Sociedad Médico Quirúrgica del Cuzco el 9 de Noviembre de 1929.

Dr. G. A. FASSIO

Dr. FRANCISCO MARENGO,
Jefe del Servicio de San Gabriel

Este corto trabajo tiene por objeto llamar la atención acerca de una entidad patológica de la que hasta ahora no tenemos noticia que se haya hecho mención, de manera oficial, entre nosotros. Nos referimos a la que con los nombres de **lupus exantemático, lupus eritematoso diseminado, síndrome de Libmann-Sacks, granulosis rubra-nasi, escrofulide eritematosa** y muchos **más**, ha sido estudiada desde hace mucho tiempo por los dermatólogos solamente, pero que en épocas posteriores y gracias a observaciones más prolijas y reiteradas, sobre todo en sus formas agudas y sub-agudas, ha despertado el interés de los clínicos, quienes le conceden ahora la importancia que realmente tiene y la estudian como una de las enfermedades más curiosas y polimorfas, acerca de cuya patogenia y en particular, de su individualidad etiológica, nos ha establecido nada que pueda ser considerado definitivo.

Parece que se trata de una enfermedad infecciosa cuya naturaleza, no explicada todavía, le da cierta afinidad con las púrpuras primitivas (hipoplaquetosis y fragilidad capilar); la aproxima también a los factores leucemioides —formas aleucémicas— por la poliadenia, la esplenomegalia, la anemia y los trastornos vasculares, si bien se acompaña de leucopenia y ausencia de elementos inmaduros; manifiesta también mucho parecido con la enfermedad reumática (predilección por las articulaciones y el corazón); recuerda, asimismo, en ciertos episodios evolutivos, a las sepsias crónicas y endocarditis lenta permanente (repuntes febriles no cíclicos con acentuación de los signos cardiovasculares y las artralgias); por último, evoca persistentemente la idea de una sensibilización particular de las membranas mucosas y de la piel, por las manifestaciones pápulo erosivas, que se localizan preferentemente en los carrillos y en las encías; y en las manos, antebrazos, la cara y la frente, revistiendo, en estos sitios, un aspecto muy sugestivo que recuerda algunas dermopatías tuberculosas.

Puede decirse que esta afección participa de la sintomatología de muchas enfermedades bastante bien individualizadas y que, al apropiarse de esas manifestaciones, las agrupa y expone de manera peculiar, originando cuadros sindrómicos un tanto desiguales en cada uno de sus prolongados y repetidos episodios, lo que consti-

huye uno de los aspectos más característicos de este mal. Es una enfermedad reputada, hasta ahora, incurable o por lo menos poco influenciable por la terapéutica, como ocurre con la mayor parte de las enfermedades con las cuales tiene similitud; y, sin embargo, se aparta de éstas porque su marcha casi nunca es rápida (como gran número de leucemias), ni origina localizaciones frecuentes y precoces (como sucede con la enfermedad de Bouillaud y las sepsis crónicas), ni conduce desde los primeros momentos a esa premiosa e inminente gravedad, como en las púrpuras malignas o recidivantes. Y lo que es más inexplicable, y tal vez exclusivo, es que en "las necropsias no se encuentra lesiones suficientemente extensas y profundas en los órganos nobles que expliquen la defunción" (Cecil).

Si bien hemos recurrido a toda la información disponible en nuestras bibliotecas y en la del Hospital Luis Vernaza, no pretendemos hacer una exposición completa de la enfermedad. Ni siquiera podemos presentar demostraciones necrópsicas que, aun cuando podrían resultar insuficientemente comprobatorias, darían cierta base a nuestra argumentación; tampoco podemos congratularnos de que los nuevos antibióticos hayan determinado una regresión ostensible de la enfermedad o una modificación apreciable de sus síntomas. Con estas salvedades, sometemos hoy a la consideración de nuestros distinguidos consocios este caso que nos fué enviado, con los antecedentes y referencias necesarias, por los doctores Luis Rendón y Geza Fisch, de Quito, y que nos parece completo en su sintomatología y típico en su marcha. Y al presentar estos hechos, nos hemos inspirado exclusivamente en la conveniencia de denunciar, con el carácter de preliminar, una enfermedad ya identificada en otros países y que entre nosotros probablemente se la ha asimilado a otros estados patológicos.

C. G., de 17 años, procedente de Quito, lugar de su residencia, nos consultó por primera vez el 18 de Julio del presente año, dada por los colegas ya mencionados, con el siguiente resumen semiológico:

"Duración de la enfermedad: dos años, 7 meses. Historia patológica: sólo enfermedades propias de la infancia y ninguna otra digna de tomarse en cuenta.

Enfermedad actual.— Se inició hace dos años y medio, más o menos, traduciéndose por los síntomas siguientes: 1º)— Escoriaciones (con pérdida de la mucosa) dolorosas a nivel de la mucosa bucal, antes de las reglas; 2º)— Dolores articulares (rodillas, muñecas, interfalángicas); 3º)— Reglas irregulares, tanto cronológica como cuantitativamente; 4º)— Eritema simulando alas de mariposa a nivel de la nariz y mejillas. La misma clase de erupción a nivel de los párpados, codos y pulpejos de los dedos; 5º)— Adenopatía cervical; 6º)— Temperaturas tipo intermitente con una máxima de 38,5º.

El Laboratorio mostró: Leucopenia, trombocitopenia y una ligera anemia tipo hipocrómico. Radiografía pulmonar: normal.

Diagnóstico: LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO SUBAGUDO".

A estos datos agregaremos los resultados del examen físico que practicamos el primer día. La enferma de semblante pálido y ligeramente disnéica, caminaba con dificultad, debido a las artralgias de las rodillas y tobillos. Se manifestaba muy asténica y los familiares nos contaron que la crisis actual se había iniciado en Febrero, y con leves remisiones, persistía hasta ahora. La anorexia era casi absoluta y el insomnio persistente. En el dorso de la nariz había un eritema discreto, levemente escamoso, que se extendía hacia ambos pómulos y era más apreciable en la zona infraorbitaria derecha. Algunas manchas semejantes, pero muy pequeñas, vecinas al ángulo externo del párpado izquierdo, en el lado izquierdo del cuello y antebrazo derecho; además vestigios de lesiones similares en el pecho.

Ambas tonsilas presentaban criptas ocupadas por comedones de pus: en el carrillo izquierdo se apreciaba una lesión erosiva de dos centímetros de diámetro, policíclica, dolorosa al contacto y de aspecto poco activo.

El pulso era blando y depresible, latía 124 veces por minuto; la presión arterial era de 100-70. El corazón presentaba un eretismo marcado y ruido de galope: no se escuchaban soplos. La orina no contenía albúmina ni glucosa. La enferma pesaba 108½ libras.

Las diversas investigaciones ordenadas al laboratorista Dr. Julio Alvarez C., dieron los resultados siguientes:

JULIO 19

Examen de sangre
Hematíes 3'680 000 mm.c.
Leucocitos 6.050
Hemoglobina 11.5 grm.%
V. G. 0.95
T. sangría [illegible] min
T. coagulac. 11"
T de Protrombina: 15 segundos
Plaquetas: 99.320 x mm. cc.

Hemograma
Neutrófilos:
juveniles 0
cayados 3
segmentados 71
eosinófilos 11
basiófilos 0
linfocitos 14
monocitos 1
No malaria (g.g.)

Escasos normoblastos y discreta anisocitosis. No se han encontrado elementos inusuales que sugieran algún cuadro especial.

Eritrosed. (Cutler): 24 m. [illegible] 30 min.
28 m. [illegible] 60 min.

Calcemia: [illegible] milligr. %
Colesterinemia [illegible] milligr. %

JULIO 23

Examen de orina
No substancias anormales
Sedimento: [illegible] examen directo, leucocitos y hematíes; teñido con Gram: escasas bacterias bacilares.

Examen de sangre
Seroaglutinación de Widal:
Negativa en dilución desde 1 por 100 para Eberth H, Eberth O, Paratíficos A y B y Proteus Ox[illegible] y Ox2.

Exudado faríngeo
Expresión de amígdalas y examen microscópico de dicho material: bacilos fusiformes dominantes. No espirilos; grandes bacilos en cadena, posibles anaerobios; escasos diplococos catarrales; no estreptococos, estafilococos ni pneumococos.

JULIO 25

Examen de sangre
Hemocultivo: estéril
(sembrado el 19 de Julio).

El electrocardiograma no reveló nada importante.

Aceptamos desde los primeros momentos el diagnóstico establecido con anterioridad, no sin preocuparnos de encontrar, entre las afecciones que se le asemejan, otra respuesta etiológica, pero en vista del análisis metódico de la sintomatología y de las comprobaciones de laboratorio, así como del ningún beneficio obtenido con nuestros esfuerzos terapéuticos, tuvimos que admitir, que la paciente sufría una fase de reactivación de lupus erimatoso, el cual, por la intensidad y persistencia de los síntomas, había repercutido severamente sobre su estado general.

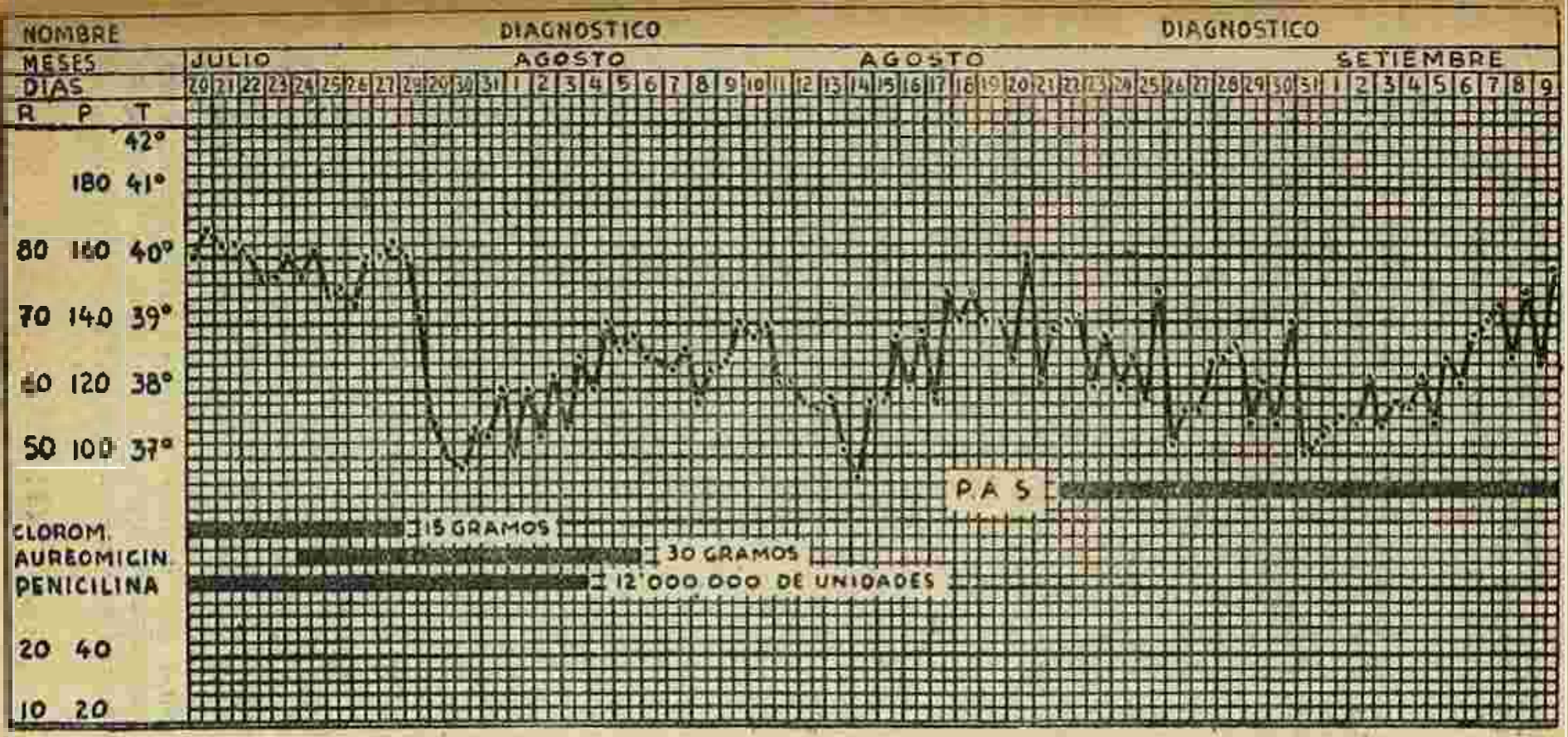
La temperatura, apreciable en las gráficas adjuntas, evolucionó en los primeros días de manera contínua, en meseta, sin observarse modificaciones lógicamente que pudieran ponerse por cuenta de la Cloromycetina de la Aureomicina, antibióticos que elegimos para iniciar la medicación, porque todavía no se los había administrado en las etapas precedentes del mal. Simultáneamente usamos diariamente un millón de unidades de penicilina durante 12 días. Después la curva térmica descendió en crisis, pero, sin descontinuar la medicación, la pirexia reanudó a poco su ascenso progresivo, estableciéndose en las semanas subsiguientes con remitencias e irregularidades, sin llegar no obstante a adquirir la persistencia y elevación que al principio.

Las condiciones generales de la enferma desmejoraron considerablemente, a pesar de que se atenuaron, hasta casi desaparecer, las adenopatías y las tumefacciones de las rodillas y tobillos. Los estimulantes cardiorrespiratorios fueron utilizados a menudo, porque la disnea, la taquicardia y la hipotensión arterial ocuparon, muchas veces, durante los primeros días, un lugar predominante en la sintomatología.

En las últimas semanas la temperatura decreció un tanto coincidiendo, tal vez, con la administración continuada durante 20 días, de 1 gramo diario de Dihidroestreptomicina por vía oral. Renació el apetito y reapareció el sueño. La paciente comenzó a caminar en casa y le recomendamos salir de paseo en automóvil, el 28 de Octubre. Desde entonces, hasta estos momentos, la fiebre permanece invariable, con décimos por las mañanas y ascensos vespertinos, alrededor de 38 grados. El peso más bajo que pudimos anotar fué de 80 libras; el peso actual es de 86 libras.

La evolución del hemograma y los recuentos globulares pueden ser estudiados en el cuadro adjunto. Nótese la recuperación progresiva de hemat, en tanto que la tasa de hemoglobina y de eritrosedimentación permanecen poco satisfactorias. El número de plaquetas ha aumentado, pero sin llegar a la cifra normal.

En resumen, la marcha de la enfermedad, desde Febrero hasta Octubre, se ha caracterizado por período alternos de severidad y de atenuación, habiendo alcanzado la máxima gravedad en



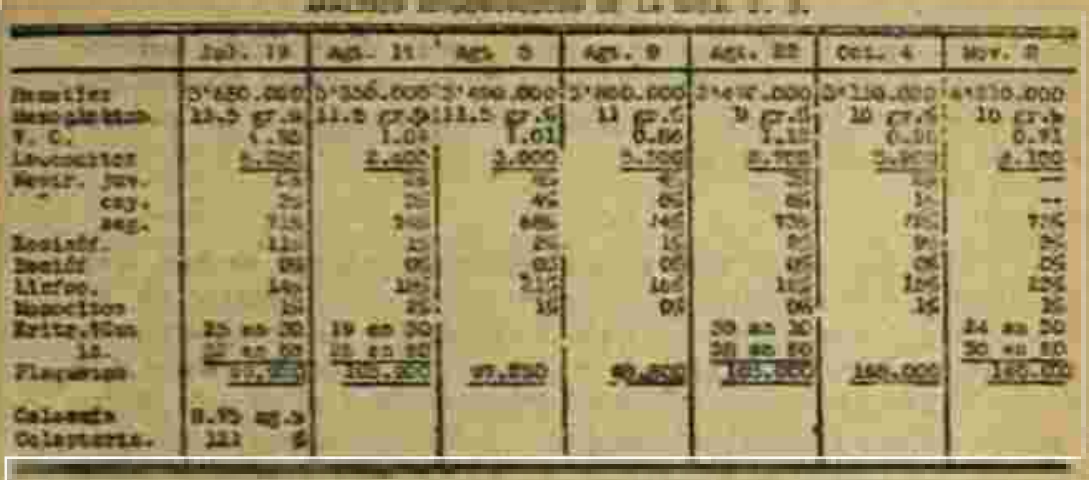
Dada la evolución prolongada de la pirexia y las pocas modificaciones que sufrió en las últimas semanas, esta gráfica corresponde solamente a los días en que la temperatura fué más elevada, durante los cuales se utilizó la terapéutica de Cloromicetina, Aureomicina y Acido Paraminosalicílico, simultáneamente con la medicación funcional adecuada para corregir los desórdenes cardiorrespiratorios.

Durante los días más severos, la anorexia era absoluta y fué preciso recurrir a la vía parentérica con suero dextrosado, plasma humano, extracto hepático y dosis elevadas y continuas de complejo B. También recurrimos a una transfusión de 500 cc. de sangre citratada.

Con ánimos de estimular la leucopoyesis y la actividad reticulo endotelial practicamos también inyecciones de soluciones de ácido nucleínico y de Rojo Congo, sin observar modificaciones apreciables ni en la sintomatología ni en el hemograma.

Despues de setenta a ochenta días de emplear la medicación anotada, bajo la influencia, tal vez, de 20 gramos de estreptomicina por vía oral, se observó que la temperatura tendía a estabilizarse entre 37.5° por las mañanas y 38.3° por las tardes. En estas condiciones comenzó la enferma a alimentarse mejor y a ganar peso.

Posteriormente en Quito, ha continuado mejorando de modo más ostensible, quizás bajo la influencia de inyecciones de un extracto preparado con la trituración de un ganglio que paralitis hipertrofiado en el triángulo de Scarpa izquierdo. El Dr. Flach ha proseguido el tratamiento y acerca de los resultados obtenidos, nos proponemos tratar en una próxima comunicación.



Julio y Agosto. Desde entonces, lenta y progresivamente, se ha marcado una mejoría, persistiendo no obstante la temperatura, discretas linfopatías y modificaciones hematológicas.

* * *

En esta enferma hemos procurado realizar, en forma intensa y perseverante, una terapéutica metódica, tanto para conseguir la curación del mal, como para ayudarnos, siquiera con el frágil argumento del **diagnóstico terapéutico**, a aclarar la etiología de la enfermedad. Presentamos un resumen de lo realizado en este sentido, omitiendo, naturalmente, otros recursos de menor cuantía.

Cloromicetina	15 gramos
Aureomicina	30 gramos
Penicilina	12'000.000 unidades

Como ya lo dijimos, durante esta medicación simultánea, mantenida desde el 20 de Julio hasta el 3 de Agosto (15 días), se produjo al 8º día, un descenso brusco de la curva térmica, y esperanzados por este resultado la mantuvimos una semana más, constatando que la temperatura un tanto modificada, reanudaba su marcha, de la misma manera que había ocurrido en episodios anteriores con otros medicamentos.

El empleo que hicimos a continuación, de inyectables de salicilato de sodio y urotropina, conjuntamente con ácido paraminobenzoico (P.A.B.A.), y después con ácido paraminosalicílico (P.A.S.), no influyó tampoco de modo llamativo sobre la evolución de la temperatura (ver la curva del 22 de Agosto al 9 de Setiembre).

Juzgando imparcialmente estos hechos no podemos hablar de modificaciones satisfactorias acreditables al grupo de medicamentos utilizados, tanto más que la gráfica de la temperatura adolece de ciertas imperfecciones, pues más de una vez, durante las noches más agitadas, la pirexia, antes de que alcanzara su acmé, fué modificada con criogenina o aspirina; y para atenuar los repro-

ches que se nos pudiera hacer a estas imperfecciones debe tomarse en cuenta que no estábamos trabajando en un medio hospitalario y que, sobre todo, nuestra conducta no debía ceñirse a las exigencias de la experimentación.

* * *

Digamos ahora algo de los conocimientos que se han venido acumulando respecto a esta enfermedad en el decurso de los años, a partir de mediados del siglo XVIII en que fué descrita por los dermatólogos Herba, Cázenave y Kaposi, quienes la dominaron Lupus Eritematoso, impresionados solamente por el aspecto de las lesiones cutáneas, pero sin mencionar su coexistencia con manifestaciones viscerales, especialmente de los órganos hematopoyéticos y de las serosas, tal como ha venido comprobándose en las dos o tres últimas décadas.

Apartémonos en esta exposición del aspecto dermatológico puro, anotando tan sólo, como hecho casi invariable en el lupus crónico, que las lesiones elementales participan de las características siguientes: eritema, escamas, cicatriz, atrofia de la zona invadida. Digamos también que estas lesiones pueden ser circunscritas o extensivas, y que se propagan de preferencia a los tegumentos expuestos a la luz, sin que sean respetadas, de modo absoluto, las partes cubiertas. Mencionemos también que, junto a las lesiones descritas, existen muchas otras que se apartan singularmente del esquema anotado, y así se registran modalidades ulcerosas, costrosas, elefantiásicas, edematosas y aquellas en las que se operan cambios polimorfos debido a infecciones secundarias o al terreno diastésico en que evolucionan. La sífilis también confiere aspectos peculiares a los pacientes de lupus.

En la bibliografía de última hora, hemos encontrado bastantes ampliaciones a lo que venía publicándose con anterioridad. Pero en ninguna de las publicaciones revisadas hemos hallado un enfoque del problema tal como lo hace Baehr en Tratado de Medicina, de Cecil, 7ª edición en inglés, 1948, del cual hacemos una transcripción, (*) quien se inspira en la misma idea que nos ha movido para hacer nuestra comunicación, es decir, la de considerar esta variedad de lupus como afección general antes que como simple dermatosis.

(*) El lupus eritematoso no es una enfermedad primitiva de la piel. Es una enfermedad del organismo en conjunto y comunmente fatal.

En los últimos años se ha reconocido que la erupción cutánea no se presenta invariablemente y que, cuando aparece, es una manifestación superficial de una lesión muy extensa del tejido colágeno que sirve como matriz y sustancia de unión a los capilares y los vasos pequeños. La presencia de un eritema que se extiende en forma de mariposa sobre la nariz y las eminencias malares en un paciente con fiebre y otras manifestaciones sistémicas de esta enfermedad, facilita grandemente el diagnóstico; pero aun en ausencia del eritema la característica combinación de otros signos clínicos podría ser suficiente para sentar un diagnóstico. Por otro lado, un eritema en el puente de la nariz y en las regiones malares puede ser debido a causas varias y por sí solo no autoriza el diagnóstico de lupus eritematoso diseminado si la fiebre y otras características clínicas están ausentes.

Comentarios finales.— Poco podemos extendernos en lo que se refiere a patogenia ya que todo lo averiguado resulta, por el momento, bastante oscuro e impreciso. Sin embargo, llama la atención la similar predilección por el tejido colágeno y por las serosas que manifiestan el lupus exantemático, la poli serosa y la sarcoidosis, afecciones de etiopatogenias misteriosas que han sido atribuídas por muchos investigadores a la tuberculosis, a la acción de los estreptococos y también a la lepra. Respecto al lupus, la teoría tuberculosa ha sido vigorosamente defendida por innumerables autores, sin embargo: "El análisis histológico del lupus eritematoso nada revela que recuerde a la tuberculosis; sólo muy excepcionalmente se han encontrado bacilos, y ésto principalmente por el procedimiento de la antiformina (Arndt, Hidalka, Spiethof, Friedlander)". Pero, por regla general, los enfermos reaccionan a la tuberculina localmente y bastante a menudo por una reacción focal; fragmentos de lupus eritematoso triturados e inyectados en la piel de tuberculosos han producido en ella (Br. Bloch y Fush) nódulos semejantes a los que origina la tuberculina, lo que parecería indicar que la contienen; inyectados al cobayo, en algunos casos han tuberculizado este animal (Gougerot, Ehrmann y Reynes, Bloch y Fush, Cannon)". La sangre de los enfermos atacados de lupus eritematoso agudo a tuberculizado también el animal (Bloch y Ramel)".

Esta enfermedad no es aún familiar a muchos clínicos, no tanto por [illegible] cuanto por que el paciente [illegible] atendido [illegible] por un dermatólogo.

Una de las más notables características de la enfermedad es su incidente sexual: 22 de 23 casos presentados por Bashr, Klemperer y Schirin en 1935 fueron mujeres, de las cuales 18 estaban en la segunda o tercera década de la vida, todos, menos uno, estaban en la pubertad y la menopausia; la más joven tenía años y la de más edad 45.

Los estudios de laboratorio no nos han dado aún la llave del problema. Las [illegible] de la sangre son negativas a menos que haya pneumonía intercurrente o una infección estreptococo o estafilocócica terminal. A pesar del hecho de que la mayor parte de los pacientes —95%— son mujeres, no pueden [illegible] ningún disturbio endocrino [illegible] como factor predisponente tampoco deficiencias vitamínicas [illegible] pueden ser incriminadas. Como la fiebre reumática y la artritis reumatoide, probablemente es infecciosa la causa, pero la naturaleza [illegible] de tal infección se ha sido determinada. La predisposición especial de las mujeres parece indicar que, cualquiera que sea la exacta naturaleza de esta infección o intoxicación, esta extraña enfermedad está condicionada por una peculiaridad de la reacción constitucional del paciente. Parece que ejerce efectos [illegible] sobre los [illegible] de los capilares pequeños y arteriolas, el endocardio, las membranas serosas y las [illegible].

Las manifestaciones clínicas [illegible] 1) fiebre prolongada e irregular con tendencia a remisiones de duración variable —semanas, meses y aún años—; 2) tendencia a manifestaciones recurrentes de las sinoviales y membranas serosas (poliartritis, pleuritis, pericarditis); 3) depresión de la función de la médula ósea (leucopenia, anemia, hipocromía, [illegible] anodada, trombopenia), y 4) en los casos [illegible] avanzados [illegible] clínicas alteraciones vasculares en la piel, los riñones y otras vísceras.

En ausencia del "rash" la enfermedad [illegible] a una poliartritis infecciosa. El dolor y la hinchazón de varias articulaciones vuelve difícil la diferenciación con la fiebre reumática y la artritis reumatoide. La sospecha de su verdadera naturaleza se tiene al encontrar leucopenia con cierto grado de agranulocitosis. Esta característica

leucopenia p[illegible] poder sustituidpolleucocit[illegible] enfermedadohayan pro-
ceso infeccio[illegible] lo intercurrente (judío q[illegible] se sigueenfermedad, el tenor [illegible] de hemoglobinaesmás rápi[illegible]idamente en cifr globulos rojos, aunque rara vez d escienda más[illegible] de del 60% . En un período másavanzado dela en fermedad losphaque las bat[illegible]nh hasta [illegible].000, raras veces hasta 40.000 . Aun que la sífilis nosecarusa [illegible]ológicas y las reacciones serológicas son usualmente negativas, éstas pueden manifestarse positivas en l as últimas etapasdela enfermedad.

La presencia de glóbulos rojos en el sedim[illegible]ento urinarioexcluye las enfermedades reumáticas. La ausencia de la c[illegible]riasedebeal desarrollo de lesiones vasculares renales, a alteraciones patológicas que ocasionalmente no ocurren sin insuficiencia car[illegible]ca ya en la fiebre reumática, ya en la artritis reumatoide. Se encuentra tambien, co-
mun[illegible]mente, albúmina. La aparición de gran cantidad de albúmina, glóbulos rojos y cilindros, señalando el cuadro urinario de la glomérulo-nefritis, significa el desarrollo de extensos cambios vascula-r enales y modificaciones patológicas de l osglomérulos. Ocurre en los periodos avanzados de la enfermedad que ha llevado por completo el diagnóstico de fiebre reumática.

A las artralgias y artritis puede agregarse ataques de pleuresía o pericarditis en el curso de la enfermedad. Probablemente debido a la serositis general algunos pacientes se quejan de dolores con[illegible] dida tensión[illegible] cier to grado de infiltración de la pared.

Cuando la fiebre es alta y la condición del enfermo es marcadamente tóxica, el corazón puede presentar ruido de galope. El electrocardio[illegible]grama presenta signos cara[illegible]cteristicos, como regla, salvo bajo ciertas condiciones. En algunos p[illegible]acientes se escucha un soplo sistólico suave es perceptible[illegible]hacia o hacia laizquierda del esternón, el que no debe ser interpretado como evidencia de endocar-
ditis; puede ser debido a la fiebre o a la anemia. Sin embargo, si se torna más fuerte o puede ser el indicador de endocar ditis persistente (Libman-Sacks) que se desarrolla en las etapas avanzadas de la enfermedad en alrededor del 30% de los casos observados.

Desde el comienzo, y algunas veces más tarde, las lesiones vasculares son [illegible] visibles en la piel como máculas eritematosas o manchas que tienden a confluir. La erupción aparece primero, como regla, sobre las [illegible] de esas áreas expuestas a la presión, el pudiendo la nariz y las mejillas, en los párpados, en el labio superior,la prominencia del mentón y en los bordes del pabellón auricular.Se encuentra también en la porción expuesta, en forma de V, dela parte superior del tórax. Puede localizarse, algunas veces, en las extremidades en los dedos y alrededor del lecho unqueal como manifestaciónperiteriatosas maculares en las embarcaciones tener a hipotenar, las palmas de las manos, ocasionalmente en los dedos de los pies y en la parte anterior de la planta de los pies. Las áreas cutáneas que se encuentran sujetas a fricción, o otros traumatismos análogos, pueden ser asiento de eritema.

Si el [illegible] exantema ha sido por algún tiempo, pueden verse telangectas los mínimos vasos dibujados por el eritematosa como evidencia de modificaciones vasculares más permanentes. Algunas veces el eritema puede tomar un color púrpura azul, especialmente esta cara, dedos, codos y pecho, efecto del edema asociado a la congestión de eritrocitos y plasma. Manchas purpúricas o petequias hemorragias petequiales son observadas algunas veces en la piel o en las mucosas frecuentemente el [illegible] curso de la enfermedad. En el curso de los períodos de remisión o latencia tienden a desaparecer, pero máculas pigmentadas de color bruno persisten en las superficies previamente afectadas.

Algunos pacientes dicen como en [illegible]ecedente antes [illegible] del comienzo de la afección o de una recaída. Otros [illegible] han padecido previamente [illegible] y artralgias y artritis migratorias [illegible] y que, [illegible] solo o junto con otros síntomas, ocasionó el eritema facial seguido por exacerbación de la enfermedad. En otros casos no hay relación [illegible] desde el principio de la afección al [illegible].

En el período más álgido de la enfermedad pueden aparecer máculas eritematosas o petequiales [illegible] en las membranas mucosas, especialmente en la boca. Las cuales se transforman en ulceraciones poco profundas [illegible] de un color eritematoso o hemorrágico, las cuales [illegible] la convalecencia o la curación. En algunos pacientes la tendencia [illegible] a la púrpura se debe a las lesiones

[illegible] vascular es [illegible] la [illegible] omboci [illegible] apenia [illegible] raros oca- [illegible] hemorrágicas [illegible] [illegible] pequeñas manchas seme ótic- [illegible] semejantes al desarrollarsobre [illegible]ndrem eritem [illegible] [illegible] de la cara y manos.

Además de las lesiones de la piel y mucosas el ataque pue- [illegible] [illegible] vascular periféri [illegible]mismo conse cuen cia [illegible] hematuria microscópica y albuminuria, las cuales si [illegible] muy no- [illegible]tables, hasta poder [illegible]glomérulo-ne [illegible] brita. [illegible] casos severos pueden ir acompañados de modificaciones de [illegible] gra ved ad especí- fica de la orina y, alguna [illegible] hipe r azoturia. A pesar de las [illegible] lesiones vasculares graves, la presión arterial es gene- [illegible] ralmente normal. [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Puede pre- [illegible] [illegible] ligero de la cara y de las [illegible]dade s, debido a las lesiones vasculares [illegible] en la piel y a la hipoproteinemia. Si la albuminuria prolongada provoca hipop r otei naupr e- fenia, el enfermo contraerá un episodio terminal.

El aumento discreto de los ganglios es común, especialmente cuando las manifestaciones cutáneas micosas son muy cadau- [illegible]. [illegible] oftalmológ icamente en los casos avanzados [illegible] [illegible] evidentes de modificaciones vasculares, perivascularitis,seg- [illegible] mentación de las arterias, exudados y en veces edem circunpa- pilar [illegible] hemorr agias en llama.

La fiebre y demás manifestaciones de la enfermedad pue den [illegible] [illegible] con larg os pe ri odos alternativos de exacerbación y remisión. Algunos casos aparentes remiten y no completan dur ante años; pero en último término el pronóstico es fatal. Cuando instante un enfermo que ha estado en cama por mu ses se recupera lentamente y al parecer definitivamente. Sin embar- go, la mayor parte de los que adolecen de esta enfermedad mue- ren. La muerte ocurre por toxemia, insuficiencia renal o por una infección intercurrente.

Anatomía patológica.— En la autopsia contrastan la escasez de manifestaciones visibles de grandes expresiones anatómicas con el conjunto de síntomas clínicos y la profunda toxemia que conducen al paciente a la tumba. Se ha probado que la gr an diseminación y las aparentemente heterogéneas lesiones viscera- les pueden ser r ed ucidas a un común denominador: cualquiera que sea la causa de la infección por gr ande que sea la altera- ción de los tejidos puede afirmarse que las lesiones se deben a modificaciones del tejido conectivo.

La invasión del pericardio ocurre fre cuentemente en un gran número de casos como manifestación [illegible] polarizosas, de te- jido conectivo [illegible] por comp leto el espacio pericár dico. Se debe a una serie de cambios, proliferativos y degenerativos, del tejido colágeno bajo el mesote lio. Las pleuritis son también fre- cuentes y presentan un cuadro similar al de las pericarditis. Tam- bién se pr esentan pe ricarditis pe ricar ditis.

En cer ca del 20% de casos examinados de esta manera, el endo- [illegible] [illegible] [illegible] y él valvular una lesión p atognomónica, [illegible] [illegible] descrita por Libmann y Sacks, como endocarditis indeter- minada, que debe ser diferenciada de aquellas producidas por bac- terias [illegible] provocadas. Las vegetaciones pueden ser pequeñas ve- [illegible] [illegible] o gruesas, granuladas, que no están limitadas a las [illegible] bordes de las válvulas [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

cargadas de eosinófilos. Los glomérulos pueden presentar también necrosis focal. Estas lesiones no son más que expresiones del mismo proceso: defectos generalizados del colágeno.

Las arterias pequeñas y las arteriolas de las vísceras, especialmente el riñón, pueden mostrar degeneración fibrinoide y necrosis de la matriz constitutiva de la pared del vaso, lo que puede conducir a proliferación reaccional del endotelio y a oclusión trombocítica de la arteriola afectada.

Una casi constante y característica lesión se encuentra en el bazo. Las arterias centrales están rodeadas por anillos de sustancia colágena. La tensión de tales fibras esclerosas es en veces extraordinaria. El bazo mismo no es particularmente grande, siendo su peso medio 360 gramos.

La involucración del disperso sistema de tejidos conectivos se manifiesta ocasionalmente por profundas alteraciones del tejido en el mediastino y en el retroperitóneo. Histológicamente los cambios son similares a los que ocurren en el pericardio. En dos casos estudiados por el autor el esófago estaba firmemente fijado a las estructuras adyacentes como secuela de los procesos degenerativos y productivos del mediastino.

En aquellas áreas de la piel que están afectadas el tejido colágeno del corium superior presenta cambios degenerativos que culminan más adelante, en degeneración fibrinoide. Los más pequeños vasos pueden participar en el proceso. Las hemorragias y los cambios epiteliales son probablemente secundarios a estos cambios degenerativos del tejido conectivo.

Los ganglios, que están aumentados de volumen en la mitad de los casos, presentan con frecuencia necrosis focal. Peritonitis generalizada es la secuela de la ruptura de ganglios linfáticos mesentéricos. La bronco-pneumonia es una terminación final muy frecuente".

También hay una fuerte corriente en favor del origen estreptocócico de esta enfermedad, auspiciada por Barber, quien se expresa así: "El lupus eritematoso sería lo más a menudo de origen estreptocócico; según la idea que sostienen desde 1915 Eyre, Knutt y Mutch y que han confirmado otros investigadores; las toxinas y el mismo microbio, que sensibilizan el organismo y crean la lesión cutánea, emanarían de focos de infección local en las amígdalas, alvéolos dentales, senos, una trompa uterina, etcétera".

J. Darier, después de analizar los sugestivos argumentos expuestos por los investigadores en favor de sus respectivas hipótesis, hace estos comentarios: "Se quisiera poder apreciar en qué proporción relativa se debe acusar a las diversos agentes nocivos. L. Fullembaum y L. Fleck en Abril 1927 han intentado, después de Barber, responder a esta pregunta; confiando en la reacción focal que provocan diversos antígenos bacterianos en inyecciones intradérmicas como la vacuna de Delbet o la de Danysz, anuncian que de cien casos, treinta han reaccionado exclusivamente al bacilo de Koch, sesenta a los piococos y diez a los microbios del intestino; estas investigaciones requieren ser ampliadas y comprobadas. A la verdad la uniformidad tan notable del cuadro clínico e histológico en el lupus eritematoso concuerda mal con una diversidad de su etiología y de su naturaleza. El estado actual de la ciencia no permite ninguna afirmación formal ni en un sentido ni en otro; queda entre las tuberculides".

Becker y Obermayer manifiestan su opinión ecléctica, admitiendo la intervención de tuberculosis y estreptococos, con las características de fenómenos de tipo alérgico.

* * *

Nada personal, que se base en hechos de experimentación, podemos agregar a tan importantes y documentadas aseveraciones, pero creemos admisible suponer que el lupus exantemático es una enfermedad de etología propia. Resulta, talvez, un tanto forzado establecer nexos entre las localizaciones que hace la tuberculosis y las del lupus, pues la reacción histológica que produce el bacilo de Koch no se parece en nada a la que se observa en las lesiones cutáneas, mucosas y ganglionares provocadas por la enfermedad que estamos estudiando. Los cortes histológicos de tejido ganglionar de nuestra paciente, que tenemos a la vista no presentan las células gigantes ni el conglomerado celular típico de las lesiones tuberculosas.

La coexistencia frecüente de tuberculosis pulmonar con el lupus, diversamente estimada por los autores que la han captado (Rona y Boeck 66%, Ehrmann y Falkestein 98%, mientras que Goeckermann sólo la encuentra en 37.5%), no prueba nada en favor de la etiología tuberculosa del lupus, que eso sería pretender que toda afección intercurrente en los tíficos, tuberculosos, leprosos, etc., obedece fatal y exclusivamente a estas causas. A lo sumo podría aceptarse que la tuberculosis predispone o simplemente favorece la evolución de la enfermedad. Razonamientos similares pueden aducirse en lo que se refiere a la infección por estreptococos, anotando que algunas variedades de estos gérmenes producen efectivamente cuadros clínicos de marcha lenta y recidivante. Tal ocurre con el estreptococo viridans en la enfermedad de Osler. Pero mientras que en las sepsis crónicas o subcrónicas se revela desde los primeros momento un ataque importante al endocardio, en el lupus se anota esta complicación sólo en las fases muy avanzadas del mal, y en muchas necropsias no se ha constatado lesiones netas en el corazón.

Considerando la cuestión bajo otros aspectos, volvemos a especular acerca del parentesco que pueda existir entre la poliserositis, la sarcoidosis y el lupus exantemático, cuya marcha recidivante y prolongada y cuyo ataque a las serosas nos parece interesante y llamativo sin poder avanzar más allá en el terreno de las hipótesis, aunque la reacción celular observada en dos de estas tres enfermedades, tiene tal similitud entre sí que Costero y otros patólogos mantienen en el grupo de las sarcoidosis originalmente denominado así por Kaposi, al lupus eritematoso de Cazenave y sus variedades, porque las fibras colágenas y las elásticas de los infiltrados se desintren paulatinamente hasta desaparecer, confiriendo así a estas afecciones un carácter común y dominante.

Las particularidades histológicas de las poliserositis no se aproximan a lo que se encuentran a menudo en el lupus, pero tampoco existe un parecido claro y constante entre aquéllas y las tuberculosas, pudiendo más bien hablarse de individualidad anatomo-patológica para ambos casos.

Hasta que las evidencias experimentales permitan definir de manera inobjetable el factor etiológico de la enfermedad que nos ocupa, anotemos ciertos hechos constantemente observados y aceptados por la mayoría de los autores que tienen larga experiencia en el asunto:

1º) La frecuencia mayor en las mujeres que en los hombres.

2º) La edad predilecta para iniciarse la enfermedad, excepcional antes de los 15 años, rara después de los 40.

3º) La marcha y evolución irreductibles, a veces muy prolongada, pero que termina siempre en el exitus letalis.

4º) El grado de invasión de las vísceras y la severidad de los síntomas, está en razón inversa a la magnitud de las manifestaciones cutáneas.

Por último, como anotación interesante, consignamos lo infructuoso que se ha manifestado en nuestro caso el empleo simultáneo de tres antibióticos, generalmente eficaces en gran número de estados infecciosos producidos por gérmenes bien definidos y también por algunos virus filtrables.

BIBLIOGRAFIA

Anderson W. A. D. — Pathology, pág. 1440, — 1948.

Aesmann—Beckmann: Tratado de Patología, pág. 761, tomo I, 1944.

Becker, D. W. y Obermayer: Dermatología y Sifilología, pág. 1 00; 480; 1945.

Bergmann, G. V.— Staehelin, R.— Salle.— Tratado de Medicina Interna, tomo II 2ª parte, pág. 1570, 1946.

Bergmann, G. V. y Staehelin, R.— Salle, V.—. Tratado de Medicina Interna, Tomo III, 2ª parte, pág. 1 570, 1946.

Brunstin, Louis, New York: Selección de Trabajos de la Clínica Mayo y Fundación Mayo, pág. 454; 1946

Besancon, F., Labbé Bernard y otros: Tratado de Patología Médica, pág. 57, tomo II; 1936.

Brugsch, Th.— Tratado de Patología Médica, pág. 1668, edición 1947.

Brugsch, Th.— Tratado de Patología Médica, pág. 808, edición 1949.

Barr.— Modern Medical Therapy in General Practice, tomo III, pág. 3015; 1940

Boyd.—Text Book of Pathology, fourth edition, pág. 400; 1943.

Bothan Crowe.—Year Book of Eye, Aer., Nose and Throat, pág 221; 1947.

Costero, I.— Tratado de Anatomía Patológica, pág. 1070; 1948.

Cecil, M. G.— Medicina Interna (edición en inglés), 1948.

Darier, J.— Compendio de Dermatología, pág. 872—[illegible] 1941.

Dassen, R.— Fangi E. G.— Rospide, P. C.— Tratado de Patología Médica, tomo I, pág. [illegible].— 1948.

Darier, J.— Precis de Dermatologie, pág. 718, edición 1923.

Fernández [illegible] — Dermatología y Sifilología (ver índice [illegible]) 1945.

[illegible] Luis — Diagnóstico [illegible] de las Enf. Inf. (Enfermedades Infecciosas) [illegible] I, pág. 133—84 — 1941

Gelberg, Benjamín.— Tuberculosis Clínica, pág. 901; 1942

[illegible] — Modern Drug Enciclopedia and Therapeutic Index, third edition, pág. [illegible]

Mymann, [illegible] — An Integrated Practice of Medicine, pág. 4257; 1947

Holmes, [illegible] A.— Diagnóstico Clínico por los Animales de Laboratorio.— Lupus, [illegible] I, pág. 770, 1945

Klemperer y Klemperer.— Tratado de Clínica Moderna, Apéndice 1936; pág. 1055-1056.

Lemaire, C.— Aubry [illegible] Lemaire, A.— Oto-Rino-Laringología, 1238; 1942.

Laffont, A. y Durieux.— Enciclopedie Médico-Chirurgicale.— Dermatologie, tomo I, index alphabetique des matieres, pág. II; 1937.

[illegible] F.— Cordero, A. y Mesa, A. M.— Compendio de Dermatolo-sifilografía, pág. [illegible]; 1942.

Pardo Castelló, V.—Dermatología y Sifilografía, pág. 436 [illegible]47; 1945.

Peyré, J.—Castells.— Castell, Antonio — Dermatología, pág. [illegible] 1943

Pinner, [illegible] — Pulmonary Tuberculosis in the Adult, [illegible] 5; 1947.

Quero, Robert.— Manual de Dermatología, pág 452; 1947.

Rey-Pangas, [illegible] — Tratado de Tisiología, pág 686; 1947.

Rom, A. [illegible]— Terapéutica al Día.— Anuario, pág. 511; 1943.

[illegible] Spies.—Year [illegible] of Endocrin. Metabol. And Nutrit., pág. [illegible] 1941

Cáncer del Estómago y su diseminación

DOMINGOS CLINICOS DEL SERVICIO "SAN GABRIEL"
HOSPITAL LUIS VERNAZA

Publicado en "Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas",
AÑO XLII — Nº 1—4, Enero—Julio 1951.

Vamos a hacer algunas consideraciones alrededor del siempre sugestivo tema del cáncer del estómago, enfocándolo ahora desde el ángulo que permite apreciar como se verifican sus metástasis, y cuáles son los diversos mecanismos que pone en juego el elemento canceroso para invadir múltiples sectores de la economía.

Antes de abordar el asunto, quiero recordaros la preocupación dominante en casi todos los países por el número cada vez mayor de esta clase de enfermos. Su incremento en los Estados

Unidos de Norte América es tal que cada año se pierden 40.000 vidas, aproximadamente, por carcinoma gástrico. Argentina, entre las naciones muy pobladas, se pone, también, alerta frente a este peligro, y en Europa (Francia e Italia) verifican estadísticas minuciosas para la aprehensión de la amenaza, y por lo que se va comprobando, no parece que vayan a la zaga de la mortalidad observada en Norte América.

En EE. UU. la preocupación condujo a organizar una cruzada con el fin de descubrir, por medio de encuestas roengent-fotográficas como se hace en la campaña contra la tuberculosis, la pesquisa del mayor número de casos clasificables como incipientes o apenas desarrollados y que, por lo tanto, pueden ser provechosamente extirpados. Desgraciadamente, tal como lo suponían muchos, ese laudable esfuerzo no correspondió a lo que de él se esperaba, dado que las imágenes radiográficas del cáncer en etapa inicial no son fácilmente apreciables, necesitándose para su confirmación la toma de muchas películas y la práctica de prolijas fluoroscopías. El mayor número de carcinomas que se logró reconocer en esta encuesta estaba ya bastante alejado de la fase de fructuosa operabilidad.

Estas inquietantes alarmas han puesto de actualidad el debatido asunto de la posible cancerización de la úlcera simple del estómago (úlcera péptica de los autores norteamericanos), que hasta hoy no ha sido resuelto de un modo definitivo, pero que ahora se la interpreta con un criterio más acorde con las comprobaciones gastroscópicas, radiográficas e histológicas.

Entre 1904 a 1907 (1) aparecieron una serie de observaciones publicadas por los doctores Mayo-Robson, Moynihan y Mayo, quienes, interesados por conocer algo concreto acerca de lo que se discutía, trabajaron perseverantemente durante un período prolongado y publicaron sus resultados, que se redujeron a declarar que el 50% de las úlceras gástricas benignas degeneran en cáncer, recomendando consecuentemente que se mire desde el principio a esa localización del ulcus, con un criterio quirúrgico. En 1910, Wilson y Mc. Carty ratificaron estas apreciaciones. Pero poco después Ewing y otros histólogos no confirmaron esta tesis.

En 1912, Aschoff dió su opinión en estos términos: "El hecho de que numerosas úlceras del estómago, designadas por los cirujanos con el nombre de úlceras callosas y que por su forma se parecen a la úlcera ordinaria del estómago, presentan histológicamente signos de cáncer, demuestra menos la posibilidad de que una úlcera se transforme secundariamente en cancerosa que **la de que un cáncer pueda convertirse en una úlcera típica**".

Desde entonces se comenzó a discurrir con más justeza,

(1) Bockus, Henry L.— Enfermedades del estómago.— Salvat Editores.— 1949.

pues no todas las zonas del estómago son cancerígenas, y se consideró el antro como una región peligrosa, y a las úlceras situadas en ese lugar, incluyendo la porción baja de la curvadura menor, como potencialmente degenerables, discriminando así, con más exactitud uno de los aspectos del problema y circunscribiéndolo a un campo más de acuerdo con la realidad.

El perfeccionamiento de la radiología y la depuración de las técnicas quirúrgicas, puestos al servicio de estas estadísticas, consiguieron despejar muchas incógnitas, marcando los derroteros que actualmente rigen la apreciación del problema.

Crohn, en 1927, previa una concienzuda revisión de lo publicado hasta entonces y de lo observado por él, dice que es excepcional que una úlcera simple degenere en cáncer, anotando sólo un caso debidamente estudiado en que pudo verificar esta comprobación. Esta opinión fue ratificada en 1930 por Brown y Sippy, quienes se expresaron de idéntica manera, relatando un caso en que, habiéndose presumido la degeneración, se pudo comprobar en la necropsia que, además del carcinoma, el sujeto tenía una úlcera gástrica cicatrizada que, con seguridad, era la responsable de la sintomatología padecida desde hacía muchos años por el enfermo, siendo admisible que el ulcus, ya curado, no tenía ninguna relación con el cáncer desarrollado con posterioridad.

Tomando un criterio ecléctico entre los que creen haber observado una grande predisposición del ulcus simple para transformarse en cáncer, y los que niegan casi definitivamente esta eventualidad, Hurst y Stewart, apoyándose también en prolijas y cuantiosas estadísticas, anotan que en 6.1% de casos, el ulcus benigno se transforma en carcinoma. Esta parece ser la opinión generalmente aceptada por ahora por la mayor parte de los médicos y cirujanos.

En nuestra comunicación a las Jornadas Médicas de Quito (1947), (1) en un conjunto de 246 úlceras gastro duodenales, observadas durante 10 años, anotamos 46 úlceras gástricas, de las cuales 29 fueron operadas o verificadas sus necropsias, y sólo en 3 casos parecía admisible suponer la degeneración carcinomatosa (6.5%).

Nosotros encontramos muy sensatas las reflexiones de Henry L. Bockus quien, después de revisar las diversas etapas que ha cursado la apreciación del úlcero-cáncer y las interpretaciones no del todo concordes que ha provocado, dice que el verdadero interés no reside ciertamente en saber si una úlcera puede o no transformarse en cáncer, **sino en poder apreciar si lo que tenemos entre manos es realmente una úlcera simple o un cáncer ulcerado** (o ul-

(1) Gaceta Médica. Año II Nº 1. Junio de 1947.

ceriforme, de muchos autores franceses) (1). Estimamos que este es el verdadero criterio que debe orientar la investigación, porque, con toda seguridad, muchos de los casos clasificados como úlcus simples son cánceres ulcerados, como se comprueba a menudo en la mesa de operaciones. Otros operados en que no se llegó a establecer esta comprobación, soportan una gastrectomía con el equivocado diagnóstico clínico de úlcera péptica simple, y poco meses después marcan los signos producidos por la metástasis de un cáncer ulceriforme, que no fue oportunamente identificado. Esta explicable, pero no siempre subsanable falta, obedece a que el resultado de los estudios histológicos, de rigor en todas las piezas extirpadas, sólo es conocido por los médicos y cirujanos, algunos días después, cuando la conducta quirúrgica no es susceptible de rectificación.

En términos generales, con una estrecha cooperación de parte del radiólogo y del gastroscopista (2) se puede reconocer con satisfactoria aproximación las lesiones ulcerosas típicas y las ulcerosas de naturaleza maligna. El internista debe formar un práctico y uniforme equipo de colaboradores orientado en este sentido, y él debe también no perder de vista a los pacientes que confía a los cirujanos, observando, asimismo, personalmente, las piezas anatómicas quirúrgicas y las obtenidas en las necropsias.

Este entrenamiento constituye uno de los mejores aportes en favor de la campaña para reconocer el cáncer del estómago en fase curable, y equivale, en cierto modo, a la pericia que llegan a adquirir los radiólogos que tienen a su cargo la lectura de las películas en las encuentras torácicas.

* * *

El caso que presentamos hoy nos preocupó desde los primeros momentos, y a pesar de que la orientación inicial resultó ser exacta en lo que se refiere a la etiología, no pudimos encontrar desde el principio la conexión lógica entre los diversos hechos que integraban el síndrome, y tal vez hubieran subsistido estas lagunas de interpretación si nó hubiéramos logrado cubrirlas con el estudio de las piezas en la necropsia.

---

(1) Para resolver la duda, por lo menos en buen número de casos, se hará una buena anamnesis que permitirá calcular el tiempo de evolución, y se demandará al estudio radiográfico muchos datos particularmente informativos: forma del nicho, su tamaño (habitualmente los muy voluminosos no son neoplásicos), su contorno, su aspecto y relación con la silueta gástrica (defectos de relleno, nichos ENCASTRADOS), pliegues de la mucosa y algún otro detalle apreciable que, sumado a los signos que hemos anotado, son comunes en el cáncer ulcerado. Las modificaciones radiográficas observables después de un meticuloso tratamiento de 4 a 6 semanas proporciona también datos de importancia. La úlcera simple del estómago se modifica de ordinario, notablemente, y a veces desaparece.

(2) En esta acuciosa búsqueda de elementos que ayuden en la pesquisa del carcinoma debemos concederle ya una importancia de primer orden a la gastroscopía. Los informes son cada vez más numerosos y convincentes, y sin que pueda expresarse aún la última palabra, se debe admitir que las comunicaciones de Schindler, R. Steiner, P. E. y Dailey, M. E. son sumamente sugestivas. La calidad de estos autores está prestigiando la clasificación macroscópica del carcinoma gástrico propuesta por Borrmann en 1926. (Surg. Gyn. and Obst., 73: Julio 30, 1941).

O. 31 años, soltero, fotograbador residente en Cuenca. Ingresó al Pensionado de "San Gabriel" el 28 de Septiembre de 1941. Por una semana atrás había padecido dolores en hipocondrio derecho, con irradiación dolorosa hacia el flanco izquierdo. En ocasiones el dolor se atenuaba, y al principio transcurrían algunos días sin manifestarse, pero a medida que pasaba el tiempo, la sensibilidad dolorosa del abdomen aquí descrito se hacía más y más ostensible, especialmente en las noches, sufría violentos cólicos con detención de gases y de materias fecales, gran balonamiento y un malestar tan intenso que le ocasionaba lipotimias y pérdidas de la conciencia. Después de 3 o 4 horas, expulsaba gases después de una evacuación abundante, pero el dolor continuaba en algunas ocasiones por varios días. Mismo tiempo que el abdomen atacado de volumen. La anorexia era casi absoluta, pero el estado general no doloroso a la palpación, que contribuía a la marcada desnutrición del paciente. En la cavidad abdominal poseedor de todo bienestar importancia se destacaba una úlcera del estómago diagnosticada en Ecuador, sin radiografías, cuando fué conducido a un sanatorio de convalecencia en los Estados Unidos. No tuvo melenas ni hematemesis, sólo experimentaba dolor post prandial tardío. Nunca había reaparecido en los tres últimos años. No había tenido enfermedades venéreas y usaba alcohol y tabaco con moderación.

El examen físico de los diversos aparatos excluyendo el digestivo, no ofrecía particularidades dignas de mención. El corazón y los pulmones funcionaban normalmente y la radiografía standard del tórax no mostró aspectos patológicos. La tensión arterial era 130—70. La temperatura del paciente era normal; sólo a veces tenía décimos por las tardes.

El vientre estaba apreciablemente distendido de manera uniforme. Se reconocía fácilmente una ascitis de volumen mediano, que parecía estar en cavidad libre. La presión abdominal sobre los flancos despertaba dolor, especialmente en el izquierdo; el hígado parecía estar aumentado, apreciación difícil de fijar debido a la ascitis.

No se palpaban masas ni ganglios en las zonas más accesibles, supraclaviculares, axilares e inguinales.

Teníamos, pues, un síndrome de marcha subcrónica, que iba incrementándose en intensidad y que se acompañaba de ascitis, al parecer tabicada, y de crisis suboclusivas. Había que establecer la etiología, que desde ya nos pareció circunscrita a dos factores: cáncer o tuberculosis, sin descartar de manera definitiva otras hipótesis, entre las que consideramos a la poliserositis que aún cuando en la gran mayoría de casos es de etiología tuberculosa, en otros obedece a factores que no se han podido precisar con exactitud. Hicimos reservas, también, respecto a ciertas micosis viscerales cuya rareza en clínica y las dificultades técnicas que se presentan para reconocerlas, las sitúan en un plano de segunda importancia en la elaboración de un diagnóstico diferencial.

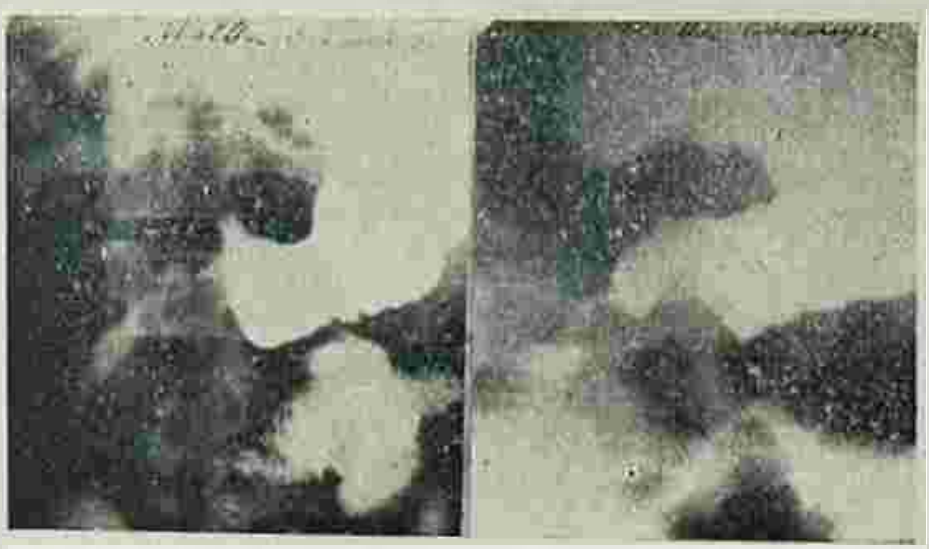
Pero, aunque desde el primer momento hubiéramos podido definir la verdadera etiología de la ascitis, era preciso establecer si la enfermedad se había implantado primitivamente en el peritóneo determinando el derrame, o si ésta era la consecuencia de una localización primaria visceral.

Los análisis corrientes de laboratorio no ayudaron gran cosa para encarrilar la investigación.

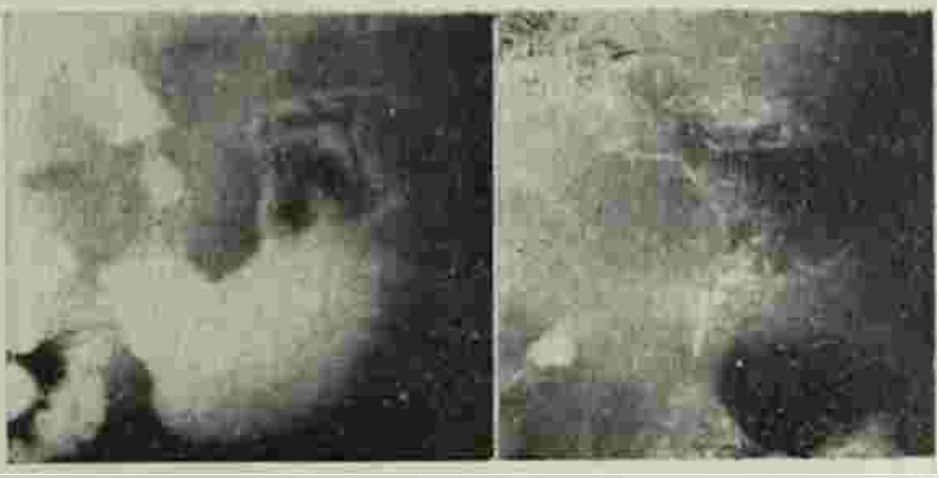
SANGRE — Sept. 28		**SANGRE** — Sept. 29	
Tests serológicos para lúes:	Negativos	Hematíes	3'500.000
Eritrosedimentación	5 m/m en una hora	Hemoglobina	10.5 grm. %
Azoemia	0.40 gram por mil	Leucocitos	5.900
Glucemia	1.30 " id	Neutrófilos	81
Cloruremia	5.40 " id	Eosinófilos	2
HECES — Sept. 28		Linfocitos	15
Mucus, bilis, grasa, fibras musculares		Monocitos	2
Pocas lamb[illegible] intestinal[illegible]			
Pocos glóbulos rojos y abundantes ácidos grasos			

El examen radiográfico (Dr. Julio Mata y Sr. Mario Hinojosa) puede apreciarse en las películas números 1, 2, 3 y 4. El estómago **no aparece** afectado, y en la radiografía Nº 4, que exhibe una imagen completa de evacuación, no se encuentra anormalidades. Téngase presente en la interpretación de estas películas la presencia de ascitis, lo que explica cierto aspecto recortado del estómago y defectos de relleno en la **curvadura mayor del antro, donde en la autopsia no se encontró lesiones** (radiografía Nº 2). La porción baja del colon sigmoideo aparece rellenada defectuosamente por compresión extrínseca. Una enema baritada (radiografías Nos. 5 y 6), ratificó esta apreciación, y el tacto rectal, confirmando este dato, proporcionó una información de gran valor. El dedo era detenido por una masa dura, extensa, no dolorosa, que ocupaba el fondo de saco prerrectal en la región correspondiente a la próstata y vesículas seminales; para sobrepasarla fué preciso desviar el dedo explorador hacia el borde inferior de la masa (el enfermo en posición ginecológica), logrando con dificultad alcanzar la ampolla rectal, que estaba bastante libre, y la parte inferior del sigmoide, cuya permeabilidad tampoco era normal. Ya teníamos, pues, un hallazgo de primer orden al que, sin embargo, no alcanzamos a adjudicarle, al principio, la cabal importancia informativa que nos brindaba.

A los pocos días de estar hospitalizado, el paciente comenzó a sufrir de polaquiuria, pero el uretrograma y el cistograma no revelaron alteraciones patológicas. El síntoma se aliviaba después de cada paracentesis del peritóneo, en las que se evacuaba de 6 a 8 litros de líquido, citrino, fibrinoso, muy parecido al de la pleuresía serofibrinosa tuberculosa.



RADIOGRAFIA Nº 1 RADIOGRAFIA Nº 2



RADIOGRAFIA N° 3 RADIOGRAFIA N° 4

RADIOGRAFIA N° 5 RADIOGRAFIA N° 6

El análisis del líquido de primera evacuación, practicado el 29 de Septiembre fué el siguiente:

Color	Amarillo
Rivalta	Positivo
Densidad	1018
Neutrófilos	12 %
Eosinófilos	4
Linfocitos	84
Albúmina	140 gr. por mil

No bacterias. Escasas células.
Escasos cristales.
Cristales de oxalato de calcio

El cultivo en medio de Petragnani fué negativo. La inoculación a cobayos, sacrificados el 12 de Noviembre, resultó también negativo.

Anotamos otro hecho muy llamativo que sirvió para atar, cada vez mejor, el engranaje etiopatogénico del caso. En el sitio de la primera punción, a los 2 o 3 días de practicada, se desarrolló una formación dura nodular, en las 3ª y 4ª paracentesis se produ-

jo otro nódulo similar, que se acompañó de infiltración difusa, acartonada, de algunos haces musculares del oblícuo mayor izquierdo. En [illegible] apreciaciones, que eran [illegible] laban suf[illegible]usión ágicas, aspect[illegible] semejante [illegible] as que se encontró en el fondo de saco de Douglas.

Las crisis de oclusión intestinal se produjeron cada vez más aproximadas y prolongadas, hasta que se instaló una oclusión definitiva, que puso fin a la vida de nuestro infortunado paciente, el 9 de Noviembre.

DISCUSION DEL DIAGNOSTICO. Tomando como base la ascitis, establecimos la primera diferenciación que debe hacerse entre las de origen mecánico y las de causa inflamatoria. El examen físico del enfermo, la evolución del caso, el aspecto macroscópico y el examen químico y citológico del líquido, situaban a esta ascitis en el segundo grupo.

Muchas causas pueden producir una ascitis inflamatoria: procesos activos de las vísceras abdominales o de sus respectivas serosas, o también de los grandes sectores peritoneales que constituyen el epiplón mayor y el pequeño epiplón y sus repliegues. Enumeraremos los principales, sin detenernos a comentar con fines diferenciales, sino aquellos que lógicamente deben ser considerados.

Las septicemias pueden producir embolias en cualquier víscera, determinando la participación más o menos extensa de su respectiva serosa. La ausencia de fiebre, de hiperleucocitosis, la presencia de eosinófilos en el hemograma, la eritrosedimentación normal o levemente acelerada, y sobre todo el aspecto del líquido peritoneal, nos permitieron eliminar, desde los primeros momentos, toda inflamación que pudiera ser producida por gérmenes piógenos.

El reumatismo excepcionalmente hace una localización peritoneal exclusiva, ya que el corazón y las demás serosas, incluyendo las articulares —que en nuestro caso estaban indemnes— constituyen el asiento preferido de la enfermedad. Consideración análoga merecen las poliserositis. Mencionemos también, a título ilustrativo, las pileflebitis de diversos orígenes, que no había razón para incluirlas en nuestra diferenciación.

La sarcoidosis, si bien manifiesta particular selectividad por atacar las serosas, no entra todavía en línea de cuenta obligada en esta clase de diagnósticos.

La linfogranulomatosis se inicia a veces por los ganglios retroperitoneales o del mesenterio, produciendo síndrome oclusivo, (hemos visto un caso que estuvo a punto de ser operado). Pero habitualmente se encuentra otros infartos ganglionares, especialmente mediastínicos e inguinales, que faltaban en nuestro enfermo.

No se dispone, por el momento, de la información semiológica necesaria que induzca a buscar la etiología micósica en las afecciones peritoneales. Nos limitamos a consignar el interés creciente que se está despertando actualmente por estos estudios, sin detenernos a comentarlos.

De esta manera, sin que resulte forzado, localizamos nuestra discusión a los factores tuberculosis y cáncer, como los posibles determinantes de la enfermedad en estudio.

La tuberculosis quedaba eliminada definitivamente por los resultados negativos de laboratorio, ya suficientemente comentados. Anotemos, además, que un ensayo de tratamiento con dihidroestreptomicina, intramuscular e intraperitoneal, no sólo no alivió la situación, sino que fue rechazado por el paciente a los ocho días de establecido, porque él consideraba que le hacía a daño ya que los dolores abdominales eran más violentos. Quedaba en pie el cáncer como elemento etiopatológico único. Pero ¿dónde estaba localizado? El cáncer primitivo del peritóneo es muy raro; la ascitis que produce contiene sangre con frecuencia y el examen histológico permite reconocer, a menudo, células patológicas (endoteliomas). No se reunían estas características en nuestro enfermo. Había que buscar en qué víscera se había iniciado la degeneración maligna, y llegados a este punto, tenemos que expresar nuestra profunda incertidumbre, pues aun cuando el tacto rectal nos descubrió masas tumorales, que parecían corresponder a la próstata, no había ninguno de los otros síntomas urinarios del carcinoma de ese órgano, en fase bastante avanzada, como sería el caso de nuestro paciente. Podría tratarse, más bien, de un cáncer del sigmoide que habría provocado diseminación en el Douglas, y esto explicaría las crisis de oclusión intestinal y daría una interpretación etiológica a la gran masa que impedía progresión del dedo explorador y también el comprometido, que presentaba aumentado, así como algunas masas tumorales en los flancos, que se apreciaban fácilmente después de las parecentesis. La localización áncreas y vesícula biliar fué rápidamente eliminada, entre otras razones, por la falta de ictericia. El cáncer gástrico fué apenas considerado. Como en la anamnesis se habla de ulcus, se practicó una larga serie de películas (12 en total), que no mostraron sino discretos defectos de relleno ya mencionados, en la curvatura mayor del antro, imputables a la ascitis.

El resultado de la necropsia cuyo ren copiamos, nos proporcionó la evidencia que buscábamos, y brindó la oportunidad sino discretos defectos de relleno ya mencionados, en la curvadura mayor del antro, imputables a la ascitis.

PROTOCOLO DE AUTOPSIA Nº 94— Walter O., 31 años.
Sala 5. Gabriel I. Fecha de autopsia: Nov. 8, 1949.
Prosector: Dr. F. Vivoli.

DIAGNOSTICO ANATOMICO: Bronconeumonía. — Endocarditis crónica. Miocarditis parenquimatosa. — Degeneración pigmentaria de hígado. — Degeneración pigmentaria de bazo. — Induración cianótica de riñón y umefacción turbia. — Gastritis crónica.—INFILTRACION TUMORAL DE LA CURADURA MENOR con invasión de todos los ganglios mesentéricos.

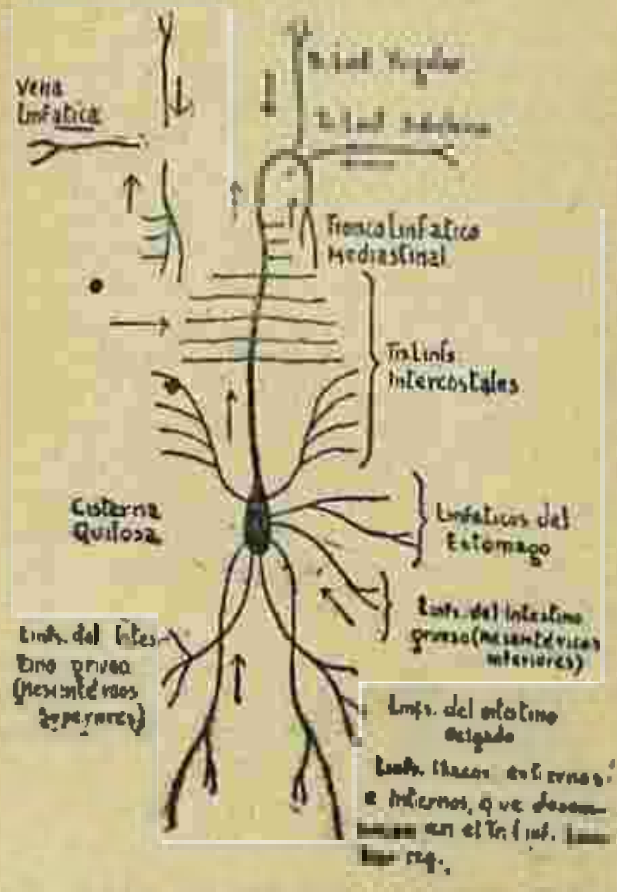
Se procede a examinar las vísceras abdominales encontrándose lisis del epiplón mayor. El colon transverso se halla adherido a la vesícula: al desbridarlo se observa, en su borde superior, un grueso cordón de consistencia dura, de aspecto nacarado. Los ganglios mesentéricos se encuentran todos aumentados de tamaño, de coloración blanquecina y de consistencia dura. [illegible] rlos [illegible] perificie es uniformemente blanquecina, de aspecto tumoral. Se separa el hígado y se procede a examinar el estómago: se abre el órgano por su curvatura [illegible] encontrándose a este nivel una gran masa tumoral de consistencia dura que infiltra la pared del estómago. Abierto el órgano se observa una úlcera del tamaño de un garbanzo: el resto de la mucosa conserva sus pliegues, existiendo en algunos sitios un puntillado hemorrágico: úlcera de estómago en degeneración carcinomatosa infiltrando la pared del estómago (?). — Gastritis crónica

EXAMEN HISTOPATOLOGICO

Estómago.— Se observa una gran zona de ulceración de fondo fibroso que penetra hasta la muscularis mucosa. Existen formaciones glandulares constituidas por células epiteliales neoplásicas de núcleos hipercromáticos, observándose algunas carioquinesis atípicas. Otras porciones de tejidos muestran una invasión de células neoplásicas que no guardan ninguna disposición glandular: Diagnóstico: CARCINOMA.

Ganglios Mesentéricos.— Las preparaciones correspondientes al tejido ganglionar muestran al órgano invadido por células epiteliales del tipo ya descrito. Estas células se agrupan en grandes masas. Se observa además, pequeñas zonas de necrosis, células y focos de hemorragia intersticial.— - Diagnóstico: METASTASIS DE CARCINOMA DE ESTOMAGO EN GANGLIOS MESENTERICOS.

Pulmón, Hígado, Bazo.— El estudio de las preparaciones del pulmón revela lesiones de bronconeumonía. El hígado presenta zonas de necrosis en la periferia del lobulillo y dilatación de los vasos venosos. En ninguno de estos órganos se han podido encontrar focos metastásicos.

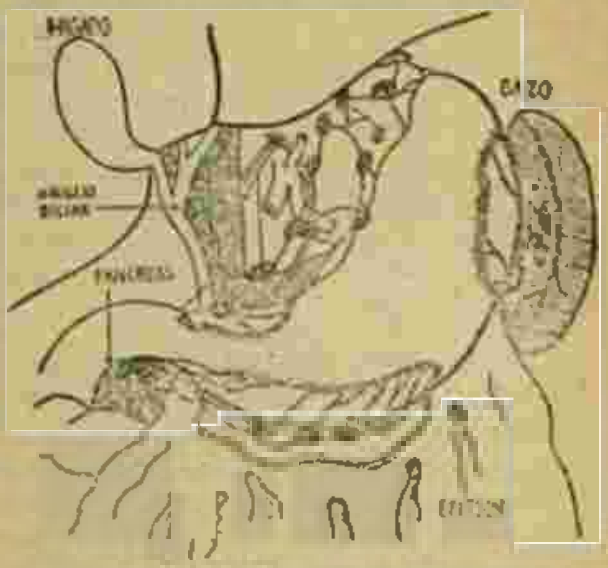


Esquema N° 1 que permite apreciar la circulación linfática, con el conducto torácico y la gran vena linfática y sus respectivos afluentes.

Para interpretar correctamente el mecanismo de las metástasis del cáncer gástrico, hagamos primero una sinopsis de la anatomía del sistema linfático, como puede vérsela en los esquemas Nos. 1 y 2, de cuya lectura se llega a un conocimiento bastante completo de la dirección de la corriente de la linfa y de la distribución de los vasos y su aferencia a los grupos ganglionares que recogen la circulación linfática en los diversos territorios. Esto hace suponer que todo elemento extraño: infeccioso, degenerativo, o de cualquiera [illegible] en anacrolo de determinada víscera y transportado por la corriente linfática, tendrá que afluir y penetrar fatal y exclusivamente en los ganglios correspondientes.

Pero las realidades quirúrgicas y necrópsicas enseñan que a veces se cumple algo distinto y paradójico, o sea que el factor patógeno es conducido muchas veces contra corriente y llega a sitios donde fisiológicamente parecería que no pudiera llegar.

Los estudios de J. B. Carnett, de la Universidad de Pensilvania, y de Howell, y el sinnúmero de comprobaciones realizadas por Handley, explican que las metástasis del cáncer del estómago se realizan por lo menos de cinco maneras.



Esquema de lo que enseña la circulación linfática del estómago y su drenaje en los ganglios vecinos

a) por trasplante, producido a menudo por las maniobras quirúrgicas, que ocasionan el sembrío en tejidos sanos de los elementos malignos removidos;

b) por propagación, que se refiere a la extensión del tumor gástrico al páncreas, hígado, vesícula, duodeno, etc., por simple contiguidad;

c) por vía hemotógena, fenómeno que no necesita explicación y que se verifica de manera similar al de las sepsis bacterianas;

d) por embolia linfática, mecanismo semejante al anterior que se lleva a cabo cuando el material neoplásico es conducido por la linfa, del estómago a los ganglios aferentes más próximos. En este mecanismo de diseminación se anota el hecho curioso que, si bien se constatan células cancerosas del estómago implantadas en el ganglio, nunca se ha podido descubrirlas durante su fase migratiz en los canales linfáticos;

e) por penetración linfática, que constituye el aporte original de los trabajos de Handley, que aclaran definitivamente la paradoja. Las células neoplásicas tienen particular selectividad por las paredes de los linfáticos, se injertan y proliferan en ellas emigrando también a la periferia del vaso, lo que ocasiona la obstrucción de su lumen y el engrosamiento considerable del cordón vascular. Este proceso se verifica independientemente de la corriente linfática y quizás, se diría, tratando de remontarla. Por eso se aprecia esos gruesos cordones

linfáticos que bordean los mesos. A veces se desarrollan en los epiplones, sembríos numerosos y de aspecto miliar "que han sido tomados por cirujanos poco duchos, como tuberculosos" (Bockus). La propagación se verifica, además, por vía extraperitoneal a lo largo de la aorta y desciende a la pelvis, donde puede invadir los ovarios (tumor fibrocarcinomatoso de Krukemberg), y alojarse en el saco prerrectal y elementos vecinos, incluyendo los ganglios ilíacos profundos y los inguinales.

De lo expuesto se deduce que el cirujano puede presumir la verdadera difusión del proceso carcinomatoso del estómago, analizando no solamente las adenopatías satélites de la curvadura menor, sino examinando si otros territorios linfáticos, sin aparente relación anatomofisiológica con el cáncer primario, han sufrido ya la invasión maligna. El internista, por su parte, podrá establecer el grado de operabilidad de la lesión investigando por lo menos los siguientes territorios:

a) supraclavicular izquierdo, para reconocer el clásico ganglio centinela de Virchow (ganglio de Troissier);

b) axilar izquierdo, en cuyo fondo se pueden marcar los sembríos neoplásicos por embolia linfática transportada por la corriente del conducto torácico. Conviene explorar también el borde del músculo pectoral mayor;

c) nódulos duros, casi siempre únicos, desarrollados en el ombligo;

d) ganglios inguinales superficiales y profundos y ganglios del triángulo de Scarpa, que pueden ser invadidos por el mecanismo de la penetración linfática de Handley.

De la misma manera, practicando el tacto rectal se puede apreciar la tumoración dura, indolora, en el fondo de saco de Douglas, así como por el tacto vaginal, reconocer la metástasis cancerosa en los ovarios.

En casos especiales se ha podido identificar numerosos elementos nodulares pequeños, diseminados en el tejido celular subcutáneo del abdomen. Por ser muy comunes, apenas mencionamos las metástasis en el hígado, muchas veces reconocibles fácilmente por el examen físico, y las localizaciones pulmonares, identificables por radiografías.

RESUMEN.— Estos conceptos aclaran considerablemente la capacidad difusora del cáncer del estómago, que no siempre está en relación con el tamaño de la lesión gástrica, habiéndose llegado a decir, más bien, que los carcinomas pequeños son los más metastógenos, y viceversa.

Anotamos algunas particularidades propias del caso que hemos estudiado:

1º) La edad, 31 años, que ciertamente ya no pesa gran cosa en la anamnesis del cáncer del estómago.

2º) La probable degeneración maligna que había sufrido una úlcera simple del estómago que, por lo demás, no fué identificada radiográficamente en la época de su iniciación.

3º) La violenta y masiva diseminación por penetración linlinfática, lo que ocasionó un síndrome en el que se destacaban dos síntomas impresionantes: ascitis y crisis oclusivas, poco frecuentes de percibir en las primeras etapas de la diseminación metastásica del carcinoma gástrico.

4º) La ausencia de sintomatología gástrica clínica y radiográfica.

5º) La ausencia de metástasis en el hígado, a pesar de la extensión y difusión de la enfermedad.

Anamnesis y Encuesta Clínica en Gastroenterologia

LECCION INAUGURAL DEL II CURSO DE GASTROENTEROLOGIA
FEBRERO—MARZO DE 1950

Por el Dr. Juan Tanca Marengo.
Jefe del Servicio "San Gabriel" del Hospital Luis Vernaza.

No tengo el propósito de ocuparme en esta lección de los detalles y minucias que deben ser abordados y establecidos al realizar una encuesta en clínica gastroenterológica. Ni siquiera me propongo marcar, punto por punto, la manera de obtener una anamnesis que resulte útil e informativa, pues, en términos generales, no existen diferencias substanciales entre los métodos que se emplean en clínica general y los que se utilizan en la clínica de las enfermedades del tubo digestivo para alcanzar una documentación suficientemente completa para fines diagnósticos. Deseo, eso sí, realzar algunas particularidades propias de la patología y clínica gastroenterológicas que les confieren cierta singularidad y, sobre todo, pondré empeño particular en destacar los factores etiopatogénicos que en esta clase de enfermedades, más que en muchas otras, intervienen de manera ostensible, y a veces preponderante, para pro-

ducir las manifestaciones patológicas así como para mantener, condicionar y regir el curso y la evolución de la sintomatología. También me interesaré por demostrar la influencia manifiesta de los factores emocionales y afectivos en gastroenterología a tal punto que, con mucha razón se ha dicho que el tubo digestivo es el camino más fácil y común que emplean las emociones para hacerse patentes. Tendremos, pues, que tropezar en el curso de los diagnósticos diferenciales, con el factor funcional puro, como elemento genopático en buen número de afecciones gastro intestinales, o como agregado, casi inevitable, en los síndromes orgánicos.

Además, antes de entrar en materia, es necesario recordar que muchas enfermedades circulatorias, respiratorias, neuropsíquicas y endócrinas producen una sintomatología abdominal muy rica y llamativa, contrastando, a veces, con la pobreza y escasez de manifestaciones en los diversos aparatos de origen.

Estas circunstancias exigen, como requisito indispensable que el médico que se dedica preferentemente a la gastroenterología debe, antes, haberse formado una experiencia clínica suficientemente amplia: debe ser, conforme lo hemos dicho en otras oportunidades, un internista maduro que al interesarse especialmente por estas disciplinas, pondrá a su servicio, y para lograr un desempeño eficiente y oportuno; toda su versación teórica y su sagacidad y experiencia adquiridas en clínica general.

* * *

Tal vez pocas enfermedades como las que afectan al tubo digestivo requieren tanta prolijidad en la investigación anamnéstica para lograr un acertado camino en el diagnóstico. Esta singularidad se debe a los limitados signos objetivos que pueden observarse. Si bien la inspección, percusión, palpación y demás métodos de exploración física proporcionan en muchas ocasiones elementos de juicio fácilmente interpretables, un número considerable de casos exhibe una sintomatología substantiva tan imprecisa y falaz y también nula, que en realidad si queremos formarnos una idea diagnóstica directriz debemos conceder particular atención a los relatos del paciente y sus familiares. Con la sola enumeración de las enfermedades más comunes, nos daremos cuenta que una proporción elevada de afecciones gastroenterológicas carece de sintomatología fácilmente apreciable por los procedimientos comunes de exploración clínica: las dispepsias (englobando con esta denominación los desórdenes sensitivos, secretorios y motrices del tubo digestivo); las úlceras gastro-duodenales, los cánceres del estómago y del colon (en fases operables), por nombrar las más frecuentes, expresan la mayor parte y los más importantes de sus síntomas, sólo a través de una historia clínica paciente y ordenadamente elaborada. La escasez de signos apreciables se manifiesta también en muchas enfermedades del tubo digestivo y sus anexos, en los que solamente merced a un interrogatorio hábil, perseveran-

te y bien orientado, se los puede presumir, quedando a cargo de la exploración funcional (también de alcances reducidos en la mayor parte de los casos), y de la radiología y endoscopia, la confirmación o rectificación de los conceptos sugeridos por la anamnesis.

El dolor, síntoma capital en gastroenterología, es un elemento esencialmente subjetivo, y el médico sólo podrá especular acerca de sus modalidades e intensidad en escala limitada, porque a nadie sino al que lo sufre le corresponde justipreciar sus cualidades, y aun cuando habitualmente existen circunstancias psíquicas en los adoloridos que ciertamente los conducen a supervalorizar sus sufrimientos, creemos que no es exagerado decir que sólo existe un dolor que podemos fácilmente soportar: el dolor de los demás.

La misma parquedad interpretativa podemos decir respecto a la mayor parte de los síntomas anotados en el cuadro que tenemos a la vista:

FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS EN 4 000 PACIENTES DEL TUBO DIGESTIVO
(KANTOR Y KASICH)

Dolor			
abdominal general	2.028	[illegible]	
en cuadrante inf. derecho	319	[illegible]	65%
Estreñimiento	1 769		42%
Flatulencia	1 139		28%
Eructos	956		24%
Cefalalgias	935		23%
Vómitos	819		20%
Distensión abdominal			
aerofagia, cerocolia	[illegible]		15%
Molestias epigástricas			
plenitud, vacío, calambres, [illegible]	528		13%
Náusea	473		12%
Agrieras	449		11%
Diarrea	410		10%
Hemorragias			
hematemesis	66	1.7%	
melena	72	1.8%	
sangre oculta	121	3.–%	
Anorexia	262		[illegible]
Dolor o molestias torácicas	196		[illegible]
Vértigos	164		[illegible]
Regurgitaciones	156		[illegible]
Ictericia	152		[illegible]
Globo histérico	123		[illegible]

Cuán distinta es la posición del observador en clínica neurológica en que objetivamente se puede apreciar los estudios de tonicidad y laxitud, de contractura y flaccidez de las masas musculares! ¡Qué datos más valiosos puede lograrse con la exploración metódica de la sensibilidad! Un alfiler, una mota de algodón, unos tubos con agua caliente y otros con hielo rinden un acervo de informaciones difícilmente falseables; el martillo percutor o el canto de la mano, una pequeña linterna eléctrica, la observación analítica de la marcha, del sentido de las posiciones, explican, por los datos que proporcionan, la localización y extensión de las lesiones y en muchos casos esclarecen apreciablemente el factor etiológico.

En clínica cardiológica, el examen físico elemental permite al internista, en la mayoría de los casos, establecer con bastante certeza, la realidad de un conjunto patológico. Pocas cosas más demostrativas que una hipertrofia del corazón, un ruido de galope y soplos de tal o cual extensión o propagación. ¿Existe algo más característico que el síndrome de la asistolia congestiva con su polipnea permanente, su hepatomegalia y demás síntomas de éstasis circulatorio?

Podríamos expresarnos con bastante similitud en lo referente a las clínicas del aparato respiratorio, del sistema genitourinario y de muchas otras especialidades, como oftalmología y otorrinolaringología.

Espero que no se piense que debe desdeñarse de obtener una buena historia clínica en enfermedades que no sean del tubo digestivo. Nadie puede considerar que los términos de comparación que acabo de exponer relativamente a los diversos grupos de enfermedades, significan que la anamnesis sólo tiene valor primordial en afecciones gastroenterológicas y que en las demás, un buen examen físico simple o instrumental, a lo vete rinario, cumplen suficientemente las necesidades diagnósticas. Pero sí deseo subrayar que el significado de una anamnesis bien trazada y obtenida en gastroenterología no cede su valor a ninguno de los otros métodos de examen, y que la inmensa mayoría de los cuadros patológicos del tubo digestivo ofrecen tan escaso rendimiento con la exploración física que, si no fuera por el inapreciable apoyo que nos brinda la radiología y también en su esfera, la endoscopia, estaríamos aún en la época en que el diagnóstico de una de las enfermedades más frecuentes, las úlceras gastroduodenales, se hacía solamente cuando al dolor y la hiperclorhidria se agregaban las complicaciones de hemorragia o de perforación, etapa felizmente ya superada y que ahora la comentamos no sin cierto desdén y humorismo.

La historia clínica, en cuya obtención los minutos invertidos son capitales que producen cuantiosos réditos, nos permitirá apreciar el temperamento psíquico del individuo, su estado de ánimo, sus temores, sus recelos y enojos, y ayudará así a presumir la participación del elemento funcional en los sufrimientos que lo aquejan.

El tubo digestivo y sus funciones constituyen la parte más animal y tosca de nuestra contextura psicosomática. Se come para vivir, y al hacerlo aportamos todo el material (excepto el oxígeno) indispensable para que las actividades protoplasmáticas y del medio interior se realicen y modifiquen permanentemente, de acuerdo a las exigencias fisiológicas o patológicas del momento.

El tubo digestivo por sus funciones específicas está predispuesto, como pocos, quizás ninguno de los otros sistemas de la economía, a servir de punto de partida de muchas enfermedades que a

veces lo lesionan directamente, y otras lo hacen fallar en su legítima actividad funcional, y entregar al organismo substancias incompletamente degradadas o peligrosamente elaboradas que, al penetrar en la circulación, y después en la intimidad de los tejidos, ocasionarán desórdenes más o menos intensos y duraderos, punto inicial de gran número de afecciones que originan la disfunción y el envejecimiento prematuro de los órganos.

Víctor Pauchet decía que el hombre cava su sepultura con sus propios dientes, y al extenderse en consideraciones al rededor de lo que significa una digestión mal iniciada por defectos de masticación, comentaba la sobrecarga funcional que esa despreocupación produce en las otras etapas de la digestión, y cómo se originan de esta manera innumerables disturbios que, pasando por las indigestiones repetidas, conducen al éstasis fecal y la toxemia intestinal crónica, fuente de alteraciones profundas del conjunto psicosomático del individuo, con la consiguiente alteración de sus condiciones afectivas, perturbaciones del equilibrio neurovegetativo y menoscabo de su rendimiento en el medio familiar y social.

Puede ser que en muchas de estas reflexiones el reputado maestro francés tenga razón al interpretar el problema psiquis-funciones digestivas con el criterio enunciado, pero nosotros apreciamos que en gran número de pacientes, el fenómeno se inicia justamente a la inversa porque, aceptando la importancia cierta que pueda tener una masticación adecuada en el complejo y prolongado acto de la digestión, en el que no obstante, cada fase subsiguiente puede enmendar, hasta un cierto límite, los defectos y omisiones de las fases anteriores, creemos más bien, que es el funcionamiento equilibrado del sistema neurovegetativo del tracto digestivo lo que permitirá que éste cumpla su cometido con eficiencia y seguridad, y que los factores psíquicos, emocionales, depresivos, al trastornar el correcto desempeño del simpático, originarán perturbaciones funcionales, que por su persistencia y reiteración producirán alteraciones orgánicas, difíciles de enmendar. Nos parece muy apropiado decir que "si la comida del mediodía transcurre entre discusiones y disputas llenará la casa de dispépticos al anochecer".

La participación y, en muchos casos, la preponderancia del factor psiconeurótico y de las reacciones emocionales en la iniciación y el mantenimiento de los disturbios gastroentéricos, reconocidos ya en la antigüedad, se precisan muy bien en una de las fábulas de Esopo cuando relata la entrevista que tuvo el lobo con un perro enorme que lo sobrecogió de espanto: "el lobo defecó tres veces a causa del miedo que lo embargaba". En la historia de Napoleón se cuenta que cierta vez necesitó un hombre a prueba para cumplir una misión decisiva y peligrosa, y al efecto puso a un grupo de soldados inopinadamente frente a un pelotón de fusilamiento, seleccionándolo de entre los muy pocos que no ensuciaron sus bragas.

Sería extenderme desmesuradamente si pretendiera siquiera esbozar de qué manera y con qué síntomas repercuten en el sistema gastrointestinal las emociones de toda índole que conmueven nuestra personalidad, pero deseo consignar las perturbaciones que le infringen las emociones producidas en la espera sexual, originándose por estos motivos situaciones embarazosas y poco gratas.

En su interesante y ameno libro "La mujer frígida", comenta W. Stekel muchas historias de este género y al leerlas he recordado algunos sucesos de mi práctica profesional, uno de los cuales, quizás el más impresionante, voy a relatar. Una pareja de recién casados, un tanto maduros en edad, llegó al tálamo nupcial, siéndole imposible al marido cumplir sus deberes conyugales porque la esposa escapó apresuradamente al baño, donde permaneció encerrada toda la noche sin explicar su extraña actitud. Esta situación se repitió noche tras noche y requirió la intervención de médicos y sacerdotes que al fin lograron esclarecerla. Cada vez que la señora sentía los estímulos eróticos sufría deseos incontenibles de defecar, y asímismo cuando era novia no podía soportar largo rato las demostraciones de afecto y cariño, porque era presa de movimientos intestinales que se traducían por ruidos hidroaéreos que el marido después recordó haberlos percibido ciertamente, pero muy ajeno, entonces, a su verdadera interpretación.

El temor, la ansiedad, la angustia e incertidumbre, cada vez más frecuentes y permanentes en la vida moderna, crean en el tubo digestivo un complejo de síntomas calificados de dispepsias nerviosas, indigestión crónica, diarreas nerviosas, colitis no inflamatorias, colon inestable o irritable, que acrecen día a día el número de pacientes gastroenterosicopáticos, así como también predisponen a lesiones orgánicas que, sin duda alguna, son hoy más frecuentes que antes.

El conocimiento cabal de los factores psiconeuróticos en la génesis de gran número de enfermedades no sólo digestivas sino de todo orden, permite establecer una recomendación terapéutica de gran alcance: "no siempre las medicinas más eficaces se las adquiere en las farmacias". Tengamos presente, eso sí, que a menudo, una severa lesión orgánica se reviste de tantos artificios funcionales que puede pasar durante algún tiempo inadvertida, y esta recomendación conviene mantenerla siempre en nuestro espíritu, por la grave responsabilidad que su desconocimiento puede acarrearnos. Con cuánta frecuencia, en mujeres sobre todo, el carcinoma gástrico o del colon se esconden arteramente tras las engañosas manifestaciones de los disturbios neuro-vegetativos, y lo que es peor aún, bajo el calificativo insustancial, si se quiere bondadoso, de parte del médico, inexcusablemente culpable, de engreimientos o menopausias!

El factor alergia debe ser tomado en cuenta en la etiología de muchos síndromes dispépticos, y aunque es verdad que hay cier-

ta exageración en este sentido, deseo mencionar la innegable influencia que los complejos fenómenos de sensibilización producen en el tubo digestivo. Las substancias alergénicas exógenas y endógenas acarrean trastornos tan serios que a veces son causa de profunda desnutrición, no tanto por la limitación alimenticia impuesta por las necesidades terapéuticas, sinopor la deliberada e inconveniente restricción que se impone el paciente ante la preocupación de **que todo le hace daño.**

Debería ahora analizar los síntomas más comunes en gastroenterología, para ubicarlos convenientemente de acuerdo a las diversas modalidades con que se presentan y a su variable intensidad, pero estimo que esta labor, a más de larga y tediosa, encontrará una posición más lógica a medida que estudiemos, en las próximas lecciones, los elementos que integran los diversos síndromes.

Pero deseo estudiar, siquiera someramente y con un espíritu un tanto filosófico, el síntoma maestro en gastroenterología: el dolor abdominal, esa penosa sensación que, trasmitidapor losnervios sensitivos a los centros de percepción, retorna porlas viascentrífugas a las vísceras que la originan. Los fisiólogos de las sensaciones lo describen: "como una coloración afectiva de la sensación táctil que se nos presenta como un sentido particular, con sus receptores especiales, sus excitantes específicos y sus vías de conducción propias".

Los estoicos lo aprecian como un estímulo para la superación de la psiquis y de la personalidad, de la misma manera que los poetas románticos menosprecian los dolores físicos ante los del espíritu y del sentimiento.

Los epicúreos eluden el dolor de cualquier naturaleza y se procuran los medios físicos y psíquicos para evitarlos o mitigarlos.

En el sentido objetivo de la clínica general el dolor es un elemento de juicio de primer orden para la elaboración de un diagnóstico, y en gastroenterología por la proporción en que se encuentra en gran número de síndromes, es un invalorable factor de orientación diagnóstica y pronóstica.

Reacción de defensa del organismo frente a las agresiones patológicas; voz de alarma que da la economía apremiada por los elementos que la atacan; advertencias beneficiosas de nuestros órganos para ser atendidos oportunamente. Estos calificativos y otros similares se enuncian en patología funcional al referirse al dolor en general, que no siempre resultan a la medida de la realidad.

El Prof. Leriche se expresa en sentido diametralmente opuesto en este asunto, y nada mejor para comprender sus ideas al respecto, que esta rotunda y categórica declaración que transcribo:

"A pesar de esta dura realidad, los médicos suelen decir que **el dolor es una reacción de defensa, una feliz advertencia que nos pone en guardia contra los peligros de la enfermedad** y que, por tanto, es útil y hasta diríamos necesario, y quizá pudiéramos añadir **que, si no existiese el dolor, habría que inventarlo.**

Yo pienso de manera muy distinta. Con la ardiente convicción de un hombre que ha consagrado una parte de su vida a buscar el alivio de los que sufren, quisiera alzarme contra este singular error, cuya persistencia no comprendo, que no tiene ni sombra de verosimilitud y que se opone a veces como objeción al tratamiento quirúrgico de ciertos síndromes dolorosos.

¿Reacción de defensa? ¿Advertencia beneficiosa? **La mayor parte de las enfermedades, y las más graves precisamente, se apoderan de nosotros, no obstante, sin la menor advertencia previa.** La enfermedad es casi siempre un drama en dos actos, el primero de los cuales transcurre solapadamente en el melancólico silencio de nuestros tejidos, apagadas todas las luces y antes de que las candilejas se enciendan. Cuando llega el dolor es casi siempre en el segundo acto. Ya es demasiado tarde, y el desenlace existe ya en potencia; es inminente. El dolor no ha hecho sino ensombrecer una situación perdida desde hace ya tiempo.

¿Reacción de defensa? Pero ¿contra qué?, ¿contra quién? ¿Contra el cáncer, que ordinariamente no duele hasta el momento en que mata? ¿Contra la tuberculosis, que casi nunca hace padecer en el momento en que aún habría tiempo? ¿Contra las cardiopatías, que siempre avanzan silenciosamente? **¿Contra la úlcera del estómago, que cuando se perfora, de cuatro veces, en tres no hace experimentar al enfermo el menor dolor antes** de amenazarle con la peritonitis?

¿Podríais decirme qué clase de advertencia nos supone una neuralgia del trigémino?

Si la Naturaleza tuviese con nosotros las atenciones que nos debe, no nos advertiría cuando un cálculo del riñón ya no puede salir por las vías naturales, sino cuando todavía no es más que arenilla y pudiera eliminarse fácilmente.

Hay que abandonar la falsa idea del dolor bienhechor.

"El dolor es siempre un siniestro regalo que empequeñece al hombre, que le hace más enfermo de lo que sería sin él, y el deber estricto del médico es esforzarse siempre en suprimirlo cuando le sea posible".

Con todo el respeto que merece la indiscutible autoridad del eminente cirujano francés, basada en su larga y productiva experiencia, es forzoso disentir de la generalización de que están revestidas sus fogosas apreciaciones.

Nosotros podríamos agregar corroborando en parte lo expresado por el Profesor Leriche, nada rebaja tanto la dignidad del hombre como el dolor, y que desde tiempo inmemorial se ha empleado la tortura física para degradar la personalidad humana.

Acordes a la realidad, debemos aceptar que, efectivamente existen dolores que nada anuncian nada evitan, ni son útiles sino para mortificar cruelmente al que sufre, tales los que padecen los artríticos, que los incapacita para cumplir sus necesidades más premiosas; los dolores tardíos del glaucoma crónico simple, que aparecen cuando la oportunidad operatoria ya está fuera de lugar; lo mismo que los sufrimientos atroces de los causálgicos y las neuritis de los hansenianos, que aniquilan profundamente a los pacientes.

Pero nadie puede negar que en muchas afecciones graves el dolor constituye el verdadero síntoma de alarma que exige con premura la terapéutica salvadora, como son la cefalalgia en los tumores cerebrales, el dolor epigástrico en las úlceras gastroduodenales, el tremendo y desesperante dolor del glaucoma agudo y tantos otros más.

Enmarcando nuestras apreciaciones en el terreno de la gastroenterología, hagamos algunas reflexiones referentes al dolor visceral. Sabemos muy bien que durante muchos años no hubo gran interés por interpretar a fondo este problema hasta que el cirujano sueco Lennander, en 1901, reviviendo lo expresado por Heller, en 1760, comprobó una serie de fenómenos que lo condujeron a concluir que las vísceras no tenían sensibilidad propia y que sólo dolían cuando se estiraban sus mesos o se tironeaban sus pedículos, lo que equivalía decir que los órganos sólo dolían cuando eran estimulados los filetes nerviosos raquídeos que forman parte de sus estructuras, y que la sensación dolorosa no era percibida propiamente en las vísceras sino en la zona metamérica correspondiente del peritóneo parietal, fenómeno que fué aceptado bajo la denominación de dolor proyectado.

Esta explicación del reflejo víscero-parietal hizo cobrar actualidad a lo que en 1887 publicara Ross y poco después fuera ampliado por Head y James Mackenzie, quienes sostenían también la teoría denominada del reflejo víscero-sensorial. Pero muchos anotaban que sus investigaciones y observaciones no concordaban con esta insensibilidad visceral absoluta, y el asunto asumió caracteres más complejos, cuando a las comprobaciones anotadas, se sumó la duda acerca de la capacidad que pudiera tener el sistema simpático para transmitir sensaciones a los centros superiores, ya que parecía no poseer fibras centrípetas.

Largo sería enumerar las discusiones suscitadas por este motivo hasta que se encontró, por medio de experiencias muy sugestivas, que en realidad existían dos clases de dolores abdominales

les: el dolor proyectado (que se lo aceptaba desde Lennander) y el verdadero dolor visceral. Sin que la interpretación cabal quede ya establecida, podemos decir, y a esto han contribuído mucho Leriche y sus colaboradores, que, aparte de los dolores reflejos viscero-parietales, existe un verdadero dolor visceral que permite, al que lo sufre cuando está debidamente instruído, diferenciar un dolor del estómago, de un dolor de la vesícula y de un cólico ureteral, refiriéndolos con bastante exactitud a la localización profunda de la víscera afectada.

Ahora bien, conocido y ya comprobado que los filetes simpáticos son aptos para conducir por vías directas o indirectas impulsos a los centros hipotalámicos que, en forma de sensaciones los proyectan en sus puntos de origen, resulta comprensible y aceptable que, cuando una víscera experimenta desarmonía en sus actividades específicas, exprese sus perturbaciones por medio de manifestaciones de las cuales la más frecuente es el dolor, el verdadero dolor visceral que esencialmente puede ser provocado por dos grupos de factores: 1º) la contracción o la dilatación de las fibras musculares; 2º) la isquemia o hiperemia de los órganos. El primero produce verosímilmente el estiramiento de los mesos o la irritación del peritóneo que recubre el órgano, y el segundo determina una anoxia tisular, permanente o transitoria, que cuando las vías de conducción y los centros propioceptivos están intactos, provocan la sensación dolorosa según lo expresaban los clínicos antiguos: "como el grito de los órganos demandando sangre". La isquemia de los tejidos así como su hiperemia, al producir modificaciones importantes en el medio interno que baña a los corpúsculos sensitivos profusamente diseminados por todo el organismo, los hace más delicados e hiperestésicos.

Agreguemos que, si bien en muchos casos existe una proyección efectiva del dolor a la pared que recubre la víscera enferma, como ocurre en muchas apendicitis con notable hiperestesia cutánea, lo mismo que en la mayor parte de las peritonitis agudas, en muchos otros el dolor profundo, impreciso, difuso, que experimenta el paciente puede ser localizado y referido exclusivamente a un órgano determinado mediante la palpación metódica y reiterada, ayudada de maniobras especiales que, como la recomendada por Murphy permite evidenciar el sufrimiento de la vesícula.

Por otra parte, no se puede asimilar la exquisita diferenciación perceptiva que poseen los tegumentos externos a la sensibilidad bastante obtusa de las vísceras que, no estando expuestas directamente a las influencias del medio exterior, no han logrado ni necesitan perfeccionar su sentido de especialización sensitivo como la piel y las mucosas. Así se explica que el calor, el frío y hasta los pinchazos no sean percibidos por las vísceras.

Valiéndonos de las referencias topográficas y de la propagación del dolor que, de manera constante y evidente se observa en casi todas las afecciones dolorosas del tubo digestivo, es como

podremos obtener de su estudio y análisis el aporte más valioso para la elaboración del diagnóstico, y con este criterio el dolor no debe ser mirado por el internista como un regalo siniestro, ni tampoco como una advertencia siempre oportuna, sino como un impertinente e imperturbable, pero sincero, amigo del hombre y un aliado útil del médico, si se sabe interpretarlo debidamente.

Para finalizar, digamos que la encuesta clínica en gastroenterología se inicia con una anamnesis inteligentemente obtenida y se complementa con la investigación de las pruebas funcionales y las comprobaciones de radiología, endoscopia y de laboratorio, conforme lo iremos detallando en su oportunidad, y en estas diversas etapas de la investigación se llegará a resultados altamente aprovechables si existe coordinación entre la versación, sagacidad y paciencia del médico y la confianza y veracidad del paciente.

Las Hemorragias del Tubo Digestivo

LECCION DE CLAUSURA DEL II CURSO DE GASTROENTEROLOGIA
FEBRERO—MARZO DE 1950

Por el Dr. J. TANCA MARENGO.
Jefe del Servicio "San Gabriel" del Hospital
Luis Vernaza, Director del Curso.

Al tratar de las hemorragias del tubo digestivo vamos a ocuparnos [illegible] que [illegible] por su volumen y su repetición, constituyen [illegible] pos[illegible] pa[illegible] el enfermo, sin considerar las peq[illegible] [illegible] y [illegible] microscópicas que, conserv[illegible] diag[illegible] [illegible], e[illegible] xigen de parte del médico decisiones urgentes e inmediatas.

El problema etiológico de las hemorragias masivas, de interés permanente y creciente, debe ser apreciado por los internistas y cirujanos, con un espíritu crítico inclinado hacia la revisión, debido a los progresos que día a día realiza la clínica gastroenterológica.

Si nos atuviéramos a las estadísticas de hace dos o tres décadas tendríamos un concepto bastante inexacto del asunto, ya que el diagnóstico de las enfermedades más hemorragíparas, las úlceras gastroduodenales, no había alcanzado en esa época la amplitud y seguridad que tiene actualmente, y así se explica que entre las causas de hemorragias digestivas, ocuparan el segundo y hasta el tercer lugar en las comunicaciones de Moynihan, Gutman y Demole, de Fidel Fernández, de Urrutia y otros.

Concorde con este razonamiento, la cantidad porcentual de hemorragias criptogénicas, muy abultadas antes, hasta constituir el

20 y 25% en las estadísticas nombradas, va decreciendo considerablemente, pues hoy se estima que muchas de esas hemorragias corresponden a úlceras que no habían sido reconocidas, mencionando en este grupo a las de la segunda porción del duodeno y del esófago.

Por otra parte, actualmente se diagnostica con más precisión las hemorragias por várices esofágicas, antes solamente sospechadas por razonamientos clínicos no siempre muy lógicos, y se conoce también que las várices pueden ser gástricas, si bien mucho menos frecuentemente, y se generaliza el concepto de que el éstasis venoso debido a hipertensión portal puede marcarse también en determinados sectores de los vasos mesentéricos, originando hemorragias altas o bajas del tracto intestinal que, con seguridad, eran antes englobadas en las criptogénicas.

Otros factores se suman para reducir, cada vez más, el número de las hemorragias esenciales, de los cuales el más importante es el reconocimiento positivo de una nueva enfermedad, la gastroduodenitis. acerca de cuya realidad y frecuencia y de su capacidad para producir hemorragias graves, a veces mortales (Benedick), había un escepticismo casi invencible, actualmente desvanecido, merced a los trabajos de los gastroscopistas, con Schindler, Moutier, P. E. Steiner y Moercha la cabeza

Por último, analizando las sucesivas etapas de los conceptos vertidos alrededor del problema úlcera-cáncer, desde las primeras comunicaciones de Moynihan, Mayo y Robson (1907), hasta las actuales, es forzoso reconocer que, por una parte el cáncer del estómago es más frecuente que la úlcera gástrica, y por otra, que muchas úlceras diagnosticadas como benignas, son realmente cánceres ulceriformes, expuestos a sangrar como el ulcus simple, con lo que se establece que las hemorragias producidas por el carcinoma no siempre son mínimas en poso de café, en moscas, o microscópicas; antes bien, queda fuera de duda que, si no con frecuencia pero sin constituír excepción el cáncer del estómago inicia su presencia en clínica con manifestaciones hemorrágicas de gran severidad.

La apreciación que en la actualidad se hace acerca de las probabilidades de que una úlcera se transforme en cáncer, difiere fuertemente de los conceptos de otrora, y sin pretender que la resolución sea definitiva, podemos admitir, con mucha verosimilitud, que la posibilidad es muy remota, conforme lo preveía ya Aschoff en 1912: "El hecho de que numerosas úlceras crónicas del estómago, designadas por los cirujanos con el nombre de úlceras callosas y que por su forma se parecen a la úlcera ordinaria del estómago, presentan histológicamente signos de cáncer, demuestra menos la posibilidad de que una úlcera se transforme secundariamente en cancerosa que la de que un cáncer pueda convertirse en una úlcera típica".

Otra consideración debe ser tomada en cuenta para valorizar correctamente las causas de las hemorragias, basada en el tiempo que algunos enfermos han continuado bajo la observación del médico. Nos ha sucedido clasificar como esenciales a algunas hemorragias que posteriormente pudimos reconocerlas como de origen cirrótico. También hemos calificado alguna vez como ulcerosos a pacientes con bulbo irritable deformado, en quienes con posterioridad pudimos diagnosticarlos con más justeza (comprobación operatoria) como vesiculares; y aun cuando esos errores de apreciación pueden pesar poco en las estadísticas de gran volumen deben ser, no obstante, anotados para comprender que no siempre resulta irrefutable lo aseverado respecto a hemorragias de causa desconocida; y permite también guardar reservas respecto a la elevada y casi exclusiva proporción hemorrágica que algunos autores conceden a la úlcera gastroduodenal.

Guardemos también reserva y seamos parcos en formarnos un criterio a base de estadísticas poco cuantiosas, de las que a veces se pretende deducir porcentajes poco merecedores de confianza. Extremando el concepto con sentido humorístico, relataré que en las últimas semanas he observado cinco hemorragias masivas: una por gastroduodenitis (20%), otra por cáncer ulceriforme (20%), otra por cirrosis (20%); otra por septicemia estafilocócica (20%), y otra por causa no precisada (20%); cifras porcentuales del todo falaces e inexactas en las que no aparece la úlcera gastroduodenales.

Compaginando los datos estadísticos más documentados y armonizándolos en límites razonables, nos parece que, por el momento, se puede admitir la siguiente proporción etiológica de las hemorragias masivas del tracto digestivo (1):

Ulceras gastroduodenales	60%
Cáncer gástrico	5%
Gastroduodenitis	10%
Hipertensión portal Hepáticas Vesiculares	13%
Varias	7%
Criptogénicas	5%

Vamos a analizar, ahora, las causas más frecuentes, anotando en cada una las particularidades más destacadas concernientes a patogenia, evolución y pronóstico, y para tener una apreciación de conjunto, revisemos primero un ensayo de clasificación, imperfecta e insuficiente como la mayor parte de las clasificaciones y que, con fines expositivos, hemos confeccionado a base de las de Balfour y Maldonado Allende.

(1) Estadísticas de Balfour, Bockus, Jiménez Díaz, Kempleter, Bonorino Udaondo, Rivera y Wilbour y personal.

A. Origen en tubo digestivo

1º gástrica y duodenales
- a) úlceras gastro duodenales y esofágicas, úlcera gastro yeyunal (operatoria).
- b) gastritis-duodenitis
- c) tumores malignos
- d) sífilis y tuberculosis gástricas
- e) tumores benignos
- f) hemorragia post-operatoria
- g) crisis gástrica de tabes
- h) estómago supradiafragmático
- i) traumatismos.

2º rinofaríngeas (excepcionales), esofágicas, intestinales.
- a) epistaxis
- b) angiomas del cavum
- c) várices del esófago
- d) tumores malignos y benignos del esófago.
- e) divertículos de esófago
- f) cuerpos extraños
- g) tumores malignos y benignos del intestino delgado, cáncer amp. Vater

3º viscerales y vasculares
- a) cirrosis hígado
- b) afecciones de vesícula biliar
- c) apendicitis
- d) síndromes espleno hepáticos esplenomegalia (síndrome Banti)
- e) hipertensión portal y trombosis mesentérica
- f) ruptura de aneurismas
- g) ruptura vasos esclerosados
- h) enfermedades cardíacas y pulmonares
- i) telangectasia familiar

B. Origen fuera del tubo digestivo

2º alteraciones de crasis sanguínea y enfermedades de la sangre.
- a) púrpuras
- b) policitemia
- c) hemofilia
- d) ictericia hemolítica.

3º sistemas nervioso y endócrino.
- a) emociones, esfuerzos mentales
- b) menstruación vicariante
- c) hipertiroidismo
- d) simulación.

4º miscelánea
- a) enfermedad de Hodgkin, leucemias, fiebre amarilla, espiroquetosis ictero-hemorrágica.

C. Criptogénicas

Ulceras gastro duodenales. — Considerando que la hemorragia es sólo un accidente en el curso de la enfermedad ulcerosa, es interesante anotar que el número de úlceras sangrantes es relativamente bajo, concepto diametralmente opuesto al que regía antaño, que no permitía rubricar un diagnóstico de ulcus si no había la noción de hematemesis o melena.

PROPENSION DE LAS ULCERAS A SANGRAR

Relación entre la frecuencia de las úlceras hemorragíparas y el número total de úlceras (1)

Estadística publicada por	Casos úlceras	Ulceras hemorrágicas	Porcentaje de úlceras hemorrágicas
Hurst y Ryle	1.340	419	31.3
Blackford y colaboradores	916	162	18
Turnbull y Sagi	489	80	16.3
Allen	1.436	502	35
Goldman	1.025	349	38
Phillips	126	33	26
D'Albora y Lancellotti	331	66	20
Browne y McHardy	430	131	30.4
Collins y Knowlton	2.620	100	3.8
Wherritt	391	60	15.3
Personal	246	62	25

En este cuadro compuesto por Wherritt al que hemos agregado nuestras observaciones sobre 246 casos publicados en 1947, se puede anotar apreciables discrepancias de datos porcentuales, algunos realmente extremos (38% de Goldman y 3.6% de Collins y Knowlton); pero aparte de esto se observa una tendencia a unificar el criterio de úlceras que sangran, entre 25 y 30%.

Las hemorragias de las úlceras gastroduodenales, con todo de ser a veces intensas y reiteradas, pueden ser dominadas con cierta facilidad, salvo cuando determinados factores, que exponemos a continuación, contribuyen a producirlas o mantenerlas.

Las úlceras recientes se manifiestan a veces con grandes hemorragias que, cuando se ha podido comprobarlas en actos quirúrgicos o necrópsicos, corresponden muchas veces a lesiones tan pequeñas que aparentemente no están en concordancia con la pérdida de sangre tan severa. La conocida descripción de Dieulafoy acerca de su **exulceratio simplex**, parece corresponder a lesiones de esa clase, y se podría decir que la acción clorhidropéptica sorprende al estómago cuya úlcera no ha aprendido aún a defenderse de estas contingencias, y ocasiona la ruptura vascular a mansalva, lo que origina copiosas hemorragias. A medida que las úlceras envejecen se anota menos propensión hemorragípara, salvo en sujetos con vasos esclerosos o que sufran concomitantemente de alguna afección hepática o vesicular, condiciones que de suyo exponen a accidentes muy graves. Los antiguos luéticos que se enferman de úlcera, también forman fila entre los más predispuestos a pérdidas sanguíneas abundantes y repetidas. Las gastritis y gastroduodenitis se suman al elemento ulceroso para producir hemorragias extremadamente graves, y algunos gastroscopistas audaces, mejor llamarlos temerarios, han creído comprobar en ciertos ulcerosos que la hematemesis no provenía de la úlcera péptica sino de numerosas y pequeñas erosiones producidas por una gastritis aguda.

(1) Preparada por Wherritt.

Por último, aunque resulta innecesario decirlo, es comprensible que todas las circunstancias que alteren la crasis sanguínea: septicemias, púrpuras, quemaduras extensas de los tegumentos externos, constituyen factores peyorativos para los ulcerosos propensos a sangrar, ya que su potencialidad hemorragípara se suma a la representada por la lesión misma.

En el orden psicógeno, la experiencia demuestra que muchas hematemesis y melenas coinciden con la aparición de disturbios emocionales, obsesivos o de cualquier otra clase que afectan la marcha regular de las actividades cerebrales. Algunos de nuestros enfermos han sufrido hemorragias alarmantes cuando han soportado choques neuropsíquicos imprevistos o violentos.

> Nuestro amigo X. Y., de raza hebrea, ulcerosoduodenal, viajaciertafrecuenciaorpor negocios y se aprovechaotomar vacacionarfortuna en juegos de azar, a los que es apasionadamente aficionado. Cuando la suerte le es adversa sufre prolongadas y copiosas melenas que lo ponen en trance de hospitalizarse, con lo cual sus vacaciones dejan de serlo y se transforman en motivo de honda preocupación y de reactivación de sus dolores

> Uno de nuestros antiguos clientes, afecto de ulcusduodenal, sufría intensamente cada vez que su esposa tenía que traer al mundo un nuevo hijo. La infortunada señora requería siempre intervenciones obstétricas que, en ese entonces, eran cumplidas con menor eficiencia y seguridad que ahora, y de esa manera tuvo tres niños. Cada situación de esta clase produjo en el esposo severos episodios hemorrágicos, y así el nexo espiritual y afectivo de ambos cónyuges se acentuaba con el padecimiento físico hemorrágico que sufrían contemporáneamente.

El pronóstico de las hematemesis y melenas ulcerosas debe ser formulado no sólo en relación con la pérdida masiva que, en casos extremos, llega a la anemia agudísima con la consiguiente anoxia de los tejidos, sino también considerando la repercusión que la hemorragia puede producir en las funciones depurativas y antitóxicas, que se refleja, entre otras cosas, en la disminución de la reserva alcalina, circunstancia que se acentúa en los enfermos con estenosis pilórica y considerable éstasis gástrico. También es frecuente la hiperazoemia, fenómeno constante pero transitorio en todas las hemorragias importantes del tubo digestivo que no son prontamente evacuadas. Este hecho, que se comprueba también en muchas hemoptisis que han sido deglutidas en gran parte, sería debido a la resorción masiva de proteínas, según lo ha podido demostrar experimentalmente Clausen, quien dió grandes cantidades de sangre de buey a sujetos normales y observó la aparición de hiperazoemias inquietantes, pero no perdurables. El aumento de la urea sanguínea reviste poca significación; al cabo de dos o tres días de haberse detenido las hemorragias, tiende a desaparecer, pero si el complejo patogénico que desorganizó el metabolismo y produjo acidosis e hiperazoemia, alteró también las funciones secretorias del riñón (más aún si estaban alteradas con anterioridad al

accidente), el pronóstico es muy sombrío y resulta muchas veces imposible sacar a los enfermos de estas condiciones de gravedad, que los conduce a la muerte con signos de uremia aguda genuina.

Gastroduodenitis.— Vamos a insistir poco respecto a esta causa importante de hemorragia masiva porque, al paso en esta lección hemos ya marcado el papel que se le asigna actualmente en gastroenterología. Aun cuando desde hace mucho tiempo se lo menciona, el factor gastritis ha tomado verdadera jerarquía desde que los gastroscopistas han definido su existencia real en gran número de enfermos. Las gastritis agudas, tóxicas o infecciosas, las gastroduodenitis anafilácticas y estados similares, eran más bien sospechadas e intuídas antes que evidenciadas, pues las piezas anatómicas de que se disponía de vez en cuando, no mostraban con la objetividad de lo viviente, la verdadera magnitud de los fenómenos hiperémicos, exudativos y ulcerosos, como lo logra la endoscopía.

La gastritis hipertrófica predispone particularmente al éstasis sanguíneo y erosión de la mucosa, lo que determina muchas veces hemorragias cuantiosas. Pietro de la Vesca (citado por Schindler) encuentra 10.16% de hematemesis por esta causa en un grupo de 177 enfermos. Konjetzny, Korbsch y Schindler (citados por Bockus), han comprobado hemorragias mortales debidas a gastritis agudas, en cuyas autopsias se encontró numerosas ulceraciones de la mucosa gástrica, y el mismo Bockus refiere el caso de un enfermo al cual se le practicó una gastrectomía amplia por repetidas y copiosas hematemesis: el paciente, a pesar de esto, continuó sangrando y murió, encontrándose numerosas y extensas ulceraciones en la pieza resecada y en el muñón de amputación.

El factor gastritis se suma muchas veces a estados que de suyo son hemorragíparos como la úlcera, la hipertensión portal y el carcinoma gástrico, y estos hechos dan la medida aproximada de la cautela que se debe tener en hemorragias pertinaces, antes de adoptar decisiones quirúrgicas.

Carcinoma Gástrico.— Ya expusimos lo que se debe temer siempre al juzgar la calidad de las úlceras gástricas, y anotamos las reflexiones que deben hacerse a menudo, en enfermos que, desde el punto de vista clínico y radiológico, sugieren una prudente reserva diagnóstica, más aún si se aprecia discordancia aparente o efectiva entre las comprobaciones radiológicas y los hechos clínicos. Quizás estemos en vías más expeditas para definir esta diferenciación entre la úlcera benigna y el cáncer ulceriforme. La vehemencia que ponen los gastroscopistas en afirmar sus comprobaciones puede resultar, por el momento, un tanto desproporcionada,

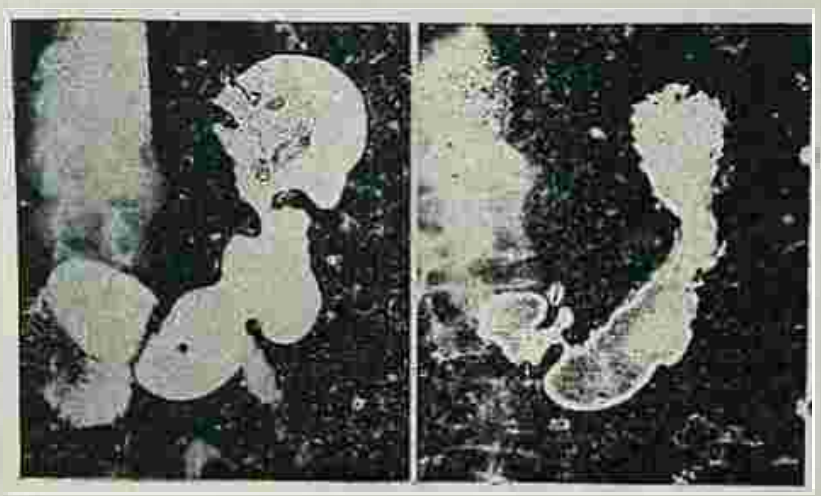
Pero no podemos pasar inadvertidas las reiteradas publicaciones de Schindler, que con su gastroscopio semiflexible ha proporcionado un campo más extenso para aplicar el método. (1)

Sacamos en conclusión, de todo lo que se ha dicho en los últimos tiempos respecto a la capacidad hemorragípara del carcinoma gástrico que, en efecto, puede producir y produce muchas veces hematemesis gravísimas y también mortales en un 5 a 7% de casos. Nos ha tocado atender cancerosos con esta complicación que, a veces, marca la iniciación clínica de la enfermedad.

El Sr. C. V. sufre desde hace 2 años un síndrome dispéptico flatulento, acompañado de dolor post prandial semitardío, con períodos de remisión y de exacerbación. A los pocos meses el dolor epigástrico es subcontínuo, no se alivia con los alimentos, como ocurría antes, y se propaga violentamente a la columna dorsal y espacio interescapular. El dolor lo deprimía mucho y para atenuarlo limitó exageradamente su alimentación

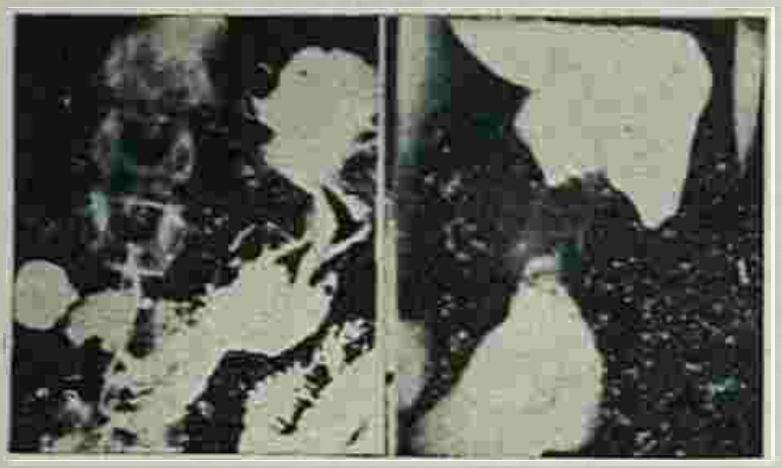
Decepcionado de no encontrar alivio con tratamiento médico y sin aceptar la intervención quirúrgica propuesta por la sospecha de carcinoma, rehusó toda atención, hasta que un día, al año y medio de comenzar su padecimiento, tuvo una serie de hematemesis que lo pusieron in extremis. Una vez repuesto fue sometido a un estudio radiográfico (radiografías I, II, III y IV) se diagnosticó equivocadamente úlcera crónica de la cuarta menor perforada en el hígado. La operación demostró adenocarcinoma con extensas metástasis ganglionares y hepáticas.

El cáncer del estómago es, sin duda, una de las enfermedades más temibles, no sólo por su elevada incidencia, insidiosidad y lo traicionero de sus ataques, sino también por la dificultad diagnóstica o por la gravedad pronóstica que le son características.



Radiografías I y II

(1) LA IMPORTANCIA DE LA GASTROSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DEL ESTOMAGO. Por los doctores Rudolf Schindler y Milton Machado Moura. ("La Prensa Médica Argentina". Volumen XXXVII.



Radiografías III y IV

En casos como éste el cáncer, traicionero según lo habitual, es sobrellevado con la etiqueta de úlcera benigna, y cuando se produce la hemorragia copiosa, extenuante, el concepto errado se afirma, y sólo la evolución o la intervención quirúrgica proyectada y llevada a cabo con perspectivas benignas, aclara que fue un cáncer ulceriforme el causante del accidente hemorrágico.

Causas Hepáticas y Vesiculares. Hipertensión Portal.— Englobamos estas causas bajo el mismo rubro (sin que esto signifique que las consideramos idénticas en su mecanismo patogénico) porque en muchos enfermos se suman dos o tres de ellas. Un vesicular puede sufrir hemorragias por diversos mecanismos, desde el más invocable, como es la propagación del proceso inflamatorio o infeccioso del colecisto al estómago y duodeno, hasta aquel en que las hepatitis y pancreatitis concomitantes provocan alteraciones de la crasis sanguínea. De la misma manera, los desórdenes vasculares del hígado, que a la larga afectan la capacidad funcio-

---

[illegible] (1 de enero 6, 1940) con [illegible] algunos capítulos de este [illegible] sobre [illegible]

"El carcinoma de estómago, que ocasiona la muerte de 30.000 a 40.000 personas anualmente en los Estados Unidos, es en sí una enfermedad asintomática, revelando los datos recogidos en la autopsia, que es silenciosa en un 25 a 30 por ciento de los casos. Esta estadística sería mayor si no fuera por la circunstancia de que poco más de la mitad de todos los tumores carcinomatosos del estómago se localizan en las regiones prepilórica o pilórica, ocasionando fenómenos obstructivos en el curso inicial de la afección.

"La indicación quirúrgica de estos tumores, también importante para su estudio pronóstico, ha motivado grandes discusiones por su inseguridad y fallas; el 20 por ciento de la gente muere de cánceres resecables y en cambio muchos pacientes son operados inútilmente. Para la resolución de todos estos problemas importantes, la gastroscopia proporciona una ayuda indudablemente valiosa y práctica, según procuramos demostrar sucintamente en este trabajo.

. . . . . .

Nunca nos hemos lamentado de haber dejado de descubrir un carcinoma de la pared posterior del estómago, aun estando localizado en la zona ciega (Schindler). Aunque no podamos ver la ulceración maligna misma, podemos hallar e identificar la infiltración

nal del hepatocito, pueden complicarse también de fenómenos de hipertensión de la circulación porta. De esta manera la condición hemorragípara inherente a la insuficiencia hepática se acrece y el pronóstico desfavorable se acentúa.

Buena parte de las hematemesis en enfermos de esa clase son debidas a várices del esófago fácilmente comprobables, en su oportunidad, por radiografías y endoscopías, siendo más raras las dilataciones venosas gástricas. En cambio, no pocas melenas parecen obedecer a varices de las venas mesentéricas ingurgitadas por obstáculos en la red porta, ocasionadas por afecciones esclerosantes del hígado o por síndromes hepato-esplénicos, de observación frecuente en nuestros hospitales; así como por trombosis agudas o subcrónicas de los mencionados vasos, originadas por causas locales o por émbolos transportados desde territorios distantes.

Deliberadamente vamos a omitir detalles respecto a las restantes causas de hemorragias masivas consignadas en el cuadro adjunto, debido a su relativa rareza y a que en su mayoría, en particular las que obedecen a causas generales, la hematemesis y melenas son uno de los tantos síntomas del complejo sindrómico que desde antes ha evolucionado de modo fácilmente reconocible.

* * *

El diagnóstico causal de las hemorragias digestivas no siempre es fácil en el momento de urgencia, cuando el internista debe actuar con la necesaria celeridad, apoyándose en una presunción etiológica. Resulta, a veces, muy sencillo si la historia anterior es clara, más aún si el paciente ha sufrido ya accidentes análogos y conoce las causas que los provocaron; pero en hemorragias iniciales, en un enfermo sobrecogido de temor, y en un medio familiar, comprensiblemente desorientado y ofuscado, el médico debe plantearse rápidamente las hipótesis más lógicas por su frecuencia, y de esta manera considerará sucesivamente las posibilidades de: ul-

---

que comúnmente la acompaña y que es de gran valor, pues su ausencia sugiere que se trata de un proceso benigno. Cuando el gastroscopista consigue una visión clara de la lesión, sus posibilidades de acertar el diagnóstico son mayores que las ofrecidas por cualquier otro método, incluso el radiológico. En la serie de 91 casos probados de carcinoma gástrico, uno de nosotros (Schindler), diagnosticó tres úlceras benignas como malignas (todas ellas presentaban gran infiltración y nodulaciones), y dos casos de úlcera carcinomatosa como benigna (en un caso no habría errado, ahora que sabemos que sólo la úlcera maligna sangra en sus márgenes).

"Característica diferencial importante es el modo de sangrar de las dos úlceras: mientras las malignas lo hacen en su periferia, a las benignas se les ve sangrar en su centro.

"Los puntos hemorrágicos situados profundamente en la mucosa y el signo de Henning (el ángulo toma la forma de una V invertida, cuando normalmente tiene forma de arco), son señales de úlceras he-

cus gastroduodenal, gastroduodenitis, hipertensión portal, afecciones hepatovesiculares y carcinoma gástrico.

Buena ayuda prestarán los exámenes de sangre practicados desde el primer momento y proseguidos a diario para anotar las modificaciones que se produzcan. Uno de los problemas que demanda más urgente resolución en los casos dudosos, es reconocer la participación del hígado o de ciertas enfermedades de los demás órganos hematopoyéticos en la etiología del trastorno, y en gran número de casos se puede aclarar conceptos estudiando, junto a los recuentos globulares y de plaquetas y tasas de hemoglobina, la bilirrubina indirecta y las pruebas de coagulación, sangrado y protrombina. No existe ningún incoveniente para investigar la función cromagoga en plena hemorragia, por medio de la inyección de bromosulfataleína o similiares. A veces, en casos dudosos, los resultados de estas investigaciones resultan especialmente informativos y contribuyen a modificar la terapéutica en un sentido realmente eficaz.

---

nignas. Digno de confianza es también el llamado pliegue gástrico en ampolleta, no siendo necesario que la úlcera aparezca en el campo visual. Se trata de un pliegue gigante que atraviesa la curvadura mayor estando la úlcera colocada en cualquiera de sus extremos.

. . . . . .

"Aun los anatomopatólogos reconocen que un estudio histopatológico, meramente estático, no puede proporcionar una solución positiva, por falta de la prueba microscópica que evidencie la secuencia de los hechos. Necesitamos entonces el estudio dinámico, clínico, que en el caso de los síntomas gástricos lo realizan con éxito los rayos X, la gastroscopía y la cirugía, además de la propia historia del caso.

. . . . . .

"Recurriendo a estos estudios, ningún médico logró jamás verificar la degeneración maligna de una úlcera péptica. En todos los casos raros en que se sospechaba tal hecho, el examen gastroscópico probó que la úlcera era maligna desde su iniciación o que la formación carcinomatosa se había localizado en otra área diferente de aquella en que existía un úlcera benigna

"Me parece que los enfermos de úlcera benigna que más tarde presentan cáncer (en otra área del estómago), constituyen casos raros.

"También me ha llamado la atención la rareza con que una úlcera benigna verdadera precede, durante años, al neoplasma gástrico. Opino que la úlcera benigna no predispone al cáncer del estómago; asimismo observo el hecho de que la incidencia de cáncer del estómago es curiosamente baja en los portadores de úlcera benigna. (Schindler).

"Nuestra opinión es que las úlceras benigna y maligna son dos entidades diferentes sin ninguna relación entre sí.

. . . . . .

"Estudiando 43 201 autopsias. Rigler y Kaplan, descubrieron 253 casos de anemia perniciosa en adultos de más de 45 años de edad. En esta serie de casos el porcentaje de carcinomas gástricos casi igualaba al de los dos autores europeos; con una incidencia de 12.3 por ciento el cáncer era entonces 3 veces más frecuente en los casos de anemia perniciosa cuyos estómagos mostraban extensos procesos de atrofia. Impresionados con estos datos obtenidos en autopsias, los autores decidieron estudiar una serie de enfermos con anemia perniciosa, con la esperanza de descubrir algunos casos de carcinoma

El criterio que oriente al médico no debe ser obcecadamente **ulcerígeno**, para no exponerse a omitir la consideración de otros factores que, como las gastritis multiulcerosas y las várices del tracto digestivo, reclaman una atención terapéutica especial que puede lograr conjurar el peligro; y sobre todo, el clínico no debe guiarse por ciertos conceptos extremistas, producto de entusiasmos explicables a veces por inexperiencia, a veces por lecturas de éxitos quirúrgicos deslumbradores, para considerar a los hemorrágicos ulcerosos como candidatos inminentes a la intervención operatoria. No debe predominar la idea de que la operación cura seguramente toda hemorragia peligrosamente rebelde, ya que el cirujano no llega en todos los casos a ligar el vaso responsable ni, lo que es más serio, las grandes hemorragias obedecen solamente a la ruptura de un vaso; la identificación de las gastroduodenitis ha complicado singularmente esta posibilidad, y muchos cirujanos se han sentido desalentados cuando, después de resecar 2/3 o 3/4 de estómago, el paciente continúa sangrando y muere por hemorragias múltiples producidas en extensas lesiones erosivas comprobadas en la pieza amputada.

Además, si es verdad que algunos ulcerosos fallecen por hemorragias, la inmensa mayoría logra sobrepasar su accidente y curar con tratamientos no quirúrgicos, y si a veces, cuando existen antecedentes y diagnósticos muy claros de úlceras, se debe decidir en favor de la operación, no se debe olvidar que el acto quirúrgico en sí es un apreciable riesgo que va a correr el paciente, cuyas con-

---

gástrico incipiente y asintomático. Recurriendo a los medios diagnósticos más modernos (rayos X y gastroscopía, inclusive), estudiaron 211 casos de anemia perniciosa, de los cuales el 80 por ciento fue repetidamente examinado, y el 20 por ciento lo fue una sola vez.

"De estos 211 enfermos, 15 (7,1 por ciento) tenían pólipos y 17 (8 por ciento) carcinoma gástrico.

C o n c l u s i o n e s:

1º) El cáncer de estómago es una enfermedad muy frecuente y sumamente grave.

2º) Para lograr los mejores resultados consideramos necesarias las siguientes providencias: a) apresurar el diagnóstico precoz; b) usar la clasificación macroscópica de Borrmann, cuyos tipos pueden ser determinados con el empleo del método radiológico-gastroscópico; y c) diagnosticar y controlar las llamadas lesiones precancerosas.

3º) El diagnóstico del cáncer alcanza un elevado porcentaje de certeza cuando se usan juntamente los métodos gastroscópico y radiológico, además del estudio cuidadoso de la sintomatología clínica.

4º) La clasificación macroscópica de Borrmann demuestra una nítida superioridad sobre todos las otras hasta ahora descriptas, inclusive la de Broders. Primero, porque evita operaciones cruentas, y luego porque ha podido revelar con más fidelidad el pronóstico quirúrgico de los carcinomas.

5º) Debe diagnosticarse las lesiones precancerosas y examinarse cuidadosa y periódicamente a sus portadores. Las gastritis atróficas, que sólo se pueden diggnosticar con el método gastroscópico, parecen desempeñar un papel importante en el desarrollo o aparición del cáncer de estómago".

diciones de anemia y autointoxicación son factores de pronóstico desfavorable. No conviene, pues, precipitarse a tomar resoluciones drásticas. sin que esta prudente abstención, que nos parece debe ser la norma general de nuestra conducta, sea estimada como un criterio de absoluta y resuelta oposición al acto quirúrgico. Por otra parte, el número de cirujanos adictos a nuestra manera de razonar va creciendo a medida que se ha podido comprobar lo inútilmente riesgoso y muchas veces inoficioso de la operación.

Extractos y Comentarios de Trabajos Publicados acerca de la Acth y Cortisona

Comunicación presentada a las IV Jornadas Médicas auspiciadas por la Federación Médica, realizadas desde el 1ºal 4 de Noviembre de 1950 en Cuzco.

En las últimas décadas se están realizando afanosas y reiteradas investigaciones para modificar favorablemente las condiciones funcionales de la vasta red celular que constituye el tejido conectivo, procurando así complementar los grandes avances realizados por la terapéutica anti-infecciosa, cuyos resultados sorprendentes en gran número de enfermedades han contribuído, sin duda, a opacar los esfuerzos pro medicación funcional, iniciados al finalizar el siglo pasado y proseguidos, un tanto descontinuadamente, desde comienzos del actual.

Recuperados del asombro producido por los progresos que día tras día realizan los antibióticos, los investigadores vuelven sus pasos hacia la ruta, un tanto abandonada, que conduzca a encontrar los medios de devolver a los órganos su eficacia funcional perdida o rebajada, sea por ataques tóxicos o infecciosos, o por simple envejecimiento y, cumplan así su intervención específica en el conglomerado general de la economía.

Como una conquista en esta marcha se ha destacado el papel fundamental que en las reacciones de defensa desempeñan la hipófisis cápsulas suprarrenales, comprobándose que algunos de los [illegible] elaborados por estas glándulas son irreemplazables para neutralizar o atenuar la virulencia de los ataques y propender al mantenimiento de las hemeostasis.

La atención experimental se ha marcado particularmente sobre la hormona adrenocorticotrópica de la hipófisis, denominada por abreviatura ACTH, y sobre uno de los 26 esteroides de la corteza suprarrenal, el 17-hidroxi-11-dehidro-corticosterona, llamado también Compuesto E o Cortisona.

Los primeros éxitos publicados por Kendall, Hench y sus colaboradores de la Clínica Mayo, el 13 de Abril y el 26 de Mayo de 1949, provocaron una ola de curiosidad científica universal, y a poco comenzaron a llegar con profusión, importantes observaciones realizadas en diferentes países, que han continuado aumentando hasta que se creyó necesario en los Estados Unidos convocar una Conferencia dedicada exclusivamente a tratar el tema, que se verificó en Chicago el 21 y 22 de Octubre de 1949, auspiciada por The Armour Laboratories. En esa reunión se puso sobre el tapete 52 comunicaciones que fueron discutidas con la necesaria amplitud, cuyo relato consta en un volumen publicado por la Editorial Blakiston, de Philadelphia (dos ediciones, Marzo y Abril 1950), en el que se expone, con las reservas del caso, las conclusiones y recomendaciones provisionales que llegaron a establecer los conferenciantes. Nosotros, muy interesados por este problema, presentamos una primera comunicación sobre el asunto a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas el 13 de Julio, que la ampliamos en la sesión del 7 de Agosto del presente año, en las que hicimos una recopilación de todo lo conocido hasta esos momentos, proponiéndonos en sucesivas comunicaciones dar cuenta con criterio propio de lo que hubiéramos logrado con el empleo de las dos substancias, ya que, a pesar de la muy limitada producción de ambas, teníamos perspectivas de obtenerlas en breve, cierta cantidad para experimentación. No habiendo logrado, hastaahora, manejar personalmente esta terapéutica, pues los productos han llegado al Hospital Luis Vernaza recién el 20 de Octubre, queremos sin embargo presentar esta comunicación a las Jornadas Médicas de Cuenca, para ampliar y actualizar las apreciaciones que habíamos expuesto sobre tan sugestivas adquisiciones que, al decir de muchos, sólo son comparables a las conseguidas con la penicilina, y que a cada momento reciben nuevos aportes experimentales de gran número de investigadores.

Haremos, pues, un resumen de lo pertinente a la química, endocrinología y terapéutica de los elementos en estudio y comentaremos ciertos conceptos de patología funcional, que deben ser tomados en cuenta a la luz de las comprobaciones que brindan la histología patológica y la fisiología experimental. Consideraremos los siguientes aspectos en nuestra exposición:

I Resumen histórico de estas investigaciones
II Endocrinología y Química de la ACTH y la Cortisona
III Acción hormonal y farmaco-dinámica de estos compuestos

IV El papel de los eosinófilos en los mecanismos defensivos y los tests para investigar su número
V Fisiología y Patología funcional del tejido conjuntivo
VI Extracto de la Conferencia de Chicago y del Symposium de la Clínica Mayo de Agosto de 1950
VII Comentario final
VIII Bibliografía

I — RESUMEN HISTORICO DE ESTAS INVESTIGACIONES

Los primeros conocimientos sobre las glándulas suprarrenales se deben a Eustaquio, quien, en 1543 las describió anatómicamente y las denominó glandulae renibus incumbentes. Sin embargo, su importancia funcional se desconoció hasta mediados del siglo XIX, cuando Addison, en 1855 describió magistralmente el conjunto patológico y estableció la etiología suprarrenal del síndrome que desde entonces lleva su nombre. (1)

Un año después, en 1856, Brown-Séquard (2), inducido por los estudios de Addison, demostró mediante la adrenalectomía bilateral que las suprarrenales son indispensables para la vida.

En las postrimerías del siglo pasado se descubrió que la médula y la corteza suprarrenal, de origen ecto y mesodérmico, respectivamente, desempeñan funciones distintas. Oliver y Schaefer, en 1894, obtuvieron extractos adrenales con acción sobre la presión y el corazón, acción que, según se supo después, es debida a la adrenalina. En 1901, tras perseverantes estudios, Abel, Takamine, e independientemente de éstos, Aldrich, aislaron la adrenalina en estado puro. Poco tiempo después se comprobó que la adrenalina sola no es capaz de mantener la vida a los animales adrenoprivos y que carecía de acción terapéutica en los addisonianos. Fué, principalmente, el fisiólogo Biedl quien demostró la importancia vital de la corteza suprarrenal.

Transcurrieron más de 20 años desde que se efectuaron estos estudios hasta que se lograra aislar los principios adrenocorticales (1).

Aunque desde tiempo atrás se sabía que la hipófisis estaba constituída por elementos de diversos orígenes embrionarios y se presumía las funciones propias de cada agrupación celular, no se conocía por entonces, con suficiente discriminación, las múltiples actividades encomendadas a las tres porciones de la glándula, y apenas si, de acuerdo a la sinergia endocrínica, se intuía las interacciones que debían existir entre la hipófisis y las adrenales (21).

En 1825, Herbert Evans (3) comprobó que las inyecciones de extracto de hipófisis a ratas hipofisectomizadas evitaban la atrofia de las cápsulas suprarrenales. Este ensayo no pudo ser aprovechado hasta que se logró aislar y purificar la hormona adrenocorticotrófica.

Kendall (1) fué el primero en aislar, en 1934, compuestos cristalinos que se supuso pertenecían a la serie de las hormonas corticosuprarrenales. Reichstein comprobó por primera vez el carácter esteroide de uno de estos compuestos. Aparecieron luego numerosas publicaciones (deben destacarse los trabajos de Wintersteiner y Pfiffner) en las que se estudió detenidamente la constitución de los diversos principios activos aislados de las supratrenales.

En 1938, el Dr. J. B. Collip (3), de la Universidad de McGill, comenzó sus investigaciones y experiencias con la hormona adrenocortical, y en medio de muchas incertidumbres se avanzó lentamente en las comprobaciones, y cuando Sayers y Sayers lograron uniformidad en los ensayos biológicos, se vislumbró las interesantes proyecciones que tendrían estos estudios.

La Merck & Co., por la misma época, se empeñó en trabajos similares purificando y sintetizando diversas esteroides corticales cuyas denominaciones traducen los esfuerzos de sus descubridores: Compuesto S de Reichstein, Compuestos A y F de Kendall y el más conocido por sus efectos objetivos, Compuesto E, también de Kendall.

El Departamento de Investigaciones de The Armour Laboratories comenzó a trabajar en la separación y purificación de ACTH hace 6 años, bajo la dirección del Dr. F. C. Koch, primero, y del Dr. E. E. Hays después, pero hace sólo 3 años que se pudo obtener extractos de potencia y pureza satisfactorias para uso humano. El progreso logrado desde entonces por los investigadores de los Laboratorios Armour, doctores J. D. Fisher, L. Waslaszek ha continuado sin interrupción (3).

Li, Evans y Simpson, en 1943 (4), lograron obtener la hormona purificada de la hipófisis del cerdo. Simultáneamente Sayers, White y Long comunicaron haberla aislado también. Morris, en 1949, anunció trabajos muy adelantados para lograr un polipeptido de la ACTH diez veces más activo que la hormona total (17).

En 1947, Thorn (5) inyectó hormona anterohipofisaria a individuos normales y observó una estimulación marcada sobre las suprarrenales, que se traducía especialmente por aumento del tono muscular, disminución de la tolerancia de glucosa, retención de sodio y fuerte excreción de potasio, urea y creatinina.

La ACTH y la Cortisona fueron aplicadas por primera vez en la clínica humana por Kendall (bioquímico), Hench (clínico) y sus colaboradores de la Mayo Clinic, en 1949, quienes publicaron sus observaciones sobre 14 casos de artritis y de reumatismo articular agudo (6) (7) (8) en "Proceedings", IV-15 y V-26,1949.

Se guiaron por ciertos hechos observados en muchos reumáticos cuyos síntomas mejoraban apreciablemente cuando sufrían ictericia prolongada, mejoría que ocurre, también en el curso del em-

barazo, y supusieron que esta influencia favorable estaría en relación con determinados cambios metabólicos de los esteroles constantes en esos estados. Tomaron en cuenta, también, la frecuente aparición de artritis en la menopausia y su mejoría con estrógenos y progesterona y así eligieron el 17-hidroxi-11-dehidrocorticosterona, Compuesto E, por su efecto casi antagónico al del esteroide desoxicorticosterona, que experimentalmente puede producir artritis.

El primer caso tratado correspondió a una enferma de 29 años cuya poliartritis reumática sumamente penosa en los últimos cuatro años, le impedía moverse en su cama. Le administraron 100 milígramos diarios de Compuesto E, y al tercer día pudo levantarse y salir a la calle. La mejoría se marcó de tal manera que la paciente parecía estar curada, y a pesar de que los síntomas reaparecieron pocos días después de interrumpir el medicamento, el interés de los investigadores, lejos de disminuir, se acrecentó debido a la extraordinaria y rápida mejoría lograda en esa condición patológica reputada como irreversible.

II — ENDOCRINOLOGIA Y QUIMICA

1º— Hipófisis

La hipófisis anterior regula las actividades de todas las mente de un garbanzo, se halla situada en la base del cerebro. Está constituída por tres lóbulos: anterior, medio (llamado generalmente parte intermedia) y posterior (*).

(*) La hipófisis consta de 2 partes: a) la adenohipófisis, que es epitelial y deriva de la bolsa de Rathke, que es una evaginación del ectodermo de la región bucofaríngea; b) la neurohipófisis, que proviene de un brote del piso del tercer ventrículo, es decir del hipotálamo. Aunque macroscópicamente se distingue un lóbulo anterior y un lóbulo posterior, esta clasificación es grosera y defectuosa. La embriología y el estudio microscópico y funcional han hecho establecer una división anatómica y nomenclatura moderna de la hipófisis, que es la siguiente:

	DIVISIONES	SUBDIVISIONES	NOMBRES CORRIENTES
Adenohipófisis	Lobus glandularis	Pars distalis Pars tuberalis Pars intermedia	Lóbulo anterior
Neurohipófisis	Lobus nervosus (lóbulo nervioso)	Processus infundibularis	Lóbulo posterior
Adenohipófisis	Infundibulum (tallo neural)	Pediculus infundibularis (Tallo infundibular) Bulbus infundibularis	Tallo pituitario que es el tallo nervioso con capas de células del lobus glandularis.
		Eminencia media del tuber cinereum.	

La hipófisis anterior regula las actividades de todas las glándulas endócrinas. Se ha dicho que es realmente la **glándula maestra,** que dirige la sinfonía hormónica (9). En el organismo normal existe una relación recíproca, pudiéramos decir armoniosa, entre las varias glándulas endócrinas. Del mismo modo que en una orquesta, si un músico desafina puede perturbar la buena ejecución de cualquier otro, así también el funcionamiento anormal de una glándula endócrina es capaz de perjudicar la función de otras glándulas. Las diferentes glándulas de secreción interna responden al estímulo de la hipófisis anterior, sobre la que influyen a su vez. Asimismo, aunque en menor grado, todas las glándulas endocrinas se influyen recíprocamente.

La anterohipófisis interviene activamente sobre todos los procesos vitales del organismo, por intermedio de un grupo de hormonas, de las cuales han sido suficientemente ensayadas las siguientes:

a) morfogenética o de crecimiento
b) sexuales y de reproducción
c) lactagoga
d) tirotrópica
e) corticotrófica.

"La *pars distalis* es el lóbulo anterior de los mamíferos y está formada por grupos y cordones epiteliales separados por sinusoides. Las células que la forman se distinguen en: *cromófobas*, sin gránulos y *cromófilas*, con granulaciones específicas; las células cromófilas se dividen en acidófilas (o células *a* u oxifilas) y basófilas (o células *b* o cianófilas), según la afinidad por los colorantes que presentan las granulaciones contenidas en su protoplasma.

"*La pars intermedia* está formada por células sin granulaciones de tinte basófilo pálido y contiene a veces quistes coloides. La pars intermedia es una diferenciación de la parte posterior de la bolsa de Rathke y en algunas especies desaparece; así, no existe en el pollo ni en las ballenas. En el hombre se discute su existencia, pero algunos consideran como *pars intermedia* la zona de vesículas coloides, con algunas células basófilas, situada cerca del lóbulo nervioso; con la edad, algunos cordones de esas células basófilas invaden el lóbulo nervioso.

"La *pars tuberalis* rodea el tallo pituitario y se extiende como capa delgada sobre la cara ventral del infundíbulo. En los mamíferos, al practicar la hipofisectomía total, queda en realidad una parte de esa porción de tuberalis. La individualización de la *pars intermedia* del feto y adulto se debe a Atwell. Está constituída por pequeñas células de aspecto cromófobo.

"El ventrículo medio termina en el infundíbulo, pero en algunas especies sigue hacia abajo y en el gato penetra en el lóbulo nervioso. La neurohipófisis no es sólo el lóbulo nervioso (proceso infundibular), como se creía [illegible] que [illegible] partes: a) el lóbul[illegible] vioso; b) [illegible] infundí[illegible] [illegible] inencia media del h[illegible] ipotálamo, que [illegible] detrás del [illegible] quisma óptico. L[illegible] as extirpaciones ha[illegible] bituales del [illegible] hipófisis entera, n[illegible] son extirpaciones [illegible] totales de [illegible] dejan el infundíb[illegible] ulo y la eminenci[illegible] r me[illegible] [illegible] igado a una com[illegible] pleta revisión de l[illegible] os conocimientos" (*Fisiología Humana*; B. Houssay, Ed. "El Ateneo", Bs. As., 1946).

Además, sus efectos son también evidentes sobre la paratiroides, el páncreas y el metabolismo en general, sin que hasta el momento se haya podido demostrar el factor específico de cada una de estas funciones.

Las investigaciones realizadas demuestran que los extractos de neurohipófisis contienen principios activos específicos. Además existen diversas substancias inactivas y a menudo histamina. Kamm y sus colaboradores han separado dos substancias: a) la una es lisoconstrictora, aumenta la presión arterial, es antidiurética y contrae el intestino; b) la otra provoca la contracción del útero, es ocitócica; ambas productos se encuentran en venta en el comercio con nombres variados. El principio presor es antidiurético y contrae el intestino. Las dos substancias tienen propiedades de polipéptidos: dializan, su peso molecular es bajo (entre 600 y 200), se inactivan fácilmente por los álcalis, pero resisten a una ebullición corta a pH3. Recientemente dos grupos de investigadores han aislado una substancia proteica (peso molecular 26.000) que posee caracteres de pureza y goza de las tres actividades: ocitócica, presora y antidiurética. No se sabe aún si las dos substancias activas que se han aislado de la neurohipófisis preexisten ya en la glándula o si se separan por divisiones de la substancia madre durante los procesos de preparación. El hecho de que puedan separarse por simple adsorción habla en favor de la dualidad de las dos substancias. (B. Houssay y col.)

La hormona corticotrófica no ha sido sintetizada aún y para los trabajos experimentales se la obtiene de la hipófisis del cerdo.

2º.—Cápsulas suprarrenales

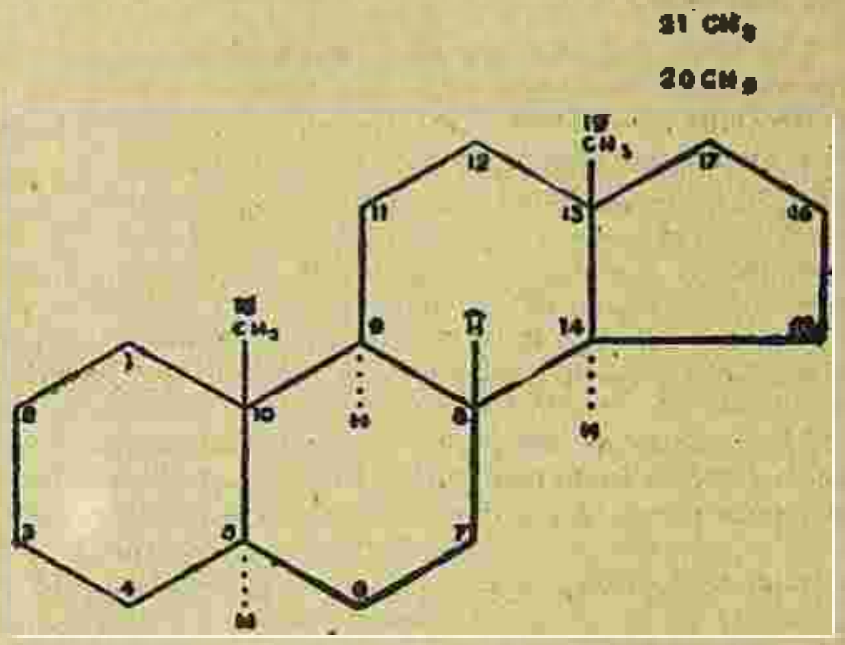
Este conjunto glandular tiene gran similitud, en cuanto a su diversidad embriogénica y sus múltiples funciones, con la hipófisis, semejanza que aparece más notoria desde que se conoce la estrecha sinergia e interdependencia hormonal de las dos glándulas. (*)

Bajo el punto de vista químico, la hormonas corticales tienen como base de su estructura el núcleo esteroide (estereos — sólido; eidos — similar), lo mismo que el colesterol y demás esteroles, las hormonas sexuales, los ácidos biliares, la vitamina D, la saponina y otras substancias básicas que constituyen las células vivientes. Sus fórmulas derivan del ciclo pentanofenantreno, que tiene relación con el de la alopregnona, y está formado por la unión

(*) "Las suprarrenales están formadas de dos partes: corteza y médula cuyo origen embriológico, constitución histológica y funciones fisiológicas son totalmente distintas. Se trata en realidad de dos glándulas de orígenes diferentes fusionadas en una sola en los *mamíferos superiores*. En algunos vertebrados inferiores, como los peces, permanecen separadas.

"La corteza está constituida firme y color amarillo rojizo debido al contenido lipoide de sus células; forma las nueve décimas partes de la glándula. Está dividida en tres zonas: glomerular, fasciculada y reticular, limitadas por fibras conjuntivas provenientes de la cápsula de revestimiento. La zona glomerular es la más externa y delgada de las tres; sus células,

de tres anillos bencénicos y otro de 5-carbono, cuya gráfica y orden de numeración se expresa así:



Las hormonas corticales pueden ser distribuídas en tres grupos químicos fundamentales, según que se operen sustituciones con oxígeno u oxhidrilos en determinados átomos de hidrógeno de sus cadenas bencénicas:

a) grupo oxigenado

b) grupo desoxigenado

c) grupo cetónico.

Si se reemplaza con un átomo de oxígeno o un oxhidrilo el hidrógeno del carbono 11, se obtiene efectos sobre el metabolismo orgánico los tipos más definidos de este grupo (esteroides oxigenados) son la Cort icosterona, y la 17-hidroxi-11 dehidrocort icostero na (Cortisona o Compuesto E, de Kendall), cuyas actividades más destacadas se ejercen sobre el metabolismo de los glucidos, por lo que de un modo genérico se los llama **hormonas glucocorticales.**

Los esteroides que carecen de ese átomo de oxígeno en el undécimo carbono (desoxigenados) regulan el metabolismo inorgánico, y entre ellos se cuenta la 11-desoxicorticosterona y el 17-hidroxi-11-desoxicorticosterona (Compuesto S de Reichstein), que regulan el intercambio de los electrólitos y se las denomina **corticoides minerales.**

---

dispuestos caprichosamente, contienen inclusiones lipoides y pigmento. La zona fascicular es la más gruesa: está formada por células claras en grupos, dispuestos en haces paralelos entre los dos somos linfáticos. Por último, la

Los del grupo cetónico estudiado por Callow poseen un radical oxígeno en el carbono 11 y uno cetónico en el 17 y se los denomina cetosteroides o ketosteroides. Su representante más caracterizado es el 17-hidroxiprogesterona, vecino de la alfa-5-pregrenolona. Se eliminan por la orina en diversas formas, siendo las más reconocibles la isoandrosterona y la dehidroisoandrosterona. Poseen actividades androgénicas los unos y estrogénicas los otros.

Trabajando en la síntesis de los corticoides se ha encontrado analogías químicas muy interesantes que explican cierta similitud de acción entre estas hormonas y algunas drogas de reconocida actividad como la morfina, estrofantina, colchicina y otras. Productos muy semejantes a la Cortisona se logra extraer del strophantus sarmentosus, la soja hispida y la discorea mexicana cuya efectividad, sin embargo, dista bastante de la del Compuesto E.

Por cortesía de Eli Lilly and Company publicamos en las páginas 201 y 202 esquemas de las características químicas y funcionales correspondientes a los principales esteroides corticales.

La hormona corticoadrenotrópica en relación con los esteroides suprarrenales

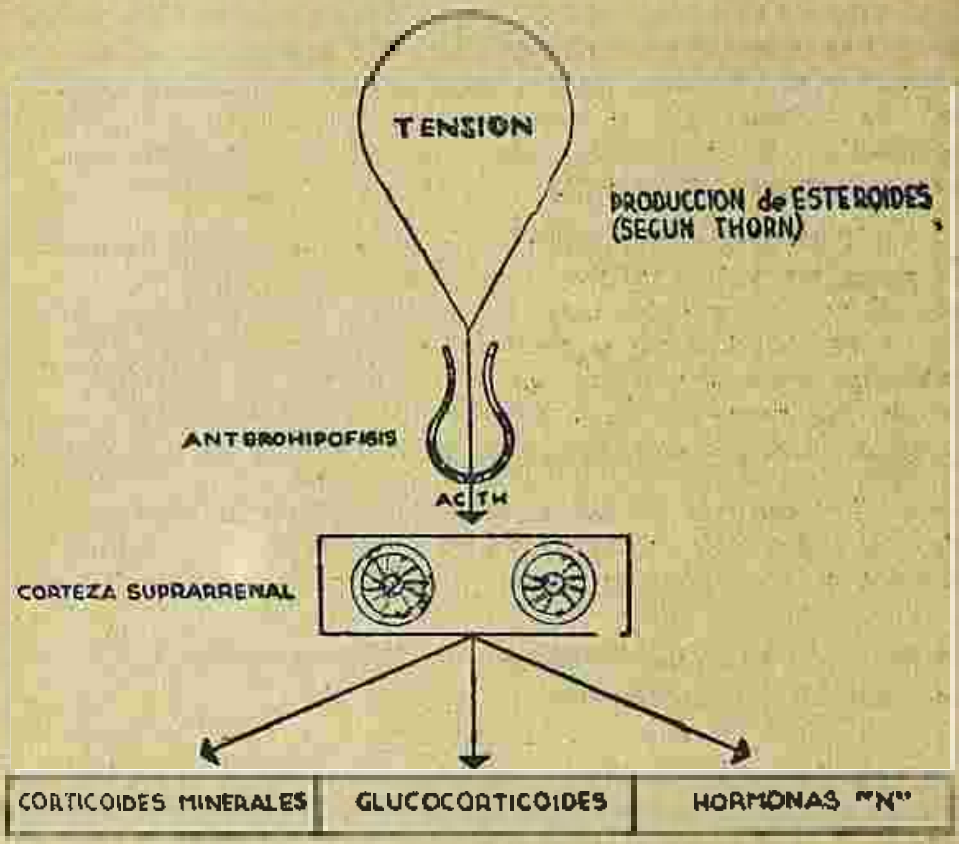
Inyectando hormona córticoadrenotrópica hipofisiaria purificada pueden mostrarse muchos de los efectos metabólicos de los esteroides suprarrenales (10). Siendo una hormona trófica, esta substancia aumenta la secreción normal de los esteroides suprarrenales. Por consiguiente, puede verse que la tensión y ciertos estímulos pueden proveer protección cuando el eje hipófisoadrenal se halla íntacto. La relación íntima entre la hipófisis y las glándulas suprarrenales puede apreciársela en el siguiente diagrama:

---

zona reticular está en relación inmediata con la médula suprarrenal. Está constituída por células de gran contenido en grasas y pigmento, cuya presencia es para Aschoff una manifestación de desgaste celular.

La corteza especialmente la zona fascicular, es particularmente rica en inclusiones lipoides con ésteres del colesterol asociados a lecitinas, grasas neutras y ácidos grasos. Parecen tener importancia como intermediarios en la elaboración del pigmento extraído de las mitocondrias y también en la formación de las estructuras sideróficas.

La médula proviene del ectodermo que va a formar los ganglios del sistema nervioso simpático. Algunas células del plexo celiaco (simpatogonias) se separan de los ganglios originarios y penetran dentro de la corteza suprarrenal primitiva. Al diferenciarse más tarde en células cromófilas y simpatoblastos dan nacimiento las primeras al tejido medular propiamente dicho; las segundas a los ganglios simpáticos incluídos dentro de la médula.



III —ACCION HORMONAL Y FARMACODINAMICA

El conjunto hormonal anterohipófisoadrenal mantiene, y eventualmente aumenta, la capacidad habitual del organismo para resistir en forma adecuada a una gran cantidad de tensiones (**stressors**, de Selye).

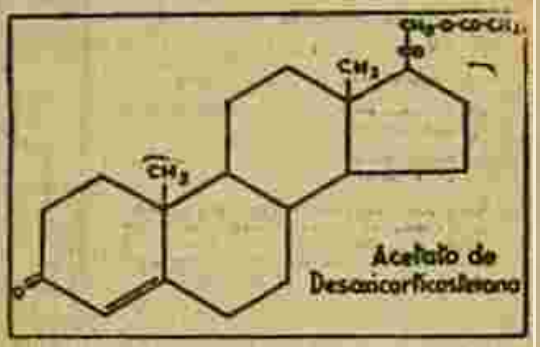
E. Sergent y sus colaboradores (20) llamaron la atención acerca de la importancia de las cápsulas suprarrenales en los estados infecciosos, y su desempeño para contrarrestar los efectos deprimentes del shock emocional, traumático o anestésico, y en relación a lo que se sabía en esa época respecto a esas glándulas, refirieron esos estados depresivos a deficiencias en la producción de adrenalina y describieron el **síndrome de insuficiencia suprarrenal,**

"La corteza suprarrenal es esencial para la vida; su destrucción patológica (enfermedad de Addison) o extirpación experimental conduce fatalmente a la muerte, si no se instituye el tratamiento por extracto cortical cuya supresión va seguida de recrudecimiento de los síntomas addisonianos. A diferencia de la corteza, la médula no es absolutamente indispensable al proceso vital.

"El conocimiento de las hormonas corticales es de época reciente. Los primeros ensayos de terapéutica sustitutiva con extractos glicerinados cor-

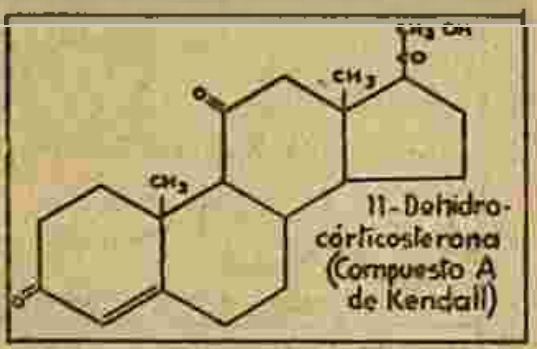
● ESTEROIDES SUPRARRENALES QUE EJERCEN EFECTO PREDOMINANTE SOBRE EL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y LOS LIQUIDOS (CORTICOIDES MINERALES)

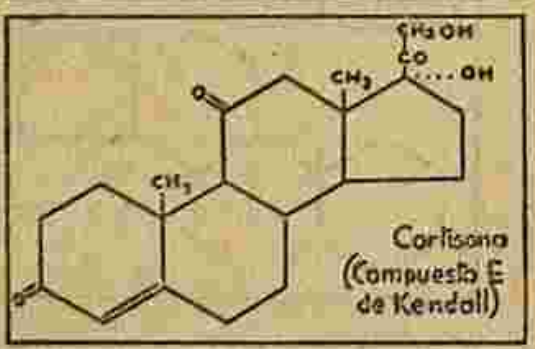
Los esteroides de este grupo son caracterizados por ausencia de una molécula de oxígeno (ácido-) en el átomo de carbono 11. El esteroide más potente de este grupo es la 11-desoxicorticosterona, que fué sintetizada y usualmente se emplea en forma de acetato para el tratamiento de la enfermedad de Addison.



● ESTEROIDES COMPRENDIDOS EN EL METABOLISMO INTERMEDIARIO DE LAS PROTEINAS Y LOS HIDRATOS DE CARBONO (GLUCOCORTICOIDES)

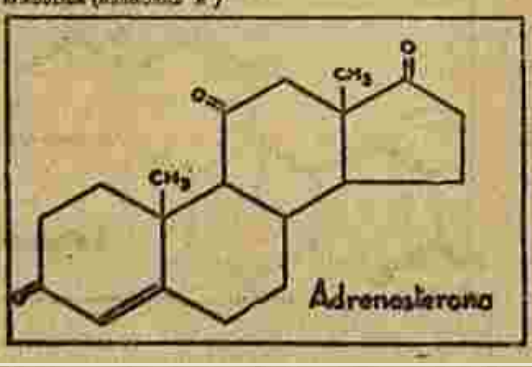
Los esteroides de este grupo son estructuralmente relacionados entre sí en cuanto a que tienen un átomo de oxígeno ligado al átomo de carbono 11. Estos esteroides efectúan la utilización de las grasas y el control del tejido linfático de los eosinófilos circulantes. Recientemente se demostró que los 11-oxiesteroides y los 11, 17-oxiesteroides son importantes para proteger al organismo contra la tensión.





● ESTEROIDES QUE EXHIBEN ACTIVIDAD ANDROGENA O ANABOLICA (HORMONAS "N")

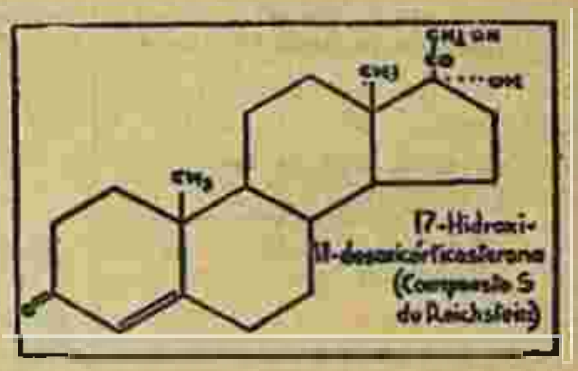
Estas substancias ejercen un efecto similar al de los androgenos testiculares: masculinización, y retención del nitrógeno, el fósforo, el potasio, el sodio, y el cloruro. Los esteroides suprarrenales de este grupo se hallan relacionados con la testosterona pero tienen un grupo de oxígeno en la posición 11.

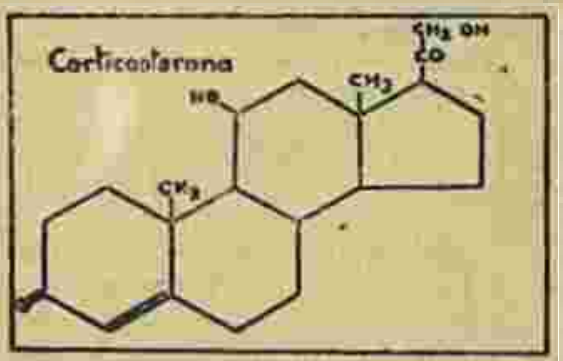


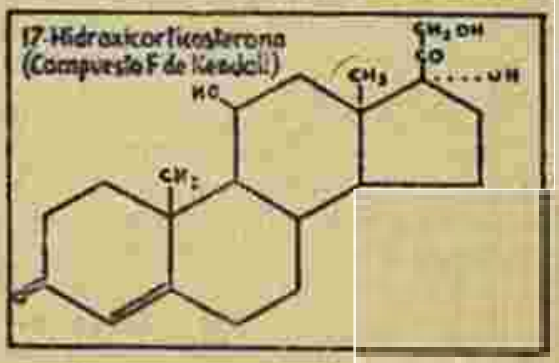
Los efectos reguladores de los electrólitos pueden resumirse como sigue:

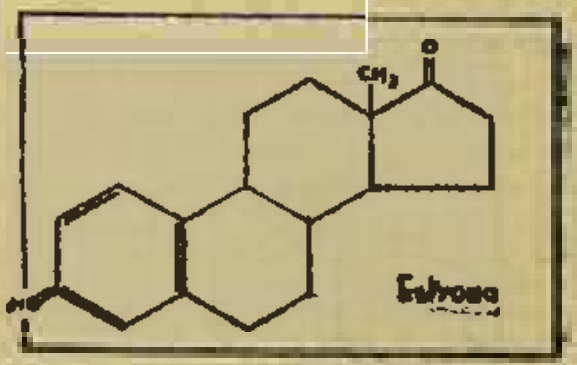
1. [illegible]
2. Retención urinaria del cloruro
3. Hiperexcreción urinaria de potasio
4. [illegible] del volumen plasma y de líquido [illegible]
5. [illegible] concentración de sodio y cloruro en el sudor

Entre [illegible] este grupo [illegible] la [illegible] (Compuesto [illegible] Algunos [illegible] sobre el [illegible]









Los principales efectos metabólicos de [illegible] compuestos pueden resumirse como sigue:

1. [illegible] de los hidratos de carbono [illegible]

2. Aumento de glicemia.

3. Mayor conversión de las proteínas endógenas en hidratos de carbono (glicemoglucosis). La conversión de los radicales aminoácidos en glucosa tiene por resultado un desintoxicación [illegible] metabólica.

4. [illegible] utilización de las grasas, lo cual reduce [illegible] de los hidratos de carbono.

5. Hiperexcreción [illegible] al [illegible] renal del ácido úrico.

6. [illegible] de los hidratos de carbono [illegible]

7. Disminución en la cantidad de [illegible] y [illegible] circulantes.

sugiriendo como su medida reparadora la administración de aquella substancia o del extracto suprarrenal total. Entre nosotros se hizo interesantes especulaciones a este respecto. El Dr. Mario V. de la Torre presentó al I Congreso Médico Ecuatoriano reunido en Guayaquil en 1915, la observación clínica de una enferma quirúrgica cuyo post-operatorio, bastante accidentado, mejoró con epinefrina, si bien la interpretación de ese buen éxito aparece bastante discutible.

La ampliación de las investigaciones modernas ha fijado mejor estos conceptos y, basándose en hechos experimentales, se ha comprobado que, efectivamente, las adrenales peñan un papel prominente en esas condiciones patológicas; la capacidad de resistencia de que disfruta el organismo, está en relación directa con el resultado de una repentina y acentuada estimulación de los adrenales por la pituitaria que, frente a estas demandas, segrega una cantidad de ACTH adecuada a las necesidades del momento. La respuesta del conjunto hipófisoadrenal constituye la reacción de alarma, y se traduce obiente por diversas manifestaciones excretorias y humorales, muy frecuente entre estas últimas la disminución de los eosinófilos circulantes.

Pero si las tensiones o estímulos agresivos se acrecientan o perduran inmoderadamente, se produce un desfallecimiento progresivo de la reserva energética de las suprarrenales, cuyas consecuencias sobre la economía pueden llegar a comprometer seriamente sus actividades fundamentales y poner en peligro la vida. De esta manera se ha individualizado un conjunto sindrómico conocido como **fenómeno de agotamiento de las adrenales.**

"Tomando como base las evidencias de laboratorio demostrativas de que las glándulas adrenales segregan menor cantidad de hormonas corticales durante el período de agotamiento, y teniendo en cuenta, además, el hecho que estas hormonas son entidades químicas extraordinariamente complejas, se ha avanzado la hipótesis de que las adrenales están imposibilitadas de segregar continuamente estas hormonas por largos períodos de tiempo" (3).

Thorn (5) y sus colaboradores, no concuerdan con esta interpretación, pues ellos han logrado rectivar las funes adrenales agotadas inyectando dosis adecuaas, a veces maltas, de ACTH.

---

ticales [illegible] enfermedad de Addison y [illegible] animales [illegible] ectomizados demostraron el valor fisiológico [illegible] la corteza; aun cuando los resultados [illegible] fueron duraderos, [illegible] había logrado establecer [illegible] papel como elemento vital indispensable.

"En 1930 Pfiffner y Swingle prepararon [illegible] extracto que dió resultados brillantes [illegible] los addisonianos. [illegible] la década de 1936-46 [illegible] aislaron 28 hormonas esteroides —cuyo conjunto constituye la fracción cristalina de la [illegible] [illegible] vida [illegible] [illegible]

"En otras palabras, la incapacidad de resistir el esfuerzo continuado no se debe tanto a que las adrenales no puedan segregar las hormonas corticales ininterrumpidamente, como al hecho de **que la secreción de ACTH por la pituitaria bajo contínuo esfuerzo, no se mantiene al nivel necesario para estimular adecuadamente a las suprarrenales"** (3).

Selye y sus colaboradores han realizado un programa de investigaciones fisiopatológicas que los ha llevado a describir una serie de hechos con el nombre de **fenómenos de adaptación y enfermedades de adaptación.** La insuficiencia cortical acarrea una serie de trastornos fisiológicos que van desde la simple "astenia de los órganos" hasta los diferentes síndromes estudiados por Thorn y sus colaboradores. El funcionamiento normal de la corteza **requiere una secreción equilibrada** de las hormonas que regulan el metabolismo mineral y las que controlan el de los carbohidratos y proteínas (hormonas corticominerales y glucocorticales de Selye). Parece que, en condiciones anormales, el estímulo produce un aumento de las hormonas córticominerales que pueden llegar a ser la causa de trastornos orgánicos y lesiones patológicas. Tal es la explicación de Selye en la etiología de la artritis reumática, supuesta por él mucho antes de que se hubiera ensayado la Cortisona en el reumatismo (12a).

El mismo investigador **ha logrado producir artritis reumáticas y cardiopatías por medio del acetato de desoxicorticosterona,** en condiciones experimentales.

"Aun cuando no se ha podido demostrar el aumento de las hormonas córticominerales por bioensayo en las artritis y enfermedades reumáticas, se deduce su intervención por evidencia indirecta, en la cual figuran los resultados espectaculares obtenidos por las hormonas glucocorticales (Cortisona) en el tratamiento de tales estados" (11).

El efecto favorable de los procedimientos de terapéutica no específica en las artritis (proteínas extrañas, metales coloidales), y la mejoría de estas enfermedades observadas durante el embarazo, los traumatismos, el hambre, se explicaría como "estímulos de alarma" altamente eficaces, capaces de producir un estado de esfuerzo y resistencia orgánicos consecutivos a la descarga endógena de hormona adrenocórticotrópica. Estas medidas drásticas es-

---

adrenalectomía; solamente a estas se les concede papel fisiológico importante; además son de significación dudosa. Queda todavía por descubrir los componentes de la fracción amorfa restante, de valor fisiológico notable por sí solo de mantener la vida en el animal adrenalectomizado, empleando dosis infinitesimales. No se conocen con precisión sus actividades metabólicas.

"El desconocimiento de la función metabólica de la fracción amorfa residual deja un enorme campo de la fisiología adrenal por estudiar".

timularían el "sistema de adaptación general" y la producción de la hormona hipofisaria (11) y (12).

Tal es la explicación dada al resultado brillante del tratamiento de la artritis por los extractos adrenocorticales ricos en hormonas glucocorticales.

Cómo parecen actuar la ACTH y los estímulos que recibe la anterohipófisis. — El regulador del complejo mecanismo de la corteza suprarrenal es el lóbulo anterior de la hipófisis por medio de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Según Long todo estímulo de la corteza condiciona necesariamente la intervención del lóbulo anterior de la hipófisis y la secreción de la ACTH. Se ha demostrado la existencia de un mecanismo autorregulador endocrino entre la corteza y la hipófisis, gracias al cual el aumento de los corticosteroides en la sangre inhibe la secreción de la ACTH, y la disminución de aquellos resulta en una actividad contraria. La inyección de hormona hipofisaria produce notables cambios morfológicos en las suprarrenales y especialmente en su contenido glandular de colesteral y vitamina C (11).

El Profesor Bickel (de Ginebra) (17) conjetura que la ACTH provoca por intermedio de la corteza suprarrenal, cuya secreción estimula grandemente ocasionando así aumento de Cortisona, una acción de controles sobre los tejidos colágenos y linfoides, impidiendo su proliferación inconveniente y desproporcionada, a veces se anota disminución de tejido de granulación (Hagan). Otros autores anotan que ACTH franquea la permeabilidad de la barrera hematoparenquimatosa, produce vasodilatación local, linfocitosis y después monocitosis.

Resultados comparativos entre la ACTH y la Cortisona. — No se ha interpretado aún de manera categórica la diferencia que parece existir entre los efectos terapéuticos logrados con ACTH y Cortisona en estados patológicos distintos a las artritis, ya que en éstas los resultados son casi idénticos. Si bien ACTH y Cortisona no tienen efectos específicos y actúan favorablemente en muchas condiciones patológicas aparentemente inconexas, se anota que la hormona hipofisaria produce efectos más completos sobre la dinamia cortical y provoca la eliminación por la orina de potasio y 17 ketosteroides, y la retención de sodio y nitrógeno. Se observa también que los fenómenos indeseables que alguna vez aparecen durante el tratamiento prolongado con ACTH (masculinización, hirsutismo, hipertensión arterial) son menos acusados con la Cortisona, la cual tampoco demuestra acción hipertensiva apreciable. Se están practicando ensayos con otros esteroides corticales, especialmente con Delta 5 pregnenolona, (32) (52) puros o asociados con altas dósis de ácido ascórbico, (33) anotándose efectos más lentos e inseguros y fugaces, si bien los fenómenos de intolerancia son mínimos.

IV — EL PAPEL DE LOS EOSINOFILOS EN LOS MECANISMOS DEFENSIVOS

No se le ha asignado una interpretación definitiva al papel que desempeñan los eosinófilos (*) en los procesos inmunológicos, si bien la determinación de la cantidad de estas células en la sangre ha sido utilizada desde hace tiempo como una ayuda importante para el pronóstico, aunque la conexión con las funciones adrenocorticales no había sido todavía sospechada. Lams, en 1907, hizo notar que Chantemesse y Rey (1899), establecieron que, bajo el punto de vista hematológico, "las enfermedades evolucionan en general por los estadios de polinucleosis, mononucleosis y, al final, eosinofilia". Lams observó también que durante la fase aguda de las enfermedades, los eosinófilos desaparecen casi totalmente de la circulación para reaparecer y eventualmente incrementarse durante la recuperación; la eosinofilia constituía para él "un índice de convalecencia" (12).

De todas las informaciones disponibles se puede llegar a presumir que los eosinófilos se localizan especialmente en los sectores del retículo endotelial más amagados por el ataque de los elementos proteínicos. Su desaparición de la sangre circulante en las etapas agudas de la mayor parte de las infecciones, intoxicaciones y en el shock, concordaría con esta hipótesis; así como su reaparición y aumento en el medio sanguíneo expresarían una defensa exitosa (13).

No ha podido determinarse aún de manera inobjetable, por qué mecanismos influye el ACTH y la adrenalina en la desaparición de los eosinófilos. Sin embargo, se considera que el índice más activo y sensible (**) de la estimulación cortical es el recuento de los eosinófilos en la sangre periférica (3).

El conocimiento del curso natural de los niveles de eosinófilos durante y después de las intervenciones quirúrgicas mayores y su respuesta a la ACTH podría ayudar a comprender el mecanis-

---

(*) "El segundo proceso anatómico común en estas enfermedades y que sigue en importancia a la degeneración fibrinoide, es la *proliferación de los elementos reticulares*. Al comienzo, hay proliferación de las células endoteliales limitantes, con aumento e infiltración de histiocitos, para ser reemplazadas en lesiones más avanzadas por neutrófilos y *leucocitos eosinófilos* (23).

(**) Otras pruebas de estimulación cortical están dadas por el aumento de la relación ácido úrico-creatinina en la sangre y el incremento de la excreción de 17-cetosteroides por la orina, que parece ser la prueba más evidente de la estimulación cortical en el hombre.

mo de las funciones adrenocorticales (12), pues tanto el stress quirúrgico como las pruebas experimentales propuestas por Thorn producen resultados similares (*).

El término medio de los eosinófilos por milímetro cúbico en un adulto o niño normal es de 200 células. Este recuento debe ser repetido 4 horas después de cada inyección durante el día en los dos o tres primeros días del estudio, para poder determinar la disminución de los eosinófilos en relación con la estimulación cortical.

Durante las intervenciones quirúrgicas realizadas en sujetos con suficientes reservas pituitaria y cortical, comprobadas con la prueba de Thorn, se observa un descenso progresivamente rápido de los eosinófilos, tal como puede apreciarse en las gráficas de la página 208.

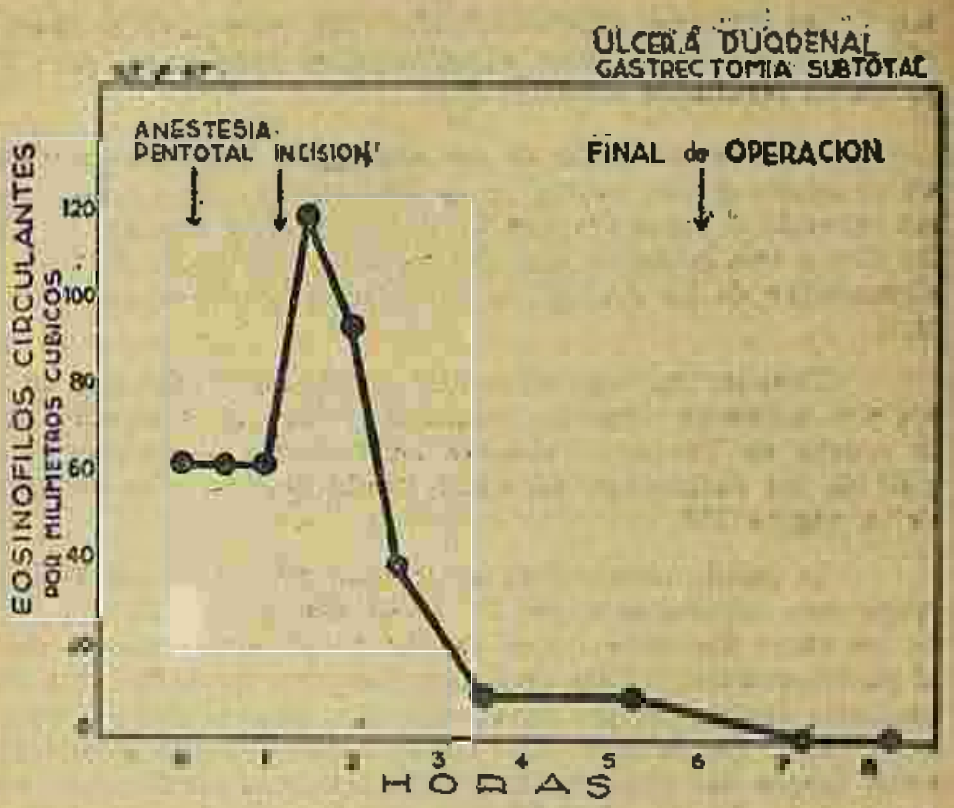
Se puede observar en el trazado Nº 1 que los eosinófilos reaparecen rápidamente del 2º al 4º día (eosinofilia del 3º día) en los casos favorables, y se mantiene con leve descenso durante el post-operatorio. Esta evolución favorable es menos neta en los pacientes deprimidos por causas diversas, observándose a veces, en estos casos, que la eosinofilia tiende a iniciarse con mayor precocidad (desde las primeras horas del post-operatorio), pero no alcanza el nivel habitual al 3º día, marcándose una curva irregular, con tendencia a ascender cada día más lo que, coincidiendo con la aparición de los síntomas clínicos, indicaría un agotamiento de los adrenales. Sin embargo, se logran interesantes modificaciones en la curva si durante esos momentos se provoca artificialmente un estímulo cortical mediante la introducción de ACTH, según se ve en el trazado Nº 2.

"En general, el recuento de los eosinófilos es sólo un índice aproximado de la estimulación cortical, ya que a veces pueden disminuir inicialmente sin que se obtenga la remisión sintomática, lo recordar que una disminución de los eosinófilos de la sangre periférica no siempre significa que la glándula suprarrenal haya sido estimulada en forma adecuada para dejar dominada la enfermedad" (3).

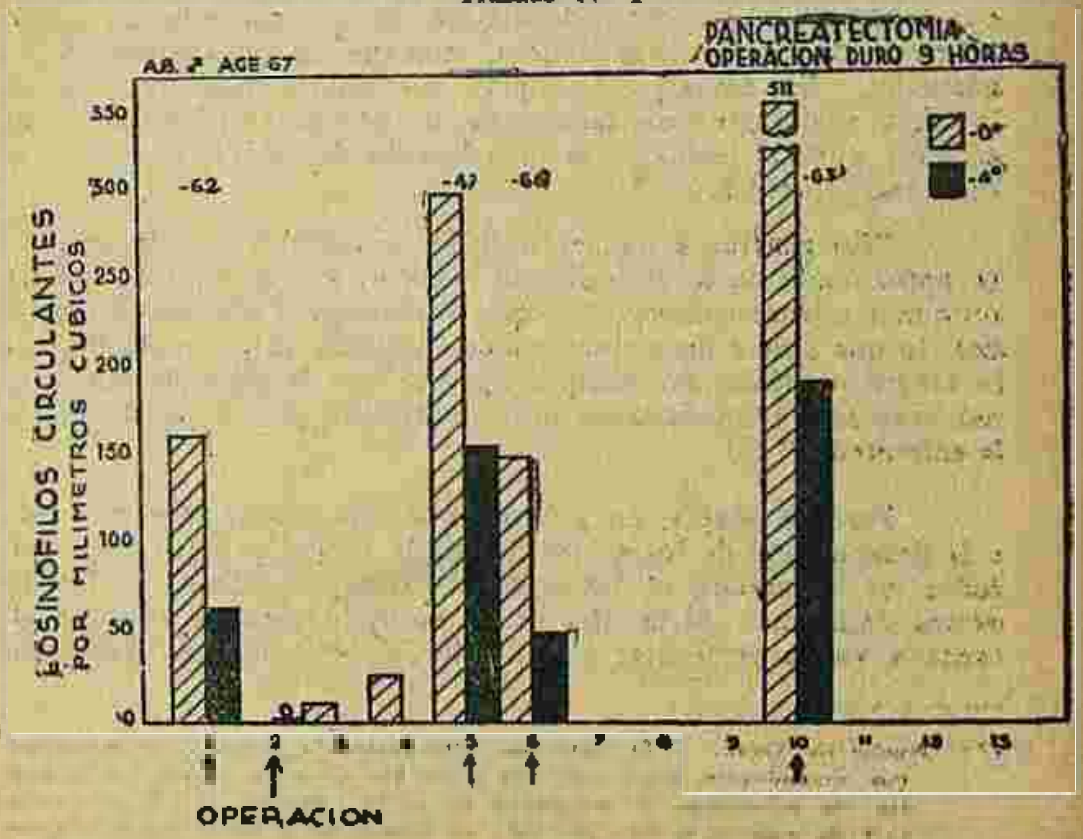
Pero se acepta, en general, que una disminución marcada o la desaparición de los eosinófilos de la sangre periférica, en casi todos los individuos, se asocia con una mejoría clínica de los diversos síndromes. Si la cifra de los eosinófilos es tan alta que alcance a varios centenares y aún miles de células será necesario

---

(*) Prueba de Thorn. — Se determina previamente la cantidad de eosinófilos que, normalmente, varía entre 180 y 220 por milímetro cúbico. Se inyecta por vía subcutánea 25 miligramos de ACTH (Armour) o 0.3 miligramos (1/3 de solución [illegible] por mil) de enalina y cuatro horas después se verifica el nuevo recuento.



Trazado Nº 1



Trazado Nº 2

una dosis importante para hacer descender a lo normal el nivel eosinófilo de la sangre. En este caso una disminución del cien por ciento o más entre el período de pre-estudio y el período experimental va acompañada en la mayor parte de casos de mejoría clínica o regresión del proceso patológico.

"Ahora bien, si el recuento de los eosinófilos está por debajo de lo normal en los controles sanos, puede ser esto indicación de que la glándula suprarrenal del paciente está bajo la estimulación del ACTH autógeno y por lo tanto hay que administrarle una dosis importante para lograr disminuir o hacer desaparecer los eosinófilos de la sangre periférica (*). En algunos individuos que presentan esta situación hematológica, se puede observar una regresión del proceso patológico sin cambio marcado en el recuento de los eosinófilos desde el punto de vista comparativo entre el período pre-experimental y el período de administración de ACTH" (3).

M. Roche, G. W. Thorn y A. G. Hills (12), después de analizar las modificaciones cuantitativas de los eosinófilos circulantes en un grupo de 18 pacientes quirúrgicos antes, durante y después de la intervención establecen conclusiones muy interesantes.

1.— Cuando la actividad córticoadrenal es normal, existe una desaparición completa de los eosinófilos circulantes, durante las primeras 24 a 48 horas después de una intervención mayor.

2.— Por lo general, un ascenso violento de los niveles eosinófilos del segundo al cuarto día postoperatorios, coincide con una mejoría clínica. Esta "eosinofilia del tercer día" expresa una reserva córticoadrenal normal.

3.— El hallazgo de una eosinopenia durante las primeras 24 a 48 horas siguientes a una operación de cirugía mayor, es por sí misma, una evidencia de la actividad córticoadrenal aumentada.

4.— Recíprocamente, si se comprueba que los eosinófilos no descienden y se mantienen elevados en el transcurso de las primeras 24 horas después de una intervención, debe pensarse, en ausencia de alergia, en insuficiencia córticoadrenal.

5.— El descenso de los eosinófilos después de una inyección de 25 mgm. de ACTH antes de la operación, es un buen indicio de la capacidad de la corteza adrenal para excretar 11-oxiesteroides, y proporciona un buen medio de pronóstico postoperatorio.

6.— La reacción de los eosinófilos a la ACTH durante el lapso postoperatorio, constituye un medio útil y rápido de ensayar la reserva córticoadrenal; la respuesta a la epinefrina puede dar resultados erróneos.

(*) Más adelante se verá que Randolph y Rollins discrepan de esta interpretación.

Theran G. Randolph y John P. Rollins (14) estudiando la curva de eosinófilos en el curso de la terapia con ACTH, se expresan así:

1.— Una dosis intramuscular de ACTH, suficiente para afectar el nivel de los eosinófilos circulantes, produce el grado máximo de eosinopenia entre 3 y 5 horas después de la inyección.

2.—Los eosinófilos pueden desaparecer del sistema circulatorio en aquellos enfermos tratados con ACTH, y esto no siempre concuerda con el nivel del contaje eosinófilo exploratorio.

3.—Los pacientes con recuento bajo de eosinófilos esto es, menos de 100 células por milímetro cúbico, están propensos a desarrollar **fenómenos de dosis excesivas.** En nuestra experiencia, a tales sujetos no se les debe dar una dosis inicial mayor de 25 mgm. y de preferencia no más de 75 mgm. durante las primeras 24 horas de terapia.

4.—La ausencia sostenida de eosinófilos en la sangre periférica durante las primeras 24 horas de la administración de ACTH, aun a dosis que se juzga clínicamente adecuadas, puede ser una de las primeras advertencias de dosis excesivas, antes del desarrollo de edema u otra evidencia clínica. Se reconoce, sin embargo, que en ciertas circunstancias, la retención de fluídos hasta el punto de edema, no significa exceso de dosis.

5.— La imposibilidad para rebajar marcadamente los eosinófilos o hacerlos desaparecer de la circulación periférica, durante las primeras 24 horas de terapia con ACTH, está comúnmente relacionada con una terapéutica clínicamente inadecuada. Este hecho puede ser juzgado como una evidencia indicativa de dosis insuficiente o de incapacidad de la función del sistema adrenal pituitario.

6.— En presencia de una función adrenal incólume, la inyección de ACTH no sólo produce eosinopenia sino también leucopenia inicial pasajera, seguida de leucocitosis asociada con desviación a la izquierda de los elementos mieloideos y linfopenia.

7.— Aunque pueden ocurrir variaciones en el nivel eosinófilo, en el curso de la terapia contínua de ACTH, las observaciones eosinófilas frecuentes en la sangre, son provechosas para estimar la proporción de las dosis necesarias en un tratamiento sostenido.

Muchos hechos poco explicables hasta hace poco referentes a la eosinofilia en la alergia, enfermedades parasitarias y otras no identificadas aún, encuentran actualmente mejor acomodo interpretativo. Recordemos la mejoría dramática que estamos acostumbrados a observar con las inyecciones de extractos de hipófisis, adrenalina y suprarrenal total en asma, rinitis vasomotora, urti-

caria, hasta el punto que estas substancias están consagradas, un tanto empíricamente como los remedios heróicos para esos trastornos. Estos hechos, indiscutibles por lo ciertos y constantes en su repetición, han sido referidos en gran parte al efecto lisoconstrictor de esas hormonas pero es más probable que su eficacia se deba fundamentalmente a que producen estímulos, de grados diversos, sobre el conjunto hipófisoadrenal, poniendo en juego las defensas hormonales frente a los alérgenos.

V — FISIOLOGIA Y PATOLOGIA FUNCIONAL DEL TEJIDO CONJUNTIVO

La importancia de estos estudios radica en la revisión que se está verificando en la fisiopatología del tejido conjuntivo con miras a buscar métodos que restablezcan la capacidad funcional de los órganos que han sufrido lesiones. Esta orientación había sido marcada en 1892 por Metchnikov (15), quien reconoció en el tejido conjuntivo algo más que un simple elemento de sostén. Junto a las funciones pasivas de esqueleto elástico, el investigador ruso encontró en el vasto sistema conectivo manifestaciones evidentes de fenómenos activos relacionados con la defensa del organismo. Estudió la fagocitosis y la coloidopexia y marcó rumbos muy interesantes encaminados a vincular estas manifestaciones vitales a las funciones de este tejido que denominó **innoble** para diferenciarlo del que está formado por las células parenquimatosas, **nobles**, de cada órgano. Estableció que junto a los leucocitos polinucleares existían otros elementos dotados de las mismas capacidades, que denominó macrófagos: los unos móviles, que llamó monocitos y los otros amiboideos, fijos en ciertos tejidos, como las células de Kupffer, los de neuroglia, aquellos de los ganglios linfáticos, de la pulpa esplénica y otras células endoteliales. Posteriormente se comenzó a investigar la naturaleza de estas agrupaciones celulares diseminadas especialmente en el bazo, hígado, médula ósea, y en las finas ramificaciones arteriales de otros órganos, con propiedades fisiológicas afines y particularidades tintoriales similares que les permitían absorber y fijar determinados productos, y así nació la coloración vital con tinta china, carmín litinado, violeta cresyl, azul tripan y rojo neutro, lo que sirvió para unificar el sistema retículo endotelial, al que se le adjudicó, desde el primer momento, una actuación preponderante en los complicados procesos de protección de la economía. Las repetidas comprobaciones realizadas por Gozzard, Policard, del Río Hortega, Aschoff, Kiyono, Landau y otros, que se basaban en las mismas ideas que orientaron a Virchow, Metchnikov, Ranvier, Achard, Borrel-Masson, Dubreil y Renaut, lograron definir la interdependencia funcional del S.R.E. y el tejido conjuntivo. De este modo se conoció la verdadera extención de este tejido y se amplió el concepto de la distribución del reticuloendotelio, mejor denominado conjuntivo histiocitario, que dejó de ser admitido como privilegio de determinados parénquimas, para considerárselo como un elemento profunsamente difundi-

do por todos los órganos, incluyendo el sistema nervioso (células de microglia), en concordancia lógica con el papel defensivo que le está recomendado.

Robert M. Midy, (15) estudiando con criterio analítico la copiosa literatura acumulada a propósito del tejido conectivo, revisó cuidadosamente el tema y agrupó los resultados obtenidos por los diversos investigadores de la siguiente manera:

a) período histológico, desde 1867 a 1904;

b) período de la coloración vital, 1904 a 1913;

c) período constructivo, 1913 a 1924;

d) período crítico, 1924 a 1925.

Sus investigaciones personales, basadas en prolongadas observaciones, que tomaron como punto de partida los trabajos de Achard, Borrel-Masson y Aschoff lo hacen discurrir de esta manera: "Este tejido extraordinario que durante mucho tiempo ha sido considerado como misterioso, que posee una histología tan neta, una localización la más vasta y más sutil que se conoce, presente allí donde los ritmos vitales parecen desarrollarse con la mayor intensidad, pero que forma también vastos reservorios inertes por un tiempo, siempre listos a entrar en acción, no ha sido apreciado en su justo papel y a causa de su repartición, apenas si se lo ha tomado como un tejido de sostén, de soldadura, de embalaje. ¿Cómo negarle, en efecto, al conjuntivo, una verdadera actuación fisiológica? ¿Cómo no concederles vida propia a estas células que se les aprecia en perfecta efervescencia y cuyas potencialidades evolutivas son numerosas?" Y coordinando lo ya establecido respecto al conectivo, su origen mesoblástico (mesenquimatoso) de donde deriva la trilogía conjuntiva: sangre, elementos de sostén, retículo endotelio, y estudiando las diversas funciones que en la vida le competen, lo clasifica de acuerdo a sus funciones:

1º tejido de sostén formado por elemento colágeno;

2º conjuntivo reticuloendotelial, que denomina conjuntivo histiocitario, con sus actividades fagocitarias (acción dinámica), y coloidepéxica (acción electro química);

3º conjunto lacunar, que contribuye a formar el medio interno y la barrera hematoparenquimatosa.

Si se quisiera establecer una diferencia entre el papel que desempeñan los elementos parenquimatosos y los que constituyen el tejido conjuntivo, podría decirse que a los primeros les corresponde funciones vegetativas activas, específicas, durante los procesos del metabolismo fisiológico, así como el incremento de estas funciones cuando un elemento cualquiera ataca al organismo y exige de sus células nobles un rendimiento mayor que el habitual para suplir

las deficiencias orgánicas producidas en la fase intensa de la agresión. Al tejido conjuntivo le corresponde, en cambio, proporcionar a los órganos los materiales apropiados para su nutrición y favorecer la penetración de estos materiales, permeabilizando los espacios lacunares y las barreras hematoparenquimatosas; y en la fase de ataque, organizar la defensiva para cumplir una ofensiva exitosa y, además, atender en los estadios consecutivos a la violencia de los fenómenos morbosos, a la regeneración de sus elementos propios para que puedan cumplir con eficiencia su intervención fisiológica en los parénquimas. (*).

Las células nobles pueden ser destruídas, pero cuando resultan sólo parcialmente lesionadas se regeneran íntegramente (excluyendo ciertas partes del tejido nervioso), y también se hipertrofian conservando sus propiedades núcleo-protoplasmáticas genuinas. El tejido conjuntivo, cuando llega a ser dañado profundamente o destruído, responde con hiperplasia, muchas veces inconveniente y dañosa por lo exhuberante, lo que conduce a fibrosis y limitación de su capacidad funcional, y, al perder su elasticidad provoca también una estrangulación de las células parenquimatosas, cuyas actividades vitales se ven, de esta manera, seriamente comprometidas. Se ha dicho, y con razón, **que el organismo envejece por las alteraciones de su tejido conectivo.**

La considerable difusión del tejido conectivo y su penetración en el espesor de los parénquimas, en forma de mallas finas y estrechas, y de tabiques más o menos densos y ramificados no constituye, como se ha pretendido, una demostración de que el papel que le corresponde a ese sistema es simplemente de sostén, a manera de esqueleto elástico, pues al distribuirse en tantas subdivisiones va llevando consigo los elementos nerviosos y vasculares que regirán la nutrición del protoplasma y el intercambio líquido en los espacios lacunares.

Si la fisiología del tejido conjuntivo ha sido insuficientemente estudiada hasta hace poco tiempo, se comprende muy bien que su patología se resienta de muchas lagunas de interpretación etiopatogénica. Puede decirse que las denominadas afecciones colágenas sólo ahora han sido reconocidas como un grupo independiente, y no se hable de las retículoendoteliosis, cuya clasificación recientemente ha sido esbozada.

Estudiando un sector de ese abigarrado conjunto patológico recordemos que desde muy antiguo se reconocían ciertos caracte-

---

(*) *La degeneración fibrinoide, término dado por Neumann, que la describió en inflamaciones de las serosas, mucosas, sinovial y superficies endoteliales, se caracteriza por una serie de alteraciones físicas y químicas de la substancia nueva, con propiedades tintoriales que le asemejan a la fibrina. Esta substancia, de consistencia homogénea, de índice de retractilidad elevado y con marcada apetencia tintorial eosinófila, parece ser la resultante de una profunda modificación del estado coloidal del tejido conectivo". (23)*

res comunes en las personas que sufrían enfermedades como reumatismo crónico, obesidad, formación de cálculos, etc. En el decurso de los siglos se acentuó este criterio del que se apropió la medicina francesa y en parte la inglesa, reconociendo bajo la denominación de **artritismo** a una diátesis especial que presume una particular fragilidad para sufrir enfermedades que aparentemente tienen poca relación entre sí: jaqueca, asma bronquial, eczema, gota, diabetes sacarina, litiasis, poliartritis y fibromiositis crónica tipo Dupuytren. Esta agrupación comprende también muchos casos de hipertensión arterial, ciertos desórdenes arteriales agudos o crónicos (tromboangeítis), venosos (várices), psoriasis y algunos más.

En el estado actual de nuestros conocimientos se acepta la unidad un tanto arbitraria de este conglomerado patológico, asignándole una interpretación basada en mecanismos alérgicos. Es indudable que el vocablo alergia, que tanto pretende significar y que en muchas ocasiones apenas alcanza a disimular el desconocimiento de ciertos problemas etiopatogénicos, encuentra en el caso de los enfermos que nos ocupa, una aceptación razonable, porque en todas ellas se puede comprobar, en determinados empujes evolutivos, las características atribuídas a las manifestaciones de hipersensibilidad con sus reconocidas expresiones clínicas y sus típicas modificaciones citohumorales.

Ahora bien, el análisis cuidadoso de los cambios anatomopatológicos observados en las alergias, hace ver que gran parte de sus fenómenos objetivos y subjetivos recaen sobre dependencias del mesénquina: hiperhemia, trasudado y estímulos colinérgicos, que en primera instancia son los responsables de los fenómenos de vasodilatación, reacciones celulares infiltrativas que, en etapas avanzadas, terminan en la necrosis de los tejidos.

Especulaciones muy importantes alrededor de este punto consigna Leopoldo Lichwitz (16), quien hace extensivos estos conceptos alérgicos al reumatismo articular agudo, aduciendo razones que, si no son definitivamente convincentes, resultan altamente sugestivas, y refiriéndose después a las artritis crónicas, expresa: "El calificativo de artritis infecciosas debería reservarse para ese tipo (se refiere a las producidas por gérmenes infecciosos reconocidos) y no confundirlas con las artritis alérgicas y distróficas. En la mayoría de los casos la artritis no es causada por invasión bacteriana de las articulaciones sino por el desgaste, la respuesta alérgica y los factores que acarrean perturbaciones tróficas". Y más adelante dice: "La atrofia de huesos, músculos y piel es característica de las artritis. No se debe a falta de uso, ya que si bien es cierto que la inactividad de una articulación acarrea atrofia, no lo es menos que jamás se produce con tanta rapidez y que tampoco es tan notable. La independencia de la descalcificación como consecuencia del menor uso de las extremidades queda demostrada por la osteoporosis del cráneo en muchos casos de artritis crónicas".

Como ya es sabido, en vista de los resultados extraordinariamente favorables logrados en reumatismos y artritis, (27, 28, 29, 30, 31) los investigadores han extendido a la de ACTH y Cortisona a otras enfermedades como leucemoidea, (14) el lupus eritematoso diseminado, (45) la enfermedad de Hogdking, (14) las esclerodermias, la mayor parte de las manifestaciones alérgicas y otras afecciones que no tienen entre sí, ni con las artritis reumáticas, mayores afinidades etiológicas, pero que tienen como base anatómica alteraciones profundas, muchas irreversibles, del tejido conjuntivo. Casi todas estas afecciones encuadran en el grupo de las enfermedades colágenas o en las reticuloendoteliosis.

Por lo que acabamos de exponer se comprende muy bien la importancia vital del tejido conectivo en los procesos patológicos e inmunológicos.

Estudiemos ahora la intervención de la hipófisis y las suprarrenales en la armonía y regulación funcional del tejido conjuntivo, acción que no puede ser bien concebida ni delimitada debido a la extensión universal de este tejido y la multiplicidad morfológica que presenta, por lo cual resulta más apropiado analizar sus reacciones patológicas y observar sus modificaciones con el empleo de determinados agentes terapéuticos.

En todas las enfermedades infecciosas, degenerativas o tóxicas se comprueba la participación del tejido conjuntivo, bien sea en la fase defensiva, de lucha, lo mismo que en las etapas regresivas de degeneración (*), y así se destaca la superproducción de elemento colágeno, el hiperfuncionamiento y la sobreproducción de los histiocitos y la incesante actividad de los demás componentes del S.R.E.

Estas agitadas y bullentes manifestaciones conectivas se traducen en síntomas dolorosos y mecánicos, que ocasionan menoscabo de la eficiencia y magnitud funcionales de los tejidos específicos.

Mecknikov primero, y con posterioridad Bogomoletz, han ensayado el uso de substancias creadas artificialmente en animales de laboratorio, que previamente han recibido dosis progresivas de extracto de médula ósea, de bazo, ganglios linfáticos y en cuya sangre se han producido elementos dotados de poder agresivo sobre el S.R.E. de esos mismos órganos.

Pero si estos extractos son administrados en dosis prudencialmente reducidas, provocan en el organismo que los reciben un efecto saludable sobre la actividad funcional del bloque conjuntivo

---

(*) "En algunas enfermedades del colágeno la degeneración fibrinoide predomina en otras, el cuadro más saliente es la proliferación, pero en todas ellas hoy al final uno u otro, o ambos elementos patológicos" (23).

histiocitario con un acrecentamiento ostensible y muchas veces perdurable de sus capacidades protectoras. Estas teorías llevadas a la práctica han dado como resultado la producción de un suero-vacuna que Bogomoletz denominó Suero Citológico Antirreticulocitario (S.C.A.), que cayó pronto en desuso, a pesar de los interesantes resultados obtenidos por muchos experimentadores; y que está otra vez en plena investigación en el Instituto Pasteur con el nombre de Suero Ortobiótico de Bordach. Una observación más profunda y amplia acerca de los efectos producidos por estos productos establece su eficacia en muchas enfermedades aparentemente inconexas como poliartritis deformantes, reumatismo articular agudo, reumatismo gotoso, úlcera gastroduodenal, esclerosis en placas, psicosis de diversa índole, etc. (*).

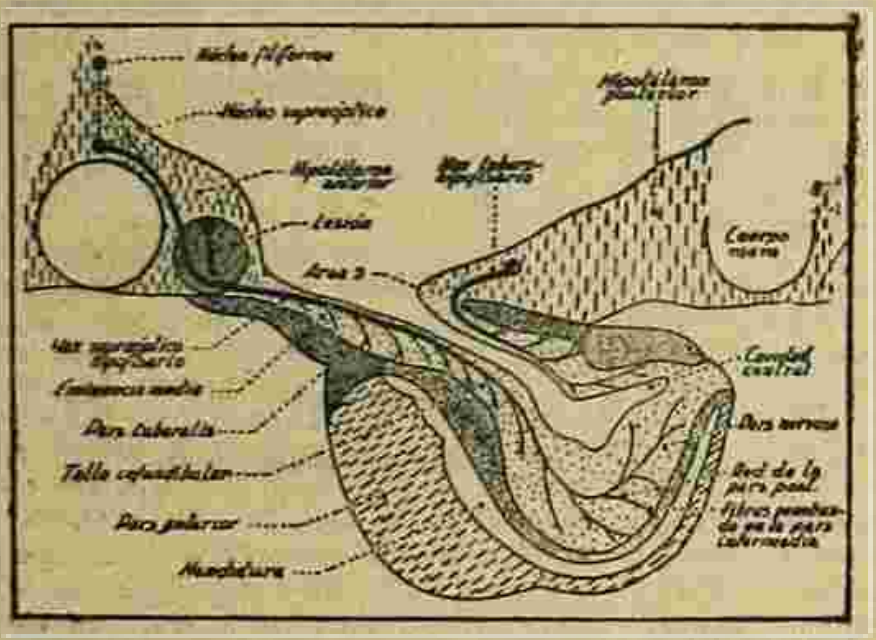
Se ha comprobado también la acción sobre la reaparición del estro en los animales y la reactivación física y mental de sujetos que se han prestado para la experiencia. Asímismo, se han marcado resultados satisfactorios en alergias atípicas y actividades netas sobre el metabolismo protéico y de los hidrocarbonados.

Ahora bien, de acuerdo a los enunciados generales de las actividades fisiológicas, la dinamia y eficiencia de los órganos está regida por el contralor constituído por las secreciones endócrinas y sistema nervioso autónomo que permite ajustar el rendimiento de los órganos y de los tejidos a las solicitudes y exigencias fisiológicas y patológicas. Por otra parte, es axiomática la elevada jerarquía endocrina de la hipófisis y los nexos anatómicos y funcionales que la hacen formar un todo con los centros neurovegetativos del hipotálamo.

Por la anatomía y fisiología de la hipófisis expuesta en páginas anteriores, se comprende muy bien la íntima relación que guarda la pituitaria con el hipotálamo, quedando establecida la perfecta unidad del bloque hipotálamo hipófisis adrenal, que parece preponderar el primero, según expuso J. Barcroft: "la fisiología del hipotálamo es la fisiología del ambiente interno" (18). Esta preponderancia se marca en los mecanismos de defensa desarrollados frente a las infecciones: "El hipotálamo se encuentra por debajo del nivel del tálamo, forma las paredes laterales y el piso del tercer ventrículo desde el borde posterior del quiasma óptico hacia atrás e incluye los cuerpos mamilares. El hipotálamo representa una de las partes más antiguas del cerebro anterior de los vertebra-

(*) En una joven paciente de lupus eritematoso diseminado, residente en Quito, cuyas condiciones, a pesar de múltiples ensayos terapéuticos, eran deplorables, hemos utilizado con resultados inesperadamente satisfactorios un extracto preparado por el Dr. A. Blum con un ganglio hipertrofiado obtenido de la misma enferma. El contralor de este tratamiento, realizado rigurosamente por el Dr. G. Fisch, demuestra que la mejoría se mantiene más de un año.

dos; su estrecha asociación con la glándula pituitaria revela una notable uniformidad a lo largo de toda la serie de los vertebrados. El hipotálamo es una estación central del sistema nervioso autónomo para el contralor y la regulación de las funciones vegetativas: sus actividades múltiples contribuyen a mantener un ambiente interno constante".



Corte medio sagital del hipotálamo y la hipófisis del gato, mostrando las dos ramas del haz hipotalámicohipofisario y la tuberosidad hipofisaria. La línea punteada indica las conexiones filiformes supraópticas. El círculo rayado oblicuamente indica la posición de una lesión típica capaz de producir la diabetes insípida. (Según Fisher, Ingram y Ranson; tomado de B. Houssay, Fisiología Humana, op. cit.)

"La constancia del ambiente interno depende de una multitud de procesos químicos y físicos y de sus exigencias metabólicas concomitantes. Dichos procesos están estrechamente relacionados entre sí. Por ejemplo: la constancia de la temperatura del cuerpo depende de la producción de calor, respiración, circulación y metabolismo del agua, actividades que se desarrollan bajo el contralor de los núcleos hipotalámicos y por medio de la actividad endocrina. La relación anatómica entre el hipotálamo y la glándula pituitaria, según la demuestra su desarrollo embrionario, su actividad en el espacio y las numerosas vías de conexión y conductos vasculares, lleva aparejada la cooperación funcional". (16)

Entre las numerosas investigaciones realizadas con el fin de comprobar la sinergia funcional de este conjunto, cabe mencionar las últimas presentadas en la Conferencia de Chicago por David Hume y George Wittenstein de The Harvard Medical School de Boston (14) que estudian la influencia de los centros hipotalámicos,

en la producción de ACTH en perros normales y sometidos a trauma quirúrgico, con las siguientes conclusiones:

1.—Es necesario que el hipotálamo esté intacto para que la pituitaria pueda producir la cantidad de ACTH que demanda el organismo cuando sufre el efecto de un stress.

2.— El contralor hipotalámico de la hipófisis parece ser básico para la actividad hormonal.

3.— La capacidad de la anterohipófisis para producir ACTH está en relación con el grado de integridad de las conexiones nerviosas entre el área quirúrgica y el cerebro.

L. Lichtwitz (16) presenta una revisión de conjunto de los mecanismos defensivos frente a la infección que, cualquiera que sea su naturaleza, impresiona al sistema nervioso central y de ese modo origina múltiples perturbaciones de las funciones nerviosas y alteraciones de las regulaciones vegetativas.

"El hipotálamo responde instantáneamente bajo la forma de pirexia: se ven afectados los centros vasomotores, la médula oblonga puede responder con náuseas y vómitos y la corteza con malestar general, fatiga y entorpecimiento mental. La alteración del recuento leucocitario —leucocitosis o leucopenia—, la hiperglobulinemia absoluta o relativa y la hiperfibrinogenemia, amén del aumento del índice de sedimentación de los eritrocitos, pertenecen al grupo de las reacciones generales. Esos fenómenos humorales aparecen tan rápidamente como lo hacen las manifestaciones procedentes del sistema nervioso central. Se cree que la leucocitosis y la leucopenia se deben a una influencia positiva o negativa quimiotóxica ejercida directamente sobre el tejido mieloide. El contralor de las proteínas del plasma por los centros vegetativos ya fué discutido en páginas anteriores. Se considera la leucocitosis como una indicación de defensa y una contribución a la misma; la fracción globulínica de las proteínas del plasma está relacionada con los anticuerpos y con la función de complemento del plasma sanguíneo. La regulación hipotalámica de la leucocitosis y de las proteínas plasmáticas indica la existencia de una relación entre el sistema nervioso central y el mecanismo de defensa".

Ya no se discute acerca del papel encomendando al tejido conjuntivo en la economía, que lo hace participar también directa o inderectamente en todas las agresiones susceptibles de recaer en los parénquimas específicos, y si éstos poseen en el conjunto endocrino sus elementos propios y directos de activación y de moderación, es lógico suponer que también existan hormonas propias para mantener el correcto desempeño del conjuntivo histiocitario (un tiempo se pensó que éste segregaba sus propias hormonas), aptas para concurrir en proporciones y calidades adecuadas a las demandas de cada momento.

Si en la hipófisis glandular se ha encontrado hormonas para todas las funciones diferenciadas, nos parece admisible aceptar que existen substancias destinadas a mantener, por vía directa o por intermedio de otras glándulas, la fisiología y defensa del conjuntivo histiocitario. La ACTH que, como ya se ha dicho, no posee efectos terapéuticos específicos, demuestra una sorprendente uniformidad de acción sobre casi todas las enfermedades colágenas en las que se la viene ensayando. El Profesor Bickel (17) dice: "Aparte la poliartritis reumática crónica que constituye aun por hoy, su mejor indicación, la ACTH ha sido aplicada con resultados variables, a menudo espectaculares en el tratamiento de reumatismo articular agudo, gota (25,27) y reumatismo psoriásico". Resultados no menos interesantes se ha obtenido en psoriasis simple, corea y enfermedades alérgicas, tales como asma, (34) urticaria, rinitis vasomotora, eosinofilia tropical (enfermedad de Weingarten). Recientemente han sido tratados con ACTH muchos enfermos atacados de infecciones alérgicas atípicas tales como esclerodermia, (14) dermatomiositis (14) y lupus eritematoso (14) generalizado. En esta última afección, hasta aquí rebelde a toda terapéutica, se ha obtenido ocasionalmente resultados particularmente impresionantes en sujetos ya considerados como moribundos.

* * *

En la conferencia de Chicago fueron presentadas 52 comunicaciones, muchas de las cuales se refieren a observaciones clínicas de diversas enfermedades. Otras, las más importantes tal vez, corresponden a estudios experimentales del metabolismo orgánico e inorgánico y a investigaciones hormonales en relación con los centros del bloque hipotálamohipofisario. Una de las más interesantes en este aspecto es la de Jerome W. Conn, de la Universidad de Michigan, Ann Harbor, quien después de estudiar los efectos de la ACTH sobre el metabolismo de carbohidratos en 10 personas jóvenes de ambos sexos, que recibieron de 50 a 100 miligramos diarios de ACTH, durante un tiempo prolongado, dice:

1. — La glucosuria se presentó en todos, variando de 2 a 50 gramos al día.

2. — La glucosuria inicial se debía a la disminución de la resorción renal de glucosa.

3. — La hiperglucemia y las curvas de tolerancia de glucosa diabética, comienzan a aparecer después de 24 horas de la ACTH, salvo en uno, en el cual persistía la tolerancia normal para los carbohidratos.

4. — La cantidad de glucosuria tiene poca relación con el grado de balance negativo de nitrógeno y el tiempo de aparición de este último.

5. — Existe una correlación temporal estrecha entre la glucosuria y el aumento de la excreción urinaria del ácido úrico.

6. — La diabetes producida es relativamente resistente a la insulina.

7. — El glutation sanguíneo decrece rápidamente conforme se pierde la tolerancia para los carbohidratos y vuelve a lo normal cuando cesa la ACTH a medida que reaparece la tolerancia normal para los carbohidratos.

8. — La administración de glutation, reducido en el curso de una diabetes causada por la ACTH, provoca una desaparición temporal de la glucosuria y descenso de azúcar en la sangre.

9. — En un síndrome de Cushing, acompañado de diabetes y niveles bajos de glutation de la sangre, la administración de esta substancia convirtió la curva de tolerancia glucosa diabética en normal.

10. — En un caso típico de síndrome de Cushing, con manifestaciones de tolerancia normal de carbohidratos, el glutation de la sangre resultó ser más alto que en la de cualquier individuo normal estudiado hasta aquí.

Irvine M. Quarrie, E. G. Baver, M. R. Ziegler y W. S. Wright de la Universidad de Minnesota y Unión de Minnesota Hospital, relataron el estudio practicado en hipoglucemia espontánea no addisoniana. Se estudiaron los efectos de la ACTH en la prueba de tolerancia de glucosa y el nivel de azúcar en la sangre, el contenido de fósforo inorgánico y de potasio del suero, las cifras de nitrógeno, fósforo, cloruro de sodio y potasio, la excreción urinaria del ácido úrico, creatinina y corticosteroides adrenales; se determinaron los recuentos de eosinófilos sanguíneos en 5 jóvenes con hipoglucemia no addisoniana. La respuesta de la ACTH era parecida, en la mayoría de los casos, a aquella manifestada por el adulto normal.

Sin embargo, se observó en este estudio que en vez de producirse un estado pasajero de diabetes mellitus, como sucede en el sujeto normal, la ACTH parecía suprimir solamente la tendencia hipoglucémica, con retorno de la curva de tolerancia para la glucosa y los niveles de azúcar a lo normal. Mientras el recuento de eosinófilos volvía prontamente a lo regular al cesar la ACTH, el azúcar de la sangre permanecía por encima de la que había al principio por algunos días sin la ACTH, aun en el caso más severo de la serie. En todos los ejemplos, noobstante, el grado original de hipoglucemia reapareció en lapsos variables después de la supresión de la ACTH. La administración de ésta entre 10 y 18 milíg. en una sola dosis cada 48 horas, bastó para mantener el caso más grave de la serie, en un estado esencialmente no hipoglucémico durante más de seis meses después que había estado sujeto

a un tratamiento intensivo de ACTH sólo unos pocos días. No se observó acostumbramiento a la hormona ni signo alguno de hipercórticoadrenalismo. Los resultados del estudio indican, por tanto, que la ACTH puede resultar tan efectiva en el control de la hipoglucemia crónica no addisoniana en muchos casos, como lo es la insulina en el de la diabetes pancreática.

A continuación transcribimos algunos párrafos de los trabajos presentados en la Conferencia de Chicago, resumidos por el Dr. J. R. Mote.

"Vale la pena resumir, de un modo general, los trabajos efectuados y el número de enfermedades y pacientes estudiados durante las investigaciones que han contribuído a este volumen, ya que es considerable la cantidad de investigaciones realizadas en los últimos tres años. Los datos siguientes que se han recopilado corresponden a las informaciones obtenidas por los miembros de la Conferencia. Aunque no son precisos hasta el último detalle, puede estimárselos correctos si se les suma o resta un diez por ciento a las cifras indicadas.

Normales	53
Anomalías endocrinas	73
Afecciones colágenas	214
Hipersensibilidades	38
Infecciones	43
Malignidades	24
Enfermedades mentales	70
Afecciones desmielinizantes del músculo	16
Miscelánea	82
	613

Cuadro Nº 1

"El cuadro Nº 1 es un resumen total de las categorías generales de enfermos observados y el número de pacientes investigados en cada grupo. Es interesante observar, que se ha estudiado un total de 53 seres humanos normales y otros 73 con varias anomalías endocrinas. Prácticamente, todos estos sujetos se hallaban en un equilibrio metabólico completo, y naturalmente, estos dos grupos constituyeron la mayoría del trabajo emprendido durante los primeros dos años en que ya se disponía de la ACTH.

"Las otras categorías de afecciones de este cuadro abarcan una amplia esfera de actividad, y los estudios practicados variaron en los diversos síndromes y en diferentes momentos. Incluyen no sólo los estudios metabólicos completos iniciales sino también otras tantas investigaciones, destinadas a descubrir los cambios metabólicos provocados por la experimentación.

Regulares	**31**
Anomalías Endocrinas:	
Panhipopituitarismo	18
Acromegalia	4
Diabetes insípida	1
Enfermedad de Addison	6
Hiperplasia adrenal	20
Hipotiroidismo	13
Hipertiroidismo	13
Hipoglucemia congénita	9
Estado prediabético	6
Diabetes	4
Agenesia ovárica	2
Castrados	2
Castradas	1
Luteinización ovárica con virilismo	1
	131

Cuadro Nº 2

"El cuadro 2 da el detalle de las anomalías endocrinas observadas. Nótese que se han estudiado la mayoría de las disfunciones endocrinas comúnmente encontradas y prácticamente, todas ellas constituían investigaciones metabólicas de varios tipos propuestos para aclarar las interrelaciones de la glándula adrenal y las otras de secreción interna.

"El cuadro 3 detalla las enfermedades colágenas que han estado bajo investigación. Obsérvese que la definición de estas afecciones aparece bastante anárquica, pues incluye la colitis ulcerativa, la iritis y la queratitis intersticial. Por otra parte, a la luz de los resultados obtenidos por los miembros que estudiaron el problema, esta clasificación puede ser tan buena, como algunas de las más ortodoxas que se hayan publicado en el pasado.

Enfermedades colágenas	
Artritis reumática	128
Artritis reumática juvenil	4
Fiebre reumática	25
Lupus eritematoso diseminado	24
Dermatomiositis	9
Esclerodermia	7
Periarteritis nudosa	4
Artritis psoriásica y psoriasis	5
Colitis ulcerativa	4
Ileítis regional	1
Iritis aguda	2
Queratitis interstical	1
	214

Cuadro Nº 3

"Es comprensible que la artritis reumática constituya el número más grande de este grupo, debido a la publicidad prematura que se ha dado a los éxitos logrados en esta enfermedad. Por otra parte, es sorprendente que a pesar de los 24 casos de lupus eritematoso diseminado que se han estudiado, no se lo considere todavía como una enfermedad bastante común.

Malignidades

Leucemia linfática aguda	2
Leucemia linfática crónica	7
Enfermedad de Hodgkin	3
Linfosarcoma	1
Linfoma	1
Tumor de Ewing	1
Micosis fungoide	1
Carcinoma de la mama	4
Carcinoma de la próstata	1
Sarcoide	2
Carcinoma bronquiógeno	1
	24

Cuadro Nº 4

"El cuadro Nº 4 reseña los varios tipos de malignidades que se han estudiado durante los últimos tres años. Ya se conocen algunos de los resultados obtenidos en los linfomas. En general, se puede decir que las malignidades en las cuales las estimulaciones de la glándula adrenal han tenido un efecto cierto aunque reducido, son solamente los linfomas y las leucemias.

Enfermedades mentales

Alcoholismo agudo	11
Alcoholismo crónico	2
Esquizofrenia	12
Abatimiento	8
Estado de inquietud	35
Psicosis postpartum	1
Insomnio	1
	70

Cuadro Nº 5

"El cuadro 5 corresponde a las enfermedades mentales estudiadas y cuyos resultados obtenidos en estos estudios, ya se conocen. Es evidente, que de acuerdo a los datos presentados en este volumen, se necesitará trabajo considerable en este campo complejo, antes que el papel de la glándula adrenal se pueda dilucidar con certeza.

Hipersensibilidades

Asma	15
Fiebre de heno	7
Dermatitis atípica	2
Migraña	2
Sensibilidad a drogas	3
Pénfigo	5
Dermatitis exfoliativa	1
Síndrome de Loeffler	3
	38

Infecciones

Tuberculosis pulmonar	2
Poliomielitis	35
Hepatitis a virus aguda	2
Hepatitis a virus crónica	1
Pulmonía bbar	2
Pulmonía a virus	1
	43

Cuadro Nº 6

"El cuadro 6 es la demostración de los varios tipos de hipersensibilidades e infecciones estudiadas. En vista de los resultados, aunque pequeños, seguros obtenidos en este campo y el carácter común fundamental de las entidades comprendidas, se justifica que se deban proseguir estudios más completos. La parte inferior del cuadro resume las infecciones estudiadas que requieren una investigación más meticulosa.

Enfermedades musculares y desmielinizantes

Distrofia muscular progresiva	5
Miotonía atrófica	3
Esclerosis múltiple	2
Esclerosis lateral amiotrófica	2
Parkinsonismo	2
	14

Cuadro Nº 7

"El cuadro 7 trata de las distrofias del músculo y las enfermedades desmielinizantes estudiadas; los resultados, como ya se sabe, son de una evidencia clara.

Miscelánea

Gota	32
Hipertensión	6
Nefritis	4
Nefrosis	21
Cirrosis alcohólica	2
Desnutrición	12
Hipoproteinemia	2
Anemia hemolítica	2
Anemia idiopática	1
	82

Cuadro Nº 8

"El cuadro 8 se refiere a lo que se ha clasificado como "miscelánea", de algunas de las cuales se ha informado con detalles y de otras no. Bien puede ser que la gota probablemente concuerde con el grupo de disfunción endocrina.

"En resumen, los estudios extensos sobre el efecto de la ACTH en los seres humanos, durante los últimos tres años se ma-

nifiestan en el contenido de este volumen. Es evidente que de los resultados presentados se requiere una cantidad enorme de investigación con una extensión amplia de la medicina experimental, antes de que se pueda poner de manifiesto una interpretación razonable del papel de las glándulas adrenales en la salud y las enfermedades".

* * *

En la Mayo Clinic se continúa investigando el problema desde diversos ángulos, según se aprecia en el Symposium sobre Cortisona y ACTH publicado recientemente (19), del cual transcribimos la introducción y el resumen.

Introducción

Philip S. Hench, Doctor en Medicina: El propósito de esta colección de artículos es el de informar a los miembros de la Clínica Mayo sobre el estado actual de las investigaciones que se han llevado a cabo con la Cortisona y la ACTH en la Clínica durante el último año.

Aunque la ACTH y el compuesto E habían aparecido anteriormente muchas veces si bien de modo restringido, en la escena médica por medio de unas pocas "pruebas de capacidad" en un número limitado de condiciones hormonales bajo la dirección cooperativa de un reducido grupo de bioquímicos y endocrinólogos iniciadores, creo que no es impropio decir que estas substancias no hicieron su estreno general clínico hasta hace más o menos un año, cuando por entonces apenas las conocíamos. La mayoría de nosotros, sabiendo la curiosa abreviación "ACTH" expresada ocasionalmente por algún colega afecto a la simplicidad, tenía que pensar dos veces antes de recordar que las cuatro letras significaran hormona adrenocórticotrópica, un substituto purificado del cual los Laboratorios Armour habían pasado varios años en desarrollarlo. Sabíamos que el Dr. Kendall y sus colegas bioquímicos, en unión de los investigadores de la Merck & Cº, habían estado durante prolongados años extrayendo, identificando y luego probando de sintetizar varias substancias córticoadrenales, la primera de las cuales tenía un nombre químico de difícil pronunciación obtenida por el Doctor Kendall, designada como el Compuesto E. Luego, casi simultáneamente, obtuvimos suficientes cantidades de estas dos substancias, Cortisona de la Merck & Cº y ACTH de Armour Laboratories, para pruebas clínicas en artritis reumática, en cuya enfermedad habíamos hecho conjeturas para su aplicación. Después, los efectos de estas hormonas en otras condiciones no hormonales, se sometieron a estudio y se descubrió que la Cortisona y la ACTH ejercían influencias poderosas demostrables más allá de los límites clínicamente atribuibles a disturbios endocrinos.

Se comenta que ni la ACTH ni el Compuesto E, conocido por Cortisona, no tienen efecto curativo. Bien pueda que esto sea

exacto. Se ha dicho también que, a pesar de los esfuerzos intensos de muchos investigadores, no tenemos una idea real en cuanto a cómo actúan estas substancias. Eso, en realidad, es cierto hasta la fecha. Referente a cómo realizan su trabajo estas hormonas, hasta aquí cabe usar la frase Churchiliana: "un acertijo envuelto en el misterio interno de un enigma". No obstante, debido a que estas hormonas influyen profundamente en muchas células y tejidos diferentes del cuerpo, se están ensayando con efectos marcados en muchos departamentos de nuestra Clínica y con amplia diversificación en los campos de la investigación clínica biológica. **Nuevas perspectivas se han revelado para la investigación; se están desarrollando nuevos conceptos no sólo en las esferas de la medicina y fisiología clínicas sino también en aquellas de patología clínica y aun de inmunología.**

Parecería que en el grupo de enfermedades más influídas por la Cortisona y la ACTH no se aprecia un efecto específico de estas substancias contra el agente etiológico conocido o desconocido, sino principalmente sobre las reacciones defensivas de los tejidos frente al elemento que constituye o produce la "enfermedad" y la cual, si la lucha se prolonga, origina la incapacidad y algunas veces lesiones fatales, como son aquellas del corazón reumático y la articulación reumática. La Cortisona parece tener poco o ningún efecto sobre la noxa patógena. Parece, más bien, que actúa dando a los tejidos susceptibles una substancia protectora contra el irritante. Así, en casos como la artritis reumática y enfermedad del corazón reumático, la Cortisona elimina el factor congestivo aunque de por sí no extirpa el mal, y se presta también como un carpintero para restaurar el daño del fuego. En resumen, la Cortisona **ejerce su influencia dominante en la fisiología patológica** (la afección misma), más bien que en la anatomía patológica o en el factor etiológico. De todos modos, la utilidad y límites de la Cortisona y la ACTH están por definirse.

A la Cortisona y la ACTH se le puede ya atribuir una importancia de "primer orden". **Son los primeros agentes naturales con los cuales se ha demostrado la reversibilidad potencial de varias enfermedades,** incluyendo especialmente la artritis reumática. Son los agentes primarios que han ofrecido una esperanza verdadera de modificar ciertos caracteres evolutivos de la fiebre reumática y carditis reumática aguda, que hasta ahora no han sido influenciados por los salicilatos. Son los agentes naturales primarios, naturales u hormonales, que resultaron capaces de dar un alivio sintomático apreciable y consistente y un paliativo temporal en la severidad de una crisis aguda de un lupus eritematoso diseminado. Aparte de la adrenalina, son los primeros agentes hormonales con notables propiedades antialérgicas. Son los primeros que aparentemente tienen la virtud de acabar con ciertas lesiones oculares que hasta la fecha han resultado muy difíciles de ser controladas y han producido muchas cegueras. Se encuentran disponibles por primera vez hormonas córticoadrenales potentes para dar al inves-

tigador psiquiatra los medios para un prolongado estudio de las perturbaciones psicológicas acompañadas de cambios anímicos extensos.

Mucho queda todavía por saberse acerca de la ACTH y la Cortisona, sobre su grado de actividad, el método óptimo para su administración y la prevención o control de efectos indeseables secundarios. Como resultado de intensos estudios sobre esto, los efectos secundarios están tomando ahora su propio puesto como rasgos por los cuales los médicos deben mostrar respeto pero no temor. Hasta que se disponga de más datos, la Cortisona y la ACTH se las emplea en clínica, no como una práctica establecida de tratamiento sino como nuevos elementos necesarios para la investigación clínica en enfermedades que hasta ahora han sido peculiarmente rebeldes al estudio.

Resumen

Randall G. Sprague, Doctor en Medicina y Filosofía: No es posible resumir brevemente las investigaciones clínicas extensas con la Cortisona y la ACTH, que se han realizado en diversas clínicas durante el último año. Sin embargo, algunos puntos parecen destacarse con justa certeza.

Primero: es evidentemente manifiesto que las observaciones de los doctores Kendall, Slocumb y Polley de los efectos benéficos de estos agentes en ciertas enfermedades carentes de hormonas constituyen un progreso médico importante. Hasta la fecha, la consecuencia de este adelanto descansa principalmente en la observación fisiológica primaria de la reversibilidad rápida de la artritis reumatoide y la fiebre aguda reumática bajo la influencia de estas hormonas y, posteriormente, la reversibilidad de muchas consecuencias creadas por estas condiciones patológicas. Hasta dónde se extenderá esta observación fundamental en el dominio de la terapia médica, queda todavía por demostrarse.

Segundo: parece que ahora está suficientemente claro que las enfermedades que se modifican favorablemente por la Cortisona y la ACTH no se curan por éstas. Como el ejemplo más dramático citemos la leucemia aguda, algunos casos de los cuales entran en un descanso más o menos completo durante y por corto tiempo que sigue a la administración de las hormonas, sólo para recaer nuevamente y terminar con la muerte.

Tercero: como se ha manifestado repetidamente, la Cortisona y la ACTH son agentes hormonales poderosos capaces de producir una amplia variedad de alteraciones farmacológicas y fisiológicas. Algunas de estas alteraciones tienen efectos terapéuticos favorables; otras son de importancia relativa; en cambio otras pueden acarrear peligro al paciente. Es de lamentar se de que no pueda haber línea de finalidad de demarcación entre los efectos terapéuti-

cos favorables, por una parte, y otros efectos fisiológicos, algunos de ellos no deseables, por otra.

Además, en la mayoría de las condiciones clínicas **que pueden haber sido favorablemente influídas por la administración de estas hormonas, no existe evidencia clara de una deficiencia hormónica.** En consecuencia, en muchas de estas condiciones aparece un estado de exceso hormonal creado con el fin de lograr un beneficio terapéutico. Si este estado fuere de suficiente grado y duración puede hacer su aparición una variedad de efectos fisiológicos, deseables o no. Por esto se hace necesario hallar modos y medios de dividir los efectos terapéuticos benéficos de las hormonas de sus otros efectos fisiológicos. Bien sea que tal desunión se pueda alcanzar en condiciones que requieran una administración prolongada por modificación de la dosis, por lapsos interrumpidos de administración o por otros medios que faltan verse.

En la actualidad las conclusiones podrían parecer prematuras, ya que la aplicación terapéutica de estas hormonas no ha sido todavía lo suficientemente extensa para permitir la tasación de su sitio en la terapéutica práctica, particularmente en enfermedades que siguen un curso crónico. Con todo, se debe observar que comienzan a aparecer anuncios halagüeños sobre la administración prolongada de dosis pequeñas de protección a pacientes con artritis reumatoide. En condiciones menos agudas o circunscritas, de las cuales la fiebre reumática y algunos estados alérgicos se presentan como ejemplos sobresalientes, la utilidad terapéutica de estas hormonas parece descansar en una teoría más segura. En tales condiciones puede ser posible aprovecharse de los efectos favorables, de estos agentes sin llegar a los efectos indeseables que puedan resultar de su administración prolongada. Sin embargo, en el caso de la fiebre reumática aguda es necesario buscar su rápida atenuación, porque no se ha establecido todavía con certeza que las hormonas evitarán el desarrollo y progreso de las lesiones de carditis reumática.

En resumen, se debe apreciar que las partes de posible utilidad terapéutica de la Cortisona y la ACTH se están definiendo con más evidencia. La era del ensayo terapéutico de estos agentes en una amplia variedad de condiciones aparentemente no conexas está al culminar en un estado definitivo. **Comienza a parecer que las enfermedades llamadas colágenas y una variedad de estados alérgicos e hipersensitivos son condiciones en las cuales estas hormonas ofrecen una esperanza terapéutica muy grande.** Hasta qué extremo los efectos fisiológicos no deseados limitarán la utilidad de estos agentes en el control de enfermedades crónicas, se revelará por una experiencia clínica más extensa.

COMENTARIO FINAL

Los resultados que se vienen logrando han provocado expresiones y frases de entusiasmo tal vez exagerados, a lo que ha con-

tribuído, en parte, una publicidad inadecuada aparecida en la prensa profana. Acerca de esta inconveniente propaganda y de la que hacen algunos fabricantes anunciando prematuramente productos sintéticos que serán puestos a la disposición del público, la profesión médica debe estar prevenida para no contribuir a malograr y desprestigiar procedimientos que tienen base lógica y que han demostrado efectos de un dramatismo impresionante. (*)

Para algunos, la ACTH marca una etapa evolutiva en la medicina, tan importante como la que realizara Pasteur; para otros, más modestos, más sensatos quizás, estamos iniciando una era terapéutica similar a la que marcara la penicilina. Los más escépticos hablan de que la ACTH actúa rápida, pero fugazmente, como lo hiciera la insulina, compartiendo también riesgos importantes como los que, en su esfera de acción, produce la hormona pancreática.

El estudio de estos valiosos productos está apenas esbozado, y si bien en un futuro cercano podrán ser puestos a disposición de los médicos, es indispensable, antes, estudiar seriamente sus verdaderas indicaciones, posología y técnicas para su administración.

Como quiera que sea, la ACTH y la Cortisona se han manifestado en muchas enfermedades como elementos de sorprendente fuerza terapéutica y su porvenir aparece bastante promisor, y debemos confiar que los entusiasmos de los primeros éxitos se concretarán ponderativamente para permitirnos utilizarlos con la discreción y el raciocinio que deben animarnos en nuestra profesión.

BIBLIOGRAFIA

1.—Hormona córticosuprarrenal: Biblioteca Hormonal Schering 1945.

2.—Brown-Séquard: Compte-rend. Acad. Sc. París 1856.

3.—John R. Mote: El desarrollo de la ACTH y el papel de la glándula adrenal en los estados patológicos. The Armour Laboratories, 1950.

4.—LiC. H., Evans H. M., Simpson M. E.: J. Biol. Chem. 149, 413, 1943.

5.—Thorn, George W., et al.: A test for adrenal cortical insufficiency.— J.A.M.A., 137, 19, 1948.

6.—Philip S. Hench, Eduard C. Kendall et al.: The Effect of a hormone of the Adrenal Cortex (17-hydroxy-11-dehydrocorticosterone: Compound E) and of Pituitary Adrenocorticotropic Hormone on Rheumatoid Arthritis; Preliminary Report. Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, 24, 8, pág. 181. Abr. 13, 1949.

7.—Philip S. Hench, Charles S. Slocumb et al.: The effects of the Adrenal cortical Hormone 17-dihidy-11-ddrocorticosterone (Compound E) en the Rheumatic FevePrelimary Report. Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, 24, 11 pág. 277, May. 25, 1949.

(*) Es interesante anotar que medicamentos específicos como salicilatos y colchicina actúan más rápidamente y en dosis bajas cuando se asocian con ACTH.

8.—Eduard C. Kendall: Some Observations on the Hormone of the Adrenal Cortex Designated Compound E.; Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic., 24, 11, pág. 298, May. 25, 1949.

9.—Elementos de Endocronología Sexual. Biblioteca Schering 1945.

10.—Boletín Médico Científico Lilly, Set.-Oct. 1950.

11.—Compendio Médico Sharp & Dohme, Nº 56, 1950.

12.—M. Roche, G. W. Thorn and A. G. Hills: The level of circulating eosinophils and their response to ACTH in Surgery; New Eng. J. of Med., 242, March 2. 1950.

12a.—Les Instantanés Médicaux; Bull. Mens.; Enc. Med. Chir. Franc., March., 1950: Le syndrome d' adaptation de Seyle, de Montreal.

13.—Gaceta Médica: Guayaquil: V, 5, Sept.—Oct., 1950.

14.—Proceeding of the first Clinical ACTH Conference the Blakiston Comp., 1950.

15.—Robert M. Midy; Le Conjonctif histiocytaire, Masson & Cº, París, 1936.

16.—Leopoldo Lichtwitz: Patología Funcional; Lib. Hachette, Buenos Aires 1945.

17.—Les Instantanés Médicaux; Bull, mens; Enc. Med. Chir, Franc., 5, Abril, 1950.

18.—J. Barcroft: Features in the architecture of physiological function, New York, 1934.

19.—Procedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic; 25, 17 Agt. 16, 1950.

20.—Emile Sergent: L' insuficience surrenale; Maloine et fils, París, 1920.

21.—Tom D. Spies y Robert E. Stone: Pituitary Adrenocorticotripic Hormone (ACTH) as a Tool of Clinical and Laboratories Research: Lancet, CCLVIII, 6, 583, pág. 11, Enero 7, 1950.

22.—Medicine of the year 1950, pág. 36. J. B. Lippincott Comp. Philadelphia.

23.—Jiménez Díaz; C.: Mostazas Nitrogenadas en el tratamiento de leucemias; Rev. Clin. Esp. XXXVII, 3, Mayo 15, 1950.

24.—Mario V. de la Torre: Actas y Trabajos del I Congreso Médico Ecuatoriano; Guayaquil, 1945, Vol. II, pág. 313.

25.—T. D. Spies and R. E. Stone; Pituitary adrenocorticotropic Hormone in Gout and Arthritis. Shourdern Medical Journal, Birmingham Ala., 42, 720, Aug. 1949. Transcripto de J.A.M.A., 142, 1, Enero 7, 1950.

26.—Hormone Treatment of Chronic Polyarthritis: J.A.M.A., 142, 3, pág. 196, Jan. 21, 1950.

27.—H. M. Margolis y Paul S. Caplan: Treatment of Acute Goutt Arthritis witch Pituitary Adrenocortitropic Hormone (ACTH); J.A.M.A. (Clinical Notes), 142, 4, pág. 256, Enr 28, 1950.

28.—David E. Markson: Prolonged Treatment of Rheumatoid Arthritis with Pituitary Adrenocortitropic Hormone (ACTH); J.A.M.A. 142, 5, Feb. 4, 1950.

29.—Experiments with Pituitary Adrenal Corticotropic Hormone in Rheumatoid Arthritis; J.A.M.A., 142, 6, Feb. 11, 1950.

30.—Current Status of Adrenal and Pituitary Hormone (Cortisone and ACTH) in the Treatment of Arthritis and other diseases; J.A.M.A., **142**, 5, Feb. 4, 1950

31.—New remedies for Rheumatoid Arthritis; J.A.M.A. (Current Comment), **142**, 15, pág. 1249, Abr. 15, 1950.

32.—Eduard W. Boland y Nathan E. Headley : Effects of Cortisone Acetate on Rheumatoid Artritis.: J.A.M.A., **141**, 5 Oct 1, 1949.

33.—C. Maynard Guest, William H. Kammerer et al.: Epinephrine, Pregnenolone and Testosterone in the Treatment of Rheumatoid Arthritis; J.A.M.A., **143**, 4, Mayo 27, 1950.

34.—B. Rose, J. A.P. Pare et al.: Preliminary Report on Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH) in Astma.: Canadian Medical Association Journal Montreal, 62: 1-108, Jan, 1950; Transcripto; de J.A.M.A., **143**, 5, pág. 493, Jun, 3, 1950.

35.—Effects of Cortisone and Pituitary Adrenal Corticotropic Hormone: J.A.M.A. (Editorial)., **142**, 10. Marzo 11, 1950.

36.—Active Hydrolisis Products or ACTH; J.A.M.A., **142**, 17, Abril 29, 1950.

37.—Cortisone and A.C.T.H.: Lancet (Anotations), **CCLVIII**, 6603, pág. 503, March 18, 1950.

38.—S. J. Folley: Cortisone and A.C.T.H., Lancet (Letters to the Editor), **CCLVIII**, 6605, pág. 645, Abril 1, 1950.

39.—Cortisone and A.C.T.H., in Periarteritis Nodosa.: Lancet (Annotations), **CCLVIII**, 6609, pág 821, Abr. 29, 1950.

40.—Society for Endocrimology: A.C.T.H.; **CCLVIII**, 6597, pag. 213, Feb. 4, 1950.

41.—L. J. Soffer, J. L. Gabrilive et al.: Adrenocoticotropic Hormone in Myasthenia Gravis; Journal of the Mount Sinai Hospital, New-york.— 15, pág. 73 (Jul. Agt.) 1948.— Transcripto de J.A.M.A., **139**, 4, Enero 22, 1949.

42.—I. Mc Quarrie, E. G. Bauer et al.: Effects of Pituitary Adrenocorticotrophic Hormone (A.C.T.H.) in Asthma; Canadian Medical Association Journal Montreal.— 62: 1-108 (Jan) 1950.— Transcripto de J. A. M. A., **143**, 5, pág. 498, Jun. 3, 1950.

43.—C. Torda y H. C. Wolff: Pituitary Adrenal Corticotropic Hormone in Myasthenia Gravis.; Indiana of Clinical Investigation, Cincinnati, **28**: p. 1228, Sep. (part. II) 1949.— Transcripto de J.A.M.A., **142**, 9, Marzo 4, 195.

44.—I. Mc Quarrie, E. G. Bauer et al.: Effects of Pituitary Adrenocorticotrophic Hormane (ACTH) in Children with Non-Addisonian Hypoglycemia; Proc. Soc. Export Biol. & Med., Utica, N. Y., **71: 555**, Aug. 1949. Transcripto de J.A.M.A., **142**, 9, Marzo 4, 1950.

45.—Lupus Erythematosus: J.A.M.A. Queries and Minor Notes **142**, 5, Feb. 4, 1950.

46.—Lewin, Massen y Heyman: Delta 5 Pregnenolona; Lancet, Abril, 1950.

47.—W. W. Fox: Desoxicorticostedona and Vitamina C.; Lancet, Dic. 17, 1949.

48.—Deulanal y Voisin: Hyalorudinase; Presse Médicale, París, 14 y 28 Enero, 1950.

49.—Bordley et al.: Bull. John Hopkins Hospital, Nov. 1949.

50.—David S. Rausten: Caution in Using Desoxicorticosterone; J.A.M.A., 142, 11, Marzo 18, 1950.

51.—J. E. Bordley, R. A. Carey et al.: Preliminary Observations on Effect of Adrenocorticotropic Hormone (ACTH) in Allerge Diseasesto. Bulletin of Johns Hopkins Hospital, Baltimore. Trancription de J.A.M.A., 142, 12 Marzo 25, 1950.

52.—C. Maynard Guest, William H. Kammerer et al.: Epinephrine, Pregnenolone and Testosterone in the Treatment of Rheumatoid Arthritis; J.A.M.A., 143, 4, Mayo 27, 1950.

53.—J. R. Elkinton, A. D. Hunt Jr. et al.: Action Therapeutic of ACTH; J.A.M.A. Dicbre., 31, 1949.

54.—Les Instantanés Médicaux; ACTH et phenoménes de sensibilitation; Bull. Mens.; Enc. Med. Chir. Franc., 6, 1950.

Efectos Favorables y Desfavorables Observados con el Uso de la Acth y la Cortisona

Comunicación presentada
a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas,
en la sesión del 7 de Marzo de 1951.

GENERALIDADES.— Las substancias hormónicas de este grupo poseen una actividad terapéutica inespecífica. Actúan indiferentemente modificando las alteraciones producidas en los parénquimas y en el tejido conjuntivo —en particular colágeno— por los elementos agresores. Sus efectos no específicos han suscitado ciertos comentarios que tienden a restarles valor e importancia a estos elementos terapéuticos, crítica que no tiene razón de ser, pues aunque la noción etiológica es la que debe primar en todo diagnóstico, no podemos substraernos a interpretar y tratar de rectificar los daños causados en los órganos por los gérmenes, virus, ultravirus, etc., con ánimo de repararlos, con la aspiración de cumplir una terapéutica patogénica, valga mejor decir sindrómica y a veces simplemente sintomática, haciendo abstracción parcial del factor etiológico.

Las reacciones patológicas provocadas en los tejidos y la intervención del sistema hipófisisadrenal en los fenómenos de protección y defensa, han sido bien establecidas aunque no todavía suficientemente estudiadas. Selye y sus colaboradores engloban gran parte de estos fenómenos bajo la denominación común de **síndromes de adaptación;** Kendall, Hench, Slocumb y colaboradores (1) (2) habían observado, asimismo, la influencia favorable que en las artritis marcaban el embarazo, la ictericia y la anestesia quirúrgica, y considerando que estas circunstancias originaban cambios metabólicos muy importantes, se aplicaron a reproducirlos artificialmente mediante la experimentación metódica de los esteroides corticales que desde 1934 venían comprobando Kendall, Richstein, Wintersteiner, Pfiffner y otros. C. Jiménez Díaz y colaboradores (3) se inclinan a interpretar estos hechos como **fenómenos de disreacción,** que se producen en los tejidos de las personas constitucionalmente predispuestas a responder de modo muy peculiar, siempre análogo, frente a estímulos de naturaleza diversa. Anotan la persistencia de estas respuestas, que se traducen obstinadamente por una sintomatología poco influenciada por los me-

dicamentos habituales; señalan lo que han observado y mencionado con anterioridad respecto a la notable mejoría que se aprecia en casos aparentemente irreversibles, cuando se produce fiebre (espontánea o artificialmente), y a este propósito relatan sus satisfactorias experiencias terapéuticas conseguidas con la mostaza nitrogenada (H3N), debidas probablemente a la acción de las proteínas liberadas durante los fenómenos de linfolisis; y asimilan esta manera de actuar a las de la ACTH y la Cortisona.

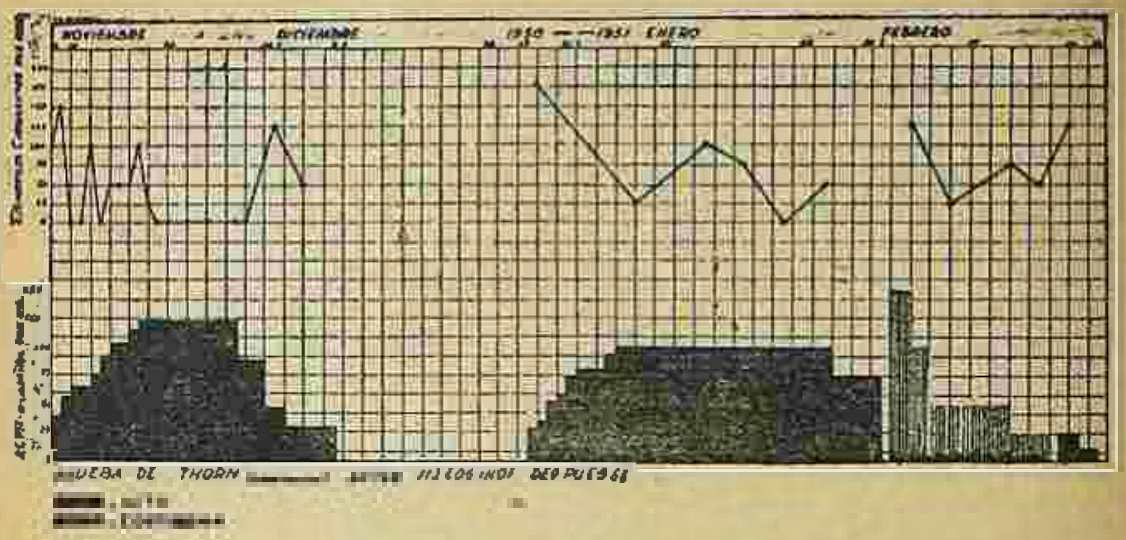
Para comprender mejor cómo, en muchos casos, el factor etiológico queda subordinado, desde el punto de vista terapéutico a la disfunción creada en los órganos por los elementos patógenos, consideremos la manera tan diversa como debemos actuar frente a la tuberculosis pulmonar y a la tuberculosis suprarrenal, particularidades que también mencionan C. Jiménez Díaz y colaboradores. En el primer caso primarán en nuestras directivas terapéuticas, los recursos etiológicos y todo aquello que tienda a sostener las funciones respiratoria y circulatoria, y a mejorarlas; en el segundo, sin perder de vista desde luego, la necesidad de anular o atenuar hasta donde sea posible la acción del bacilo tuberculoso, valiéndonos para esto de los mismos agentes usados en la tuberculosis pulmonar, concentraremos nuestros esfuerzos en evitar o mejorar la deficiencia funcional de las suprarrenales que, de producirse, provocarán serios y profundos disturbios en la economía, cuyo resultado es muchas veces el **exitus letalis.** He aquí que una misma etiología demanda, sin embargo, actuaciones distintas. Lo mismo podemos decir respecto a los reumatismos infecciosos con su peligrosa localización endocardítica y la consiguiente inminencia de falla cardiovascular; unas veces guiará nuestra terapéutica la necesidad de impedir por medio de antibióticos, medicación específica o antialérgica, la propagación de la noxa patógena; en otros momentos la consideración etiológica quedará relegada a segundo plano, por la necesidad urgente e impostergable de atender los fenómenos asistólicos. Y así podríamos menudear los ejemplos, pues como dice Arnold R. Rich: "La era de la etiología está siendo sobrepasada por la era de la patogenia, y la influencia de la predisposición constitucional, naturalmente, ha comenzaba a ser escudriñada". (4)

Los resultados terapéuticos, juzgados imparcialmente y con criterio analítico contribuyen, sin duda, a esclarecer muchos misterios patogénicos. La química, multiplicando con ahinco las investigaciones analíticas y sintéticas, no sólo ha producido el extraordinario progreso terapéutico que disfrutamos actualmente, sino permitido adentrarse en el conocimiento de muchas sustancias reputadas merecidamente desde antaño como "específicas", las unas y "heróicas", las otras. Relacionando la uniforme eficiencia desarrollada, dentro de su radio de indicaciones, por estas substancias, y la sorprendente fuerza terapéutica de la Cortisona y otros esteroides corticales en sus respectivos campos de acción, es interesante anotar la analogía química que existe entre ellos: la morfina, la apo-

morfina, la digitoxina, la colchicina, la estrofantina, tienen una fórmula química que deriva del pentanofenantreno, núcleo del que también derivan las hormonas suprarrenales.

Los resultados favorables, a veces verdaderamente dramáticos, que la ACTH y la Cortisona producen en el tratamiento de numerosas enfermedades, invitan a considerar lo que pueden tener de común muchas de esas entidades entre las que, hasta hace poco, no parecía existir ninguna relación nosológica. Quien hubiera pretendido insinuar un parentesco siquiera lejano entre las dermatomiositis, los reumatismos, la gota, el asma, el lupus diseminado, las uveitis e iridociclitis (de etiología indeterminada), no se hubiera visto libre de críticas poco indulgentes. Pero apreciando la llamativa uniformidad de los resultados terapéuticos logrados por la ACTH y la Cortisona en estos estados patológicos aparentemente tan disímiles, se abandona esta actitud escéptica y se promueven interpretaciones más adecuadas a estos hechos comprobados. Sobresale, entonces, la participación primordial del tejido mesenquimatoso, cualquiera que sea su variedad histológica, en la patogenia de esas enfermedades, y lejos de parecer inadmisible la presunta similitud, surge un criterio clínico más coordinador que, por una parte, reconoce que diversos factores etiológicos son capaces de originar síntomas idénticos, y admite, por otra, que la sintomatología es debida a las reacciones provocadas por la inflamación, la alergia, la hiperergia en esos tejidos cuya embriogenia mesenquimatosa es común. De este modo la patogenia clásicamente admitida para muchas enfermedades ha entrado en una era de revisión importante. Nuevas orientaciones se presentan al espíritu de los investigadores y observadores clínicos derivados, en gran parte, de los interesantes aportes que a cada paso se descubren con el estudio de los fenómenos provocados por la ACTH y la Cortisona.

CASUISTICA.— No he deseado traer a la consideración de ustedes enfermedades que la experiencia cumplida en otras partes las demuestran fácilmente modificables por esta terapia hormonal. Tampoco he querido utilizar las limitadas cantidades que de estos productos disponíamos, ensayándolos en afecciones que no han sido estudiadas todavía bajo el prisma de esta terapéutica. He elegido ciertamente dos casos de reumatismo, pero de larga evolución y que han producido serias alteraciones anatómicas y profundos déficits funcionales. Además, relataré lo observado en un caso de grave alergia cutánea y en dos quemaduras extensas producidas por explosión de gasolina.



Gráfica Nº 1 — G. S. 36 años.

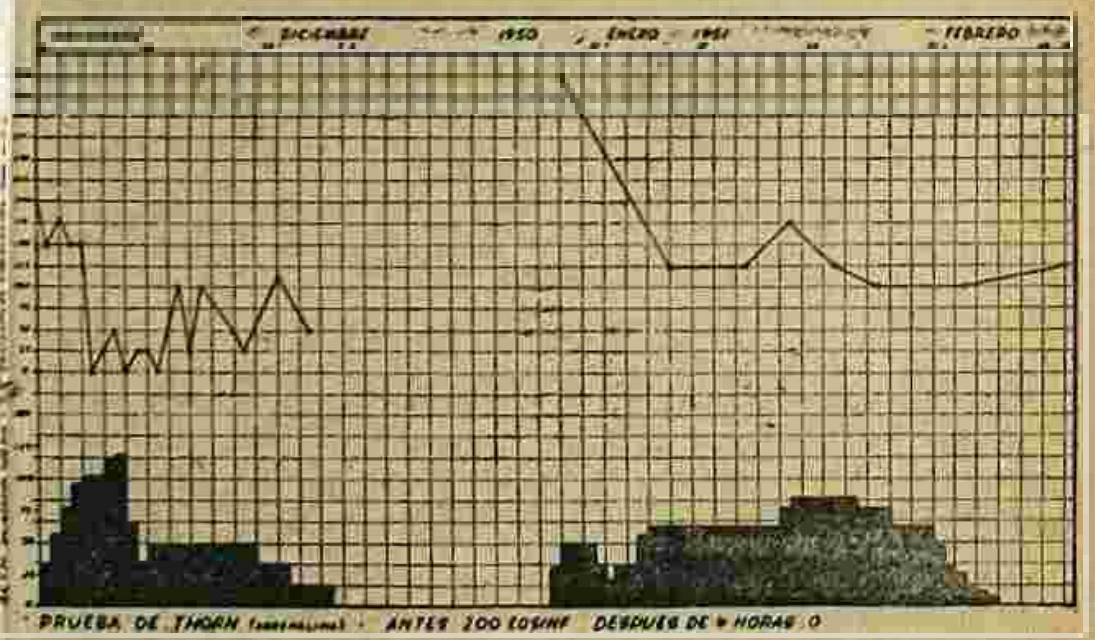
1º— G. S., de 36 años. Comenzó su enfermedad en 1931 por artralgia tibiotarsiana izquierda, muy dolorosa, con fiebre elevada. En los días subsiguientes la inflamación se propagó a las rodillas, hombros y articulaciones coxofemorales. Esta fase duró alrededor de 3 meses. Desde entonces fué cediendo en intensidad, de manera muy lenta, y a los 6 meses el enfermo pudo caminar, aunque con grandes molestias. En 1939 observó el paciente que la flexión del tronco era cada vez más dificultosa, lo que se acentuó progresivamente en tal forma que lo obligó a mantenerse casi rígido. En los años siguientes sufrió repetidas reactivaciones de la artropatía de la cadera derecha con intenso dolor propagado al pliegue inguinal y parestesias en el muslo del mismo lado. Hace dos años se inició una etapa febril, precediendo a otro episodio de poliartritis aguda que afectó las articulaciones coxofemoral izquierda, las de las columnas cervical, de los hombros y temporomaxilares. El paciente no podía casi moverse, mucho menos caminar. Una terapéutica proseguida durante 3 meses lo mejoró un tanto, pero la limitación del funcionalismo de las articulaciones fué mucho mayor que después del primer ataque. En Enero de 1950 la enfermedad se agudizó nuevamente y aunque tuvo poca fiebre, los sufrimientos se prolongaron durante casi todo el año, y en estas condiciones lo recibimos en el Servicio San Gabriel del Hospital Luis Vernaza.

Ni el pasado patológico familiar, ni el personal no aportan datos etiológicos útiles para establecer la causa de la enfermedad actual. Los exámenes de sangre, orina y heces, tampoco resultaron de valor informativo apreciable.

Resolvimos usar ACTH, realizando a menudo el control de los eosinófilos circulantes (figura Nº 1). De tiempo en tiempo hemos tomado electrocardiogramas, sin encontrar modificaciones patológicas en los complejos. El examen químico sanguíneo en ningún momento demostró cambios desfavorables en el nivel de la glucemia. En repetidos análisis de orina no se comprobó la presencia de substancias anormales.

COMENTARIOS.— El paciente recibió en el curso de 3 meses un total de 3.000 miligramos de **Acthar**, de Armour, con dos interrupciones, la primera de 20 días, obligada porque no pudimos obtener el producto; la segunda, de 15 días, en que empleamos Cortisona (1.000 miligramos) y al final de esto, durante 5 días una terapéutica poco intensa con ACTH. El enfermo apreció mejoría en sus movimientos, desde el 4º día. A los 10 o 12 días pudo concurrir a la capilla del establecimiento, y después de 5 semanas pudo salir a la calle, sin bastón, 3 o 4 veces por semana. Abandonó el hospital en estas condiciones.

Como efectos indeseables debidos seguramente a lo prolongado del tratamiento, observamos que la piel de la cara, cuello, brazos y antebrazos, se obscureció apreciablemente desde mediados del tratamiento, adquiriendo el tono de las personas expuestas al sol durante mucho tiempo; la piel, en el sitio de las articulaciones de los dedos de las manos, se engrosó y tomó aspecto escamoso con estrías muy oscuras, casi negras; se produjo considerable alopecia a cambio de un hirsutismo muy desarrollado; desde el principio del tratamiento acusó fuerte erotismo, que se atenuó un tanto en los últimos días de su hospitalización. La retención de sodio y agua en las dos primeras semanas marcó un aumento progresivo de 5 libras de peso, que se modificó restringiendo severamente la sal de la alimentación y administrando diariamente 1.50 a 2 gramos de acetato de potasio.



Gráfica Nº 2 — B. R., 25 años.

2º— B. R., de 25 años, soltera, menarquia a los 13 años, normal y así ha continuado hasta ahora, 28 x 4, pero en los días de este tratamiento las reglas se han prolongado hasta 8 días

La enfermedad comenzó en 1943 con tumefacción y dolor en el hombro derecho, que se amenguó un tanto pero, a poco, fué invadida la articulación del hombro izquierdo. Mejoraron los síntomas dejando, sin embargo, leve anquilosis de ambas articulaciones. En el año 1944, nuevo despertar de la enfermedad que se extendió a la articulación tibiotarsiana derecha, y seis meses después aparecieron localizaciones inflamatorias en ambas rodillas, que mejoraron con medicación salicilada. En 1945 se agudizaron los síntomas en las articulaciones ya atacadas, que invadieron además ambos codos y muñecas. Alternando fases de mejoría con acentuación de las artropatías, la paciente salía de cada crisis con mayores dificultades para sus movimientos. En los primeros días de 1950 un brote intenso, generalizado a las grandes articulaciones, ocasionó una acentuación de la anquilosis en la rodilla izquierda con retracción de los tejidos periarticulares, que produjo una inmovilización femoro tibial en ángulo recto e imposibilitó la deambulación. Los antecedentes patológicos tienen cierta importancia. A los 15 años sufrió tuberculosis pulmonar, según las imágenes radiográficas, aun cuando los exámenes de esputos fueron siempre negativos Algún tiempo después, ya restablecida totalmente de la afección torácica, sufrió otitis purulenta derecha, que en su primera infancia también la había padecido. Es de anotar que algunos empujes de sus artropatías fueron precedidos de reactivación de esta otitis media.

La enferma entró al hospital en camilla, y ayudada por brazos ajenos ocupó la cama Nº 38 de la Sala Santa Elena, el 10 de Noviembre de 1950. El examen físico demostraba una poliartritis deformante con anquilosis parciales o totales de muchas articulaciones. Apenas podía flexionar la rodilla derecha. La izquierda, después de un tratamiento ortopédico que logró ponerla en extensión completa, se mantenía absolutamente inmóvil. En el aparato cardiovascular: soplo sistólico en la base, más audible en el foco aórtico y propagado a la clavícula y base del cuello. El corazón no parecía ensanchado, y en la radiografía del tórax la medición del área cardíaca correspondía a los límites normales. La presión arterial era de 130/85. La imagen torácica permitía apreciar una zona pequeña de fibrosis en el apex del pulmón derecho.

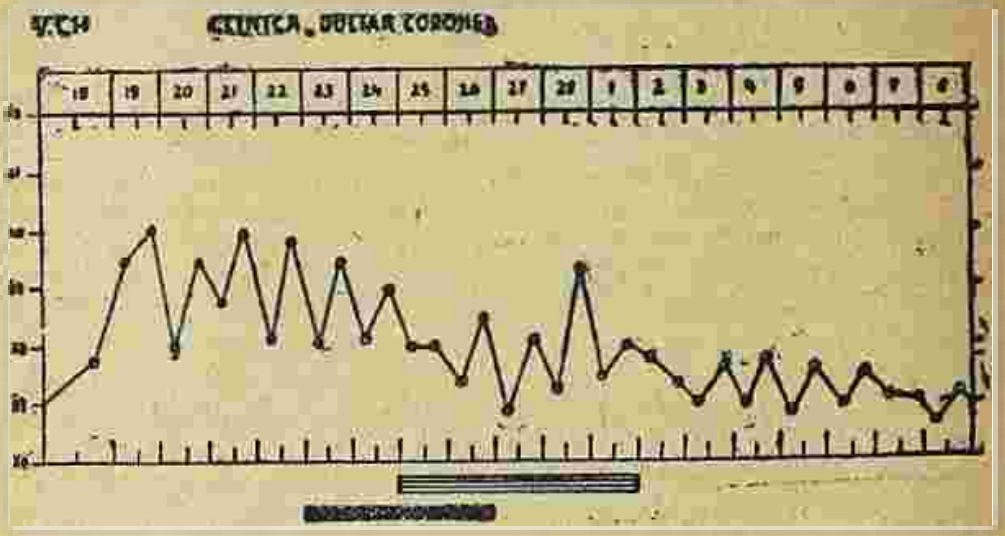
COMENTARIOS.—La enferma recibió dos tratamientos de **Acthar**, de Armour, interrumpidos por 20 días de descanso, En el primero se le administró 1.000 miligramos en el lapso de 26 días; y en el segundo 2.220 miligramos en 40 días. El control de los eosinófilos mostró una respuesta muy satisfactoria; después de la primera interrupción del tratamiento la eosinofilia ascendió a 350 células por m. cúb., que volvió a modificarse favorablemente cuando se inició la administración de la ACTH. No se observó en esta enferma signos de virilización. Las reglas fueron más prolongadas (pero no profusas), de lo que eran habitualmente. Anotamos en los primeros días del tratamiento, cuando tal vez subimos inmoderadamente la dosis, aumento de la presión mínima, taquicardia y disnea; durante esos días la enferma retuvo sodio y agua. Al noveno día rebajamos las dosis a la mitad y se estableció una rígida restricción de sal en la alimentación, y se le administró

un gramo diario de acetato de potasio. Los síntomas cardiovasculares no volvieron a manifestarse durante el resto del tratamiento.

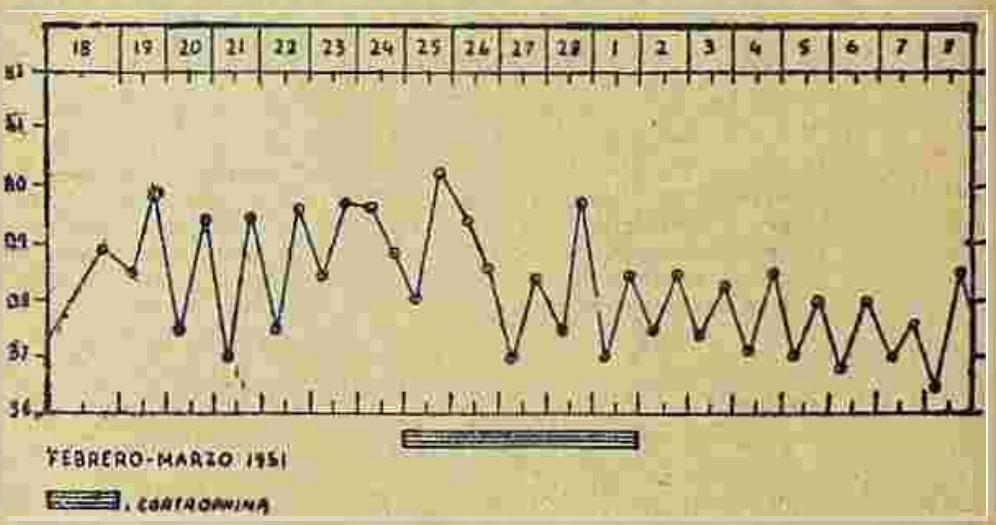
Desde el principio observamos débil reacción inflamatoria en casi todas las articulaciones, especialmente de la rodilla derecha; poco después pudimos ejercer, mediante movimientos pasivos, una ligera flexión en esta articulación con sensación de craquidos. A pesar de que la flexión no llegó a establecerse de manera franca, la enferma pudo ponerse de pie a los 12 días y caminar con bastante facilidad en los días sucesivos. En estas condiciones salió del hospital, y en su casa continuó recibiendo por vía oral 300 miligramos diarios de Enelona (5-delta-pregnenolona) durante 3 semanas. El resultado de este caso puede calificárselo de mediocre en cuanto se refiere a la liberación de las [illegible], pero satisfactorio [illegible] tocante a dolores, que desapareciendo esta la causa para que, no obstante la muy limitada flexión de su rodilla derecha, pueda hasta este momento continuar caminando sin ninguna ayuda.

3º—Menciono ahora el favorable, aunque poco duradero, efecto obtenido con Cortisona y Acthar en un caso que, de acuerdo a lo que se conoce actualmente, no constituye ciertamente una acertada indicación. Se trata de un hombre con tuberculosis renal bilateral atendido con poco éxito con estreptomicina y PAS. Sólo se atenuaron los síntomas administrándole sulfonas del tipo de Promacetín, Promizola y Diasona. Desgraciadamente, a las pocas semanas de esta medicación, si bien los síntomas urinarios mejoraron extraordinariamente, apareció una hipersensibilidad cutánea pocas veces observada por lo extensa, polimorfa y rebelde a los histamínicos más acreditados. El paciente, no obstante haber descontinuado las sulfadrogas, se sumió en profundo estado de postración debido a las numerosas ulceraciones y escarnias que [illegible] parte [illegible] extremidades superiores e inferiores [illegible] esta grave condición [illegible] cuatro semanas de muchos sufrimientos. Después de un descanso prudencial se reanudó el tratamiento, que nuevamente produjo las reacciones cutáneas anotadas. Se utilizó Cortisona y Acthar de Armour Laboratories, con resultados muy satisfactorios, pues no sólo mejoraron los síntomas ya establecidos sino que la administración contemporánea de sulfadrogas fué perfectamente tolerada. Lamentablemente, la terapia hormonal no resultó inocua para las condiciones funcionales de sus riñones y tuvo que ser interrumpida por la aparición de náusea, fiebre, oliguria, albuminuria y edemas; y las manifestaciones de alergia cutánea volvieron a presentarse, aunque más circunscritas y con menor intensidad.

4º—El 18 de Febrero nos tocó atender a tres quemados por explosión de gasolina, y como disponíamos de 500 miligramos de Cortrophine por cortesía de los Laboratorios ORGANON, Oss, de Holanda, que agradecemos debidamente, los distribuímos entre dos de ellos: 250 miligramos para cada uno. El otro paciente no pudo aprovecharse de este recurso porque calculamos que, empleando cantidades muy reducidas, podrían no haberse beneficiado suficientemente ninguno de los tres. Involuntariamente, pues, dispusimos de un testigo.



A B N°324 CLINICA JULIAN CORONEL



Gráficas Nos. 3 y 4.

Los tres casos fueron lesionados por el mismo accidente y presentaban todos ellos quemaduras de 2º y 3º grado, que abarcaban aproximadamente un 70% de la superficie total del cuerpo, pues comprometían la cara, cuello, espalda, pared anterior del tórax y abdomen, los dos miembros superiores y pequeñas y diversas áreas en los miembros inferiores.

Fueron atendidos inmediatamente por nuestro servicio de emergencia de la Clínica Julián Coronel y la curación fué dirigida por el cirujano Dr. Eduardo Ortega. El tiempo transcurrido desde la quemadura hasta la primera atención fué tan corto, que prácticamente uno de los pacientes llegó a la Clínica con sus ropas todavía en llamas.

Bajo anestesia general se limpiaron minuciosamente las zonas quemadas y se atendieron las condiciones de shock grave con plasma, soluciones de electrólitos, coramina, etc. Se les instituyó contemporáneamente un tratamiento antibiótico con Penicilina y Estreptomicina, al que se agregó después Cloromicetina.

Desde el primer momento se estableció una curva febril elevada e intensa exudación plasmática en las regiones quemadas, tan copiosa, que había que cambiarles las ropas de cama 5 o 6 veces cada 2horas, y procurar mantener un balance electrolítico y plasmático correctos, mediante reiteradas venoclisis de plasma y soluciones salinas y dextrosadas. Uno de los pacientes, V. Ch. (Feb. 23), hizo melenas de moderada intensidad por cuatro días consecutivos y los tres enfermos presentaron alteraciones psíquicas por grave shock emocional.

El 25 de Febrero (a los 7 días) se inició la administración de Cortrophine Organon a los enfermos A. B. y V. Ch., produciéndose de inmediato una disminución considerable de los exudados plasmáticos, notable mejoría de la curva térmica, marcado alivio de los dolores, que se habían modificado muy poco con los analgésicos comunes y las venoclisis de suero procainizado. Las alteraciones psíquicas del shock emocional se atenuaron grandemente y, además, digno de subrayarse, se produjo una aceleración notable del proceso de epitelización sin el inconveniente, tan frecuentemente observado en otros casos, de que se originen exhuberantes y groseras proliferaciones del tejido de granulación.

V. Ch. y A. B. presentan actualmente (Marzo 14) totalmente cicatrizadas las quemaduras del cuerpo y cara, a excepción de las quemaduras de las orejas que, por haber comprometido los cartílagos, continuarán su proceso de reparación hasta la eliminación de los fragmentos esfacelados por la quemadura y la infección asociada.

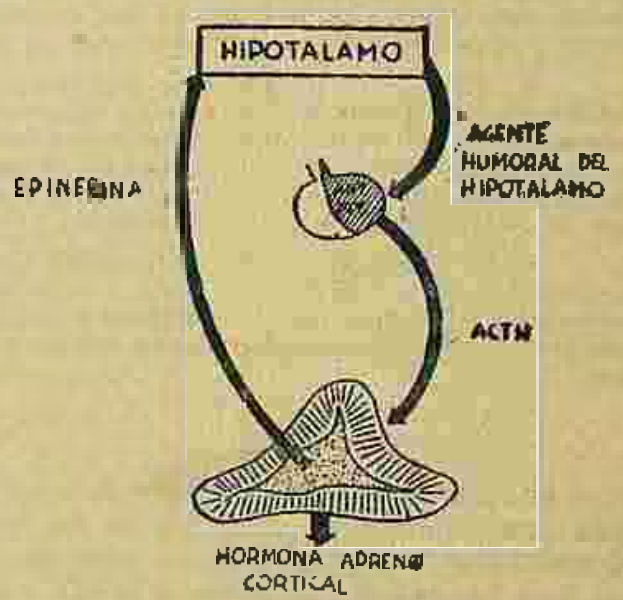
En el quemado que no pudo recibir Cortrophine, la restauración de la piel fué muy lenta, y a menudo sufrió escoriaciones y flictenas que lo mortificaron mucho y retardaron considerablemente la cicatrización definitiva de las lesiones.

* * *

Cuando se estudia la manera de actuar de estas substancias y se la relaciona con la probable patogenia de las enfermedades cuya evolución modifican favorablemente, se echa de ver el efecto selectivo que esta terapia ejerce sobre el tejido conjuntivo en general y sobre el sector colágeno en especial lo cual, con toda verosimilitud, parece efectuarse merced al estímulo endocrínico creado por estas hormonas exógenas. Para interpretar estos fenómenos recordemos la participación predominante, podríamos decir exclusiva, del conjunto hipotálamohipófisis adrenal en los complejos

mecanismos de la fisiología normal y de la patología funcional. El hipotálamo es indudablemente el maestro rector de este trípode. De su correcto funcionamiento dependen la armonía de los procesos metabólicos, de la actividad vegetativa y la capacidad defensiva que puede desarrollar el organismo frente a los estímulos, agresiones o tensiones (stressors). (5) Pero la unidad de este bloque no presupone ineludiblemente una simple subordinación de los sectores hipófisis y adrenal a los núcleos del hipotálamo. Esta jerarquía puede ser considerada, hasta cierto punto, como circunstancial y a veces, quizás, traslaticia, pues en realidad para que los fenómenos vitales marchen con la regularidad de un automatismo provechoso, renovado continuamente, debe existir algo más que una sencilla cuestión de jerarquía. En efecto, se advierte una equilibrada interdependencia funcional de los tres sectores cuyo intercambio de estímulos y relaciones hormonales, propenden a asegurar el ritmo vital en sus múltiples aspectos.

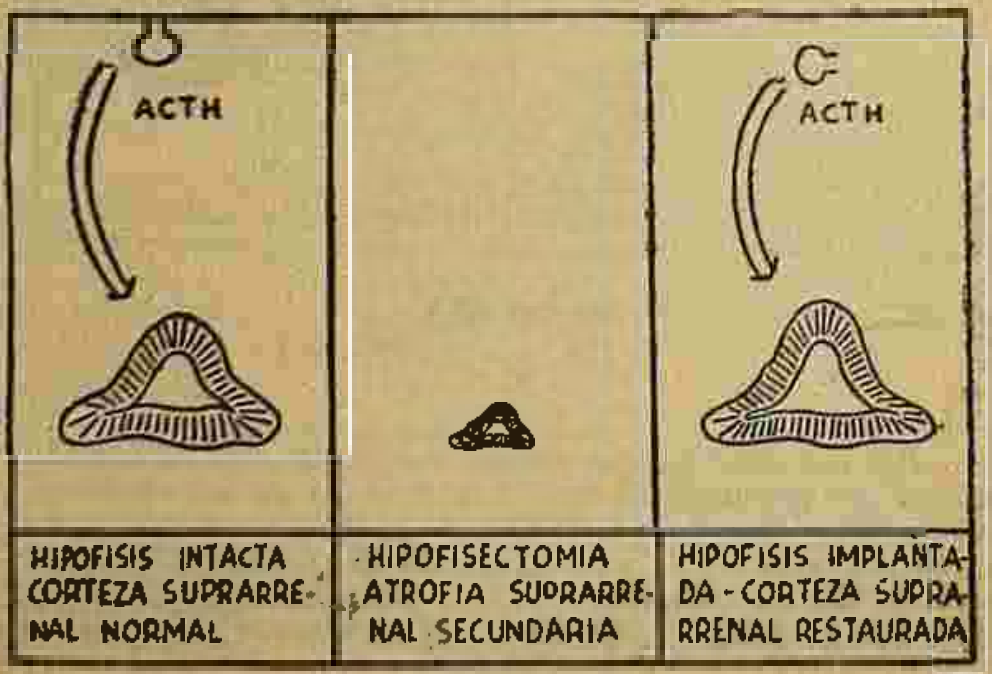
El hipotálamo atento a los continuados requerimientos de los órganos, parece actuar como ejecutor de las demandas emanadas de determinados sectores glandulares que, al verse apremiados, solicitan a quien puede proporcionárselos (el hipotálamo) los elementos que exalten sus respectivas funciones, y así se realiza una excitación del hipotálamo sobre la hipófisis que resulta en una producción acrecentada de ACTH y otras hormonas. Pero las respuestas del hipotálamo a las demandas de la suprarrenal se manifestarán muy pobres o ineficaces si la hipófisis no está en condiciones de actuar.



Esquema Nº 1

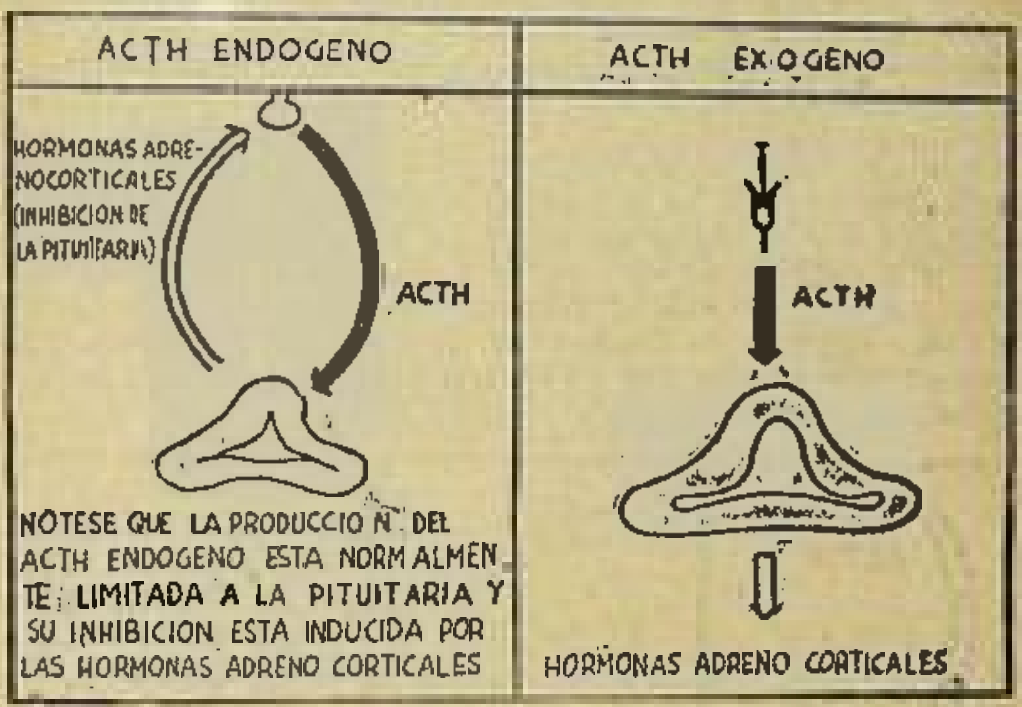
Los esquemas Nos. 1, 2 y 3, tomados del trabajo del Dr. John R. Mote (6) que se publican con la autorización del autor

y los editores, sugieren interesantes especulaciones acerca de lo que debe existir en estas interrelaciones orgánicas. El esquema Nº 1 permite además, comprender que si la denominada prueba de Thorn es lograda con más seguridad empleando ACTH, se la obtiene también con aprovechables resultados utilizando la epinefrina: en efecto, obsérvese que de la **médula suprarrenal** también parten estímulos al hipotálamo, que provocarán reacciones de la hipófisis con las consiguientes descargas de ACTH endógeno. Pero estas respuestas sólo se producen cuando el hipotálamo está intacto, según lo han comprobado Long y sus colaboradores. (7) David Hume (8) ha demostrado también que el hipotálamo debe estar en condiciones satisfactorias para responder a las exigencias fisiopatológicas, y asimismo demostró experimentalmente en perros, que la capacidad de la hipófisis para producir ACTH está en relación con el grado de integridad de las conexiones nerviosas entre el área amagada y el cerebro. Por otra parte, se conoce muy bien que la hipofisectomía en las ratas produce una atrofia progresiva de sus cápsulas suprarrenales, con el consiguiente menoscabo de sus funciones. Pero si a esas ratas se les inyecta dosis adecuadas de ACTH se restablece el volumen de las glándulas, que recuperan al mismo tiempo suficiencia funcional. Esta recuperación integral expresaría la noble capacidad de reserva del tejido de las adrenales que, a pesar de su aparente fragilidad y fácil desintegración observada en el cadáver, pueden conservar una vitalidad apagada al mínimo, pero no extinguida, lista a reactivarse frente a su estimulador específico; circunstancias que se acentúan cuando, rebasadas ya las necesidades fisiológicos, no se realiza la moderación que normalmente ocurre en la producción de ACTH gracias a la acción inhibitoria que debe partir de la suprarrenal, toda vez que esta glándula se encuentre ya cabalmente estimulada; y aparecen entonces los denominados signos de sobre estimulación (hipercorticalismo), según se los observa cuando se prolonga inmoderadamente el uso terapéutico de la ACTH.



Esquema Nº 2

Estudiando la patología hipofisaria se advierte en unos casos el predominio de la sintomatología atribuíble a hiperfunción cortical (síndrome de Cushing, virilismo, hirsutismo, masculinización), y en otros, los síntomas de disfunción anterohipofisaria (perturbaciones del metabolismo, obesidad, trastornos visuales, pereza física y mental). Se podría suponer que en determinadas condiciones se altera la coordinación y mesura que normalmente regulan las funciones de los tres elementos del bloque hipotálamohipófisis-adrenal y se producen condiciones secretorias anárquicas con exuberante preponderancia de las funciones específicas de algunos de los componentes del conjunto que, libres del mecanismo regulador que les imponen las correlaciones humorales y también las sinergias funcionales, se definen en situaciones al margen de los límites fisiológicos admisibles. Estas consideraciones parecen concordar con lo que se ha venido anotando y estableciendo como función genuina de este bloque, cuya armoniosa actividad mantiene el equilibrio fisiológico, pero cuya desarmonía conduce a situaciones patológicas no siempre reversibles.



Esquema Nº 3

Ya mencionamos que muchas drogas con fórmula química derivada del pentanofenantreno, núcleo común de los corticosteroides, poseen una potencia terapéutica elevada y uniforme comparable a la de la ACTH y muchos esteroides corticales. Anotamos ahora los efectos interesantes que se comprueban con otras substancias —sin analogía química con las substancias en estudio—

de alta calidad terapéutica dentro de su esfera, susceptibles también de provocar con facilidad fenómenos tóxicos muy graves, y que ejercen una acción curativa muy singular sobre algunas afecciones del colágeno, de la misma manera que la ACTH y la Cortisona. Tal es el caso de las mostazas nitrogenadas. (9) Una variedad de éstas, la mostaza-N, la tri-beta-cloroetylamina, no solamente modifica los síntomas sino que produce los mismos cambios humorales, inmunológicos y sexuales que la hormona adrenocórticotrófica. (*)

Las observaciones de C. Jiménez Díaz y sus colaboradores (3) (10), realizadas en dos grupos de 6 y 12 enfermos, advierten la aparición de leucopenia, linfolisis, eosinopenia, disminución de las mitosis cutáneas, virilismo, hirsutismo, erotismo, aumento de la eliminación por la orina de 17-cetosteroides y de potasio, retención de cloruro de sodio y de agua. Junto a estos fenómenos de intensificación metabólica, se observan los mismos hechos favorables que se aprecian constantemente con el empleo de los corticoides. En los enfermos de Jiménez Díaz, la desaparición del estado de mal asmático y la mejoría rotunda de las artropatías alcanzadas con la mostaza, en nada desmerecen a lo que se logra con el empleo de la terapia hormónica.

Del estudio comparativo de los fenómenos observados con las mostazas y los corticosteroides, pueden inducirse algunas deducciones sujetas a revisión y perfeccionamiento a medida que se continúe empleando estas substancias en mayor número de enfermedades. En primer lugar se destacan las acciones bastantes comparables desarrolladas por la ACTH y las mostazas nitrogenadas sobre la patología del tejido mesenquimatoso; en segundo lugar, la analogía de los resultados clínicos favorables (mejoría de los síntomas o curación) y los efectos endocrinos y metabólicos intensos observados con estas terapéuticas tan activas; en tercer lugar, y uniendo los enunciados anteriores, la interesante modificación que se está operando en los cuadros patogénicos clásicos, que no sólo se la divisa sino que se la viene con caracteres bien definidos.

Pero avanzando con aparente lógica en estas interpretaciones, nos vemos detenidos inopinadamente ante hechos que no concuerdan con lo presumido. Efectivamente, si al tejido conectivo le corresponde cumplir gran parte de los fenómenos defensivos era de suponer, y así se lo esperaba, que la ACTH y la Cortisona debían manifestarse como agentes terapéuticos espléndidos en el cur-

---

(*) "LAS MOSTAZAS NITROGENADAS son compuestos análogos de nitrógeno, do- [illegible] etilos (CH_2CH_2Cl) que toman dos o tres valencias del nitrógeno, aunque [illegible] comúnmente dos. La tercera valencia del nitrógeno es tomado en este [illegible] por un grupo alcalino. Esto suministra una larga serie de compuestos diferentes en grado de actividad y por lo tanto capaces de adaptación biológica. Las mostazas nitrogenadas son ocasionalmente vesiculantes, pero su principal interés descansa en sus efectos generales, especialmente por su toxicidad sobre los tejidos linfoideos, sugiriendo la posibilidad de tratamiento

so de las infecciones. Por desgracia, las cosas ocurren de una manera no prevista y en lo que va de observado, los éxitos se presentan muy exiguos y, más bien, los resultados inciertos, perjudiciales y peligrosos aparecen como hechos indiscutibles que exigen un mejor conocimiento de la intervención que tienen estas hormonas en los mecanismos de inmunización. Había llamado la atención que, si en el curso de las infecciones se administraba ACTH, mejoraban ciertamente muchos síntomas, pero los gérmenes no siempre desaparecían ni de los tejidos, ni de la sangre; más, aún, comenzaron a conocerse de frecuentes abscesos en los sitios de inyección, cuando se trataba de pacientes con infecciones activas (Prof. René S. Mach y Prof. Coste). Muchos observadores llaman la atención sobre la persistencia de los hemocultivos positivos, lo mismo que sobre la reaparición y agravación de los síntomas cuando se interrumpe la medicación y hasta sin interrumpirla, tal como lo relatan el Prof. René S. Mach, de París, Dubois-Ferriere, de Ginebra, y algunos autores anglo-sajones, como Stain y Molomut. (12)

Pero lo más grave es que empleando las hormonas corticales para mejorar síntomas residuales, se tuvo la sorpresa de ver reactivarse ciertas infecciones que parecían extinguidas. Debemos conocer las inesperadas respuestas anotadas en los casos de tuberculosis en general, subrayando los fracasos observados en la pulmonar. Se ha visto presentarse meningitis tuberculosas en antiguos bacilares a quienes se les administró ACTH para remediar otras enfermedades (René S. Mach y Blum). (12) Tan riesgoso resulta el empleo de estas hormonas en los organismos con tuberculosis activa y aun estacionada, que la National Tuberculosis Association (13) ha considerado urgente advertir acerca de estas peligrosas eventualidades, y ha llamado formalmente la atención sobre este punto, exigiendo el cuidado más meticuloso en la investigación de la tuberculosis en todo individuo a quien se piensa someter al tratamiento córticoadrenal.

---

de las lesiones leucémicas. Los efectos sobre las células semejan a los producidos por los rayos X. El diclorodietilsulfido produce la misma acción, pero las mostazas nitrogenadas son más adaptables a los usos terapéuticos (Gilman, 1946; Gilman y Philips, 1946). En el momento presente, la aplicación terapéutica de las mostazas nitrogenadas parece estar limitada a las neoplasias rápidamente crecientes y ampliamente diseminadas, aunque la mejoría que produce es sólo temporal" (C. P. Rhoads, 1946).

"Los efectos sistemáticos, obtenibles mejor por la inyección intravenosa de dosis subletales de mostaza nitrogenada, atacan especialmente los órganos hematopoyéticos. Los tejidos linfoideos del cuerpo se agranulan y atrofian. La médula ósea disminuye la producción de células, desapareciendo la actividad mitósica y originando aplasia. Hay una marcada disminución de la producción de linfocitos, granulocitos y trombocitos y una moderada disminución de trombocitos. Estos efectos están en relación directa con las dosis. El epitelio gastrointestinal está también marcadamente afectado, con vacuolización, hinchazón nuclear, descamación y hemorragia". (11)

No se puede emitir todavía un juicio definitivo sobre esta paradójica manera de actuar que se viene observando. Se podría, quizás aventurar la sugestión basada en hechos de fisiopatología, en el sentido de no exigir al tejido conjuntivo funciones ajenas a su legítimo papel, que es el de reparar los disturbios ocasionados por las infecciones y aportar elementos de restauración a los órganos lesionados. Como dice Ph. Hench (14), no vamos a pretender apagar el incendio sino a aportar madera y hachas para reconstruir el edificio. En este sentido la ACTH y la Cortisona no pueden ser mirados sino como elementos que colaboran a la recuperación de la economía y a la reactivación de sus funciones perturbadas. Y si en el curso de ciertas infecciones se necesita utilizarlos, debería hacérselo conjuntamente con la medicación antinfecciosa correspondiente, como ya lo están aplicando no pocos experimentadores.

RESUMEN

De lo expuesto resaltan hechos favorables y desfavorables de marcada intensidad. Se comprueban resultados positivos y negativos de extraordinaria potencia con el empleo de la ACTH y la Cortisona. Manteniéndonos muy cautelosos con esta terapéutica, no deben desanimarnos los efectos destructores y dañinos que puedan causar estas substancias. Debemos esperar con confianza que, de su más cabal conocimiento, se establezcan tácticas que amengüen los resultados malos y permitan el predominio de los buenos. Conservando las razonables proporciones, podríamos comparar los efectos indeseables que producen estas hormonas, con la tremenda acción destructora de la energía atómica, a la que, sin embargo, nadie osaría restarle el inmenso valor de utilización beneficiosa que ofrece.

BIBLIOGRAFIA

1.—Hench, Phillips S., Kendall, Ed. C. et al.: The effects of a hormone of the adrenal cortex (17-hydroxy-11-dehidro corticosterone: Compound E) and Pituitary Adrenocorticotropic Hormone on rheumatoid arthritis; Preliminary Report; Proc. Mayo Clinic, 24, 8, Ap. 13, 1949.

2.—Hench, Phillips S., Slocumb, Charles S. et al.: The effects of the adrenal cortical hormone on the rheumatic fever; Preliminary Report; Proc. Mayo Clinic, 24, 11, May. 25, 1949.

3.—Jiménez Díaz, C., Merchante, A. y col.: Rev. Clín. Española, XXXVIII, 4, pág. 261, Agt. 31, 1950.

4.—Rich A.: Patogenia de la Tuberculosis, Ed. "Alfa", Bs. Aires, 1946.

5.—Tanca Marengo J.: Extractos y Comentarios acerca de los trabajos publicados sobre la ACTH y la Cortisona; Gaceta Médica IV, Nº 1, 1951.

6.—Mote, John R.: The physiological basis for the action of ACTH in human beings; The Armour Laborat., January 1951.

7.—Log, C. . N. H. y Fry, E. G.: Effe ephrine ch oles tero l and asc rbic ac id.; Pr oc. Soc. E xpe rt al BaMed. ! 59; 67, 19 15.

8.—Hume, David: Proc. of the first Clinical ACTH Conference; The Blakiston Cº, 1950.

9.—Pareja Coronel, A.: El uso de la mostaza nitrogenada en los tumores malignos; Gaceta Médica, Guayaquil-Ecuador, VI, 2, Marzo—Abril, 1951.

10.—Jiménez Díaz, C., Perianez, J. y col: Revista Clin. Española, XXXVIII, 2, pág. 122, Jul. 31, 1950.

11.—Torald Sollmann: Manual of Pharmocology and its applications to Therapeutics and Toxicology; Edit. W. B. Saunders Company, 7ª edición, 1948.

12.—Instantanés Médicaux, 13, París, Dic. 1950.

13.—Bull. National Tuberculosis Ass. Jan. 1951.

14.—Hench, Phillips S., Sprague Randall G. et al.: Proc. Mayo Clinic, 25, Agt. 16, 17, 1950.

El Problema de las Transfusiones Sanguíneas

Comunicación presentada a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, en la sesión del 23 de Mayo de 1951.

No obstante el notable y creciente perfeccionamiento de la invalorable terapia transfusional, cada día más difundida aunque no siempre cabalmente indicada, se observan aun con relativa frecuencia reacciones en el receptor, a veces benignas y transitorias, y otras alarmantes y severas, que pueden terminar en la muerte. La prodigalidad en transfundir expone, además, a una incidencia mayor en la transmisión de enfermedades como la hepatitis infecciosa, cuyo virus se conserva mucho tiempo en la sangre de los que la han sufrido. Por otra parte, el conocimiento todavía incompleto de las circunstancias que predisponen al organismo de las madres o futuras madres para que sus hijos queden expuestos a sufrir la peligrosa eritroblastosis fetal, obliga a meditar sobre las consecuencias de las transfusiones, a veces innecesarias, que, sin la prolija selección del donante, pueden no ocasionar de inmediato molestias apreciables al receptor, pero sí dejarlo peligrosamente sensibilizado para el futuro. La ligereza en practicar transfusiones resulta más imprudente si se considera que no sólo los matrimonios entre cónyuges con Rh distintos, y las transfusiones de sangre con Rh positivo a individuos con Rh negativo producen la peligrosa sensibilización, sino que ésta

puede haberse creado desde mucho antes, sin que a veces lo recuerde el paciente, por inyecciones intramusculares de sangre de otra persona (héterohemoterapia), procedimiento usado en otras épocas para el tratamiento de eczemas y dermatosis similares. (1)

El reconocimiento de los grupos sanguíneos clásicos y del factorRh y su respectiva identificación, no resuelven de modo integral el problema. Subsisten incógnitas tanto en la interpretación general del asunto como en las peculiaridades de cada caso, que el médico debe tomarlas en cuenta, y, haciendo valer sus conocimientos y llamando a serenidad, evitar que se establezcan situaciones inconvenientes e irreparables en el futuro de los enfermos (sobre todo mujeres), por el empleo intempestivo de transfusiones que, sin que sea de premiosa urgencia con frecuencia reclamadas por el familiar asustado, el amigo acucioso o el propio enfermo y sobre todo por el ambiente a la moda que tiende a considerar negligente —por lo menos— al médico que no desarrolla de inmediato y simultáneamente toda la capacidad ofensiva de la terapia moderna.

I. **Datos históricos.**— Se tiene referencias que la primera transfusión de sangre le fué practicada al Papa Inocencio VIII en 1492. (2) El resultado fué, según el relato, funesto para los tres jóvenes donantes, los cuales perdieron sus vidas, sin que se explique la causa, y no favoreció tampoco al anciano Pontífice que falleció poco después. Las transfusiones de sangre de animales (ovejas, carneros) fueron ensayadas también, pero rápidamente se las desechó por inconvenientes fáciles de comprender. El procedimiento no prosperó hasta que se pudo establecer algunas de las razones que explicaran los fracasos observados a menudo, y a pesar de los esfuerzos de Cristóbal Wren (1666), que se empeñó por esclarecer algo en esos resultados imprevistos y riesgosos, y de la habilidad técnica de muchos experimentadores, que procuraban hacer más viable el procedimiento por medio de ingeniosos artificios, y del invento por Blundell (1818) de la jeringa de tres pasos, que facilitó notablemente el modus operandi; las cosas no avanzaron mucho hasta que Dienst en 1905 (3) llamó la atención sobre la existencia de substancias aglutinantes en el plasma y glóbulos rojos de la sangre humana, y comprobó el aumento de aglutininas anti A y anti B, en una mujer del grupo O después de cada parto. Estas anotaciones fueron aceptadas por otros investigadores, y así Jansky en 1907 modificó la primera clasificación de las sangres humanas propuesta por Landsteiner (1900) en tres grupos, ampliada poco después por Sturli a cuatro(1902). En 1910 el norteamericano Moss revisó todo lo adquiridoy propuso otra clasificación, la cual perduró hasta la adoptada por la Sociedad de las Naciones, actualmente en vigencia. Quedaban, sin embargo, muchos puntos obscuros en la aplicación práctica de estas recomendaciones, y no se adelantó en su esclarecimiento hasta los nuevos trabajos de Karl Landsteiner realizados sobre bases experimentales, de cuyas conclusiones obtuvo las normas que rigen desde entonces a esta modalidad terapéutica, pues marcó la existencia de un elemento que permanecía

ignorado: el factor Rh, en cuya investigación y descubrimiento trabajó en asocio de Wiener desde 1939 hasta 1941. (4)

II. **Conceptos dominantes en la tecnología de las transfusiones de sangre.**— Los sueros sanguíneos pueden contener substancias denominadas aglutininas, capaces de producir la aglutinación de los glóbulos rojos de individuos de su misma o diversa especie, siempre que esos hematíes contengan elementos llamados aglutinógenos que, como las aglutininas, tienen carácter específico.

Estas particularidades pueden producir cuando se verifica transfusiones entre individuos de la misma especie —más si entre los de especies distintas—, un conjunto de fenómenos reaccionales de intensidad y gravedad variables, anotados desde hacía mucho tiempo, pero sin habérseles asignado una interpretación correcta hasta las memorables investigaciones del comienzo del presente siglo ya nombradas.

Clasificación y Composición de los Grupos Sanguíneos

(Landsteiner)

Nomenclatura Internacional	Numeración de Jansky	Numeración de Moss	(Aglutinógeno) Células	(Aglutininas) Suero
O	I	I V	—	alfa y beta
A	I I	I I I	A	beta
B	I I I	I I	B	alfa
A B	I V	I	A y B	—

En este cuadro están marcadas las diversas clasificaciones de los grupos sanguíneos en la primera columna, con las letras O, A, B, y AB, que corresponden a los números I, II, III y IV, de Jansky, y IV, III, II y I, de Moss. Además, al final de cada línea horizontal, están anotados los tipos de aglutinógenos A, B, y AB presentes en los hematíes y las aglutinas alfa beta, (ab), beta (b) y alfa (a) de cada suero. Los hematíes del grupo O no contienen aglutinógenos (donantes universales), y el suero de la sangre AB está desprovisto de aglutininas (receptores universales). De este modo se ha establecido la siguiente pauta universal, que ha sido reformada después: El donante universal puede dar sangre para cualesquiera de los otros grupos, pero recibir únicamente la de su propio tipo. El receptor universal puede recibir de todos los demás grupos pero darle sólo a los de su grupo. Resulta prudente, sin embargo que reciba sólo de su propio tipo o de donante universal y no emplear su sangre para otros. El grupo A puede dar al A y recibirla del A y del O, y el grupo B puede recibir la del B y del O, y darla solamente al grupo B.

Según ya se ha dicho, a pesar de la prolijidad con que se identificaban los grupos sanguíneos, continuaban presentándose, aunque con menor frecuencia, reacciones desagradables y peligrosas con las transfusiones, imputables a condiciones somáticas no siempre constitucionales en los individuos, sino debidas más bien, a procesos de iso-inmunización, o sea a la formación de anticuerpos en el receptor frente a substancias ausentes de su organismo, pero presentes en la sangre del donador, presunciones ampliamente comprobadas después con la identificación del denominado factor Rh.

El factor Rh es un agrupamiento de antígenos Rh, Rh', Rh'' (*) presente en los hematíes de aproximadamente el 85% de las personas, transmisible y capaz de producir en las que no lo tienen (Rh negativo), anticuerpos que actúan como las aglutininas. Se lo llama Rh porque los hematíes que lo contienen son aglutinados por el suero de cobayos previamente tratados con sangre de

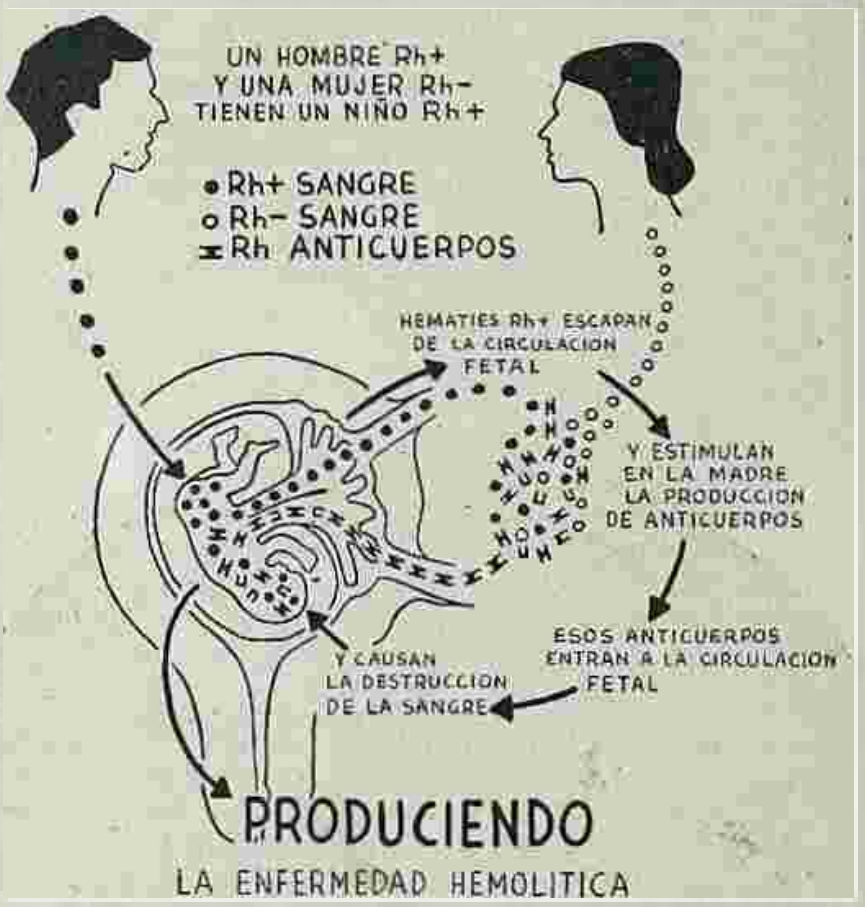
MACACUS RHESUS, macho y hembra. (Tomado de "Manual de transfusiones sanguíneas", Alfonso Martínez Alvarez, edit. en México, 1945, sin pié de imprenta).

Macacus Rhesus. Al factor Rh se lo llama también antígeno D y a su anticuerpo anti-D, de acuerdo a los estudios de Fisher (7), cu-

(*) "A pesar de las nuevas variedades de antígenos que se continúa descubriendo en el factor Rh, el 90% de los casos corresponde al elemento primeramente encontrado, que se lo denominó también anti-Rh.

"Con los nuevos subgrupos y factores Rh esta prueba (la determinación de los grupos sanguíneos), permite excluir la paternidad en 45% de los casos. Es bueno saber que los grupos sanguíneos *no están bien definidos en muchos niños hasta después de cumplir el primer año*" (Houssay, Bernardo A. y colab. Fisiología Humana, Ed. El Ateneo, Bs. As. 1946, pág. 65)

yas predicciones sobre estos asuntos se vienen cumpliendo casi totalmente.



Esquema del mecanismo de producción de la Enfermedad Hemolítica del recién nacido. Modificado de E. Potter, ob. cit. (11)

Perfeccionado ya lo referente a los grupos sanguíneos, y conociendo, además, con satisfactoria claridad la posible presencia del factor Rh en cualesquiera de los grupos clasificados, era de presumir que no se presentarían situaciones imprevistas. Pero la realidad demostró que, no obstante los cuidados con que se atienda a la rigurosa clasificación de las sangres y correcta determinación del Rh, se presentan, por fortuna raras veces, fenómenos indeseables y también graves, cuya causa parece ser otro elemento encontrado

en 1941 por Levine y col. (8) en sangres Rh negativas, de acción opuesta al Rh, denominado por esto factor Hr. Su pesquisa en las sangres a trasfundir es por demás compleja, pero se puede obviar los riesgos que ocasionaría, mediante un procedimiento bastante sencillo: la **prueba biológica**, propuesta por Wiener, que consiste en inyectar 50 cc. de la sangre en estudio y, si después de media hora no se presenta ningún desorden, se puede proceder a la transfusión. Parece que el factor Hr sería un agrupamiento de diversas aglutininas que habían sido antes mencionadas por el propio Landsteiner con los nombres de M, N y P.

III. **Especulaciones embriogénicas.**— Todas las células de cada especie animal poseen un número invariable de cromosomas: en el hombre, el espermatozoide y el óvulo tienen cada uno 24; 47 o 48 en el huevo fecundo. (*) Los cromosomas, cuya composición química se la conoce cada vez mejor, pues se ha conseguido obtenerlos de las células con agujas muy delicadas, se presentan como elementos básicos de los caracteres hereditarios, asunto por demás complejo que, no pudiendo interpretárselo cabalmente con el solo conocimiento de los cromosomas, ha inducido a suponer la existencia de ciertos elementos, los **genes** los cuales, integrando la estructura de los cromosomas, serían los verdaderos responsables de las características hereditarias inclusas, naturalmente, sus peculiaridades sanguíneas.

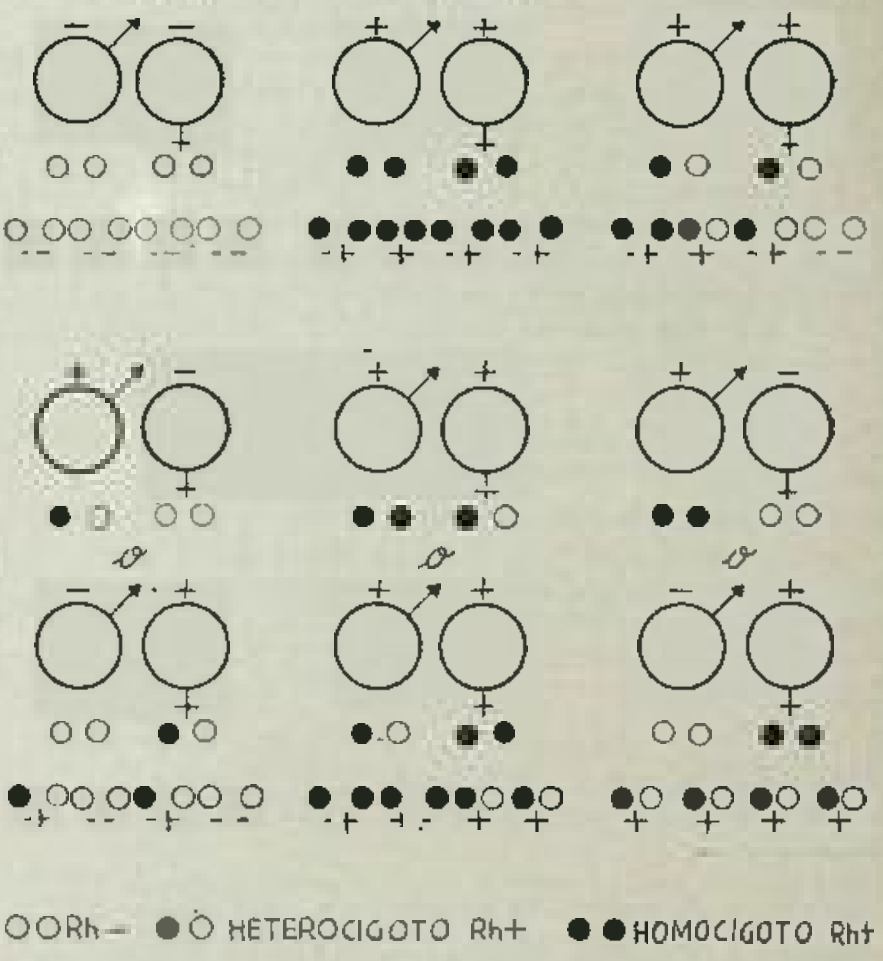
Los antígenos Rh son, pues, el resultado de la acción de los supuestos **genes**. Como ya se ha dicho, en el huevo se selecciona un cromosoma de cada sexo: paterno y materno, cada uno con su respectivo Rh positivo o gene D. Cuando el gene D está ausente del cromosoma paterno o materno, se ha comprobado en su lugar otro elemento neutro alelomórfico, que se lo denomina d.

P. L. Mollison y col. (9) dan una idea general sobre estos conceptos: "Cada persona tiene de entre sus cromosomas dos heredados, el uno de su padre y el otro de su madre. Por lo tanto,

(*) "El número de los cromosomas se mantiene invariable aun después de la cariocinesis. Sin embargo los gametos—por lo menos en el hombre y en buen número de otras especies animales—contienen en efecto solamente la mitad del número celular de cromosomas, pero al verificarse la fecundación se restablece la normalidad propia de cada especie. No todos los cromosomas presentes en los óvulos tienen una forma típica y no son iguales entre sí, pero es notable comprobar que en los óvulos de cada especie los cromosomas presentan irregularidades análogas, muy pronunciables en los pequeños gránulos cromáticos (cromómeros) que integran su estructura. Se calcula, además, que algunos cromosomas impares (heterocromosomas), perceptibles en el espermatozoide o en el óvulo, determinan el sexo del embrión.

"*Maduración de los gametos*. Cada gameto contribuye al nuevo ser con sólo una serie (un par) de cromosomas. Para que esto suceda, es necesario que las células destinadas a constituir los gametos pierdan una de las cargas de cromosomas que también ellas poseen, lo mismo que todas las otras células del organismo. La reducción del número de cromosomas constituye uno de los actos fundamentales de la maduración de los gametos." (B. Houssay y col., ob. cit.)

tendrá dos cromosomas conteniendo el gene Rh, y su constitución podrá ser D D (homocigoto), o Dd (heterocigoto). En cualquiera de estos dos casos será Rh positivo pero si es dd (también homocigoto), será Rh negativo. En ausencia del suero anti-Rh la sangre de una persona DD no puede ser distinguida de la de una persona Dd. La suma de los genes presentes esto es, DD Dd o dd se conoce como el genotipo del individuo y, más libremente como el genotipo de su sangre (*). De esta manera los individuos podrán presentar en su sangre los siguientes combinaciones:



Modificado de Ed. Potter, ob. cit. (11)

(*) "Un período completamente nuevo se abrió cuando Levine y Stetzen (1939) comunicaron que habían encontrado una aglutinina objeto en el suero de una mujer que recientemente había dado a luz un feto muerto. Demostraron que la aglutinina reaccionaba con un antígeno presente en los glóbulos rojos del padre, pero ausente en los de la madre. La aglutinina reaccionaba también con los hematíes de 83 personas entre 104, del grupo O. Sugirieron que el feto había heredado el antígeno del padre y que la madre había sido inmunizado por el paso del antígeno a través de la placenta del feto. Que esta aglutinina atípica podría tener por lo menos un serio efecto nocivo, fué comprobado por la aparición de una grave reacción hemolítica en la madre en ocasión de que sangre del padre, conteniendo el correspondiente antígeno, le

Como lo que se hereda es el Rh paterno, de esto dependerá que la descendencia pueda o no resultar Rh positivo, con el carácter, según parece, dominante, de acuerdo a las leyes mendelianas, tal como ocurre con los grupos sanguíneos. (*)

Cuando comenzó a estudiarse el factor Rh se anotó, enseguida, que había notables diferencias en las diversas razas en relación con la frecuencia de los grupos Rh positivos y negativos. Estudiando la población de New York, Landsteiner y Wiener (1941) encontraron mayor proporción de Rh positivo entre los negros que entre los blancos, y en la sangre de 120 indios americanos genuinos comprobaron sólo un Rh negativo. En 1943 Levine y Wong identificaron solamente una muestra Rh negativa entre 350 chinos, lo cual le permitió a Wong anotar que la enfermedad hemolítica del recién nacido era muy rara en China. En el Ecuador, Santiana (10) ha publicado comprobaciones hechas por él en nuestros indios y está preparando la edición de observaciones más amplias.

Indagaciones similares han sido hechas en casi todos los pueblos, cuyos resultados se van definiendo a medida que se perfeccionan las técnicas, siendo desde ahora aprovechables dos conceptos nuevos: a) el reconocimiento de mayor variedad de antígenos en el agrupamiento Rh: ocho, hasta este momento, entre los europeos (11): b) el antígeno Rh presente en los hematíes se disuelve en las soluciones salinas y también en las albuminoideas. De allí que en determinados casos resulta provechoso, pa-

---

fué transfundido a ella. El grupo del padre era O y sangre, normalmente podía ser compatible con la de su mujer. Después del descubrimiento del antígeno Rh se comprobó que la aglutinina atípica, en este caso, era la anti-Rh.

"En un conjunto mayor de madres cuyos hijos estaban afectados de enfermedad hemolítica, Levine y sus colaboradores encontraron que casi todas las madres eran Rh negativo y, los padres e hijos Rh positivos. Consiguieron demostrar las aglutininas anti-Rh sólo en una parte de las madres, pero no dudaron que esto sería debido a lo inadecuado de las pruebas in vitro para la sensibilización. El hecho de que más del 80% de las madres era Rh negativo, comparado con la normal frecuencia del 15% de sangre Rh negativo en una muestra de población tomada al azar demostró, sin ningún género de dudas, que el desarrollo de la enfermedad hemolítica en los niños estaba íntimamente relacionada con la facultad de [illegible] a formar cuerpos Rh". (Tomado de P. L. Mollison y col. ob. cit.

(*) "Genotipo y Fenotipo — Las características actuales, visibles de cualquier individuo dependen de su constitución hereditaria y de las influencias del medio en que se ha desarrollado. Se llama genotipo al individuo cuyas características dependen exclusivamente de los agentes de diferenciación intrínsecos hereditariamente recibidos. Se trata, evidentemente, de una concepción imaginativa, pues es inevitable, en cualquier circunstancia, que los agentes exteriores que constituyen el medio en que se desarrolla y vive el individuo influyan para que se exterioricen, se alteren o se supriman totalmente ciertas características hereditarias. El individuo, tal como se nos presenta, resulta del efecto combinado de las influencias hereditarias o genéticas, y de las influencias del ambiente, o ecológicas, y constituye lo que se llama un fenotipo." (B. Houssay y col., ob. cit., pág. 857)

ra reparar los daños causados por una transfusión anterior, usar suspensiones en solución fisiológica o albuminosa de hematíes previamente lavados.

IV. **Los peligros de las transfusiones y sus efectos.**— Descontando los originados por sangres defectuosamente clasificadas debido a técnicas imperfectas, por el uso de equipos de laboratorio inapropiados o falta de pericia para interpretar los resultados, así como las posibilidades, la mayor parte evitables, de transmitir enfermedades (malaria, sífilis, algunas virosis, etc.), quedan todavía incertidumbres y subsisten ciertos interrogantes acerca de la diversidad de antígenos Rh, responsables en la inmensa mayoría de casos de la enfermedad hemolítica del recién nacido, con sus diversas graduaciones pues, según ya se sabe, no todos los niños que nacen en condiciones propicias para sufrir de eritroblastosis manifiestan la sintomatología completa de esta enfermedad. Algunos presentan sólo ictericia hemolítica discreta que desaparece en pocos días, otros, desórdenes hemolíticos más profundos y anemia acentuada y, por último, algunos desarrollan desde el primer momento el síndrome característico de la ictericia grave o de hidropesía fetal.

De ordinario, el primer niño de un matrimonio con Rh paterno y materno de signos distintos, no muere, pero la sensibilización de la sangre materna se acentúa e intensifica con cada nuevo embarazo, con repercusión funesta sobre el producto de la concepción. Pero, téngase presente, también, que el organismo materno puede estar sensibilizado merced a transfusiones previas realizadas aún en épocas muy remotas. Tal como ahora se entiende estos problemas inmunológicos, se puede decir que cuando una persona Rh negativo (no sensibilizada con anterioridad), recibe sucesivas transfusiones de sangre con Rh positivo, la primera transfusión producirá el beneficio que se esperaba, sin inconvenientes inmediatos, pero desde allí comienza la sensibilización que, tarde o temprano, se hará patente. Al principio, los eritrocitos transferidos se eliminan con inusitada rapidez, hasta hacer dudar del buen éxito de la transfusión; si se continúa transfundiendo sangre Rh positivo, las reacciones serán más ostensibles (fiebre e ictericia), y si estos signos pasan inadvertidos y se insiste en transfusiones, la hemoglobinuria y la insuficiencia renal aguda (síndrome del nefrón distal: Tructa, Lucke y col., Maluk, y otros), serán probablemente las consecuencias. De ordinario se necesitan varias transfusiones realizadas en el lapso de muchos meses para que se establezca un grado peligroso de sensibilización, pero se la ha visto presentarse precozmente, hasta una semana después de la primera transfusión.

Queda expuesto, a grandes rasgos, lo que hasta este momento nos enseña el reconocimiento del agrupamiento Rh. Anotemos, además, que algunos conceptos tradicionales de la clínica humana han merecido ser revisados a través de estas adquisiciones, entre ellos el de la sífilis congénita o innata que, sin duda alguna, es un factor importante para producir abortos y niños nacidos

muertos o macerados. Sin embargo, la pediatría reconoce hoy que, no pocos de esos casos, deben ser incriminados a modalidades de la enfermedad hemolítica más bien que a la lúes.

Resumen

Como resumen aprovechable en la aplicación de las transfusiones de sangre, nada mejor que transcribir las Recomendaciones del Consejo Británico de Investigaciones Médicas (9):

"1º—El dar sangre Rh-positivo a una persona Rh-negativo, puede ser mortal.

2º—El dar sangre Rh-positivo a una muchacha joven o mujer Rh-negativo puede sensibilizarla de tal manera al antígeno Rh que, cualquier hijo Rh-positivo que tenga posteriormente, puede nacer muerto o enfermo. La inyección de una pequeña cantidad de sangre Rh-positivo puede ser suficiente para causar una sensibilización que durará toda la vida; así, una pequeña cantidad de dicha sangre dada a una muchacha joven, incluso niña Rh-negativo, tal vez por una trivial dolencia, puede tener como resultado que, años después, dicha niña o muchacha joven sea incapaz de dar a luz un hijo vivo.

"Estas tragedias se pueden prevenir por la prueba Rh y no dando nunca sangre Rh-positivo a un paciente Rh-negativo. Se ha estimado que esta sola medida evitaría probablemente uno de cada cinco casos de enfermedad hemolítica en este país, así como también un cierto número de fatales reacciones transfusionales. Sin embargo, es claro que las transfusiones necesarias no serán negadas simplemente a causa de que las pruebas Rh no se puedan efectuar. La mezcla directa de la sangre del dador con el suero del receptor es una valiosa salvaguardia contra las reacciones fatales de la transfusión por el Rh, así como también de una incompatibilidad A B O, pero no lo es en manera alguna contra la posibilidad de que una transfusión inicie la sensabilización al Rh y así conducir a una futura enfermedad hemolítica. Por esto, en circunstancias en que las pruebas Rh no puedan ser efectuadas, **todas las mujeres que no hayan pasado la edad de ser madres deberán recibir sangre Rh-negativo**".

SUMMARY

There is no better way of summarising the rules to be observed in giving blood transfusions than to follow those laid down by the British Medical Research Council:

1. To give a transfusion of Rh-positive blood to a person whose blood is Rh-negative, and who has already been sensitized —either by pregnancy or by previous blood transfusions— may prove fatal.
2. To give Rh-positive blood to a young girl or woman who is Rh-negative may sensitize her to the Rh-antigen to such

an extent that any infant she may subsequently bear may be either stillborn or diseased. The injection of even a small quantity of Rh-positive blood may be sufficient to cause a sensitivity that may last throughout life; thus, to give a small quantity of the said blood to a female clid or older girl whose own blood is Rh-negative, may result in her future inability to bear a live infant.

These tragedies can be averted by applying the Rh-test beforehand, and by never, under any circunstances, giving Rh-positive blood to an Rh-negative patient.

It is estimated that by this osle means it would probably be possible to avoid at least one case in every five of hemolitic disease, also a certain number of fatal reactions to transfusions. However, of course, this does not mean a refusal to give transfusions simply because it may not be possible to apply an Rh-test.

The direct fusion of the blood of the donor with the serum of the recipient is a valuable safeguard against fatal reactions in the transfusion of Rh, as it is also in cases of incompatibility ABO, but it is by no means a safeguard against the possibility of starting-up a sensitivity to Rh, which may leal to a future hemolitic disease.

Therefore, whenever conditions make it impossible to effect an Rh-test, then **give Rh-negative blood to all women who have not yet passed the child-bearing age.**

BIBLIOGRAFIA

1. Discombe y Hughes: Brit. Med. J., 2, 239, 1948.

2. Agusse Lafront: Les applications pratiques du laboratorio a la clinique. 3me ed., Masson y Cie., París, 1929.

3. Martínez Alvarez, Alfonso: Manual de transfusiones sanguíneas. México, 1945 (sin pie de imprenta).

4. Landsteiner, K. y Wiener, A. S: Proc. Soc. Exp. Biol., N. York, 43, 233,1940. J. Exp. Med., 74, 309, 1941.

5. Parr, L. W. y Krischner, H.: Hemolytic transfusion fatality with donor and recipient in same blood group. J.A.M.A., 98, 47. Jan. 2, 1932.

6. Kelsall, G. A. y Nicholas, D.: Dangerous blood donors, M. J. Australia, 2, 234, Aug. 17, 1946.

7. Fisher, R. A. y Race, R. R.: Nature, Lond. 157, 1948.

8. Levin, P., Katzin, E. M. y col.: J.A.M.A., 116, 825, 1941.

9. Mollison, P. L., Mourant, A. E. y Race, R. R.: Los grupos sanguíneos, Rh y sus efectos clínicos. Traducción por Manuel Mata de la Compa. Editorial Científica Médica, Barcelona, 1950.

Las Artropatías Cervicales y la Artritis Anquilosante del Hombro

Comunicación presentada
a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas,
en la sesión del 16 de Abril de 1952.

La clínica de las artropatías, especialmente de sus formas crónicas, no despierta la acuciosidad de los internistas, y hasta los pacientes que las sufren miran con recelo o desconfianza los avances logrados en este terreno. Esta indiferencia y escepticismo nacen de la imprecisión de los factores etiopatogénicos, entre los cuales emerge con predominancia el concepto hereditario, la **diátesis artrítica,** a la cual se suma la ambigua y generalizada expresión de **artritis,** que mantiene hondos prejuicios de inmutabilidad respecto al pronóstico y evolución de estas enfermedades. Por otra parte, la indiferencia de los clínicos respecto a las artropatías se explica, en cierto modo, por la restringida eficacia de la antigua terapéutica. Sin que pretendamos decir que hemos arribado ya a la meta en el esclarecimiento de la patogenia de los estados reumatoides, ni menos que disfrutamos de francos y absolutos procedimientos curativos, es indudable que las impresionantes mejorías producidas por la ACTH y la Cortisona, con toda la crítica adversa que han provocado, nos obliga a declinar esta actitud escéptica, pues lo aprovechable de esta terapia reside, no tanto en el alivio más o menos duradero de casos hasta entonces considerados irreversibles, sino en el aporte que ha brindado al estudio de la patología del sistema colágeno. (1)

Las artropatías que presentamos hoy aparentemente son disímiles, pero sus respectivas sintomatologías tienen muchos puntos de contacto, y por esto, y por el beneficio que algunas de sus modalidades consiguen de la hormonoterapia cortical y de la radioterapia (2) (3) (4) (5) (6), las discutiremos juntas como uno de los ángulos de ese problema de clínica moderna cuya importancia y frecuencia motiva numerosas publicaciones en la prensa médica reciente y que, con el nombre de "El problema del dolor del hom-

bro", está incluído entre los temas oficiales de la Asamblea Científica Anual de la American Medical Association de Junio de 1952. (7)

Una de las mayores dificultades para lograr un entendimiento respecto a estas artropatías, en las que a menudo están lesionadas no sólo la cápsula y las extremidades óseas articulares sino también los ligamentos, bolsas sinoviales, músculos y nervios de la región afectada, obedece a la multiplicidad de la nomenclatura empleada. Refiriéndonos a la artropatía del hombro, apreciamos que Duplay la individualizó —hace cerca de un siglo— con el nombre de **periartritis del hombro** (8) y con posterioridad se la ha designado: **osteoartritis anquilosante, bursitis subacromial,** (9) **supraspinatus tendinitis,** (5) **fibrositis cálcica del hombro,** etc.

De la misma suerte, a ciertas artropatías vertebrales, identificadas por Strumpell, Pierre-Marie, Bechterew y otros, llamadas por eso con el nombre de estos autores —que, a su vez, las bautizaron con el de espondilosis rizomélica—, se les ha adjudicado denominaciones muy diversas que, sin embargo, corresponden a idénticas unidades anátomoclínicas.

En la actualidad podemos recoger las diferentes impresiones de los clínicos, y al través de la radiología y de las consecuencias terapéuticas modernas, armonizarlas en patrones casi invariables en lo que concierne a lesiones anatómicas, y marcar la notable concordancia que existe entre las manifestaciones clínicas de las artropatías cervicales, del hombro y de las demás articulaciones, con lo cual se consigue apreciable ventajas para su clasificación.

I. Artropatías Cervicales

Anatomía.— La columna vertebral está formada por la superposición de vértebras mantenidas entre sí por ligamentos y músculos que le permiten cumplir sus recias actividades estáticas y dinámicas. (10) (11) Mencionaremos sólamente sus particularidades anatómicas más importantes:

1º Las apófisis articulares, cuyos extremos, recubiertos de cartílagos, forman las articulaciones más movibles de la columna. Las superficies articulares tienen una orientación diversa en relación con el plano horizontal, según el sector del raquis que se considere: en la zona cervical es oblícua hacia atrás y afuera para las apófisis articulares superiores, y hacia adelante y adentro para las

inferiores, con una inclinación de 45-60 grados; en la región dorsal las interlíneas articulares forman un ángulo casi recto, pero no están situadas en un mismo plano, pues convergen hacia adentro y atrás; en la región lumbar, donde las apófisis articulares representan una porción de cilindro cuyo eje se sitúa por detrás del canal medular, la interlínea cae en ángulo recto y se dispone en sentitido sagital.

2º Los cuerpos vertebrales, formados por tejido esponjoso, vascularizado, que se condensa en la periferia constituyendo la superficie externa del cuerpo, cuyas caras planas están en contacto con los meniscos intervertebrales. De los cuerpos vertebrales emergen prolongaciones postero-laterales que forman los arcos vertebrales, el conjunto apofisiario, y —circunscritos a los lados, entre una y otra vértebra—, los agujeros de conjunción, que dan paso a los nervios raquídeos.

Figura Nº 1.— Esquema que demuestra la posición de la interlínea articular en las primeras vértebras cervicales.

3º El menisco intervertebral, constituído por: a)- el cartílago vertebral, adosado al contorno de la superficie plana del cuerpo vertebral, sin llegar a su borde libre, toma contacto por el un lado con el hueso mismo y, por el otro con la otra formación discal denominada anillo fibroso; b)- el anillo fibroso o que se compone de fibras dispuestas, en su mayor parte, en sentido radiado afirmadas y entrelazadas con otras orientadas en diversas direcciones, que le dan mayor solidez al anillo; c)- el núcleo gelatinoso, formación blanda en los primeros años de la vida, restos de la cuerda dorsal primitiva que se va endureciendo hasta hacerse semicompacta en la edad madura. Este núcleo está encerrado en el centro del anillo fibroso que presenta, sin embargo, en la parte posterior en dirección al canal medular, una apreciable laxitud de su contextura, lo cual explica que allí se produzca con frecuencia la hernia del núcleo pulposo.

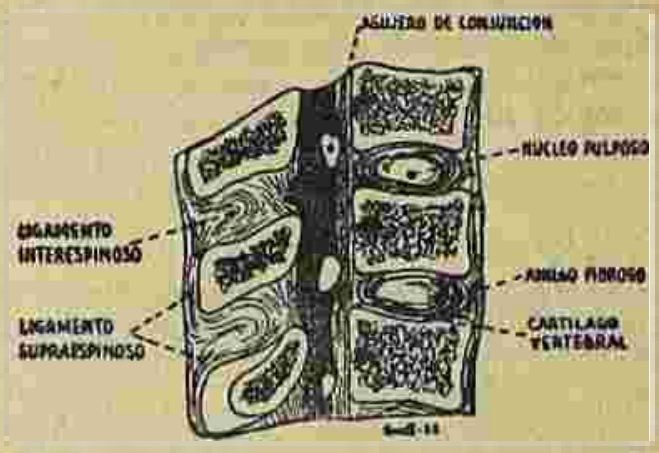


Figura Nº 2.—Esquema del menisco intervertebral y de los agujeros de conjunción

Patología y Clínica.— Con notable constancia, cada grupo de espondilopatías presenta su cuadro clínico peculiar, relacionado con lesiones que se inician en determinados sectores —siempre los mismos para cada grupo—, del esqueleto vertebral, tal como ocurre con las artropatías de las extremidades. Parece que esta singular fijeza está condicionada por el terreno constitucional y por la calidad de los factores etiológicos; y aunque subsisten fuertes controversias frente al problema general de las artropatías. (*) En las que afectan a la columna vertebral se acepta casi unánimemente la siguiente clasificación:

1º—Espondilitis anquilopoyética (antigua espondilosis rizomélica), de origen infeccioso o alérgico, que se asemeja a la artritis reumatoidea;

2º—Espondiloartrosis deformantes, cuyas lesiones degenerativas por perturbaciones del metabolismo, las asimilan a las osteoartritis;

3º—Espondilitis auténticas, de naturaleza infecciosa.

Las lesiones del primer grupo se originan en las superficies de las carillas articulares intervertebrales; invaden contemporánea o sucesivamente la cápsula periarticular, el cartílago, los ligamentos y los músculos; determinan proliferaciones que afectan también a las articulaciones costovertebrales y a los cuerpos vertebrales. Las lesiones de los ligamentos vertebrales comunes (anterior y posterior), ligamentos amarillo, interespinosos e intertransversos, dificultando los movimientos de la columna, producen, en definitiva, su anquilosis con la consiguiente deformación de sus curvaduras fisiológicas. En este proceso extensivo comprimen, a me-

(*) En los Estados Unidos (17) se ha adoptado la siguiente clasificación de las Artropatías:

nudo, las raíces raquídeas que concurren a formar los plexos cervical, braquial, lumbar y sacro, perturbando la motilidad y sensibilidad de los miembros. Estas osteoartropatías vertebrales tienen gran parecido con la artritis reumatoidea crónica progresivamente anquilosante, que afecta preferentemente las articulaciones de los dedos (**).

En las afecciones del segundo grupo, espondiloartrosis deformates, la lesión fundamental es la degeneración parda del disco que, al adelgazarse y perder consistencia, contribuye a disminuir el espacio intervertebral. Al mismo tiempo se producen una exuberante proliferación ósea y depósitos de calcio (osteofitos) en las partes blandas. Estas neoformaciones invaden la porción anterior y lateral de los cuerpos y forman puentes espesos que avanzan hacia los agujeros de conjunción, comprimiendo las raíces raquídeas con las consiguientes manifestaciones neuríticas y amiotróficas. A menudo, lesiones semejantes evolucionan contemporáneamente en otras articulaciones de la economía.

---

1 Artritis secundarias a una infección específica.
2 Artritis de la fiebre reumática.
3 Artritis reumatoide (de forma múltiple o de forma vertebral).
4 Enfermedad articular degenerativa múltiple [illegible] causa desconocida [illegible] teoartritis.
5 Artritis consecutiva, un Traumatismo directo.
6 Artritis de la gota.
7 Artropatía neurogénica.
8 Tumores articulares.
9 Hidrartrosis intermitente.
10 Fibrosis periarticular.
11 Otras enfermedades en las cuales la artritis, la artropatía o la artralgia consintoma o signo frecuente.

(**) "Los reumatismos atacan a los tejidos de estirpe mesenquimal, esto es, al conjuntivo, muscular, cartilaginoso, óseo y sinovial. Las hormonas esteroides se comportan como reguladores del metabolismo mesenquimatoso. El esfuerzo incrementado aumenta su consumo, con lo que se excita el tejido y la función córticosuprarrenal" (12)

"La insuficiencia suprarrenal, o la inadecuada utilización de dichas hormonas pueden abocar a un disfuncionalismo de la histología, engendrado en el mesénquima. A pesar de que las lesiones articulares del reumatismo cardioarticular agudo se consideran como reacciones alérgicas a la infección estreptocócica, es evidente que la afección por sí misma puede clasificarse lógicamente en la misma categoría que la artritis reumatoidea, por cuanto que hoy se interpreta como una enfermedad de los tejidos mesenquimatosos, sensible, al igual que los demás desórdenes de esta índole, al preparado de hormona córticosuprarrenotropa ACTH, extraída de la hipófisis de cerdos sacrificados". (1)

"En el síndrome de la espondiloartritis anquilopoyética hay una copiosa eliminación de 17-cetoesteroides. Vióse que inyectando diariamente 200 mg. de una esterona sintética, delta-5-pregnenolona, a estos pacientes o a los aquejados de artritis reumatoidea de las articulaciones periféricas, se les normalizaba el nivel de excreción de los cetoesteroides y experimentaban una franca mejoría clínica y un mayor bienestar". (12)

La tercera variedad, las espondilitis auténticas, se caracteriza por la alteración primaria del cuerpo vertebral, que puede sufrir el ataque de diversas septicemias. Los síntomas vertebrales aparecen durante la evolución del proceso séptico, o mucho tiempo después de haberse extinguido la septicemia. Se ha encontrado y cultivado bacilos de Eberth y Brucelas en vértebras de personas que padecieron esas enfermedades muchos años atrás.

Como es fácil comprender, este esquema de las lesiones iniciales pierde nitidez en el decurso de los tiempos, a medida que el mal progresa y así, lo que comenzó como espondilitis anquilopoyética, interesando exclusivamente a las superficies articulares, se va complicando con alteraciones del disco y de los cuerpos vertebrales.

Para encuadrarnos en el marco de nuestro tema no analizaremos la clínica de las espondilitis anquilopoyéticas (1er. grupo) que, como ya lo dijimos, tiene un carácter invasor a toda la columna (*); ni tampoco detallaremos las espondilitis auténticas (3er. grupo), cuya predilección por la columna lumbar es notable; y nos detendremos sólo en la sugestiva historia y evolución clínica de un caso del 2º grupo.

N. N., de 36 años, nos consultó el 26 de Mayo de 1951, por insinuación del Prof. Armando Pareja Coronel. El enfermo venía sufriendo desde hacía dos años molestias y, a veces, dolores no muy intensos en la región del hombro y base del cuello del lado izquierdo; pero lo que lo inquietaba particularmente era la disminución de la fuerza muscular de ese lado, las parestesias del antebrazo, y dedos pulgar, índice y medio, y una atrofia progresiva del territorio mencionado, del bíceps y deltoides.

El pasado patológico de N. N. no revela nada importante, y si se exceptúa artralgias de poca intensidad en las rodillas y muñecas, sufridas de tiempo en tiempo, puede decirse que es una persona saludable que ha cumplido su trabajo de oficinista sin interrupción desde su edad juvenil; la misma negatividad respecto a su pasado patológico familiar.

En cambio, la exploración física es por demás demostrativa y, circunscribiéndola al sector enfermo, anotamos lo siguiente: el miembro superior izquierdo realiza sin mayores dificultades los movimientos de flexión, extensión y rotación en las articulaciones del hombro, codo y muñeca, pero en cambio la actividad muscular está muy limitada en los músculos flexores y extensores de la mano, especialmente los de la motilidad interfalángica, metacar-

(*) En GACETA MEDICA, Guayaquil, Vol. 6 Nº 3, Mayo-Junio 1951, hemos relatado un caso de esta variedad, de 20 años de evolución que tratamos durante seis meses con ACTH y Cortisona, alcanzando resultados muy interesantes que se mantienen hasta hoy.

Figura Nº 3. — Esquema de las raíces de los nervios y del plexo braquial. Modificado de McDonald. [illegible] y col. —Correlative Neuroanatomy Third edition. Universally Medical Publishers. Chicago, pág. 37. (19)

pofalángica y carpometacarpiana. La mano no tiene una actitud típica pero presenta aspecto de **tenedor** y también de **garra.** La adducción del antebrazo está considerablemente disminuída y la atrofia de los músculos anotada más arriba invade también a los interóseos y lumbricales; la eminencia tenar tiene apenas el mismo espesor que la hipotenar; la tabaquera anatómica vacía. La sensibilidad táctil está comprometida y en menor grado las térmica y dolorosa. En suma, el enfermo presenta las características de una neuritis que afecta preferentemente a los nervios mediano y cubital. Además, la palpación de los músculos de la cintura del hombro, especialmente deltoides, supraespinoso y pectoral mayor, que exhiben moderada atrofia, le produce molestias, atestiguando que también sufren las raíces correspondientes a los nervios músculocutáneo y radial. Asímismo, la presión sobre los agujeros de conjunción de la columna cervical, en el lado izquierdo le provoca un dolor intolerable.

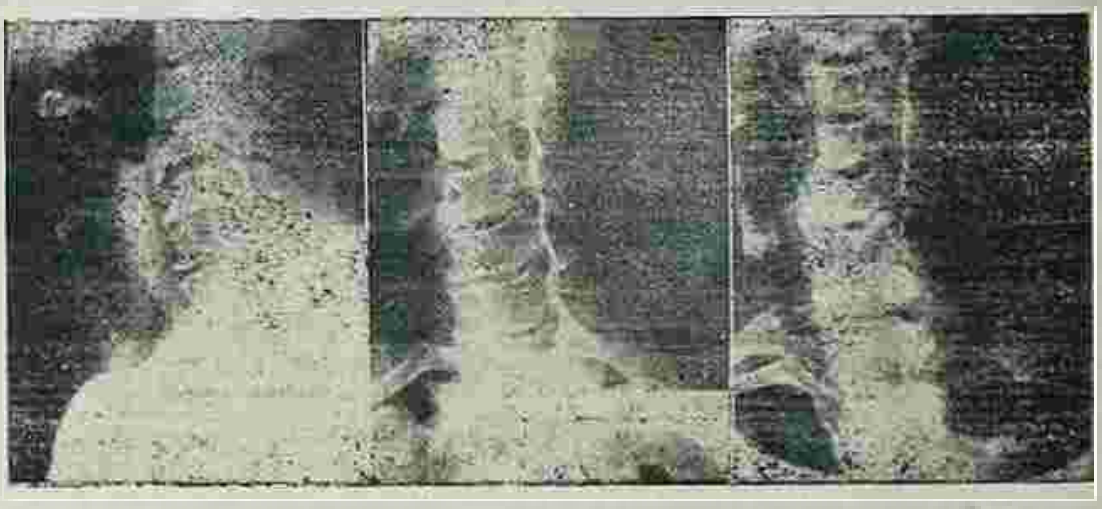


Figura Nº 4

[illegible] Radiografías [illegible] de [illegible] N.: a)— posición lateral; b) y c)— posiciones [illegible] izquierda, que demuestran los respectivos agujeros de conjunción [illegible] y libres en el lado derecho, mientras en el izquierdo se aprecia la deformación de los orificios, especialmente 3º, 4º [illegible]

Eliminando las principales afecciones del sistema nervioso central y periférico que pudiesen dar esta sintomatología articular, muscular y neurítica, y tomando en consideración que ninguno de los otros miembros estaba afectado, establecimos un diagnóstico provisional de compresión de las raíces posteriores de los nervios raquídeos que forman el plexo braquial, y procedimos a investigar la columna vertebral, especialmente su sector cervical. El resultado de este examen se lo aprecia en las radiografías a), b), y c) de la Fig. Nº 4. Nos pareció razonable imputar los síntomas a los hallazgos radiográficos, sin olvidar, no obstante, la cautela que de-

be acompañarnos antes de hacer tales aseveraciones, ya que es por demás frecuente encontrar alteraciones radiográficas muy llamativas que, sin embargo, no dan sintomatología subjetiva ni objetiva. Por otra parte, los repetidos exámenes del mucus nasal y las biopsias del nervio mediano dieron resultados negativos para Bacilo de Hansen, según me informó el Prof. Pareja, quien envió también las muestras al Leprocomio de Carville, La., (EE. UU.). La radioterapia de la columna cervical dió resultados tan felices como inesperados: cesaron las molestias subjetivas y en el momento actual se ha disipado, en gran parte, la antiotrofia.

II. Artritis Anquilosante del Hombro

Anatomía.— En la articulación del hombro hay que tomar en cuenta dos uniones: la acromioclavicular, con motilidad muy limitada, y la glenohumeral, la verdadera articulación del hombro, formada por la cabeza del húmero y la cavidad glenoidea casi virtual, apenas agrandada por un rodete cartilaginoso que la circunda. La articulación glenohumeral está dotada de movimientos de tal vigor y amplitud que no podría cumplirlos si no fuera por el conjunto de músculos, tendones, ligamentos y bolsas sinoviales que la integran. En primer lugar anotemos que la cápsula periarticular está considerablemente reforzada por sólidos ligamentos, pero la gran capacidad funcional y amplia movilidad de esta articulación se deben a dos planos músculo-tendinosos que la recubren y se dis-

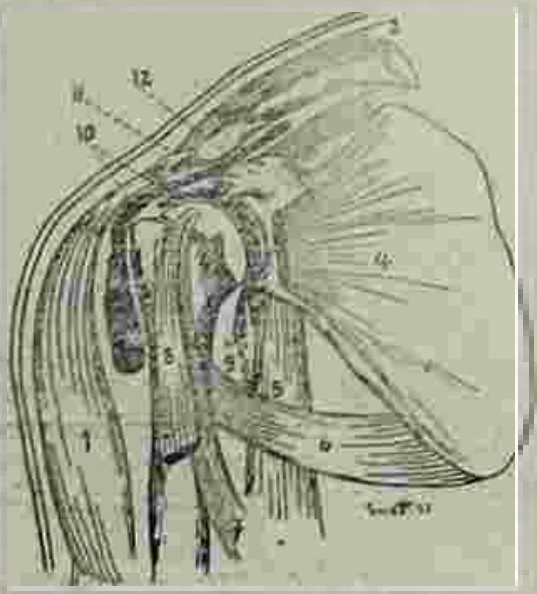


Figura Nº 5 — Esquema de la articulación escapulo-humeral.

ponen así: el primero, formado por los músculos subescapular, supraespinoso, infraespinoso, redondo mayor, pectoral mayor, porción corta del bíceps, porción larga del tríceps y córacobraquial; el segundo, constituído exclusivamente por el gran músculo deltoides que, a manera de manto rodea, protege y refuerza todas las estructuras subyacentes. Anotemos que el paquete vásculonervioso está alojado en la porción inferior de la artículación glenohumeral y se desliza, en primer término, entre los músculos subescapular y redondo mayor y en ese punto se desprende, para seguir su recorrido, el nervio axilar o circunflejo, disposición que explica sobradamente la sintomatología neurítica tan frecuente en las artropatías del hombro. Pero para que este conjunto músculo-tendinoso actúe con la eficiencia requerida, existe un sistema de bolsas sinoviales que, según Codman (9), es en verdad una sola con las siguientes ramificaciones: una entre la cabeza humeral y el músculo supraespinoso; otra abajo, contigua al paquete vásculonervioso, y la tercera, de mayor amplitud, situada entre el deltoides y los otros músculos con los que éste se pone en contacto.

Patología y Clínica.— Estas particularidades anatómicas explican por qué en la artritis del hombro no sólo debe considerarse la lesión glenohumeral que, en muchos casos es de poca magnitud o secundaria, sino también las localizaciones del elemento reumatoideo en los tendones, músculos, y especialmente bolsas sinoviales. De esta manera se comprende la variedad de denominaciones propuestas para designar a esta artropatía, casi nunca exclusivamente localizada en las zonas articulares propiamente dichas (acromioclavicular o glenohumeral) sino que, de ordinario, afecta con intensidad variable a los tendones o bolsas sinoviales. No es de extrañarse, pues, que se hable de tendinitis, bursitis y miositis para describir casos de esta afección, porque a menudo son estas partes blandas las que soportan el peso de la enfermedad; pero, cualquiera que sea la implantación primaria del proceso patológico dos síntomas se presentan constantemente: dolor y anquilosis, pronto acompañados de amiotrofia fácilmente apreciable en el deltoides. Una exploración manual de la articulación permite localizar el o los sitios más lesionados. Los puntos habitualmente dolorosos son tres: a)—coracoideo, por debajo del borde inferior de la clavícula en la unión de sus tercios externo y medio, que corresponde a la inserción en la apófisis coracoides de los tendones del coracobraquial y porción corta del bíceps; b)—axilar, que se lo investiga comprimiendo el fondo del hueco axilar sobre la parte inferior de la interlínea glenohumeral; c)—deltoides, que se los explora presionando en los puntos de inserción del músculo y permiten reconocer las condiciones de la articulación en su parte superior, y la extensa bolsa subdeltoídea.

G. A., de 46 años, ha tenido ocho hijos y tres abortos espontáneos; se asiste en la Santa Luisa y por cortesía del Interno Sr. Guillermo Paulson previa autorización del Jefe del Servicio, Dr. E. Uraga, nos es dable estudiarla.

Es una paciente que puede considerársela como el prototipo de la enfermedad en cuestión. La historia patológica familiar y personal no proporciona datos de interés, y por eso la pasaremos por alto.

Hace cuatro meses que se inició el malestar del hombro derecho, al principio tolerable, mas pocos días después, al realizar un esfuerzo brusco, adquirió una violencia desmesurada con sensación de calor en la articulación, que le impedía toda actividad. No pudiendo seguir un tratamiento apropiado en su domicilio, ingresó hace pocos días al hospital, y aquí la vemos de qué modo sufre cuando le solicitamos mover su articulación escápulo-humeral. Ni siquiera es necesario demandarle que realice los dos movimientos que primero se entorpecen en esta enfermedad, cuales son el colocar la palma de la mano sobre el cuello y el de poner el miembro en abducción forzada a la espalda manteniendo el antebrazo en extensión. La exploración de las tres zonas dolorosas del hombro debemos realizarla con extremada suavidad porque la pobre enferma no la soporta; y en cuanto a la atrofia, basta con mirar comparativamente los dos hombros para darnos cuenta hasta qué punto se ha adelgazado el deltoides derecho.

Los exámenes rutinarios de sangre son poco informativos; azoemia 30 gms., glucemia 0.95 gms., cloruremia 5.31 gms; hematíes 3'450.000 x m. c., leucocitos 4.500 x m. c.., hemoglobina 10.5%; neutrófilos 45%, linfocitos 43%, eosinófilos 12%.— Eritrosedimen-

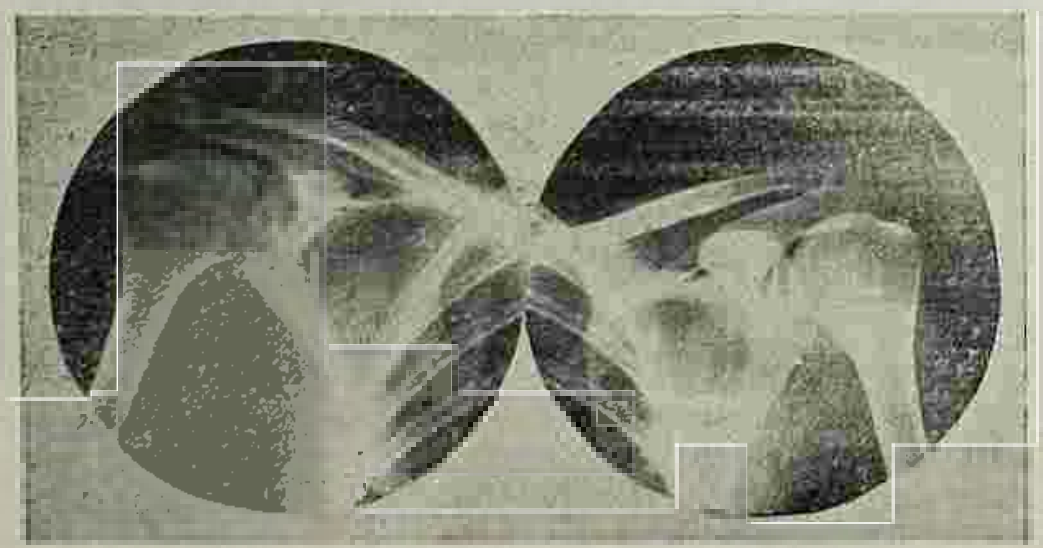


Figura Nº 6 — Radiografía de la paciente N. N. antes del tratamiento.

tación 15 mm. a la hora (West).— Las pruebas serológicas para lúes fueron negativas. La anemia moderada y la eosinofilia están en relación seguramente con el poliparasitismo intestinal que padece la enferma: en las heces se encontró uncinaria, trichiurus y ameba histólica.

La exploración radiográfica proporcionó en este caso una importante comprobación del diagnóstico clínico, demostrando la preponderancia del sufrimiento de la articulación glenohumeral, cuya cavidad capsular, considerablemente agrandada por el derrame, presenta un aumento de la distancia radiológica normal entre las dos superficies articulares (fig. Nº 6). La paciente recibió 600 r, que modificaron la imagen radiográfica (fig. 7) y produjeron notable alivio de los dolores, y a continuación, como subsistiera la anquilosis, se le hizo un tratamiento de tres semanas con Cortisona (por vías parentérica y oral), que la mejoraron apreciablemente.

En muchos enfermos las radiografías muestran calcificaciones de tamaño y número variables, consecutivas a procesos patológicos sufridos por la articulación (14), (15), (16). Conviene anotar que en no pocas personas se encuentran calcificaciones análogas que nunca han producido síntomas.

COMENTARIOS

No sólo se debe pensar en atropatías cervicales o del hombro como causas de los cuadros dolorosos de esas regiones. En el

Figura Nº 7.— Radiografía de la misma paciente después de la radioterapia

diagnóstico diferencial se tomará en cuenta otras posibilidades, muy importantes también, como son: el síndrome del escaleno anterior (13), el carcinoma del apex de los pulmones (síndrome de Pancoast), las costillas cervicales, la luxación del atlas sobre el axis, los

tumores intrarraquídeos (extra e intramedulares), las espondilitis infecciosas y, en general, todas las neoformaciones susceptibles de comprimir los plexos cervical y braquial o sus raíces.

En los dos pacientes de este relato se hizo un diagnóstico correcto, pero no se llegó a descubrir factores etiológicos precisos. De todos modos, el estudio clínico y la radiología permitieron una razonable interpretación patogénica que orientó la terapéutica de modo apropiado.

Es evidente, pues, la conveniencia de unificar un criterio nosológico basado en la patogenia y en la evolución clínica de las artropatías, para establecer nexos entre muchas de ellas que todavía aparecen desemejantes. Por lo pronto, parece que la artritis de la fiebre reumática y la artritis reumatoidea presentan entre sí notable afinidad anotomopatológica, y ambas se arraigan con mayor tenacidad en personas que constitucionalmente sufren un déficit en la producción o el aprovechamiento de las hormonas del bloque hipotálamo-hipófisis-cortical; en tanto que las artritis degenerativas, diríamos mejor, las osteoartrosis, obedecen a desórdenes nutricionales más complejos y por esto, a la inversa de las otras, se modifican inconstante y desigualmente, tanto con la terapia hormonal como con los salicilatos y demás antirreumáticos.

No es nuestro propósito el fijar normas terapéuticas precisas para cada grupo de artropatías, sino anotar las interesantes perspectivas que se les ofrecen a muchos enfermos, antes irremediables, con el empleo de los rayos X, la ACTH y la Cortisona, cuando el reconocimiento metódico y juicioso de los caracteres clínicos y radiológicos de determinados grupos de atropatías aconsejan la aplicación de estos procedimientos.

SUMMARY

It is manifest, therefore, the advantage to be obtained from arriving at a united nosological standard, based on the pathogenic and clinical evolution of the arthropathies for establishing points in common betwen many of them appear to be dissimilar.

For the moment, there appears to be a notable anatomo-pathological affinity between the arthritis of rheumatic fever and that of rheumatoid arthritis, and both these forms of arthiritis take firmest root in persons suffering constitutionally from a deficit in the production of hormones (or in deriving profit from them) of the block hipothalamic-hypophisis-cortical whereas the degenerative arthritises —or rather, should we say, the osteoarthritises— are dependent on more complex nutritional disorders, and for this reason, in contradistinction to the other, they fluctuate in unequal and inconstant degree, as muc in response to hormonic therapy as to treatment by the salicilates and other anti-rheumatics.

It is not our intention to fix exact standards of therapy for each group of arthropathies, but to note the interesing perspectives they offer to many hitherto incurable patiens, by means of the use of X rays, ACTH and Cortison, where a judicious and methodical recognition of the radiological and clinical characteristics of defined groups of arthropatics counsels the application of these procedures.

BIBLIOGRAFIA

1. Lederle Boletín, III, 1, 1951, pág. 30 y 31.
2. Penninton, Miles Stuart: Un caso de Periartritis con Depósitos Calcáreos tratados con éxito por la Radioterapia Profunda.— Revista de Radiología y Fisioterapia, 6, Nov.—Dic. 1940, Chicago pág. 263.
3. Lundar, Johan: Roentgen Treatment of Cervical Spondylosis; Ann J. Roentgenol. 66, 6, Dic. 1951 pág. 955.
4. Coulter, Jonh S.: La Fisioterapia; IX, 1, Enero—Febrero 1942, Chicago, pág. 19.
5. Ateen, Oliver T. Mc Vullough, J. A. L.: Supraspinatus Tendinitis; Am. J. Roentgenol, 65, 2, Feb. 1951, pág. 245.
6. Toledo Henderson, Aníbal y Ronbau Topaz, Eduardo: Diagnóstico radiológico precoz en la espondilo artritis anquilosante.— Acta Radiolog. Interam., I, 1, Oct., Nov., Dic. 1951, pág. 34.
7. Program of the Scientific Assembly: J.A.M.A., 148, 15, Abril 12, 1952, pág. 1293.
8. Jiménez Díaz, C.: Lecciones de Patología Médica, 2ª Edición, tomo IV, Editorial Científica Médica, Madrid, 1942.
9. Olin, Hay A.: Subracomial Bursitis; Clinical and Roentgen observation, Radiology, 47, 6, Dic. 1941 pág. 5 9: 3.
10. Tandler, J.: Tratado de Anatomía Sistemática, tomo I, Salvat Editores, S. A., 1928, págs. 119 y 201.
11. Barceló, P.: Manuales de Medicina Práctica; Reumatismos Vertebrales.— Salvat Editores, S. A., Barcelona-Buenos Aires, 1945.
12. Dovison R., Chicago M. Soc. Bull.: 52, 713, Feb. 25, 1950.
13. Adson, Alfred V.: Surgical Treatment for Symptoms Produced by Cervical Ribs and the Scalenus Anticus Muscle, Sur. Gynec & Obst.: 85, 6, Dic. 1947, pág. 687.
14. Paul Lester W.: Roentgen Diagnostic Aspects of Chronic Arthritis and Bursitis, Radiology.: 49, 1, Jul. 1947, pág. 15.
15. Howes, William E. y Alicandri, B. Bruce: A Method of Roengenologic Examination of Shoulder; Radiology.: 50, 5, Mayo 1948, pág. 572.
16. Assmann, H.: Diagnóstico Roentgológico de las Enfermedades Internas, tomo II, Ed. Labor S. A., págs. 1057, 1059, 1061, 201, 1207.
17. Compendio Médico, S&P Dohme, Año 1952, Nº 63, p[illegible]
18. Polley, H. F.: Chicago M. Soc. Bull. 52, 716, Feb. 25, 1950.
19. McDonald Joseph J. y col.— Correlative Neuroanatomy, Third Edition, University Medical Publishers, Chicago, pág. 37.

25 Años de Ejercicio Profesional

Discurso pronunciado en el Auditorio de "San Gabriel", 10 de junio de 1945.

Me encuentro ante vosotros un tanto cohibido, diría mejor, desconcertado como el niño que intentando una inocente travesura, toma una caja de fósforos y queda atónito ante el incendio cuyo estallido jamás presumió. Procuré guardar celosa reserva respecto a este aniversario y entonces reuniros y hablaros de lo realizado en "San Gabriel" -con vuestro generoso aporte económico- en beneficio de los enfermos y de la juventud estudiosa; deciros que, como ofrenda a la conmemoración de hoy, me propongo iniciar y llevar adelante entre nosotros otra etapa de mejoramiento y divulgación de las técnicas modernas. Pero la amable indiscreción de algunos íntimos amigos míos me ha sorprendido infraganti, con el fósforo aún encendido, y el incendio de buena voluntad y simpatía se produjo y me envuelve, sin que yo pueda evadirlo.

Os lo repito, no fue mi intención organizar una fiesta. Inspirado en mi viejo anhelo de equipar a "San Gabriel" con lo más útil para manejar la semiotécnica quise, a propósito de mi aniversario profesional, mostraros las realizaciones cumplidas y hacer gratas reminiscencias de tiempos pasados, renovando al mismo tiempo mis votos por la superación y progreso de la medicina ecuatoriana.

Habría sido una reunión más a tono con el marco austero en que debemos desarrollar nuestra vida médica, y hubiéramos departido, sin el protocolo del discurso escrito, en amena e interesante charla sobre algún tópico médico. Pero vosotros, amigos míos, sóis demasiados generosos, y avizorando gestos mis preparativos podrían ser tal vez el indicio de algo más que una sencilla información, os disteis a inquirir y no os fue difícil averiguar la realidad conmemorativa de este día. Os lo aseguro, nunca pensé en la trascendencia que podríais darle a este suceso, y por esto me siento aquí confundido y profundamente emocionado con las manifestaciones de adhesión que vengo recibiendo desde que disteis el campanazo.

Nobles y desinteresados amigos que me abrumáis con tantas demostraciones de aprecio: mi corazón late apresuradamente, mis palabras no pueden expresar toda la gratitud que rebosa mi alma; nunca podré corresponder con justeza este brote de sincera y noble comprensión de que me hacéis objeto.

Conmemoro hoy un largo período de mi vida profesional. Hace 25 años, a horas como ésta, mi espíritu intranquilo esperaba con febril impaciencia el momento de la prueba, y poco después, cumplidos los trámites reglamentarios, era yo el benjamín de la familia médica guayaquileña. Y entonces mil ideas asaltaron mi mente hasta allí absorbida por las hondas preocupaciones de tesis y exámenes; me inquieté ante la realidad de la tarea. Tal como el incipiente nadador que bruscamente pierde el amparo del seguro salvavidas que le sirviera para sus ensayos, así extrañé el apoyo espiritual del ambiente del internado y la saludable influencia de mis sabios y prudentes profesores.

Traté de serenarme, dí las primeras brazadas con cierta seguridad, cobré confianza en mis fuerzas y me lancé decidido a hacer la travesía, larga o corta, que el destino me deparara; y hoy, recordando que he cumplido una larga jornada de mi carrera, me detengo a tomar breve descanso y hacer examen de conciencia, revisar lo hecho, inducir lo por hacer, levantando con mis nuevos propósitos el caudal de fuerzas suficientes que me permita obtener bríos para proseguir mi trayectoria.

Un bien meditado proverbio árabe dice que el hombre que se precie de ser útil a sus semejantes, devolviendo a la colectividad los beneficios recibidos, no debe abandonar este mundo sin dejar **una casa, un hijo, un libro,** bello postulado que en sentido metafórico me servirá a maravillas para establecer un balance de lo hecho y lo por hacer.

Una casa; un hogar, un ambiente doméstico acogedor y cariñoso, que sirva de escenario propicio para cultivar los sentimientos familiares, y permita, con la autoridad del ejemplo, marcar rumbos sanos en los que nos rodean o dependen de nosotros. Completa realización de estas aspiraciones puedo deciros, con íntima satisfacción, que he logrado alcanzarla. Mi dulce esposa, prudente y discreta consejera de las horas difíciles, alegre y expansiva en los ratos de felicidad, confiada y cariñosa en todo momento, propende con sagacidad y tino al equilibrio perfecto de mutua comprensión, base inconmovible de la estabilidad conyugal; madre amantísima y abnegada, siembra en los tiernos corazones de nuestros hijos la simiente sana y vigorosa que sólo prospera con el ejemplo y la perseverancia. Sí, tenemos una casa, tenemos un hogar, cuyo complemento es mi virtuosa hermana Rosa, hogar que se inspira en la tradición de nuestras familias que la hemos recibido con dulzura y cariño de nuestros progenitores, y este legado de educación, mutuo respeto y buenas costumbres nos esforzamos por acrecerlo y transmitirlo a nuestros hijos.

Un hijo; tenemos hijos, el cielo ha bendecido nuestro hogar deparándonos la fortuna de una descendencia numerosa; tenemos siete hijos, y en el sentido material yo habría cumplido con creces lo que prescribe el proverbio, pero la esencia de este enunciado no radica en su sentido literal. Un hijo espiritual, un ser que habiendo recibido nuestra influencia, pueda a su vez transmitirla acrecentada; un amigo joven, con nuestras propias aficiones, orientado en nuestro mismo campo de labor, que perpetúe el contenido espiritual de nuestra personalidad y nuestro modo de entender e intepretar las ideas y disciplinas que hemos cultivado: un discípulo. En este aspecto, no he cumplido estrictamente el proverbio porque la idea de discípulo sugiere automáticamente la de maestro, y ésta a su vez la de doctrina, escuela o teoría, y muy lejos estoy de tener las condiciones de maestro. Pero sin existir la dualidad maestro-discípulo, se puede considerar aquella otra de dirigente y colaboradores, y tal vez, en algunos aspectos de las ciencias médicas yo pueda llegar a ser dirigente contando, como cuento, con estusiastas colaboradores, apasionados por el estudio y por nuestra humanitaria profesión, cuya más hermosa razón de existir se justifica con su misión de aliviar el dolor ajeno.

Un libro; no he escrito un libro, y no hace falta escribirlo para cumplir el proverbio, pero sí es preciso acopiar material para que otros puedan escribirlo, puesaunque aparentemente resulte paradójico, se puede hacer un libro sin llegar a escribirlo; y no es a un libro de simple biografía al que me refiero; es a ese libro de observación y experiencias transmitidas por la enseñanza y las contínuas innovaciones insensiblemente introducidas en nuestra diaria labor, merced el estudio y la intepretación de los libros que otros escribieron y de las prácticas que otros enseñaron. No he escrito un libro, no he hecho aún lo suficiente para que este libro pueda ser escrito, pero me propongo hacerlo. Este es precisamente el anhelo que me anima hoy, más que nunca, cumpliendo así con el juramento del padre Hipócrates: "Ilustraré por precepto, por discursos y en todas las otras formas a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica y no a otras personas".

Este día de evocaciones y de íntimos recuerdos trae a mi memoria, con mayor fulgor que nunca, el recuerdo inolvidable de mi santa madre. Mujer de espíritu templado al calor de las dificultades y los sufrimientos, tomó con mano firme y segura el timón de nuestra nave, cuando el destino le impuso tan difícil tarea por la prematura desaparición del esposo ejemplar, nuestro venerado padre. Ella logró como en el relato bíblico, multiplicar el escaso pan en nuestra casa y tuvo energía y entereza suficientes para soportar privaciones facilitando así la iniciación de mis estudios de medicina. Desde el cielo ella bendice nuestro hogar, y en muchas situaciones inseguras he creído sentir la influencia de su amor y sus consejos.

Los recuerdos se avivan, y la gratitud se agiganta hacia las personas que nos hicieron el bien, y ayudaron a suavizar las escabrosidades de nuestros primeros pasos, y a medida que los años transcurren apreciamos en toda su pureza, la bondad de esas almas, que sin estar obligadas nos trazaron directivas con sus discretos consejos y frondosas enseñanzas, y nos pusieron en caminos que solos, tal vez, no habríamos podido encontrar.

Tres personas aparecieron sucesiva y providencialmente en el sendero de mis primeros años; tres personas que influyeron decisivamente en mi porvenir y para las cuales no tendré palabras bastante expresivas que testimonien mi afecto y gratitud.

El Reverendo Padre José Félix Roussilhe, venerable anciano cuya presencia en este lugar es motivo de singular orgullo para mí y los míos, desempeñó en mis épocas juveniles el papel de habilísimo y seguro conductor. Era el año 1911; nuestro hogar acababa de sufrir rudo golpe con la muerte de mi padre; el momento era difícil, mi madre lo comprendía y se angustiaba ante los múltiples problemas que su intuición le hacia prever que élla sola no podría resolverlos. Vivíamos en el barrio "La Victoria" en el cual el Padre Félix, como se lo llamaba cariñosamente, era el angel tutelar, y su apostolado se difundía sin límites por el extenso y populoso sector. El Padre Félix me atrajo al círculo de jóvenes estudiantes que él dirigía, y con Nicolás Coto Infante, Tarquino Viteri, Melesio Idrovo y otros formamos ese pequeño cenáculo, en el que hora tras hora, día tras día, recibíamos la influencia beneficiosa de nuestro director, no sólo en los aspectos espirituales y morales, sino en los científicos y culturales. Sacerdote de erudición poco común, y sobre todo profundamente humanista y comprensivo, nos inculcaba sus conocimientos y experiencias en sabrosas y amenísimas conversaciones, mientras en charlas que sosteníamos en la mesa, nos obligaba a hablar en su idioma nativo, francés, que cuidadosamente se empeñaba en enseñarnos, puliendo meticulosamente nuestra pronunciación.

Querido y respetado Padre Félix: no podía yo conmemorar grata efemérides sin poneros en primero fila; no quiero mortificar vuestra modestia; sabéis y comprendéis cúan sincera es mi devoción hacia vos.

Proseguí mis estudios de medicina con gran decisión, pero con gran penuria económica también, cuando el hado protector me puso en la órbita de un maestro de nuestra ciencia, que retornaba de Europa robustecidos sus desde antes bien cimentados conocimientos El doctor Ismael Carbo Cucalón había estudiado con la profundidad y esmero que él sabía hacerlo, el ramo de bacteriología, que tan pocos cultores tenía entonces en nuestro ambiente, y traía junto con su ciencia todo el entusiasmo de sus años juveniles.

Venía a innovar los métodos de enseñanza y necesitaba organizar nuestros laboratorios; creyó encontrar en mí un colaborador adecuado y solicitó que se me creara el cargo de Ayudante de Bacteriología en nuestra Universidad, cargo que al otorgárseme me permitió aprovechar todo ese caudal de cultura que irradiaba el maestro, y cuando después, por circunstancias especiales el Profesor Carbo Cucalón se separó de la cátedra, tuvo la generosidad de confiarme su laboratorio privado. Sus enseñanzas claras y seguras, su dicción grave y reposada, su honorabilidad y hombría de bien, trazaron profundos y benéficios surcos en mi alma. Me parece escucharlo: cuando alguna vez la inquietud juvenil promovía ciertos deslices en mis obligaciones, me llamaba al orden cariñosamente con pocas y mesuradas palabras: "amigo Juan", comenzaba diciéndome siempre que había algo que corregir o rectificar. Dios lo tenga en el sitio que su alma noble y generosa se merece.

Así transcurrían mis años de estudios, y ya próxima la etapa más difícil e importante, el estudio práctico de la medicina, la enseñanza clínica, comencé a concurrir a las nunca bien ponderadas lecciones que con tanto empeño y versación dictaba el doctor Julián Coronel, cuya indiscutible personalidad científica atraía poderosamente. Me acerqué a él temeroso de no comprenderlo y receloso, también, de no llegar a formar número entre sus discípulos. Pero mis prejuicios eran infundados; el sabio profesor no sólo enseñaba con esa difícil facilidad de que hablan los clásicos, sino que sabía encender la chispa del entusiasmo en quienes nos sentíamos sinceramente inclinados por la medicina; sabía enseñar y reprender y estimular. Profundo conocedor de nuestra ciencia, experimentado observador y sagaz clínico, ponía tal amenidad en sus disertaciones, sus frases eran tan sencillas y castizas que nos mantenía pendientes de sus charlas, con la atención siempre despierta en esas prolongadas horas de clase, que a nosotros nos parecían cortas. Matizaba sus lecciones con párrafos jocosos de su inagotable anecdotario profesional, alternados con la reprensión finamente irónica, a veces sarcástica, que si bien mortificaba al aludido, no le producía huellas, pues el maestro se encargaba pronta y hábilmente de disipar el enojo. Durante cuatro años, de 1915 a 1918, lo seguí día a día, y desempeñé la plaza de Clínica, reemplazando al recordado Edmundo Vernaza Jefe de Clínica con nombramiento oficial, hasta que los quebrantos de salud obligaron al maestro a dejar su cátedra que tanto amaba, ala cual dedicó con exclusividad todas sus horas laborables durante un periodo de tiempo que constituye época inolvidable en la enseñanza de Clínica Médica de nuestra Facultad, que en nuestros días se prolonga con las magistrales enseñanzas del ilustre Profesor Dr. Luis Felipe Cornejo Gómez.

Al Dr. Julián Coronel, debo mi formación médica; él tuvo la habilidad de despertar en mí el interés por la medicina interna,

y me inculcó hábitos de trabajo y perseverancia de los que nos daba cotidianos ejemplos, a pesar de su edad y precaria salud. No encuentro otra manera de corresponder a esta deuda sino honrando su memoria en toda oportunidad y cuando, hace pocos años, con un grupo de amigos, fundamos una Clínica privada, fue acogida con aplauso la idea de prestigiarla con el nombre del maestro inolvidable.

Otros maestros de la medicina y de la cátedra contribuyeron a avivar con sus brillantes lecciones mi decisión de avanzar en la profesión elegida: Emilio Gerardo Roca, Antonio Falconí, Teófilo Fuentes Robles, Alfredo J. Valenzuela V., Leopoldo Izquieta Pérez, José Miguel Ortega, Juan Federico Heinert, Juan Francisco Rubio, José V. Payeze Gaut, sabios conductores de las juventudes estudiosas, mentores espirituales de gran talla, su paso por las cátedras universitarias está ya escrito con caracteres indelebles en los anales de nuestra Universidad. De todos ellos he recibido lecciones eficientes, consejos bondadosos, manifestaciones de aprecio y de consideración que me comprometen profundamente.

Los recuerdos de la misma época se desvían ahora hacia los compañeros de internado, y qué bellas reminiscencias hace mi mente de esas amenísimas veladas en **nuestro hogar de estudiantes,** porque como tal considerábamos a nuestra habitación colectiva del antiguo Hospital General. Bromas más o menos oportunas, pero siempre bien intencionadas, intrascendentes juegos que gozábamos con íntimo deleite, fiestas y diversiones a las que concurríamos a veces con prendas de vestir mutuamente prestadas, ante la imposibilidad de adquirir las propias, tal como corresponde a los permanentemente escuálidos bolsillos del estudiante; recreativas charlas, en las que alternando con los libros de texto, escuchábamos las últimas poesías de Rubén Darío que recitaba Adolfo Hidalgo Nevares, los comentarios que hacía Edmundo Vera a las novelas de Anatole France, a los libros de Rodó y de Ingenieros, los chascarrillos que con tanto gracejo nos contaba Raúl Carrera, y el conjunto homogéneo, decidor, alegre y de leal camaradería, en el que campeaban las originales ocurrencias de Abel Gilbert, las travesuras a veces increíbles de Armando Pareja, los relatos un tanto abultados que nos hacía Tarquino Viteri, el espíritu tranquilo y quieto de Nicolás Coto Infante e Isaías Medina, las originalidades de Pancho Rojas, que tanto colaboró en mi tesis doctoral, y mis desmedidas y contagiosas aficiones taurinas, tan contagiosas que menudearon mis prosélitos, organizándose cuadrillas en las que alternábamos en los papeles de torero y toro.

Epocas juveniles cuyo recuerdo me embarga, cuando las responsabilidades pesan poco y se ve el porvenir claro y limpio, épocas que todos quisiéramos volver a vivirlas; al evocarlas hoy, rindo un tributo de cariño y amistad para los que partieron dejando en mi alma la inconformidad de su desapari-

ción, y un homenaje de lealtad y adhesión para aquéllos que nos acompañan aún en el diario trajinar de nuestras labores.

* * *

Me ha tocado asistir durante el cuarto de centuria de actividades profesionales a una importante evolución progresista en las ciencias biológicas. Algunas teorías de antaño han encontrado amplia y fecunda comprobación experimental; otras consideradas dogmáticas, no han resistido el rigor analítico de la experimentación; en el campo de la microbiología, y de la patología, los incesantes avances nos demuestran la inseguridad en que se basaban algunas enseñanzas tradicionales. El perfeccionamiento de las síntesis química pone hoy en manos del médico práctico, recursos de increíble eficacia, drogas que se las habría calificado de milagrosas en épocas no muy remotas; y es seguro que pronto enfermedades reputadas incurables, tendrán el remedio eficaz y certero que los investigadores se desvelan por alcanzar. He procurado imitar estas innovaciones y tratado, con todo empeño, de observar escrupulosamente prácticas de ética profesional, guardando para mis colegas las consideraciones y prerrogativas que ellos merecen.

Manifiesto profundo respeto y demuestro mi reconocimiento para los pacientes que nos confían su salud, y en todo momento he tratado de rectificar errores, cuando he podido descubrirlos, y me he esforzado por poner al servicio de mis enfermos, lo que la experiencia y el estudio me han enseñado.

Con miras a la eficiencia asistencial hemos fundado con la cooperación de inteligentes y dinámicos amigos el Centro Médico "Julián Coronel", primero, y poco después la Clínica "Julián Coronel". No sabría elogiar como se lo merece el valor técnico de cada uno de mis colaboradores: Eduardo Ortega, cirujano habilísimo verdadero apasionado de la cirugía moderna; Enrique Ortega, fino artista de la oftalmología, no ceja en su empeño por perfeccionar sus técnicas personales; Julio Mata, radiólogo-clínico, cuya colaboración es imprescindible en los diagnósticos difíciles; Adolfo Varasy Daniel Rodríguez, laboratoristas expertos; y la pléyade de jóvenes -médicos e internos- que se viene formando junto a nosotros: Salem, Hurel, Reinoso, Moreira, Durango, Barrera, Esmeraldas Stay, espíritus inquietos de saber y desde perfeccionamiento y superación, contribuyen todos ellos armoniosamente al conjunto y eficacia de los procedimientos. No os sorprendáis que haya dejado aparte a Isaías Medina, mi buen amigo y hermano negro. Medina, el amigo leal de los momentos malos y de los buenos, constituye para mí un miembro de familia, y no quiero sonrojarlo haciendo su elogio.

Distinguidos amigos:

Os he fatigado excesivamente; no veníais dispuestos ciertamente a escuchar tan larga y deshilvanada perorata, pero tenéis

que perdonarme: es mi día y no he podido sustraerme a estos excesos sentimentales; vuestra comprensiva benevolencia sabrá atenuar el momento poco ameno que os he deparado.

Jóvenes estudiantes:

A vosotros dedico especialmente este esfuerzo; a vosotros que os iniciáis en la compleja y cada vez más extensa carrera médica, dedico mis más sinceros alientos para ayudaros perdonando también que me ayudéis. Nohay estímulo mayor que el nacido de la inquietud investigadora, inquietud siempre propicia a despertarse en los espíritus juveniles. Nada aleja más la vejez que el intercambio de ideas entre mentalidades jóvenes y maduras; estímulo que lo experimento a cada paso, desde mi época de catedrático y procuro mantenerlo como suave excitante que me permite devorvéroslo en forma de enseñanzas y consejos sobre los temas que queréis conocer o precisar. Contribuid con vuestra decisión y amor al estudio para aliviar a los que sufren, y también para que escribamos juntos ese libro de que hablé enantes; pero sed sinceramente estudiosos, tened presente que vuestra misión primordial en la Universidad es la de estudiar; sed perseverantes y tenaces para alcanzar el objetivo que os habéis propuesto; procurad estudiar lo que más podáis; de esta manera, os sentiréis fuertes para la lucha, y para intervenir con eficacia y sin desplantes en los problemas de interés colectivo; reflexionad que ninguna profesión como la nuestra pone al individuo en tan íntimo contacto con todos los resortes que mueven las actividades humanas; acordáos que estos años de vuestra formación van a ser decisivos en vuestra orientación definitiva; tratad de ser médicos, buenos médicos, estudiando sin cesar y teniendo presente el primer aforismo de Hipócrates: **Vita brevis ars immensa**, la vida es corta y el arte inmenso; y por eso no os envanezcáis por los conocimientos que vayáis adquiriendo, porque si sóis humanos y sinceros, os daréis cuenta muy pronto de lo mucho que ignoráis y que la vida no os alcanzará para llegar a la perfección que os pareció quizás fácil al principio de lograr; despojáos de egoísmos ridículos; tratad de enseñar siempre, o poco o mucho, pero enseñad lo que sabéis; sed tolerantes y benévolos entre vosotros; cultivad el mutuo respeto como base de una bien entendida independencia, la cual contribuye a mantener la solidaridad; tened presente el bello resumen de moral sintetizado por el iluminado de Nazareth: "Amaos los unos a los otros", postulado que con tanta frecuencia nos repetía el inolvidable Julián Coronel; asistid bondadosamente a vuestros enfermos de hospital y no los hagáis objeto de exámenes excesivamente fatigosos y prolongados; no despertéis en ellos la idea de que al examinarlos lo hacéis sólo por morbosa curiosidad científica; ellos se merecen todas nuestras consideraciones por su doble condición: la de pobres y de enfermos y para terminar quiero repetiros lo que Trousseau dijo en su lección inaugural de clínica médica en la Facultad de París, en 1870: "Hoy que sóis jóvenes y

hacéis vuestra primera campaña, los hospitales y las clínicas; las clínicas y los hospitales cuando estéis más adelantados, los hospitales y las clínicas cuando hayáis adquirido las nociones científicas que exigimos en vuestros exámenes; así llegaréis a la práctica del arte, sabiendo y siendo capaces de producir por vosotros mismos. Pero también entonces comienza para vosotros ese sacerdocio que honraréis y os honrará; entonces comienza esa carrera de sacrificios en la que los días y las noches han de ser patrimonio de los enfermos. Es necesario que os resignéis a sembrar abnegación a cambio de la ingratitud que tan frecuentemente se recoge; es preciso renunciar a los dulces goces de la familia, al reposo tan caro después de las fatigas de una vida laboriosa; es necesario hacer frente, a los disgustos, a los sinsabores, a los peligros; es necesario no retroceder ante la muerte, cuando ella os amenace, porque la muerte adquirida entre los peligros de nuestra profesión, hará pronunciar vuestro nombre con respeto".

Funerales del Dr. Alfredo J. Valenzuela

Discurso como representante de Liga Ecuatoriana Antituberculosa. Guayaquil Junio 9, 1945.

Señoras, Señores:

Cuando el dolor es muy hondo, los labios enmudecen; cuando la intensidad de la desgracia conmueve violentamente las fibras más delicadas de nuestra sensibilidad, nuestra voz se apaga y no logra traducir la profunda emoción que nos embarga; cuando la fatalidad nos azota con saña, nuestra psiquis responde con emocionado silencio. Las palabras no pueden expresar con la fidelidad requerida, los estragos causados por la conmoción; más bien después, cuando nuestro desconcierto anímico se atenúa y la condición espiritual se serena, conseguimos reordenar nuestras ideas, justipreciar nuestras sensaciones y valorizar las modificaciones provocadas por el desastre.

Estamos en esa fase de estupor porque seguimos a los grandes acontecimientos; asistimos hoy al prematuro ocaso de un rutilante astro que brilló con luz propia, irradiando en su vasto derredor la preciosa energía de su imponderable personalidad. Por esto mis palabras serán parcas y los términos de mi ofrenda quizás inexpresivos.

El Dr. Alfredo José Valenzuela Valverde abandona hoy el fecundo campo de sus actividades, que fertilizó y sembró con su abnegación y desvelos, dejando luminosa huella, jalonada a breves trechos por innumerables episodios y realizaciones tangibles, que proclaman la extraordinaria amplitud de su alma y la capacidad creadora de su noble espíritu, y evidencian lo que habría realizado de no sobrevenir su inesperada e irreparable desaparición.

Mentalidad clara y serena; cerebro privilegiado y celosamente cultivado; juicio crítico, imparcial, independiente y realista; tenacidad y perseverante energía en sus resoluciones; amor y devoción por el ejercicio de la medicina; afán infatigable por educar y transmitir los caudales inagotables de su experiencia; empeño noble y abnegado por hacer efectiva la estructura médica—social ecuatoriana: he aquí en grandes e incompletos trazos la silueta espiritual del egregio patricio que en plena madurez intelectual desaparece en los inexcrutables arcanos del más allá; personalidad brillante adornada con inconfundible humorismo, fino y oportuno, que alegraba los momentos grises de la vida, y le confería características casi exclusivas a su atractiva figura.

Su vasta labor médica; sus enseñanzas universitarias difícilmente igualadas; su alma noble y comprensiva que esparció por doquier la espléndida semilla que fructificó exhuberantemente en los corazones que la recibieron, le han creado inextinguible aureola de prócer, que marcará con huellas precisas todo un período de nuestra vida nacional, se hablará de la época de Valenzuela como se habla de la de otros ecuatorianos igualmente ilustres.

Pero el diamante más valioso, la joya más preciada en la corona inmarcesible que orla la venerada frente de este ecuatoriano ejemplar, es la cristalización de esos anhelos que agitaban su incansable espíritu, la formación del Instituto médico—social que se llama LIGA ECUATORIANA ANTITUBERCULOSA, cuya representación se me ha confiado inmerecidamente en este solemne acto. Con la infatigable perseverancia que ponía en todas sus decisiones, Alfredo Valenzuela Valverde, consagró a tan magna obra el inagotable torrente de su energía, su ciencia y su amor a la humanidad y al Ecuador, consumiendo los vastos recursos de su disciplinada voluntad para vencer los increíbles obstáculos que a cada momento le salían al paso, pero que no lograron detener ni desviar sus nobles ambiciones. Llegó a la meta, alcanzó el triunfo y la gigantesca obra está en marcha, pronta a desempeñar su trascendente labor regeneradora en nuestra vida nacional.

Soñó con su realización, puso en juego lo indecible para conquistar el feliz éxito, agotó su salud en la consecusión de lo que se había propuesto; y hasta hace muy pocos días, vencido por el sufrimiento físico, pero vibrante su preciada mentalidad, pensó en la Liga Ecuatoriana Antituberculosa y discutió planes, dictó resoluciones y rectificó muchos acuerdos para encauzar los trabajos

emprendidos. Esta obra antituberculosa ecuatoriana difícilmente podrá ser desviada; el desaparecido maestro le imprimió todo el calor de sus corazón humanitario y el fervor de su ecuatorianidad; con mano firme y visión clara y serena la enrumbó por los caminos más favorables y efectivos; los frutos de tan nobles desvelos enaltecerán más, si cabe, la memoria y el recuerdo de su eximio gestor.

En nombre de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, profundamente conmovida ante la magnitud de la pérdida, presento cálida y sentida condolencia a la distinguida familia del Dr. Alfredo Valenzuela, a la Universidad de Guayaquil, y a todas las Instituciones que recibieron el aporte generoso de sus esfuerzos y el ejemplo de sus virtudes.

Papeles Viejos

Reminiscencias Históricas de la Medicina Guayaquileña

Conferencia pronunciada en homenaje al octogésimo aniversario de la Universidad de Guayaquil, Diciembre 19, 1946

PROLOGO

La Ciencia Médica Guayaquileña

La ciencia médica en el Ecuador, sin duda alguna, ha alcanzado admirable desenvolvimiento en las últimas décadas, aunque consideraciones miopes se empecinan en mirarnos tan sólo en los umbrales del progreso. A la ciudad de Guayaquil y a su Universidad le corresponde en esta ruta de avance científico un merecido y alto sitial. Quizá el trópico, inclemente factor de enfermedades endémicas, haya obligado al embate decidido, a la guardia permanente de la salud, al desvelo y al esfuerzo, pero la verdad es que en el ámbito ecuatoriano, Guayaquil ha tenido siempre los mejores clínicos, los más hábiles cirujanos, y la Medicina ha encontrado propicio clima de entusiasmo y apostolado.

Con motivo de celebrarse el octogésimo aniversario de la fundación de la Universidad de Guayaquil -acontecimiento marcado con oro el primero de Diciembre-, el Dr. Juan Tanca Marengo, ilustre profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, pronunció una importante conferencia de carácter médico-histórico en el Hospital "Luis Vernaza" y trajo al recuerdo la figura un tanto olvidada del gran médico, literato y político, Dr. César Borja Lavayen, quien en otro tiempo fuera profesor benemérito de la Universidad y fundador de "Gaceta Médica", el primer órgano científico por la magnitud calidad, que apareció interfiriendo con candentes y avasalladoras olas de la política criolla y caudillista de fines del 19.

Poco poquísimo se ha investigado en el terreno histórico-científico de la medicina ecuatoriana guayaquileña. Quedan un tanto desvaídos los recuerdos gloriosos del gran Mancote y mucho antes, de algunos protomédicos y graduados

de Lima y Quito, pero el terreno está casi virgen para la acuciosidad de los estudiosos. Claro que no olvidamos los básicos trabajos de historiadores guayaquileños, ya notables, como los de Destruge, los de Chávez Franco, y, especialmente, los de Pino y Roca y del paciente investigador, Dr. Pedro José Huerta. Un hito marca la laboriosidad del inolvidable médico, Dr. Gualberto Arcos, cuyas páginas de historia médica ecuatoriana son únicas como panorama y conjunto. Brochadas de ellos quilates científico-históricos son varios apuntes del notable médico y literato, Dr. José A. Falconí Villagómez, al igual que la Biografía de Espejo escrita por el Dr. Enrique Garcés. Y el joven historiógrafo, Dr. Mauro Madero, con sus trabajos monográficos en plan de corporizarlos en un libro orgánico, orienta actualmente su esfuerzo por los trayectos coloniales y republicanos, y también el afanoso colaborador del Secretariado de la Universidad, Sr. Rubén E. Ritos Mariscal, recopila datos biográficos de varios sabios y abnegados maestros, forjadores de las actuales generaciones médicas.

En los postreros años del XIX, proyectados como agonía de un opulento siglo positivista, y con la irrupción revolucionaria del XX, llega al puerto con cierta tenuidad -apenas habíamos vislumbrado el positivismo- la corriente de las concepciones, de los métodos y procedimientos científicos que la habían convulsionado en Europa. Nuestra naciente Universidad captó esta impulsión renovadora y disciplinó el estudio de la Medicina, a la vez que la "Academia Libre" (1904) levantóse vigorosamente a derruir los bastiones en que se habían recluido el atraso y la rutina. Sabios profesores, asistentes a la fundación de la Facultad en 1877, y sus continuadores no menos ilustres, en ese fin del XIX y alborear del XX, trajeron a sus cátedras universitarias las más recientes conquistas de la medicina francesa, por entonces famosa, y muy famosa. La joven Facultad recibió así el pujante y lejano aliento de la ciencia europea.

Aquellas inquietudes no quedaron en el círculo de la cátedra ni sólo fueron pasajeros anhelos. Abrieron otros rumbos. Se publicó "Gaceta Médica" (1893). Poco después, el "Boletín", (1898) -creemos con decanato entre los Boletines estudiantiles- de la Escuela de Medicina y Cirugía, tenía efervescencia juvenil. Más tarde, 1915, se reunía el primer Congreso Médico Ecuatoriano, singular acontecimiento para nuestro despertar científico, y la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas proseguía el ritmo de su vida pública de notable [illegible] con la de sus Anales que han divulgado afanosamente las investigaciones del [illegible].

En junio de 1946, apareció la notable revista "Gaceta Médica", actual hermana de la primera, por el nombre y trascendencia. El Rectorado de la Universidad auspició la nueva publicación. El Dr. Juan Tanca Marengo es su Director-fundador con muchas y notables ejecutorias, pues, con el derecho que sólo corresponde al científico, puede ser contado entre los más destacados valores de la élite, no reducida por cierto, de los médicos guayaquileños.

Del éxito de "Gaceta Médica", más que la crítica local, casi siempre constrictora de la labor genuinamente patriótica y elevadamente científica, nos hablan las relaciones bibliográficas del extranjero. Hemos visto al Dr. Tanca trabajar sin tregua, con tesón y entusiasmo en la edición de "Gaceta". En nuestro medio es titánica empresa mantener con infalible periodicidad algún órgano de divulgación científica.

Y no abundaremos en otros aspectos de la fecunda labor del Dr. Tanca Marengo. Quizá molestaría a su ingénita modestia, aunque sería el reflejo del afecto y reconocimiento de casa de la gran casa, solariega por los nítidos blasones del estudio y la ciencia: la UNIVERSIDAD.

En el presente número de Biblioteca Médica, el eminente clínico, con acendrado espíritu de ecuatorianidad, descorre el velo polvoriento del pasado para proyectar la figura del ilustre pionero de la ciencia médica ecuatoriana, Dr. César Borja Lavayen, con la de otros precursores infatigables del contemporáneo resurgimiento científico de la Medicina Guayaquileña.

Prof. RAFAEL EUCLIDES SILVA,
Director del Departamento de Publicaciones
de la Universidad

Para muchas personas no resulta grata ni amena la tarea de adentrarse en el conocimiento de hechos históricos, que a veces aparentan como intrascendentes. Los médicos en general no manifestamos una curiosidad muy afinada hacia el conocimiento de las situaciones históricas relacionadas con nuestro arte-ciencia; y podríamos decir de una manera más circunscrita, que la medicina nacional ha concedido poca importancia a la investigación de las circunstancias y de los hechos concernientes a los hombres que en épocas pretéritas desempeñaron puestos prominentes en el desenvolvimiento de las actividades profesionales.

La historia de la medicina ecuatoriana se resiente de muchas lagunas y sobre todo de imprecisiones; y de un modo general nos hemos contentado con escuchar y repetir los nombres consagrados por las tradiciones y por las consejas populares; Mascote, Boloña, Barahona, Falconí, Troya, Coronel, Borja y otros muchos ameritados varones constituyen una evocación de hechos cuyas determinación precisa se pierde en conjeturas y divagaciones.

Para esta poca exactitud histórica ha contribuído considerablemente la desaparición (en nuestra ciudad especialmente, tan azotada por los incendios) de bibliotecas y otras fuentes de información, que sin embargo puede hallárselas, si bien un tanto mutiladas, si se pone empeño en hacerlo, o si en la búsqueda accidental de otros asuntos se tiene la fortuna de encontrar documentos verídicos que de manera fehaciente permitan establecer conceptos y desvanecer ese estribillo pesimista que hemos escuchado infinidad de veces de boca de personas que podría suponérselas medianamente informadas: "Los médicos de antes no escribían nada; sus observaciones y experiencias, por mucho que hayan sido valiosas, no han recibido la consagración de la obra escrita"

Personalmente tampoco sentimos inclinación ni poseemos esas dotes inherentes al historiador, pero desde hace algún tiempo tenemos gran fervor para establecer la obra escrita, y con ese fin ensayamos de cristalizar nuestras aspiraciones fundando en Junio de 1946 una revista, "Gaceta Médica", que nació en el Servicio "San Gabriel" del Hospital Luis Vernaza, a nuestro cargo, y que rápidamente merced al entusiasmo de nuestros colaboradores y a la cooperación decidida de nuestros colegas, la publicación creció en amplitud e importancia y mereció que la Junta de Beneficiencia de Guayaquil la acogiera como órgano oficial de sus hospitales de la ciudad.

En ella aparecen observaciones, comprobaciones, ensayos experimentales de un número cada vez más crecido de médicos nacionales y también trabajos de colegas extranjeros que nos favorecen y estimulan con su cooperación.

Cuando bautizamos nuestro periódico sabíamos que había existido otra "Gaceta Médica" en Guayaquil, como han existido y existen muchas Gacetas Médicas en otros países; pero descono-

ciamos la importancia y el número de ediciones de nuestra antecesora.

Conversando hace poco con el eminente pediatra y meritísimo ciudadano Dr. Francisco de Ycaza Bustamante, tuvimos conocimiento que "Gaceta Médica" antigua fue un periódico de verdadera importancia en su época, el primero en su género que se editó en la República, fundado por el consagrado clínico, fogoso polemista y batallador político Dr. César Borja, el 15 de Junio de 1893, y continuó apareciendo mensualmente, con absoluta regularidad, hasta el 15 de Mayo de 1895, alcanzando 24 ediciones. Motivos especiales determinaron la salida del país de su Director Dr. Borja, quien al establecerse en San José de Costa Rica, reanudó allí la publicación con el nombre de "Gaceta Médica de Costa Rica".

Los 24 números de la revista ecuatoriana cuidadosamente empastados, han sido donados por nuestro respetado amigo Dr. Ycaza a la Biblioteca del Hospital Luis Vernaza, donde los que interesen por esta clase de estudios, podrán deleitarse con la lectura de sus interesantes páginas, y tenemos la seguridad que experimentarán la misma honda emoción que hemos experimentado nosotros al comprobar que nuestros abuelos sí escribían y lo hacían muy bien; que tenían un elevado espíritu de asociación y formaron la Academia Libre de Medicina del Guayas; que trabajaban con grande empeño, iniciándose en técnicas de laboratorio y quirúrgicas insospechadas y que se preocupaban intensamente no sólo de los problemas inherentes al ejercicio profesional sino también a la higiene pública y privada, a la salud de la población rural, a las dificultades que se suscitaban en el campo médico legal, interviniendo también en aspectos más amplios de las ciencias físicas y biológicas: estudios meteorológicos, hidrográficos, botánicos, zoológicos, etc.

Sinceramente declaramos que al hojear tan valiosas páginas en las que se viven escenas descritas en las actas de la Academia que, numerosas se publican allí, hemos sentido escrúpulospor no habernos preocupado con más decisión de mantener el vigoroso impulso que al progreso médico dieron nuestros antepasados, y nuestro amor propio se siente un tanto menoscabado cuando comprendemos lo mucho que hicieron ellos, siendo tan pocos y disponiendo de tan exiguos e insuficientes elementos de trabajo.

Es en homenaje de esos maestros de la juventud universitaria, que en medio de las discusiones de interés profesional o científico, se preocupaban de estructurar nuevos y más favorables planes de estudios para la Facultad de Medicina, es en honor de los sabios y acuciosos investigadores, verdaderos adelantados de las actuales técnicas que son ahora rutinarias; es en memoria de esas almas nobles y generosas que sentían devoción por la carrera médica y sus obligaciones, que hemos confeccionado estas líneas para

desenterrar del polvo del olvido sus valiosos y meditados aportes en pro de la ciencia nacional y para colocar a sus autores en el verdadero y escogido sitio que les corresponde por su acendrado amor al trabajo, su abnegación por la humanidad que sufre y su amplio espíritu de comprensión, de verdadero y sincero patriotismo.

Entresacando lo más llamativo vamos a transcribir y comentar fragmentos de los artículos más interesantes y amenos y de aquellos que tienen cierta pecularidad en relación con la época.

El Dr. Emilio G. Roca hace muy curiosos comentarios acerca de dos personas aparentemente fallecidas que estuvieron en velación y resucitaron ante el comprensible estupor de los circunstantes.

He aquí algunos párrafos relativos a uno de los sucesos:

"Dos horas después, uno de los vecinos viene a participarme que desde mi salida, las convulsiones habían continuado casi sin tregua y que, por último, en medio de ellas, se había quedado como muerta; me dirijo a la casa para cerciorarme de lo que pasaba; y, en efecto, la encuentro pálida, inmóvil, insensible a las picaduras de una aguja, abolidos los reflejos nasales; no se percibían las contracciones cardíacas ni había indicios de respiración. El enfriamiento comenzaba ya en las extremidades. Era, pues, indudable que todo había concluído.

"Se colocó el cadáver en el suelo, sobre una alfombra, rodeado de las acostumbradas velas; y en tal estado pasó la noche, sin que la familia notase la menor alteración.

"A las cinco de la mañana, el hijo de la difunta, travieso muchacho, se levanta de su cama y comienza a trajinar por el cuarto, hasta que tropezando con uno de los cirios, da en tierra con él. Por una feliz casualidad, la llama quedó aplicada sobre el pómulo izquierdo. Al instante la muerta se mueve y trata de levantarse; entonces las personas presentes acuden sorprendidas y la llevan a su cama..... Pocos momentos después me encontraba ya a su lado. Todavía no podía articular bien las palabras: su lenguaje era confuso; la vista y el oído funcionaban mal, el corazón latía exageradamente, y los demás funciones parecían normales; lo único que requería algunos cuidados era la extensa quemadura de segundo grado, que ocupaba el pómulo y partes adyacentes, con destrucción también de casi todas las pestañas de ese lado. A poca costa se cicatrizó la ulceración y algunos días después se hallaba la señora completamente restablecida. Desde esa fecha la he asistido varias veces de otras afecciones, y aunque siempre neurópata, no ha vuelto a sufrir el ataque".

El Dr. César Borja nos deja maravillados con el estudio de un caso de cirrosis biliar de Hanot, cuya prolija y minuciosa necropsia la completó con el examen histopatológico del cual exhibe 4 microfotografías que proyectaremos después.

El tituló muy modestamente de ensayo a su valioso esfuerzo, como puede leerse en el siguiente párrafo.

"**Estudio Histológico.**—Convencidos de nuestro diagnóstico, comprobado en la autopsia, y deseando contribuír, aunque en la escasa medida de nuestros conocimientos y facultades, al estudio de la histología patológica del hígado, en la rara enfermedad revelada hace pocos años por Hanot, llevamos al campo del microscopio algunos cortes de la víscera hepática, fina y prolijamente preparados y coloreados por nuestro compatriota el Licenciado en Farmacia don Ramón Flores Ontaneda, químico notable y hábil y aprovechado discípulo de Leroux, de Lateux y de Pasteur. Así, ayudados, o mejor dicho, dirigidos, por nuestro excelente amigo, en extremo bondadoso y modesto, hemos dedicado con gusto largas horas al estudio de las piezas representadas en las figuras 1, 2, 3 y 4 de la plancha adjunta; sirviéndonos para ello de cortes muy finos, como dijimos antes, de fragmentos de la víscera, previamente endurecidos".

Realmente es edificante apreciar el espíritu investigador del Dr. César Borja, quien se afana por llegar, como tratamos de hacerlo ahora, a la máxima comprobación del diagnóstico que reside en el estudio anatomo-patológico, la única estructura firme e inconmovible que ha permitido el progreso cierto y documentado de nuestros conocimientos médicos.

El Dr. Francisco Martínez Aguirre, cuya tradicional actividad e imaginación creadora, desbordaban el campo puramente asistencial, no ha dejado pruebas elocuentes de su extraordinaria y múltiples habilidades.

La vocación quirúrgica, debidamente cultivada por su afanoso empeño de perfeccionamiento, se manifestó en admirables relatos de autopsias y de técnicas de cirugía que personalmente ilustraba con claros y nítidos dibujos, de los cuales reproducimos varios en la tarjeta conmemorativa de este homenaje.

La perfección del detalle y la originalidad de la concepción eran las características técnicas del reputado maestro, cuya consagración quirúrgica quedó establecida e indeleblemente marcada con la implantación de los requisitos asépticos en nuestro medio

y el perfeccionamiento del instrumental quirúrgico que él utilizaba, muchas de cuyas piezas, de su personal creación se conservan en el Museo de nuestra Sociedad.

El Licenciado en Ciencias Químicas, Don Ramón Flores Ontaneda, honra y prez de los laboratoristas locales de todas las épocas, publica mucho trabajos de análisis de aguas potables de la ciudad y lugares vecinos, y contribuye también a las aplicaciones clínicas del laboratorio, siendo un decidido y desinteresado colaborador de los médicos de entonces.

A propósito de un enfermo con discromia (probablemente mal de Pinto o enfermedad azul del valle de los Chillos), que le enviara el Dr. César Borja, al darle cuenta del análisis de la orina se expresa Don Ramón en los siguientes términos:

"Mi estimado doctor y amigo:

"He tenido la satisfacción de trabajar el análisis de la orina que Ud. ha tenido a bien remitirme. Se lo agradezco, porque me ha proporcionado un tipo muy raro de Orina Azul.

"Sólo dos ocasiones he tenido por delante una orina de esta naturaleza. La primera, hace ya unos cinco años, fué eliminada por un joven de 24 años, soltero, que desgraciadamente falleció víctima de una peritonitis, según me lo dijo el médico que lo asistía. En aquella orina había, como elemento anormal, una grande cantidad de peptonas. La indigotina, a pesar de existir en una cantidad suficientes para poder clasificar dicha orina como "azul", no fué bastante para obtener la cristalización de ésta. Las soluciones alcohólicas, etéreas y clorofórmicas, apenas tenían un tinte ligeramente violáceo, si es verdad también que la cantidad de líquido de que pude disponer no fue más que 120 gramos. Desde entonces deseaba volver a ocuparme de un trabajo parecido y de allí por lo que doy a Ud. mis agradecimientos.

"El análisis en cuestión da los resultados siguientes:

"Microscopio: los sedimientos están compuestos de lo siguiente:

"Grandes masas de cristales de fosfato-amónico-magnesiano, grandes masas de carbonato de cal; enorme cantidad de cristales prismáticos azules y transparentes de uroglaucina.

"Entre los elementos histológicos, abundan los glóbulos sanguíneos, muchos leucocitos y epitelio de la vejiga.

"Bacteriología.— El análisis bacteriológico no dió ninguna indicación sobre los microorganismos patológicos que algunas ocasiones se encuentran en la orina.

"Habiendo observado 200 cc. de orina para aislar la uroglaucina, seguí el procedimiento recomendable del señor Mehu, y en efecto, la cantidad de cristales que pude obtener bien puros, fué de 0,122, así es que en 24 horas ha eliminado el enfermo 0,488 de materia colorante.

"Quedó de U. Sr. Dr. y amigo S.S. Q. S. M. B."

No dejamos de apreciar el gran empeño que ponían los investigadores en sus trabajos y la extremada cortesía de que hacían gala.

El eminente anatómico y consagrado oculista Dr. Antonio Falconí, cuyas profundas y amenas lecciones tuvimos el honor de alc[illegible]nzar, [illegible] May[illegible]o de 189[illegible]4 un vali[illegible]so a por[illegible]te a la oculístic[illegible] titul[illegible]ado [illegible]ocent[illegible]es is" un[illegible]o de cuy[illegible]s [illegible] [illegible]rra[illegible]fos transcribimos.

"En diciembre próximo pasado se presentó P. N. de 26 años de edad, regular constitución y trabajador en el campo. Por descuido sufrió en el ojo izquierdo un ligero golpe ocasionado por la rama de un árbol, y desde entonces se le presentó una inflamación que le hacía sufrir muchísimo, tanto por el dolor como por el constante lagrimeo y supuración. Examinada la córnea se observó que estaba alterada en casi toda su extensión y la cámara anterior llena de pus. Los dolores eran intensos, con visiones luminosas subjetivas y más síntomas que revelan el aumento de tensión intraocular. No había que perder tiempo; la keratocentesis era la única esperanza de salvar el ojo. En efecto, la operación dió salida al contenido de la cámara anterior, con lo que se logró obtener una notable disminución de los dolores y la desaparición de los fenómenos de presión interna. Después de dos días de aparente calma, vuelven a reaparecer los dolores, y aumenta la supuración, a pesar del tratamiento antiséptico. Entonces echo mano de las preparaciones mercuriales intus et extra, sospechando que alguna infección sostenía esta manifestación local; pero en vano, porque parecía que aumentaban más los dolores; ni la medicación bro[illegible]m[illegible]urada[illegible]s [illegible] [illegible]m[illegible]orfina, correspondían a las indi[illegible]c[illegible]acione[illegible] [illegible] [illegible]nis[illegible]tra al paciente altas dosis de quinina y como por encanto ceden los dolores, marchando paulatinamente la cicatrización de la úlcera. Insisto en la medicación quínica, merced a ese tratamiento y a la constante medicación antiséptica se logró conservar el ojo, completamente leucomatoso, pero sin dolores. Esta forma de keratitis me ha parecido muy especial, tal vez sea una lesión [illegible]ada por el elemento palúdico, que no ha podido ser combatido sin la intervención de la medicación específica".

Es muy curiosa la observación publicada, del Dr. César Borja; acerca de un caso fatal de fiebre amarilla, de forma urémica, según se ve en el título, que estudió junto con mi inolvidable maestro Julián Coronel y en el cual, en el 14º día, se lee esta prescripción, que demuestra el uso de los recursos parentéricos ya comunes en esa época:

"Prescripción.— La misma poción; (cafeína, benzoato sodio), gránulos de estricnina, vino de quina; leche helada; y compresas, en los hipocondrios, en el epigastrio y en la región lumbar, de franelas calientes empapadas con una solución de cloroformo en bálsamo de Fioravanti. Pedimos una consulta para las 11 del día.

"A la hora indicada nos asociamos con nuestro colega el Dr. Julián Coronel; y de acuerdo con dicho facultativo, decidimos administrarle al enfermo las mismas substancias de la poción en inyecciones hipodérmicas, alternando con otras de éter. Se le prescribieron además, enemas de vino de Champagne diluído, y el mismo licor a tomar de hora en hora, y en pequeñas porciones, con hielo".

El Dr. Samuel Mora se prodiga en numerosos y bien documentados artículos que bajo la denominación de "Mortalidad de los niños de Guayaquil, Historia, Causas y Remedios", ocupan varios números de "Gaceta Médica".

Entre las causas hay juiciosos razonamientos explicativos de la fácil propagación de las enfermedades; pero en medio de eso hay ciertas razones que ahora nos parecerían ingenuas y poco admisibles.

"Tercer Foco.— Los water-closets, cuya existencia en la localidad data de muy poco tiempo, desde que se realizó el proyecto del agua potable y que no tienen razón de ser, ya porque la naturaleza geológica del subsuelo no permite una canalización científica, ya porque no hay de donde traer el torrente contínuo que arrastre las materias fecales y las aguas sucias de toda la población. A esto se agrega la manera cómo los colocan y el lugar donde los ponen. En París, Londres, Nueva York, ciudades modelo por su higiene los colocan bien lejos de la casa y con tubos de escape o ventilación para los gases mefíticos, no obstante la corriente contínua que los recorre. Aquí hay hoy más de 200 de estos enemigos de la salud, ostentando su arquitectura en los portales o en los mismos dormitorios. Cuando baja la marea, los ciegos pueden adivinar su lugar en el centro de la población por

medio de las narices que dan el alerta de tan cruel enemigo. En la estación seca, que antes era la delicia de esta ciudad por la temperatura baja y por el Chanduy, viento reinante que sopla del S. O. al N. E. desde las 4 p. m. hasta las 4 a. m., el microbio de Eberth, discurre libremente por la capa inferior de la atmósfera con la guadaña en ristre, sembrando la desolación en los hogares, sin perdonar a los inocentes parvulillos que son las víctimas de su predilección".

Seguramente los gasfiteros y demás artesanos que intervinieron en la instalación de esos servicios fueron responsables de que los médicos rechazaran esos artefactos y los tacharan de enemigos de la salud pública.

* * *

En Enero de 1894 se fundó la Academia Libre de Medicina en cuyo seno se discutieron asuntos de carácter técnico, asistencial, profesional, higiénico, educacional y en general se trataron temas del más alto interés colectivo.

Su Directorio estuvo constituído así:

Presidente	Dr. Federico Mateus.
Vice-Presidente	Dr. Honorato Chiriboga.
Secretario	Dr. Juan B. Destruge.
Bibliotecario	Dr. Emilio G. Roca.
Tesorero	Dr. J. Julián Coronel.

Designó además sus miembros correspondientes, de los cuales los más destacados fueron el Dr. Luis Cordero, Presidente de la República y el célebre Padre Sodiro, de la Escuela Politécnica de Quito, fundada por don Gabriel García Moreno.

Vamos a leer un fragmento de la sesión del 2 de Setiembre de 1894, en la que se aprecia el entusiasmo al mismo tiempo que el mesurado juicio clínico que se demostraba en esas reuniones.

"El Presidente (Dr. Federico Mateus): He leído en la "Gaceta Médica" el trabajo del Dr. Falconí, y me complazco en felicitar por él al autor, quien en vano quiere, con su natural modestia, desconocer la importancia de su estudio. Hay, en efecto, en el trabajo presentado por el Dr. Falconí, cuestiones científicas de grande interés, dadas las condiciones higiénicas y la constitución médica del medio en que vivimos; y es sensible que la Comisión no haya aprovechado aún las observaciones del Dr. Falconí, que se prestan para un estudio crítico de alta importancia. Y en tanto la comisión rinde el informe respectivo, sea, de nuevo; tema de discusión el estudio del Dr. Falconí.

"El Dr. García Drouet: Me es grato declarar que he tenido ocasión de corroborar una de las observaciones más importantes del Dr Falco ní, la que se refiere a las oftalmías de naturaleza palúdica. Hace pocos días fuí llamado por un individuo adulto que padecía una conjuntivitis unilateral que en apariencia era simplemente catarral. Agoté el tratamiento clásico, y prescribí cuanto está racionalmente indicado en estos casos, sin obtener ningún resultado; pero la enfermedad comenzó a ceder y se curó en ocho días, merced al tratamiento exclusivo del bronhidrato de quinina a la dosis de 1 gm al día.

"El Dr. Borja: No creo que, de que una oftalmía catarral se cure con una sal de quinina, se ha de deducir que la afección curada haya sido o sea de naturaleza palúdica. En los corizas simples o febriles, acompañadas o no de fluxión ocular, es tan eficaz la quinina y tan conocido su uso, que aun hay un tratamiento muy usado en Estados Unidos, que consiste en sorber, como rapé, polvo de sulfato de quinina puro o mezclado con alguna otra substancia.

"El Presidente: Es un hecho que el paludismo preexistente en un individuo cualquiera, modifica profundamente su estado general; y los cirujanos tienen muy en cuenta este hecho y propinan a los sujetos palúdicos el sulfato de quinina, cuando tienen que operar en ellos".

Podríamos continuar relatando numerosos episodios y hechos consignados en esos invalorables papeles viejos, haciendo desfilar los trabajos y anotaciones de Julián Coronel, Federico Mateus, Juan B. Destruge, Guillermo Gilbert, Honorato Chiriboga y los demás integrantes selectos de la medicina guayaquileña de fin de siglo, pero sería excederme de lo propuesto y agotar la tolerancia de quienes benévolamente me escuchan. Me propongo publicar en forma más detallada estas verdaderas joyas de la medicina nacional, a las que debemos dar todo la difusión y realce posibles, en mérito a los empeños desplegados por nuestros esforzados y valientes antecesores.

Para terminar, abusando de vuestra paciencia voy a leer las reflexiones del Dr. César Borja, acerca de un caso de pleuresía purulenta, que pintan al ilustre maestro como ansioso buscador de la verdad y meticuloso clínico preocupado de encontrar en las incipientes técnicas de laboratorio de entonces, la colaboración indispensable para sus asertos.

"Hecho el diagnóstico de pleuresía purulenta y comprobado luego, mediante la punción exploradora, era necesario hacer el diagnóstico diferencial entre la pleura purulenta simple y la tuberculosa. La integridad del pulmón izquierdo, la enormidad del derrame; y, sobre todo, la forma y naturaleza de los esputos, —de pus de buena calidad, como se llamaba hasta hace pocos años a esta clase de pus—, me inclinaron a considerar esta pleuresía co-

mo puramente simple; pero era preciso distinguir, mediante el análisis del pus mismo del derrame, previamente puesto en cultura, cuál de los microorganismos piógenos que ordinariamente se encuentran en el pus pleural, caracterizaba el caso presente. Por desgracia, no fue posible poner en claro este punto importante de la etiología y patogenia de la pleuresía en que me ocupo. Nuestro hospital carece aún de un laboratorio de bacteriología clínica; y no siempre es fácil recurrir a nuestro hábil bacteriólogo, señor Flores Ontaneda; ya porque su laboratorio está en lugar muy apartado de la ciudad; ora porque —y esta es la razón más poderosa— no es posible molestar a cada paso al señor Flores, persona muy ocupada, en trabajos y estudios científicos e industriales muy interesantes. Sin embargo, el análisis de los esputos, practicado por el Sr. Flores, no dió ningún resultado positivo, ni en cuanto al bacilo de Koch ni en cuanto al pneumococo ni al staphilococo ni al streptococo.

"C[illegible] one r, dada la naturalez a del pus del de rrany [illegible] naci ón felices de la enfermedad, que sólo se trataba de una pleuresía de pneumococo; hipótesis que se robustece con el hecho de haberse producido el derrame, según se deduce de los antecedentes, en la primera semana de la enfermedad".

Una última transcripción nos permite apreciar la personalidad científica y exquisita modestia del sabio investigador ecuatoriano Lcdo. Don Ramón Flores Ontaneda.

"EL MICROBIO DEL COLERA: Muy lejos de mí la pretensión de hacer un estudio profundo sobre el agente que causa en el hombre una de las más terribles enfermedades de origen parasitario, cual es, el Coma-bacilo de Koch.

"¿Qué podría decir yo a más de lo que se ha dicho por sabios eminentísimos y especialistas en la floreciente ciencia de Pasteur?.... Nada. Mi pequeñez, la insuficiencia de conocimiento y los pocos medios de que dispongo para continuar este bello estudio, está a la vista de todos. Así, pues, suplico se me perdone la osadía de escribir estas pocas y mal trazadas líneas, en gracia de mi buena intención. Mi objeto no es otro que apoyar las medidas que nuestra Junta de Sanidad emplea, cuando aquel poderoso enemigo se recuerda de su sueño letárgico allende los mares.

"El 21 de Marzo de 1892 preparé en el Instituto Pasteur, en París, una cultura del bácilus vírgula en agar-agar, bajo la dirección del sabio profesor señor doctor Roux, quien nos decía en su lección oral que, según las experiencias hechas hasta entonces, no sólo por él, sino por varios otros sabios como Koch, Hueppe y otros, esas culturas no duraban sino a lo sumo diez meses y a condición de que éstas fuesen purísimas.

"Cuando se terminaron esas sabias y memorables lecciones, cerré mi tubo de cultura a la lámpara de esmaltar, con el objeto de

traer a Guayaquil una muestra, en mi colección de micro-organismos.

"Desde aquella fecha hasta hoy, han transcurrido veintiún meses: la cultura ha sido conservada a merced de nuestra temperatura; estaba pues, casi convencido, no sin fundadas sospechas, de que aquellos seres habían acabado su existencia. Sin embargo, por curiosidad y aprovechando de algunos buenos medios nutritivos recientemente preparados, hice un semilleo en un tubo de gelatina, por picadura con un pequeñísimo fragmento de la vieja cultura y he aquí el resultado:

"A las 24 horas, no sin grande sorpresa, observé que se habían desarrollado una infinidad de colonias a lo largo de la picadura y a las 48 horas vino la liquidación de la gelatina, afectando dicha liquidación la forma característica de embudo.

"Observando al microscopio una gota de dicho líquido se distinguen claramente los movimientos; y con ayuda de materias colorantes se pone de manifiesto su forma de coma.

"Así, pues, no sólo se conserva el bacilus de Koch cultivado en agar-agar durante solo diez meses sino más del doble del tiempo señalado; y, a la temperatura de Guayaquil se desarrollaba en el mismo tiempo y bajo las mismas apariencias que en Europa.

"Según esto, nada de lo que se ha hecho hasta aquí para preservarnos del contagio ha sido supérfluo: antes al contrario, creo que cuando se trate de una nueva aparición, se redoblen los cuidados y se tomen las más rigurosas medidas. Jamás se podrá hacer lo bastante para impedir que nuestro suelo virgen hasta hoy sea invadido por ese asolador y microscópico organismo"

Agradezco cordialmente a los colegas que han asistido a escuchar este relato, en particular me complazco en expresar mis agradecimientos a aquellos médicos que, habiendo vivido la iniciación de su vida profesional en esos años idos, pueden sentir hondamente la emoción de revivir esos gratos e inolvidables episodios.

En homenaje a esos maestros del pasado os pido guardar silencio de pie durante un minuto.

Informe a la Nación

Párrafos del que, como Ministro de Gobierno y Oriente, presentó al H. Congreso Nacional de 1948.

Deber Fundamental del Gobierno Interino

El Gobierno interino que preside el Excmo. Sr. Dn. Carlos Julio Arosemena, fue la clara y unánime decisión de un Congreso Extraordinario convocado precisamente en momentos que el país acababa de experimentar una violenta y desconcertante sacudida política que lo puso al borde de la desorganización total, del más tremendo caos. El Presidente Sr. Arosemena, recibió encargo explícito del H. Congreso que le había designado, de convocar con la debida oportunidad a elecciones de Presidente y Vicepresidente de la República, que entrarían en funciones al terminar el interinazgo, y tanto el H. Congreso como toda la nación, apreciaron el gesto de abnegación y patriotismo del señor Arosemena y tuvieron la convicción de que el encargo iba a ser cumplido con la corrección que fue siempre norma característica de tan honorable ciudadano.

Por ello, se puede comprender las serias cavilaciones que atormentaron a los muñidores de la política cuando el Poder Ejecutivo anunció en forma clara y rotunda su inquebrantable resolución de poner en vigor en los próximos comicios, la Ley de Elecciones dictada por la Asamblea Nacional Constituyente el 18 de Febrero de 1947, Ley que pone fin a la influencia oficial y a las presiones interesadas en la designación de los primeros Mandatarios de la República, y confiere al ciudadano todas sus prerrogativas republicanas y al Gobierno y a organismos especiales las funciones de proteger y respaldar las aspiraciones de un pueblo libre, que tiende ansiosamente a regir sus destinos con sus propios esfuerzos, respetando las resoluciones genuinamente mayoritarias.

A las circunstancias anotadas se debe agregar la honda repercusión que en toda América, y especialmente en el Ecuador —por motivos de vecindad— tuvieron los trágicos sucesos ocurridos en Bogotá el 9 de Abril y que, después del estupor de los primeros momentos, mantuvieron un clima de honda preocupación y de intranquilidad en todos los ámbitos del continente, agudizando los problemas preexistentes y acentuando en nuestro país la atmósfera de inquietud establecida por el período preelectoral.

Las elecciones debían realizarse, y se realizaron, el 6 de Junio.

Este era el panorama político del país cuando me hice cargo de la Cartera de Gobierno, solicitado por el Excmo. Sr. Dn. Carlos Julio Arosemena, quien fue designado para ocupar la Presidencia Constitucional interina el 17 de Setiembre de 1947, por el Congreso Extraordinario convocado con motivo de la vacancia de tan alto cargo producida por renuncia irrevocable del señor doctor José María Velasco Ibarra el 23 de Agosto del mismo año, quien dimitiera la Primera Magistratura en favor de su Ministro de Defensa, Coronel Carlos Mancheno Cajas.

Acepté tan inmerecida como inesperada designación, confiado no ciertamente en mis condiciones personales, sino en el apoyo que esperaba encontrar, y efectivamente encontré, de mis distinguidos colegas de Gabinete, y en la sensatez y patriotismo de mis conciudadanos, quienes, al convencerse de la seriedad de los propósitos del Gobierno, se resolverían a ejercitar sus derechos y a cumplir sus deberes como miembros de una nación libre y democrática.

Labor Preelectoral

La primera etapa de mis labores fue concretada en su mayor parte a continuar la preparación preeleccionaria, en el mismo sentido que lo había hecho mi distinguido antecesor.

Se recalcó a todas las autoridades dependientes de este Ministerio, especialmente a las que ejercían atribuciones de mando, la ineludible obligación de mantenerse al margen de toda campaña de propaganda política, prohibiéndoles expresamente toda coacción moral o intimidación a sus subalternos, o siquiera recomendación hacia cualesquiera de las personas cuyas candidaturas presidenciales eran exhibidas.

Reiteradas publicaciones en diversos periódicos hicieron notar que en algunas poblaciones, el Clero, apartándose de las específicas funciones que debe cumplir, intervenía en forma desenvuelta en propaganda eleccionaria, produciendo la consiguiente desazón entre los electores y las justificadas protestas de partidos y organizaciones políticas.

Sin llegar a comprobar debidamente estas denuncias, fue del caso recordar a los altos poderes eclesiásticos las claras y terminantes cláusulas del Modus Vivendi, firmado por los Gobiernos del Ecuador y la Santa Sede el 24 de Julio de 1937, al mismo tiempo que se expidió a los señores Gobernadores de provincias la siguiente circular.

> El Gobierno Constitucional de la República está empeñado en mantener las normas democráticas que emanan de la Carta Fundamental y de las Leyes que nos rigen. En armonía con este propósito, no ha omitido esfuerzo alguno para realizar en forma efectiva tales postulados.

Es el proceso eleccionario, que por el momento constituye la preocupación mayor de la ciudadanía y la más alta responsabilidad de los Gobernantes. El Excmo. Señor Presidente de la República y los señores Ministros de Estado, han cooperado en esta labor, dictando medidas que impidan el ejercicio por parte de funcionarios o empleados públicos cuya situación burocrática se lo permita, influencia, coacción moral o imposición sobre sus subalternos en el sentido de favorecer los intereses de sectores políticos determinados. Las medidas adoptadas han dado lugar, en ciertos casos, a la remoción de algunos servidores públicos cuya definida filiación política y la relevante posibilidad de aprovechar sus cargos para servir a la misma, constituían peligro que pudiera empañar la conducta oficial relativa a tal proceso.

Siguiendo estas normas, considero muy oportuno recordar a usted a fin de que lo haga trascendental a las autoridades eclesiásticas de su jurisdicción, lo que dispone al Art. 4º del Modus Vivendi suscrito entre los Gobiernos del Ecuador y la Santa Sede, cuyo texto es el siguiente: "4º— La santa Sede renueva sus órdenes precisas al Clero Ecuatoriano a fin de que se mantenga fuera de los partidos y sea extraño a sus competiciones políticas". Esta disposición se complementa con los Arts. 1º y 2º de la Convención adicional que dice: "Art. 1º— La Santa Sede y el Gobierno del Ecuador dejan constancia de que el Art. 4º del referido Modus Vivendi en nada menoscaba la plena e incontestable libertad que asiste al Clero para predicar, exponer y defender la doctrina dogmática y moral católica". "Art. 2º— Los Boletines Eclesiásticos, órganos de publicidad de las distintas diócesis, destinados a la divulgación de los documentos Pontificios y Episcopales y a la exposición y defensa de la doctrina dogmática y moral católica, con prescindencia de cuestiones de política partidista, podrán publicarse y circular sin restricción alguna". Estas disposiciones son de tan claro tenor que no dejan lugar a interpretaciones artificiosas que puedan deformar su espíritu.

Igualmente es indispensable que usted haga difundir en la mejor forma lo que dispone el Art. 581 del Código Penal en su inciso segundo, que dice: "Serán reprimidos con prisión de cinco a siete días y con multa de treinta y uno a cincuenta sucres, o con una de estas penas solamente: Inc. 2º— Los ministros de un culto que, en los templos o lugares religiosos, calles o plazas, predicaren contra la Constitución o Leyes de la República, contra o en favor de un partido político determinado, o instigado a la rebelión o al desconocimiento de las Autoridades constituídas" Ratificaré por correo.— (f) MINGOBIERNO.

Mientras se tomaba estas medidas para garantizar la imparcialidad y la pulcritud del sufragio, mientras se difundía por todo el país la disposición de que ninguna autoridad ejerciera presión en el ánimo de los empleados y funcionarios públicos, inclinándolos en tal o cual sentido, sin que esto significara que se les prohibiera

el ejercicio del derecho de votar como ciudadanos; en tanto que se propagaba por toda la República el conocimiento de las nuevas prácticas eleccionarias, en nada parecidas a las tradicionales; se exhortaba reiteradamente a los ecuatorianos en aptitud de votar, para que, respaldados por la seriedad de los procedimientos del Gobierno, hicieran uso de este sagrado e irrenunciable derecho y cumplieran con el ineludible deber de aportar su espontánea opinión en favor del compatriota que consideraran más capacitado para regir los destinos de la Patria.

En vísperas de los comicios se publicó en los periódicos e hizo conocer profusamente por medio de estaciones radiodifusoras y de hojas volantes, el siguiente Llamamiento a la Ciudadanía.

> Se aproxima el día en que el Pueblo Ecuatoriano hará uso, con toda libertad, del más preciado don de que disfrutan las organizaciones democráticas. Del modo más autónomo debe elegir al ciudadano que regirá y administrará los destinos del País, durante el período constitucional de 1948 a 1952.
>
> Pocas oportunidades más felices que la presente se les pueden ofrecer a los ciudadanos para hacer uso de una de las prerrogativas esenciales de nuestra Carta Política, cuyo libre ejercicio es el elemento fundamental de nuestra soberanía.
>
> Todos los ecuatorianos se aprestan a disfrutar de este privilegio republicano y lo hacen seguros de que los Altos Poderes del Estado y los organismos específicos que intervienen en la función electoral se han preocupado, con la debida antelación, porque el elevado certamen cívico se desenvuelva dentro del marco de imparcialidad, pureza y corrección, que evidencie la estructura jurídica y democrática de nuestra nacionalidad.
>
> Los dirigentes de los diversos sectores políticos y sus respectivos coideararios han preparado sus posiciones para intervenir con fervor y entusiasmo en el evento eleccionario, y, aparte de leves incidentes y una que otra acalorada discusión pública con sus oponentes, muy explicables y comprensibles, es justo consignar la sensatez y conciencia de responsabilidad que hasta este momento han demostrado las organizaciones políticas auspiciadoras de las diversas candidaturas.
>
> El Ejército, noble Institución Nacional en que reposa la tranquilidad de los asociados y la seguridad del Estado, haciendo honor a su austera misión se mantendrá como celoso guardián de la Constitución y Leyes de la República, y garantizará la observancia de sus invulnerables preceptos.
>
> El Poder Ejecutivo, por intermedio de sus respectivos organismos, ha dictado las medidas más convenientes, para que la preparación y la realización del acto electoral, sean la demostración palpable de cómo debe ejercitarse este trascendental derecho, sin permitir que se desvirtúe la aspiración del Pueblo Ecuatoriano.

Es preciso que gobernantes y gobernados reflexionemos acerca de la necesidad inaplazable de rectificar el ambiente de desorientación que ha venido sufriendo el país, por falta de continuidad orgánica de la Administración Pública, debida a la inestabilidad de los Gobiernos, lo que no permite la elaboración de planes de acción estatal y la realización de labores constructivas.

Es tiempo de sobra que nos preocupemos del serio menoscabo que experimenta nuestro desenvolvimiento nacional, el cual se debe, en gran parte, a la dislocación que sufre todo el país cuando, con excesiva frecuencia, muchas veces sin causas justificables, se cambian los elementos directivos de la comunidad.

Sin dilaciones ni retardos debemos emprender en la consolidación de nuestros organismos representativos, no permitiendo la actuación de elementos negativos que, levantando la enseña de la irreflexiva, destructora y pertinaz desaprensión pretenden constituirse en los insustituibles redentores de la Patria, la cual lo que necesita en verdad, para prosperar es la cooperación solidaria, leal y abnegada que deben prestarle sus hijos, posponiendo intereses personales y censurables aspiraciones de círculo.

Cordura, ecuanimidad, tolerancia, sentido de responsabilidad y, sobre todo esto, puro y acendrado amor a la Patria y a sus democráticas Instituciones, es el postulado que debe tener presente todo ciudadano en el momento actual; ya que sólo estas condiciones permitirán feliz y útil aprovechamiento de nuestras capacidades nacionales.

Quienes aún estén indiferentes a los destinos de la República, deben apercibirse de la inmensa responsabilidad moral que pesa sobre todos los ecuatorianos en la hora presente. La institución del sufragio no debe ser apreciada unilateralmente, como un mero derecho a ejercerse, sino como un sagrado y profundo deber de interesarse por la suerte inmediata y futura de la Nación.

Que el voto, que es obligatorio, no se lo considere únicamente como un modo de evitar las sanciones legales a su omisión, sino como la oportunidad mejor para aportar, todos y cada uno de los ciudadanos, nuestra positiva contribución para enrumbar y engrandecer al Ecuador. — Quito, Mayo 16. — Dr. JUAN TANCA MARENGO, Ministro de Gobierno.

Las Elecciones

El pueblo ecuatoriano acudió solícito a cumplir su deber y ejercer su derecho, y como demostración imponente de verdadero civismo y de hondo y leal interés por el feliz enrumbamiento del porvenir de la Patria, se apresuró desde las primeras horas de la mañana a depositar su voto para la designación constitucional de los Primeros Magistrados de la República y, en largas y heterogéneas colas, esperó pacientemente para llenar su cometido.

El Ejército y la Guardia Civil Nacional custodiaron las interminables filas de votantes, contribuyendo a mantener riguroso turno en la espera, limitándose a evitar la congestión del tránsito con medidas atinadas y prudentes que facilitaron la labor de las Juntas Electorales.

No se registró el más leve altercado en ninguna población de la República, y esto y la pulcritud que primó en los procedimientos, enaltecen considerablemente ante el juicio de la Historia a los electores y a todos aquellos a quienes correspondió la responsabilidad de este acto.

Es mi deber ahora, -y al cumplirlo tengo gran satisfacción-, dejar constancia ante la ciudadanía del buen juicio que en todo momento primó en los dirigentes de las campañas que auspiciaron las diferentes candidaturas presidenciales y vicepresidenciales. Consignar tan grata realidad de mesura y ponderación, que contrasta con el ardor político convertido en virulencia que caracterizó a algunos torneos electorales pasados, resulta estimulante para nuestros anhelos democráticos, porque revela el sano propósito de los conductores de partidos y agrupaciones políticas, por disputar este género de victorias con procedimnetos que, con miras a su pureza y a la supremacía de la voluntad del pueblo, señalan las leyes vigentes.

El proceso eleccionario, tal como acaba de realizarse es, sin duda, un positivo avance en la consolidación de la vida política de nuestro país y la señal más evidente del grado de madurez republicana que el Ecuador ha alcanzado. En la conciencia ciudadana había tomado cuerpo la confianza de que los sufragios del 6 de Junio constituirían la ratificación efectiva de los preceptos legales que confieren al pueblo el carácter de rector de sus destinos. Se esperaba solamente una oportunidad para demostrar el progreso logrado en cuanto a civismo y sentido de responsabilidad y para expresar, en el claro lenguaje del sufragio, los anhelos populares de paz y de una política administrativa que impulse vigorosamente el desarrollo de las enormes potencialidades, aún inexplotadas, de nuestra nacionalidad.

Estas razones explican el notable incremento en el número de sufragantes observado en esta ocasión, número que se aproximó a trescientos mil, superando cifras alcanzadas en todas las elecciones anteriores. Efectivamente, remitiéndonos a los datos oficiales encontramos los siguientes cómputos en la designaciones presidenciales de los últimos 16 años:

elecciones de 1932: 60.900, aproximadamente,
elecciones de 1934: 65.000, aproximadamente,
elecciones de 1940: 82.000,

los mismos que establecen marcado contraste con el de 1948, al arrojar más del triple de aumento sobre la más alta cifra anterior, no obs-

tante que entre esta y aquella media un lapso de ocho años, igual al corrido entre 1932 y 1940, años en que la progresión no llegó ni siquiera al 25%.

Los ecuatorianos, que han comprendido ya que el ejercicio de sus derechos democráticos ha salido del plano de la utopía, que han valorizado de manera práctica lo que significa vivir en un régimen auténticamente republicano, donde se respeta y se hace respetar los postulados de la Carta Política y el derecho de clara y libre expresión del pensamiento, el respeto que merece la opinión del ciudadano y el respeto que éste debe al modo de pensar de los demás; los ecuatorianos, repito, que han podido ahora apreciar de modo preciso lo que significan las normas legítimamente republicanas y establecer comparaciones con lo que en algunas épocas anteriores se llamó libertad de sufragio, no permitirán que maniobras habilidosas o componendas espúreas enturbien el claro panorama que se perfila con rasgos firmes en el porvenir de la nación y de los asociados.

Consideraciones Post—Electorales

El resultado de las elecciones de Junio, que será definitivamente proclamado por el Congreso de acuerdo con la Ley, se lo respetará por constituir, precisamente, el reflejo de la voluntad popular. Al expresar esta esperanza, es menester formular algunas consideraciones para reflexión de las fuerzas políticas que contendieron en el torneo.

Ni el triunfo debe ser juzgado por los triunfadores como victoria definitiva, ni la derrota por los grupos opuestos como estigma vergonzoso. En cuanto a los primeros, su victoria auténtica la constituirá una administración honesta, progresista, patriótica, que haga dignos a sus personeros de la confianza que en ellos depositó el pueblo elector, imperativo que el Ecuador necesita y exige con premura. En cuanto a los segundos, la pérdida en lid caballerosa como la ocurrida, debe ser estimada como factor que los mueva a la unificación, a modificar planes de acción o procedimientos que pudieron resultar inadecuados, al reajuste de filas partidistas y a meditar acerca de que la experiencia es sabia maestra cuyas lecciones aprovechan a veces más que los triunfos pasajeros. Las doctrinas, las corrientes ideológicas que inspiran a los partidos y agrupaciones políticas, tienen valor universal y eterno; la alternabilidad es norma constitucional que rige los Gobiernos en nuestro país; infinidad de nuevas oportunidades se presentarán en el futuro de la historia nacional para alcanzar la victoria que en el presente fue esquiva, y corresponde prepararse para entonces, sin perjuicio de considerar ahora mismo, que todo plan o sistema de trabajo de grandes alcances, como los que deben ser estructurados para un período constitucional, requieren el concurso del mayor número de personas o entidades con capacidad, conocimiento y buena voluntad al servicio del

ideal de Patria, y tales personas, que honran y prestigian a los partidos, pueden honrar también y prestigiar a gobiernos, dentro de ellos o con el aporte de sugestiones que estos mismos pueden aprovechar.

El Poder Ejecutivo es el poder administrador, y su representante, el Presidente de la República, demandará la colaboración de todos los hombres de valor, militantes en todos los sectores, soldados de todas las ideologías, para poder cumplir tan grave como delicado cometido; las responsabilidades del Gobierno no alcanzan tan sólo a quienes lo ejercen sino también a quienes tienen el deber patriótico de colaborar, máxime cuando éstos, siendo llamados, tuvieron una oportunidad de llevar a la práctica, aunque sea a la medida de la función para la que se les demandó, los postulados que predicaron en la etapa preeleccionaria.

El Gobierno que ha nacido de esta libre expresión de la voluntad de la ciudadanía, será también escrupulosamente respetuoso de la Constitución y las instituciones de la República, y apoyado en la cooperación que el pueblo está obligado a prestarle, se contraerá con entusiasmo, decisión y espíritu de sano nacionalismo, a resolver las exigencias administrativas del momento y a encarar —con la eficaz colaboración de los organismos técnicos especializados— los problemas que el país confronta, tratando de encontrar los métodos conducentes a aprovechar las potencialidades de nuestra vigorosa y joven República. En ningún momento deberá flaquear en sus propósitos, que, desde ahora, se los presume sinceramente patrióticos y rehabilitadores, y que inspirándose en las nobles palpitaciones de pura ecuatorianidad, harán que los ciudadanos se apresten, cada uno en su esfera, a aportar lo que sea útil, constructivo y enaltecedor.

Por tanto, rechacemos el empleo de la violencia como reacción ante el fallo adverso de los tribunales específicos o del H. Congreso al proclamar el resultado definitivo de las elecciones. Y rechacémosla también como el inevitable recurso zanjador de cuestiones que pueden ser combatidas con la idea. Si tales procedimientos hubieran de constituir siempre la oposición, el mundo viviría un clima de revolución permanente. Evitemos que el Ecuador se deshaga con estas actitudes irreflexivas o dictadas por intereses proditorios, que en todo caso redundan en perjuicio del desarrollo cultural y material del país.

Huelga de Ancón

En la primera quincena de Junio se produjo un conflicto, entre patronos y obreros, en el campamento petrolero de Ancón. Tal conflicto determinó una huelga de los trabajadores del campamento, a la que se adhirieron, por solidaridad y de acuerdo con facultades legales expresas, algunas agrupaciones clasistas, incluyendo el Sindicato Ferroviario.

El trámite legal fue escrupulosamente observado por los organismos competentes; el señor Ministro de Previsión Social doctor Alfredo Pérez Guerrero, enfocó el problema con grande inteligencia y decisión, poniendo de relieve al hacerlo su espíritu de justicia y equidad, a la vez que el vasto conocimiento y dominio de la Legislación del Trabajo que le han permitido tan brillante desempeño de la Cartera que le fue confiada.

Menciono en esta memoria asunto tan ajeno, en su parte esencial, a las labores del Ministerio de Gobierno, para hacer resaltar la conducta observada por el Ejecutivo, ajustada en todo a los preceptos constitucionales, respetando la garantía constitucional de reclamo, reconocida a los trabajadores.

En ningún momento terció la fuerza pública en el desarrollo de la huelga, porque la actitud de los obreros, seguros de sus derechos y confiados en que el imperio de la Ley es norma del Gobierno, fue tranquila, serena y sin exaltaciones, por otra parte innecesarias e impropias de agrupaciones que ejercen un derecho.

Con el fin de que no se produzca interrupción de los servicios asistenciales, de transporte y otros indispensables para la vida regular y la satisfacción de necesidades inaplazables de la colectividad, el Gobierno dispuso por medio de sus funcionarios y empleados, sin utilizar procedimientos de fuerza y respetando a los trabajadores, que se facilitara la distribución de petróleo y sus derivados tomándolos de los depósitos de Guayaquil, Eloy Alfaro y Puerto Rico, por cuanto estos lugares se encontraban fuera del límite hasta el que la huelga se extendió, conforme a la declaración respectiva que textualmente expresaba: "Hemos declarado la huelga en el campamento minero de Ancón". Ello permitió que no se interrumpieran en ningún momento los servicios indicados, que la tranquilidad inicialmente alterada volviera a la ciudadanía y el pánico no se produjera, según lo presumían en un comienzo sectores pesimistas. Las medidas adoptadas redundaron en la producción de un ambiente de confianza en la actitud del Gobierno y en que el problema obrero sería resuelto mediante las leyes respectivas.

REGION ORIENTAL

Alejamiento Espiritual

La Región Oriental no ha podido ser hasta el momento debidamente atendida, circunstancia que ha contribuído, en gran parte, a la paulatina reducción de su extensión que nos fue legada, pues no ha llegado a incorporarse plenamente en la corriente civilizadora del resto del territorio patrio, y no ha podido arraigársela en la conciencia nacional con la fuerza que hubiera determinado su conocimiento. El Oriente ha existido para los ecuatorianos como la zona tenebrosa, inexplotada, agreste, ubicada allende el ramal andino oriental, y ha habido más bien un sentido afectivo,

remoto e impreciso, al considerársela formando parte del patrimonio territorial del Ecuador, lo que en definitiva resulta pernicioso para que prospere la buena voluntad por impulsar su desarrollo.

Ensayos Frustrados

En lo demás, ha sido norma la de ensayar numerosos intentos encaminados a interesar a la ciudadanía por el territorio oriental, empleando habitualmente recursos altisonantes pero poco efectivos, que han fenecido a poco de ser planteados. O ha ocurrido que, estudios serios, con planes viales concienzudos y meditados, han claudicado por deficiencias económicas insubsanables.

Irrealidad y Fantasía Perniciosas

La propaganda de las bellezas naturales, de la extensión infinitamente grata del panorama, del benigno clima de algunas de sus zonas, de la feracidad de su suelo, de la casi fantástica fauna característica de sus selvas, del imponente caudal y turbulencia de sus ríos, que tejen estrecha red en la dimensión total de los territorios de Oriente, ha llegado en su exaltación hasta el límite concebible. Con elementos tan propicios para una literatura convincente, a los que se ha agregado los de la fantasía que en cada caso ha aportado el autor, y los de una exageración novelesca respecto a tribus salvajemente irreductibles de cortadores de cabezas y fabricantes consuetudinarios de tzan-tzas, se ha creado —por parte de escritores y articulistas nacionales y extranjeros, que en su mayor parte no han llegado a poner los pies en aquellas tierras vírgenes—, una atmósfera de misterio y temor, que permite intuir la existencia de fabulosas riquezas naturales y despierta en la mente peligros insalvables, riesgos sin ponderación y una trama completa que excita la curiosidad de exploradores y aventureros o mueve a la elucubración poética, pero que en general es falsa, irreal, por más que en ciertos aspectos, los menos pavorosos, disquisiciones y relatos tengan un fondo veraz, y todas estas ampulosidades y desvaríos encuentran su explicación si se reflexiona en que versan sobre una naturaleza inexplorada.

Necesidad de una Propaganda Realista

Es menester contrarrestar con una propaganda realista el perjuicio causado por la fantasía enunciada. Es indispensable sembrar en la conciencia de los ecuatorianos la convicción de que uno de los deberes fundamentales que impone el patriotismo es el de llegar hasta el Oriente con el sagrado fin de incrementar en él la propiedad privada y la explotación consiguiente de amplios territorios, que esperan el trabajo del hombre para entregar su riqueza exhuberante. Dejemos de considerar heroico el hecho de

visitar pertenencias de la Nación, porque esto no implica sino un aporte necesario a la faena del resurgimiento nacional, que debe inspirar con carácter imperativo a todos los ecuatorianos. Rechacemos la actitud de quienes retornan de aquel sector del territorio nacional con la vanagloria de haber convivido con salvajes, con trofeos espúreos probatorios de su magna experiencia, máxime cuando en muchos casos su decantada exploración no ha tenido otros destinos que ciudades y poblaciones progresistas y florecientes, como el Puyo, Tena, Macas, Shell Mera y otras similares, que dejaron hace mucho tiempo de ser inaccesibles o tener acceso dificultoso.

Planes Realizables

Es posible trazar planes sencillos y factibles, si prima el buen sentido, para compenetrarse de esta necesidad suprema del Ecuador, elevando las exiguas cifras, que se pretende ahora que sirvan para atenderla, a más adecuadas asignaciones que pongan en marcha estos proyectos.

En el corto lapso de las funciones que me fueron encomendadas, a la medida de lo posible y atenaceado siempre por la desesperante limitación impuesta por las asignaciones presupuestarias para Oriente, el Ministerio de Gobierno se ha empeñado en servir estas finalidades. La prensa y la ciudadanía, de múltiple modo han expresado su aprobación y apoyo invalorable, como el que ahora se exige de los organismos estatales correspondientes. Apóyese los planes para el Oriente, como medio positivo de hacer Patria.

La administración de Oriente ha sido encargada, sucesivamente, a una serie de dependencias como la Dirección de Oriente, o el Directorio de Oriente en 1940, adscritas a los Ministerios de Defensa o de Gobierno, las mismas que han debido cesar en sus funciones por razones de orden económico.

El Ministerio de Oriente

Es conveniente ya que se encare el problema de la administración de Oriente con un criterio más elevado, más concorde con las necesidades de aquella región en que se cifra el futuro del Ecuador, dejando de lado los ensayos periódicos de organismos con esfera limitada de atribuciones y rentas que estrechamente alcanzan para cubrir los gastos que demanda su propia administración interna. Es menester pensar ya en la formación de un departamento especial: el Ministerio de Oriente que, con una regulación legal adecuada y los medios necesarios, imprima un ritmo de impulso y de progreso y haga lo que debe hacerse en tan amplia como rica extensión territorial.

Colonicemos Nuestro Oriente y Haremos Patria

No hay manera de salvar el Oriente sino favoreciendo su colonización. Esta realidad debe convertirse en lema que se inculque en la mente y el corazón de los ecuatorianos, lema que no obstante lo viejo y conocido, debe repetírselo y difundírselo hasta la saciedad, para que forme parte inseparable de nuestros sentimientos ecuatorianistas y determine en nosotros impulsos inconscientes, que promuevan nuestras actividades e intereses hacia ese propósito. Este fin se ha perseguido al organizar la Campaña Nacional de Propaganda pro Oriente, de tres semanas, que es razonable presumir logre su objetivo.

Apelación ante el H. Congreso Nacional

Un programa sencillo y practicable se lleva también a consideración del H. Congreso Nacional; siempre lo de la ciudadanía que se acoja, si no el plan integral, el fin que lo guía, por más que la ilustrada consideración del H. Congreso modifique lo que, para el Ministerio de Gobierno, es lo menos que puede hacerse por la región esperanza de la Patria. El plan comprende la formación de granjas agrícolas, medios de transporte, estímulo para los colonizadores, impulso para concluír caminos ya comenzados, etc., y contempla, de modo preferente, el fomento de las misiones religiosas ya establecidas en el país o de otras que puedan establecerse, pues la labor de colonización cumplida por estos organismos está sancionada por la experiencia en todos los países. (Anexo Nº 8)

Fundación de la Junta Nacional Pro-Oriente: JUNO

Alocución pronunciada como Ministro de Gobierno y Oriente en Quito el 20 de Julio de 1949, con asistencia del Excmo. Sr. Presidente de la República Dn. Carlos Julio Arosemena, Ministros de Estado, Presidente de los H. H. C.C. de Senadores y Diputados y Gobernadores de todas las provincias.

Esta asamblea pública convocada por el Ministerio de Gobierno y Oriente, es para estudiar los medios de incorpar nuestras provincias orientales a la vida nacional; y lo nutrido y selecto de esta concurrencia debe ser estimado como demostración fehaciente de estos saludables propósitos.

El espíritu que debe primar en estas sesiones no será de lamento por cosas no cumplidas en favor del Oriente.

Tampoco debe hacerse crítica implacable contra los organismos oficiales, achacándoles actuaciones defectuosas o interesadamente despreocupadas.

Críticas de esta clase no construyen nada porque es difícil, por no decir imposible, establecer responsabilidades, y sobre todo porque los Gobiernos no son los únicos responsables de la marcha del País, y gran parte de la culpabilidad en las cuestiones de Oriente debe ser compartida por todos los ecuatorianos, que hemos mirado a nuestras provincias orientales como algo curioso, raro, inaccesible, de perspectivas poco halagadoras.

Las narraciones y publicaciones respecto al Oriente, siempre rodeadas de un halo de misterio y fantasía, han constituído sistemas de propaganda inconveniente y retardatoria, y contribuido para que los ecuatorianos mantengamos respecto a nuestro Oriente un sentimiento de generosidad lastimada y despreocupación, apareciendo ante los demás pueblos ajeno a la vida activa de la República.

Esta concepción ecuatoriana acerca de las provincias orientales ha determinado explosiones periódicas de efímero entusiasmo patriótico, especialmente cuando hemos sufrido nuevas incursiones en nuestro patrimonio, esfuerzos defensivos que perduraban el tiempo preciso para que la efervescencia de nuestro tropicalismo se apagara.

No se trata, pues, de expresar frases amargas ni de hacer duras acusaciones, pues en tal trance ninguno de nosotros podría eludir responsabilidades.

Aprovechemos de los errores cometidos para no incurrir en ellos; procuremos realizar una labor de resultados prácticos inmediatos aun cuando no sea, por el momento, de gran amplitud.

Hay que provocar un movimiento nacional pro-Oriente, interesando a todas las provincias y a todos los ecuatorianos, y dejando a un lado todo lo que pueda considerárselo manifestaciones de habilidad política.

Muchas otras provincias pueden reclamar que se las atienda en la misma forma que se proyecta para el Oriente, reclamo justo y también imperioso, pero ningún sector ecuatoriano tiene tantas prerrogativas como el Oriente, por dos razones, entre otras: la defensa y —oportunamente— el rescate de nuestro territorio, y la capacidad económica potencial que este encierra.

Se ha realizado desde tiempos atrás innúmeros ensayos pro-Oriente, que no han prosperado por diversas razones. Hagamos uno más, evitando lo que pudo determinar el fracaso de los anteriores, cuyas razones más importantes nos parecen haber sido las siguientes;

a) — poca perspectiva y ensayos aislados, que no recibieron ayuda efectiva de los organismos oficiales;

b) — excesiva frondosidad de los planes;

c) — falta de fondos.

Hemos planificado este nuevo proyecto, procurando enfocar lo realizable, cuya síntesis es esta:

a) —constitución de una Junta Nacional Central, con sus respectivos organismos provinciales de acción permanente, incorporada oficialmente a la Ley Especial de Oriente;

b) — planes realizables que serán estudiados por la Junta y sometidos a la consideración oficial, sin incluir proyectos a plazo fijo (trienales, quinquenales, etc.,) hasta que la Junta Nacional de Oriente haya adquirido la suficiente experiencia dentro de las posibilidades técnicas y económicas del país, para entonces, de ser oportuno crear el Ministerio de Oriente con obligaciones determinadas y manteniendo adscritas a su funcionamiento a la Junta Nacional y organismos provinciales;

c) — propaganda adecuada dentro y fuera del país para promover un movimiento nacional pro-Oriente; crear fondos oficiales y organizar colectas nacionales, procurando concentrar en el Ministerio de Gobierno estas y todas las actividades orientalistas, que ahora están dispersas en diversos Ministerios.

Para que las conferencias que iniciamos hoy no prolonguen demasiado sus sesiones, no hemos convocado a todas las instituciones orientalistas del país ni a todos los ecuatorianos que simpatizan decididamente con esta causa. Queremos explicar esto, para que las innumerables personas y entidades que nos han escrito aplaudiendo y apoyando este movimiento, no se consideren olvidadas o subestimadas. En momento oportuno, que será muy pronto, sus entusiasmos serán aprovechados y debidamente canalizados por el Comité Central y los comités provinciales.

Condición indispensable para que los diversos temas propuestos en el programa puedan ser considerados en estas dos sesiones, es la de tener presente que en estas conferencias no vamos a tomar resoluciones definitivas respecto a planes de acción. Estos planes serán sólo esbozados en la conferencia de esta tarde, y después activamente estudiados por los Comités Central y Provinciales en sesiones que comenzarán cuanto antes, en las cuales se demandará la cooperación de los ciudadanos más entusiastas y capacitados para intervenir en la resolución de determinados problemas.

Por este motivo se pide encarecidamente que, al terciar en las discusiones,se lo haga en forma sintética y concreta, y las respuestas a lospuntos y sugestiones que hemos demandado en la invitación a esta Asamblea, se los entregue en Secretaría para estudiarlas con el debido detenimiento.

Aun cuando tenemos optimismo y confianza que el Honorable Congreso aprobará el proyecto de Presupuesto, éste no entraría en vigor hasta enero de 1949, y como la Junta Nacional de Oriente debe comenzar a vivir inmediatamente, es indispensable conceder atención a este asunto y conseguir que en las dos semanas de propaganda y en lo sucesivo, se obtenga por colectas populares, los fondos indispensables que permitan mantener actividad vigorizadora de esta labor ante la opinión nacional.

Al Señor don Carlos Julio Arosemena

Alocución en el homenaje ofrecido por el Consejo de Ministros al Excmo. Sr. Presidente de la República, al término de su interinazgo.

Condiciones circunstanciales y no méritos personales, me deparan el alto honor y la íntima satisfacción de ser portavoz de mis eminentes colegas de Gabinete, en esta sencilla y profundamente sincera manifestación de reconocimiento y admiración hacia el Magistrado ejemplar y patriota ciudadano.

No quiero loar como se merecen vuestros innumerables actuaciones en que vuestra personalidad se ha impuesto con caracteres precisos y singulares; no quiero destacar las expresiones de vuestra alma sensitiva y noble, manifestadas en el curso de vuestra valiosa y fructífera existencia; tampoco deseo enumerar los inconfundibles rasgos de vuestro ágil pensamiento y claro raciocinio, que os hace encontrar con rapidez y eficacia los caminos fáciles para resolver problemas que a diario afrontáis. Estas características de vuestra inteligente mentalidad, serán temas que la historia recogerá para hacer de vuestro nombre un símbolo del patricio ecuatoriano que, sin egoísmos ni cálculos personalistas, se entrega con devoción a la Patria y abstraído por esta noble obsesión, no repara en obstáculos ni se detiene ante críticas.

Vengo a cumplir más exq uis ito q ue pre gonar estras virtudes ciuda danas: en sinons is apun ta ré l o inmortal y transcedente, la filosofía que anima vuestra vida, y destacaré la razón de vuestra respetabilidad y el por qué del presente homenaje.

Bondadoso sin debilidades, decidido sin violencias, tolerante sin claudicaciones, imperturbable sin indiferencia, armonizáis estos atributos con la serena energía de vuestro espíritu templado al calor de contrastes y adversidades.

En la Primera Magistratura, habéis dignificado al Gobierno y sus instituciones, y promovido el reconocimiento y admiración de vuestros conciudadanos; y el habernos llamado a colaborar en esta excepcional etapa administrativa, significa para nosotros singular honor, que lo rubricásteis con la plena confianza otorgada a nuestro desempeño, durante el cual a nuestra inexperiencia e improvisación suplieron nuestro patriotismo e invariable buena fe.

Sin alardes de oratoria ni vana palabrería habéis realizado labor acertada y cabal, y demostrado con el ejemplo lo que rinde un espíritu sereno, perpetuamente orientado hacia el engrandecimiento de la Patria.

Respetado amigo:

Conocemos vuestra genuina modestia y por eso nos preocupa haberos perturbado; pero considerad que las palabras sinceras, como las nuestras, brotan fáciles y espontáneas.

Queremos acentuar el aplauso unánime de la Nación, reiterándoos nuestra lealtad y adhesión, y en recuerdo de las duras jornadas compartidas en el diario trajinar de la administración pública, os ofrecemos este sencillo presente, que materializa el homenaje que os tributamos en mérito a vuestras depuradas cualidades de caballero y ciudadano.

Funerales del Dr. Julio Mata Martínez

Discurso como delegado de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, en los honras fúnebres del Dr. Julio Mata Martínez, realizadas en la Universidad de Guayaquil el 13 de Mayo de 1950.

Cuando el dolor, inesperado y violento, gravita con extenuante peso sobre nuestra sensibilidad, amengua la ponderación y firmeza de nuestro raciocinio. El alma sorprendida ante la tragedia y abrumada por la conmoción se desorienta; nuestra mente busca en el silencio y la meditación energías para mantener ecuanimidad y reordenar el equilibrio alterado por el infortunio. Los sollozos y lamentos —respuesta espontánea al dolor—, brotan irreprimibles sin traducir con justeza el desconcierto creado por la adversidad.

¿Puede, acaso, el lenguaje expresar la cabal medida de nuestra aflicción espiritual cuando la catástrofe, por reciente e inaudita, mantiene aún tensos nuestros resortes sensitivos? Imposible pretender que nuestros discursos exhiban el índice legítimo de nuestro pesar y las dolorosas marcas que ha impreso en nuestra alma. Las sensaciones aparecen deformadas, y si de algún modo se logra traducirlas en frases circunstanciales e hiperbólicas, queda la esencia verdadera del pesar, honda y sutilmente arraigada y arteramente oculta en sus reales e íntimas penetraciones.

¡Qué mis palabras sinceras sean fiel trasunto de mi pesadumbre! ¡Qué mis frases, plenas de abatimiento, desprovistas de la oratoria consagrada, alcancen a manifestar mi consternación y pesar! ¡Qué mis labios puedan describir llanamente las emociones alternas que pugnaron entre el optimismo, basado en deleznable raciocinio y el desaliento, asentado en el análisis inflexible de los informes recibidos! Pido a Dios que inspire mis frases para exponer con límpida pureza y delicada unción, las inenarrables conmociones que sacudieron mi alma desde el aciago 2 de Mayo, al conocer la noticia fatal, hasta el momento cuando la cruda comprobación de lo irreparable anuló toda posibilidad de que un hado protector y justiciero hubiera evitado la consumación del drama.

En la penosa expectativa de los primeros días nos torturó, con obstinada persistencia, la idea que Julio podría necesitarnos con premura, siquiera para aliviar los padecimientos que, suponiéndolo aún con vida, soportaría y acabarían por abatir su resistencia. Y pasaban las horas y los días, sin despejarse el inquietante enig-

ma, sin que pudiéramos brindarle el alivio que nuestro afecto le debía.

Lejos de él, detenidos por la naturaleza hosca y bravía, escuchábamos con exaltada imaginación, su voz dolorida y suplicante clamando ayuda para sus sufrimientos y compañía en su soledad, y lo veíamos debatirse entre los mudos compañeros de viaje e infortunio y los humeantes sombros de la fatídica aeronave, impetrando sedativo físico y bálsamo espiritual en su inopinado y trágico confinio.

Al final de interminable y agotadora espera, vino la sentencia escueta y desoladora, fría como la muerte que pregonaba: No hay sobrevivientes; no podía haberlos dadas las condiciones terroríficas del siniestro.

Imposible expresar en menos palabras hecho tan doloroso y turbador: Julio Mata Martínez ha muerto. Inevitable y humano desenlance que nadie puede eludir, y que, substantivamente, es suceso trivial y obligado en la evolución de la materia, pero este accidente biológico que inexorablemente debe cumplir el ser viviente, produce repercusiones singulares de acuerdo a las circunstancias y factores relativos que rodean el drama. Y el deceso de Julio Mata no es hecho intrascedente y común y, aun considerado como simple corolario de ineludible ley, la desaparición de este adalid de la ciencia y abanderado de la hombría de bien, es insólita y cruel por los antecedentes y circunstancias afectivas que inspiraron el viaje, perturbadora por las cualidades espirituales del desaparecido, desconcertante y abrumadora por lo inesperada, triste y penosa por lo trágica.

Como el cedro frondoso y robusto brinda saludable y estimuladora sombra, que ampara a los viajeros en las largas travesías, así el espíritu delicado y generoso del llorado amigo ofreció, pródigo y magnánimo, la esencia de la amistad leal, de la ciencia austera y benefactora, del sencillo y espontáneo amor a los enfermos y desvalidos, del puro y elevado patriotismo constructivo. Y esa misma conmoción desconcertante por lo imprevista y agobiadora por su magnitud, que debe experimentar el confiado caminante estrepitosamente desposeído del amable clima de la acogedora fronda, experimentamos ahora, atónitos ante la desaparición de quien, por legítimos méritos personales significó para los que trabajamos en su asocio y para su propio medio social, señero exponente de caballerosidad y del fino e ingenioso sentido del humor, depurada expresión del profesional honorable y prototipo del catedrático profundamente instruído de su misión y de la severidad que entraña tal designio. Su alta valía y fervorosos afanes de servicio social tornan compleja y difícil la tarea de cubrir el profundo vacío que su desaparición marca en nuestra filas.

Dar rienda suelta al dolor, agotarse en congojas y lanzar imprecaciones al destino siniestro que trastornó la rítmica y apacible regularidad de nuestro vivir cuotidiano son, sin duda, reacciones justificadas que, no obstante, se tornan insensatas si no ceden paso prontamente a la apreciación reflexiva y ponderada de la catástrofe, y a la valoración real del descalabro sufrido.

Si el dolor permitiera elevarnos, imperturbables, a los planos del raciocinio metódico y deductivo; si las ideas de los filósofos individualistas, magistralmente complementadas en las modernas doctrinas del idealismo universalista de Emerson y sus discípulos, pudieran ser juiciosa y serenamente apreciadas por nuestras almas apesadumbradas —pero anhelosas de encontrar la explicación de acontecimientos insólitos—, hallaríamos alivio invalorable en el muy comentado ensayo sobre "La Ley de las Compensaciones" del genial innovador norteamericano.

"Un dualismo inevitable divide en dos la Naturaleza, de tal forma que cada cosa es una mitad y sugiere la existencia de otra cosa para formar el todo; como el espíritu, la materia; el hombre, la mujer; lo subjetivo, lo objetivo; dentro, fuera; encima, debajo; el movimiento, el descanso; el sí, el no".

"La polaridad, o sea la acción y la reacción, la encontramos en todas las partes de la Naturaleza: en la oscuridad y en la luz, en el calor y en el frío, en el flujo y reflujo de las aguas, en los machos y en las hembras, en la inspiración y espiración de las plantas y de los animales, la sístole y la diástole del corazón, en las ondulaciones de los fluídos y del sonido, en la gravedad centrífuga y en la centrípeta, en la electricidad, en el galvanismo y en las afinidades químicas".

"Todo hombre inteligente y toda alma que sienta aspiraciones, deja tras sí la doctrina en su experiencia, y todos los hombres sienten a veces la falsedad que no pueden demostrar".

"Toda dulzura tiene su amargura; todo mal lleva consigo algún bien. Toda facultad receptora de un placer tiene un castigo equivalente que acompaña al abuso. Ha de responder de su moderación con la vida. Para cada átomo de talento hay otro de estupidez. Por cada cosa que pierdes ganas alguna otra, y por cada cosa que ganas pierdes algo".

Hermosos y alentadores conceptos que animan a esos espíritus severamente analíticos, cuyo conocimiento y difusión crean en personas y colectividades el temple necesario que las mori-

gera e induce a contrapesar, sin prejuicios el por qué de los hechos, y admirar la sin igual armonía de los ritmos vitales; razonamientos maravillosos que, a modo de ampliaciones interpretativas de las leyes del Universo, esclarecen con positivismo irrebatible el horizonte del momento; postulados de individualismo realista que abocan racionalmente en aquellos otros planteados por el relativismo universal de Einstein, plenos de realidades que, a fuerza de substancialmente sencillos, se presentan —curiosa paradoja— poco accesibles al raciocinio elemental; especulaciones de sindéresis ajustada a la inmensa mayoría de hechos observados que, con precisa y lógica argumentación, adelantan pronósticos para la vida futura.

Razonamiento filosóficos de tan avanzada visión explican que, por inopinados y crueles que parezcan ciertos hechos, sólo significan etapas ineludibles en las mutaciones y mecanismos estabilizadores propios de la evolución de la materia, cambios que, sin embargo, no dejan de trastornar, por sus repercusiones inmediatas, el desenvolvimiento regular de los sucesos en marcha.

A la luz de estos criterios relativos, la desaparición de Julio Mata Martínez, por la inmensa simpatía de su atractiva personalidad, su claro e inconfundible sello médico y por sus cualidades diligentes de servicio social, constituye un hecho de honda repercusión en su ambiente; y hasta que se opere la compensación equilibradora, transcurrirá un período de tiempo que acreceerá y consagrará definitivamente las dimensiones espirituales de este eximio servidor de la humanidad.

No volveremos a escuchar la alegre y cautivante charla del compañero optimista, matizada con su típico y oportuno humorismo; ni sus expresiones de sutil ironía, siempre delicadas y bien traídas; se acabaron para siempre las lecciones del maestro experimentado; no se volverá a escuchar en los miércoles de la Médico-Quirúrgica sus instructivas conferencias, producto de su sagacidad y espíritu de observación, ni disfrutarán sus consocios de la Clínica Julián Coronel de las discusiones en las cuales, con singular acierto, exponía sus puntos de vista radiológicos orientadores del diagnóstico correcto; no seguirá aprovechando la Liga Ecuatoriana Antituberculosa de su cooperación devota y decidida, ni se oirán el aplauso sincero y los cálidos elogios que, en Conferencias y Congresos nacionales y extranjeros merecían sus estudios originales sobre temas de radiología.

Nada de esto se repetirá, y la evocación constante de su generoso concurso al bienestar de los que sufren, y de su aporte al progreso de la medicina ecuatoriana, deben ser, de parte de sus amigos y discípulos, incentivo permanente de estudio y superación. No se improvisa ni se estructura fácilmente al soldado de experiencia reconocida y abnegación comprobada: los perfiles vigorosos de la figura de Julio Mata Martínez serán guía certera y caminos orientadores de las nuevas generaciones.

En nombre de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, a la cual consagró gran parte de sus empeños constructivos, y en mi nombre, presento a los afligidos deudos del ilustre ecuatoriano Profesor Julio Mata Martínez, los sentimientos de profundo dolor que abruman a nuestra Institución, y de leal y sincera solidaridad en esta hora de dura prueba, y al renovar nuestras expresiones de reconocimiento a los dotes de caballerosidad y ciencia características del eximio médico, exhortamos a los suyos a buscar serena resignación en la obra profundamente humanitaria y creadora cumplida por el inolvidable maestro.

En el IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis

Discurso pronunciado como Presidente del Consejo Supremo de Liga Ecuatoriana Antituberculosa, en la sesión inaugural del IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis, reunido en Guayaquil, del 14 al 21 de Julio de 1951.

Señoras, Señores:

Las frases protocolarias de bienvenida cumplen formalidades preestablecidas, siempre gratas para quien las dice y de halago para quien las merece. Significan el gesto amable y cortés que traduce el beneplácito con que se acoge al visitante. Como tales, constituyen procedimientos de rigor en el convivir social que, de no efectuarlos debidamente, van en mengua de quien debe ofrecerlos. Pero si las palabras de ritual vienen acentuadas con expresa necesidad de manifestar algo más que mera cortesía; si quien las presenta juzga oportuno ciertas circunstancias para proclamar motivos de especial reconocimiento, el acto impuesto por la costumbre, adquiere relieves particulares porque expresa sentimientos nobles siempre latentes en los corazones humanos: la sensibilidad, la gratitud.

Y este es el caso de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, de la que soy portavoz oficial en estos momentos, Institución que, empeñada en cumplir un serio compromiso contraído voluntariamente ante la conciencia de cada uno de sus miembros y la opinión nacional, recibió en momentos propicios, en días que pudieron resultar aciagos para la lucha antituberculosa en el Ecuador, la frase amable y estimuladora de los eminentes miembros del VIII Congreso Panamericano de la Tuberculosis. Justipreciando la alta valía de tan imparcial y solvente opinión, y valorizando, además, el efecto altamente beneficioso para campaña que pro-

dujeron esas palabras enviadas desde México al Gobierno Constitucional de nuestra República por tan conspicuo cuerpo colegiado, las cuales contribuyeron en gran parte a afirmar la confianza del público hacia la Institución, ésta se consideró en deuda con aquéllos que en instantes críticos se solidarizaron con los procedimientos empleados para conducir la campaña antituberculosa en nuestro país, y resolvió expresar a los miembros de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología (U.L.A.S.T.), cuando la ocasión se presentara, el testimonio de su profundo reconocimiento por actitud tan elevada y acogedora, no dirigida a personas sino a una obra de alcance nacional, destinada a combatir el flagelo más asolador que ha devastado y continúa haciendo tremendos estragos en muchas poblaciones de nuestro territorio.

Os presento, pues, distinguidos visitantes, nuestra amable y cordial bienvenida junto con nuestra gratitud y admiración, y os auguro los más felices éxitos en las tareas que venís a desarrollar, para que resulten en beneficio de perfeccionamientos técnicos encaminados a mantener bajo control a la enfermedad tradicionalmente mortífera; y os proporcione, al mismo tiempo, la íntima satisfacción —propia de científicos nobles y sinceros—, de haber aportado vuestros esfuerzos y desvelos a la enaltecedora cruzada, y conocido, también, asuntos que acrecentarán vuestra ya respetable experiencia en estas lides.

Váis a reuniros en días sucesivos para discutir acerca de viejos temas mirados ahora a través de prismas nuevos; váis a considerar el inveterado y aún no resuelto problema de la tuberculosis; váis a presentar y discutir muchas de las nuevas facetas e interesantes perspectivas que brinda el estudio de esta enfermedad que produce escalofríos de terror en la imaginación de las muchedumbres y ocasiona todavía en el mundo más de cinco millones de víctimas por año. Vuestro espíritu, orientado permanentemente hacia la renovación científica, os mantiene al día de todo lo aprovechable en la materia, y vuestro severo e imparcial sentido crítico, que revisa cuidadosamente todo lo que os llega de afuera y de vuestros propios países, se dispone, una vez más, a efectuar en estas sesiones el balance de lo que sabéis frente a lo que debéis indagar; y así, expertos y avezados tisiólogos, os preparáis a pulir vuestros procedimientos y crear nuevas técnicas.

Pero no es sólo esta finalidad la que os congrega en este certamen; no habéis concurrido con aspiraciones que resultarían menguadas si sólo se basaran en cálculos de beneficios personales traducidos después en certeras y cabales actuaciones en el campo profesional. No habéis venido solamente a exponer razonamientos e intervenir, con ajustada y silogística frase, en discusiones que os depararán motivos para razonar con brillantez, elocuencia y erudición científica. Todo esto, ya descontado en razón de vuestras

ejecutorias y extraordinarias hojas de servicio, aumentará, si cabe, vuestra consagrada reputación.

Venís a algo más. Avanzáis con propósitos de humanistas comprensivos y responsables, mucho más adelante de lo que puede significaros para cada uno de vosotros un lauro más en vuestro historial de especialistas consumados. Venis, os digo, animados de la sencillez, tolerancia y generosidad que os permiten sentir lo que ocurre en vuestro derredor, llegar al fondo verdadero de la medicina moderna, y anhelosos de contribuir al bienestar social, deseáis que vuestra obra, vuestra experiencia y vuestras directivas, se proyecten como sombras tonificadoras y reconfortantes sobre los grupos humanos que sufren la implacable garra de la enfermedad que tanto conocéis y tanto os esforzáis en combatir. Os reunís, pues, con idéntico sentido de servicio social que os congregó en los ocho Congresos anteriores promovidos por la U. L. A. S. T., y lo mismo que entonces, os preparáis a exponer con serena parquedad y fundamentados razonamientos el producto de vuestro elevado juicio analítico. De esta manera contribuiréis, como tantos otros hombres de buena voluntad, soldados de la ciencia y devotos servidores de los infortunados, a decir todo lo que de útil y aprovechable puedan aportar el peso de vuestra vasta experiencia y el inagotable caudal de humanismo que ennoblece vuestras almas.

Cumplís, a la vez que el laudable propósito de superación técnica, la exquisita misión de verter al exterior para beneficio de todos, el invalorable aporte de vuestros conocimientos; y en la cátedra, la tribuna editorial, en las directivas de los organismos de lucha antituberculosa en que intervenís, hacéis que vuestra ciencia, concreta y circunscrita a un punto determinado, adquiera vuelos de aplicación universal impregnada de humanismo, por desgracia, no muy profuso en los momentos que hoy atraviesa el mundo en los cuales con temor y angustia, se advierte el predominio de la fuerza sobre las ideas.

Adelantados del saber, paladines de una misión cuyo radio puede extenderse según el criterio de cada cual, los especialistas representan, a no dudarlo, una manifestación de progreso en los conocimientos humanos; siempre que el estudio perseverante y exclusivo de las materias escogidas, no los conduzca a prescindencia y eliminación absoluta de otros aspectos del saber, y polarizar a tal extremo sus ansias de perfeccionamiento unilateral, que los conviertan en ser útiles en sus respectivos ramos, pero vacuos y estériles para las necesidades de la colectividad. ¡Cuidado con esa clase de especialistas, ha dicho Gregorio Marañón, que no miran más allá del campo, siempre reducido por amplio que aparezca, de sus respectivas especialidades!, porque a fuerza de concentrarse a perforar la ciencia sólo en un punto —siempre el mismo—, sin recibir la vena refrescante y tonificadora del sentido de

universalidad, se agotan y calcinan en una tarea de rendimientos por demás exiguos.

La especialización, la medicina general, el culto de cualquiedisciplina en artes y ciencias, significan muy poco para la siedad, si quienes las practican no saben más que de aquello que les interesa conocer, y carentes de sensibilidad humanista, no piensan que otros deben aprovecharse de estos esfuerzos. En ciencias biológicas —medicina en particular—, más que en ninguna otra disciplina, son indispensables amplitud de ideas y generalización de conceptos para dignificar, como se merecen, las austeras posiciones que la sociedad les concede a quienes actúan como oficiantes en los altares del intelecto. Según decía Letamendi: "El médico que sólo sabe medicina, ni siquiera sabe medicina", frases dedicadas a las nuevas generaciones a las cuales, sin insinuarles enciclopedismo tan estéril y absurdo como la especialización absorbente y exclusiva, los pone en guardia contra lo insubstancial de una vida dedicada exclusivamente a las atenciones profesionales; expresiones del notable clínico español de mediados del siglo XVII que hablan del sentido humanista que debe impregnar a quiénes ejerzan la profesión que tanto bienestar proporciona a la colectividad.

Nada de enciclopedistas eruditos, quizas profundos, pero fríos e inaprovechables, que miden el valor de sus conocimientos por el número de materias que conocen y dosados ennemente a lo clásico, que lo estiman inmutable, van siempre en pos del aplauso y del elogio. Humanistas, sencillos y sensibles, que soportaron el rigor de la vida transitando a pie por los ríspidos senderos del mundo, poseedores de no muchos ni grandes conocimientos, pero conocedores, sí, de ideas fundamentales con las que intuyen o comprenden lo no aprendido. Hombres de esta clase se requieren para la conducción de los destinos de la humanidad. De ese linaje ha dependido y depende el progreso universal, y nuestras disciplinas médicas no les debe a enciclopedistas los grandes impulsos que las han llevado adelante. Paracelso, Harvey, Lister, Semelweiss, Madame Curie, Pasteur y tantos más, no cultivaron la enciclopedia; lo mismo Espejo y Finlay tampoco se caracterizaron por la vastedad académica de sus conocimientos científicos. Eran, más bien, profesionales especializados en determinadas ramas, pero con criterio de humanismo tal vez innato, pero depurado a través de criterios claros y sencillos que no los llevó en pos del elogio sino tras de los conocimientos. Se esforzaron por aprender y se interesaron por enseñar lo que habían aprendido, y crearon obras y procedimientos que, por su universalidad dejaron de pertenecerles desde el momento mismo que los enseñaron, pues el mundo al apreciar la grandeza de esas realizaciones, las tomó con propio derecho, ya que las varias ciencias y en asuntos que benefician a todos no se las concibe ni la humanidad la permite.

El humanismo no es puramente ciencia, es sensibilidad para comprender y cumplir el papel que nos corresponde en el conglomerado social, y cada cual lo hace más ostensible y fructífero, de acuerdo a su capacidad interpretativa y a su sentido de responsabilidad.

Distinguidos visitantes y demás miembros del IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis:

Vuestras claras y abnegadas actuaciones a través de los tiempos os consagran como humanistas ejemplares, y vuestra lúcida percepción de los problemas creados por la tuberculosis dará los frutos que, como corolario ineludible, brotarán de estas reuniones.

Al ratificaros nuestras congratulaciones y expresaros los sentimientos de consideración y respeto que la Liga Ecuatoriana Antituberculosa os presenta, os auguramos que en el inmediato Congreso que os vuelva a congregar podáis parodiar y hacer extensivo a nuestros países, el tierno y emocionado mensaje de optimismo del Profesor Etienne Bernard, a los representantes de Dinamarca en la sesión del 3 de Septiembre de 1950 en Copenhague, en mérito a las extraordinarias labores antituberculosas llevadas a término en ese privilegiado país, que por primera vez en la historia del mundo ha conseguido, merced a perseverante y tenaz obra, abatir el terrible flagelo que significa la tuberculosis.

"Señoras y señores de Dinamarca: La gloria de vuestro triunfo sobre la tuberculosis será pronto legendaria. Me imagino, después de muy pocos años, en el fondo de la China o en el corazón de la India, en una región donde la tisis hace hoy día asoladoras destrucciones, en el seno de una familia contaminada y recientemente trastornada por la muerte de un ser querido; me imagino a un abuelo muy al corriente de las cosas del mundo, refiriendo a sus pequeños nietos una historia maravillosa que, empezando con la misma simplicidad de un cuento de Anderson, dirá más o menos así: existe, hijos míos, sobre la tierra, hacia el septentrón de Europa, un país, un bello país donde nadie muere de tuberculosis: Dinamarca".....

Inauguración del Hospital "Pablo Arturo Suárez"

Discurso pronunciado como Presidente del Consejo Supremo de Liga Ecuatoriana Antituberculosa en la inauguración del Pabellón Nº 1 del Hospital "Pablo Arturo Suárez" de Quito, el 21 de Julio de 1.951.

Señoras, Señores:

Un paso más hacia adelante en el ya largo recorrido de obras efectivas de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (L.E.A.), le corresponde marcar hoy a su eficiente y laborioso Núcleo filial de Quito. La inauguración que presenciamos en estos momentos se verifica merced a la actuación metódica y perseverante de los distinguidos colaboradores de L. E. A. en nuestra Capital. A ellos exclusivamente, se les debe esta avanzada conquista en la campaña a su ordenado programa de labores y magnífico espíritu de trabajo les corresponde el mérito en la ampliación del servicio asistencial antituberculoso en Quito, que hasta ayer contaba sólo con 70 camas en dos salas del hospital "San Juan de Dios" cedidas, con la mejor voluntad, por la Asistencia Pública de Pichincha, equipadas y mantenidas ahora por la Liga Ecuatoriana Antituberculosa. Así, se dispone actualmente de más de 200 camas que en un futuro próximo sumarán 400 completándose, entonces, con los dos Dispensarios y el Centro de Encuesta ya en servicio, el conjunto de organismos suficientes para atender las necesidades de la campaña en esta provincia y prestar ayuda en lo que se refiere a exigencias asistenciales, a las provincias vecinas, no obstante que allí también L.E.A. tiene ya apreciable número de camas para atender con cierta limitación, por cierto, requerimientos urgentes e impostergables.

Nuestra Capital experimenta hoy el justificado orgullo de haber logrado este progreso, y el Consejo Supremo de L.E.A., con cuya representación me honro en esta ceremonia, se complace profunda y sinceramente del importante nivel alcanzado en la Lucha Antituberculosa en Quito, ya que los antecedentes y claras ejecutorias que desde tiempos atrás ofrece este ciudad en orden a labores antituberculosas, le conceden en muchos aspectos legítima primacía.

¿Quén no conoce los conceptos del preciaro Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo al ocuparse de la diseminación de la **phisis?** En épocas, hace más de 200 años, cuando toda era brumas e incertidumbres en lo relativo al origen y patogenia de las enfermedades, oscura etapa de la histo-

ria en que campeaban diversas teorías para explicar la propagación de las enfermedades llamadas después infecciosas, entre la gran mayoría de opiniones que se pronunciaba por la intervención de miasmas, emanaciones pútridas, gases deletéreos y otras imprecisiones, no eran muchos los que pensaban en la probable existencia de agentes específicos de las enfermedades y su transmisibilidad; y entre aquéllos, destacado y resuelto, se yergue el ilustre hijo del indio cajamarquino, que sin vacilaciones, como si se tratara de cosas universalmente admitidas, dicta recomendaciones precisas respecto a muchos morbos, y en su libro "Reflexiones acerca de las viruelas" sorprende con su manera de concebir la contagiosidad de la tuberculosis; y es tan limpia la concepción que él tiene de este asunto, que no sólo recomienda la incineración de las pertenencias de los fallecidos y el blanqueamiento con cal de los locales que ocuparon, sino que advierte que estos enfermos, si bien deben quedar aislados, no es necesario mantenerlos exageradamente alejados de las ciudades, porque a pesar de que sus hálitos son contagiosos, no significan un riesgo de radio muy amplio. Es decir, Espejo recomienda aislamiento pero no indica la conveniencia de mantener a los tuberculosos fuera de las áreas urbanas. ¿Cómo habrá sonreído, nuestro ilustre héroe, bondadoso y comprensivo, cuando el Núcleo de Quito hace dos o tres años, tuvo que vencer la oposición de un grupo de moradores vecinos de estos lugares, que se pronunció violentamente contra la construcción de este Sanatorio porque lo consideraban riesgo tremendo para la comunidad, y en su desconocimiento del asunto, sostenía vigorosamente que tal medida habría de repercutir desfavorablemente sobre el progreso de la urbe, pues, hasta los pasajeros transportados por los aviones internacionales, llegando a un aeropuerto tan cercano a este foco de infección, volverían apresuradamente a sus asientos para no inhalar este peligroso ambiente, terrible por lo infectante?.....

A medida que se estudia la formidable y profunda obra realizada por el visionario **Chuzhig** que, para luchar contra las cadenas que pretendían aherrojar su lúcida imaginación, ensayó encubrir su legítimo nombre Eugenio Espejo con que firmaba sus escritos —que estigmatizándolo aborígen, y por ende, poco menos que esclavo—, con el de Luis Benítez, y sucesivamente con los más sonoros y apergaminados de Francisco Eugenio Javier de Santa Cruz y Espejo, monsieur Miroir, doctor de Cía Apéstegui y Perochena y Moisés Blancardo, como medio para practicar con mayor desenvoltura sus ideales libertarios; cuando se analiza el sublime y elevado tesoro de su alma generosa y desinteresada, se justiprecian las positivas realizaciones que cumplió Espejo en diversos campos del saber humano, guiado sólo por unos cuantos libros conseguidos, primero a huartadillas y después con plena facilidad, cuando fue Director de la Biblioteca Popular, lecturas que afirmaron su personalidad humanística cultivada con talento, fé y convicción.

Eterno reconocimiento debe América a este Adelantado de la libertad de conciencia y expresión del pensamiento; anticipado a su época; calumniado y vilipendiado, cuya vida ofrendó a la humanidad, a la ciencia y a su patria a los 48 años de edad, a poco de salir de cruel y prolongada prisión.

* * *

Interminable sería la enumeración de los empeños que pertenentemente han demostrado nuestros hermanos de Quito por realizar algo efectivo en bien de la Lucha Antituberculosa en el país, y a riesgo de omitir involuntariamente a no pocos abnegados propulsores de estos anhelos, no puedo eximirme de referir siquiera algunas de las más destacadas iniciativas.

En 1893, la denominada Colonia Guayaquileña fundó en Quito la Sociedad de Beneficencia "Olmedo" que, con general beneplácito y apoyo del Gobierno, constituyó un magnífico edificio, el Sanitario Rocafuerte, donde serían atendidos los enfermos de tuberculosis. Este establecimiento mereció que el reputado higienista Emilio R. Coni dijera: ....."el Ecuador es el primer país de América que muy pronto pondrá en servicio un Sanatorio para tuberculosos indigentes". Por desgracia el Sanitario no alcanzó a llenar su humanitaria finalidad; la política y las revoluciones se encargaron de transformar tan importante programa de salud pública y el edificio fue destinado a cuartel.

No perdieron la fe los quiteños y los guayaquileños residentes por este contraste y, a pesar de que había fracasado también la primera Liga Ecuatoriana contra la Tuberculosis, fundada en Quito en 1902 a iniciativa del doctor Carlos R. Tobar, se aprestaron a realizar nuevos esfuerzos, y en publicaciones de prensa, y revistas médicas, y en recomendaciones e informes a congresos científicos, se anota cada vez mayor perseverancia de parte de médicos y personas de buena voluntad por iniciar la obra. Los doctores Manuel María Bueno, Manuel Casares, Carlos D. Sáenz, Alejandro Villamar, Manuel Jijón Bello y otros, hacen oir su voz autorizada y humanitaria exhortando para que se inicie la Lucha Antituberculosa. Y así llegamos a la época actual en que un grupo de médicos, resueltos a trabajar con los elementos que hubiere, se organizan en brigadas y equipos entre los que forman filas Manuel H. Villacís, Eduardo Bejarano, Rafael Quevedo Coronel, Juan Francisco Orellana, Eduardo Batallas, Jaime Ricaurte, Luis H. Espinoza, Arturo Terán Gostalle, Marco V. Zurita, Filoteo Saltos, Alfonso de la Torre, Julio Jaramillo, y muchos más. Entre estos soldados del servicio social se yergue austera y orientadora, la respetable figura de ese gran señor de la medicina ecuatoriana, cuyo nombre, impuesto con sobrados merecimientos a este Hospital, representa también el estudio, abnegación y patriotismo: Pablo Arturo Suárez.

Camarada de ideales y solidario en los propósitos que animaron al ilustre fundador de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, doctor Alfredo J. Valenzuela Valverde, Pablo Arturo Suárez había hecho ya una labor preparatoria muy productiva desde antes que se estableciera la lucha organizada. Con singular ahinco se dedicó a estudiar el problema de la alimentación de las clases desafortunadas, definiendo puntos de vista muy importantes y aprovechables. Analizó sucesivamente lo relativo a la nutrición de los lactantes y escolares, de la futuras madres y de las madres de familia, de los obreros y campesinos, y de las poblaciones del antiplano en general, e hizo conocer sus prolijas y atinadas observaciones en más de 30 publicaciones consignadas en folletos, artículos y libros, que despertaron el interés de los Poderes Públicos y trazaron rutas adecuadas en la mente de la colectividad. La muerte implacable truncó este provechoso filón de estudios de higiene pública y privada, y no permitió que salieran a luz cerca de 40 trabajos de la misma índole que el incansable maestro dejó casi terminados.

Pero la obra de Pablo Arturo Suárez es más amplia todavía. Profundamente preocupado por el problema de la tuberculosis e interesado en los estudios de Radiología, que los consideraba imprescindibles para avanzar en el reconocimiento apropiado de la enfermedad y en el descubrimiento de los casos inaparentes, dedicó su proverbial tenacidad a ilustrarse en estas disciplinas, y bien pronto adquirió la desenvoltura necesaria para manejarse con acierto en tales sistemas de trabajo. Abarcando el problema de la tuberculosis en su conjunto, se empeñó también en conocer lo que se sabía en el mundo acerca de la vacunación con B.C.G., y después de estudiar, con la mejor información que logró sobre tan importante y novedoso asunto, publicó en 1935 "Contribución al Estudio del Problema de la Tuberculosis en el Ecuador", en la que dice: "Sí, pues, la vacuna B.C.G., por la experiencia acumulada en numerosos países, es inocua para el hombre; si da una disminución de la mortalidad en varias naciones; si las diferencias del éxito pueden depender más de la variabilidad de los factores propios a cada nacionalidad; es claro y es lógico y es altamente humano y científico que debemos experimentar también en el Ecuador la vacuna B.C.G.

Dando cima a lo que había estudiado respecto a esta cuestión, y despertando el interes de su más cercanos colaboradores por estas trascendentales investigaciones, fundó en Quito en 1938 el primer Laboratorio de B.C.G. con cepas que consiguió merced a la gentil ayuda del Instituto de Vacuna de Río de Janeiro, el Instituto Bacteriológico de Santiago de Chile y el similar de Buenos Aires. Así logró vacunar el primer lote de cobayos en Septiembre de 1938 con la asídua colaboración del Licenciado M. P tilla, y poco después tuvo la satisfa ción de que uno de más distinguidos discípulos, el doctor Rodrigo Dávalos, publicara su tesis doctoral: "La Vacunación Antituberculosa con

B.C.G.", y debe considerarse oficialmente que el 28 de Abril de 1940 se vacunó por primera vezen el Ecuador a un grupo de 32 niños de la Maternidad Civil de Quito, empleando 1/50 miligramos por vía subcutánea.

Quedaban así establecidos los primeros jalones firmes e indiscutibles de la labor antituberculosa en el Ecuador, impulsada en Guayaquil por Alfredo J. Valenzuela, Pareja, Higgins, Ceballos Carrión, Cabanilla Cevallos y otros, y en Quito por Pablo Arturo Suárez y su brillante pléyade de colaboradores entre lo que comenzaron a destacarse Leopoldo Arcos, Luis Rendón, Bolivar Yépez y muchos más que, en el Centro de Estudios Sobre Tuberculosis, agrupación científica creada y fomentada por el ilustre Profesor Pablo Arturo Suárez, demostraron su capacidad y entusiasmo por seguir las huellas de tan destacado mentor, y hoy ocupan lugar prominente en la Lucha Antituberculosa en el país.

La personalidad científica de Pablo Arturo Suárez, se extiende más allá de lo que hemos anotado, y su espíritu observador y sagaz trasciende en otras contribuciones al estudio de enfermedades comunes en nuestro suelo: la enfermedad azul del valle de los Chillos, la peste negra y sus vectores, la avitaminosis B experimental, las enfermedades del tubo digestivo en la infancia y diversos temas de interés general son analizados preferentemente por el Profesor Suárez en repetidas comunicaciones.

Pablo Arturo Suárez nació en Ambato en 1889 y murió en Quito en 1945 habiendo realizado, junto con sus profusas labores científicas y humanitarias, recia y organizadora obra docente. Como Rector de la Universidad Central, Decano de la Facultad de Medicina, Catedrático de Higiene y, con posterioridad, de Histología y del Electrorradiología; sucesivamente como Director de Sanidad de la República, organizador del Instituto de Previsión y de la Caja de Seguro Social, y Delegado y Representante del Ecuador en numerosas conferencias y certámenes científicos realizados en el exterior, evidenció profundos conocimientos de las ciencias biológicas aplicadas, y dejó ejemplos perdurables de todo lo que puede hacerse cuando se disfruta de una mentalidad clara y se la pone, sin reticencias ni egoísmos, al servicio de la humanidad.

El Consejo Supremo de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa ha esperado una oportunidad como la de hoy para significar ante la opinión pública su reconocimiento a las prolíficas actividades cumplidas por el inolvidable maestro, y presenta su admiración reverente a sus distinguidos familiares en mérito a la obra realizada por este incansable luchador y ejemplar ciudadano, que se dió por entero al servicio de sus semejantes.

* * *

La obra antituberculosa en el Ecuador ha marcado en esta ciudad muchos de sus avances más importantes, y además de lo

que va involucrado en la vida profesional de Pablo Arturo Suárez, debemos consignar el establecimiento del primer Dispensario Antituberculoso en el país, las primeras publicaciones de educación antituberculosa para el público, realizadas en 1901 y la primera revista dedicada a estudios de Tisiología: "Boletín del Centro de Estudios sobre la Tuberculosis". Este brillante historial se afirma hoy con la inauguración de este Hospital para asistencia de tuberculosos, equipado con los adelantos de la técnica moderna, realización que iniciada por el Núcleo Filial de Quito entusiastamente presidido por el doctor Eduardo Bejarano, culmina hoy con los esfuerzos cumplidos por uno de los más destacados continuadores y discípulo predilecto del maestro Suárez: el meritísimo catedrático de la Universidad Central Dr. Manuel H. Villacís. A este invalorable propulsor de la Lucha Antituberculosa nacional, que a su modestia une dotes inapreciables de sagacidad y competencia, y a sus decididos colaboradores señor Leopoldo N. Chávez, doctores Carlos Andrade Marín, Eduardo Bejarano, Elías Gallegos Anda, Alberto Acosta Soberón, Orlando Vera, Luis Coloma Silva y Luis Rendón, miembros entusiastas del Núcleo de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa en la Provincia de Pichincha, les presento en nombre del Consejo Supremo de la Institución y en mi nombre, el homenaje que merecen su espíritu de trabajo y encomiástica actuación en una de las más patrióticas y humanitarias campañas actualmente en marcha en el Ecuador.

Campaña contra el Cáncer

Serie de seis artículos publicados en EL UNIVERSO, Guayaquil, y después como folleto Nº 1 por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, 1951.

1 — El problema del cáncer en el mundo y en nuestro país.— Notable incremento de esta enfermedad y sus probables causas.— Lo que se sabe actualmente acerca de la naturaleza del cáncer.

No cabe ninguna duda acerca del aumento de cancerosos en el mundo. Ningún país está eximido de este siniestro progreso y, a diferencia de muchas enfermedades que atacan preferentemente a determinado sexo o a ciertos grupos sociales, el cáncer —si bien tiene una edad selecta para producir mayores víctimas— abate con excesiva frecuencia a niños, adolescentes, jóvenes y adultos en plena sazón, y se desarrolla indiscriminadamente entre los habitantes de las ciudades o de los campos.

Se repite, con cierto fundamento, que tal vez no es que existan hoy más cancerosos que antes, sino que, mediante las nue-

vas facilidades técnicas, se los diagnostica en mayor número. Nadie puede dudar que esta reflexión encierra mucho de verdad, pero es inobjetable también, que algunos grupos humanos —niños y adolescentes jóvenes—, donde antes el hallazgo de cáncer era una verdadera rareza, exhiben hoy tantos afectados, que se ha podido establecer con absoluta claridad y precisión los tipos y variedades de cánceres, si no exclusivos, por lo menos comunes en esas edades. Otra consideración, aparte de las defectuosas técnicas, ha contribuído a deformar la realidad y mantener un conformismo casi irreductible frente al problema, amenguando el interés por resolverlo y paralizando toda iniciativa para combatirlo. Se consideraba como ineludible el factor herencia; la predisposición familiar para el cáncer —indiscutible, por cierto— se la invocaba con tal absolutismo que, cuando no existía este antecedente, se abandonaba toda preocupación surgida ante una enfermedad dudosa que impusiera la sospecha de cáncer. "No puede ser cáncer lo que tiene mi esposa en su seno", afirmaba el marido con tono airado, a pesar del tumorcito duro, no doloroso que presentaba la aludida; "no es cáncer el mal que tiene mi padre en el estómago", no obstante los claros indicios de la dolencia que el médico había observado. "En nuestra familia nunca ha habido cáncer; los médicos están exagerando. Unos cuantos masajes con tal pomadita y verán cómo desaparece esa bolita del pecho", o, "con la infusión de una yerba, que es secreto de los indios del Oriente, curará mi padre de esa inflamación de estómago, que le ha provenido de tomar tanta aspirina". Transcurrían los meses, se presentaban los síntomas evidentes, y lo que pudo haberse curado degeneró en incurable. **Para que sea cáncer tiene que haber cancerosos en la familia**, sentencia tan falaz como esta otra: **Todo tísico viene de otro tísico.** La experiencia y las duras realidades han clarificado lo que hay de verdad en estos conceptos y, en lo que se refiere al cáncer, todo el mundo debe saber que ciertamente la herencia es un factor que, más que ningún otro, predispone a tal enfermedad, **pero cada vez son más numerosos los casos en familias que, hasta entonces se consideraban indemnes.**

Existen, pues, otras causas independientes de la herencia, algunas ya bien reconocidas y otras todavía en el misterio. Estos fáctores que contribuyen a que el cáncer se extienda desmesuradamente, tienen un común denominador: la vida social moderna, con los estímulos permanentes sobre el sistema nervioso de las personas, que los mantienen bajo estados contínuos de angustia y preocupación y quizás, también, el empleo exagerado de ciertos medicamentos —especialmente hormonas— que, en condiciones o en dosis razonables, producen el beneficio a que están destinadas, pero cuyo abuso acarrea un debilitamiento pronunciado en las defensas naturales del organismo, que modifica la armonía en la reproducción de sus tejidos y de sus células y lo conduce a perturbaciones serias de sus funciones vitales.

Esta explicación, forzosamente incompleta bajo el punto de vista técnico, no puede ser suficientemente ampliada o profundizada, para que estos artículos no pierdan su carácter de informativos para el público en general.

Pero ¿qué es el cáncer? ¿A qué obedece ese crecimiento desordenado de las células que se manifiesta por tumores malignos o úlceras, que en vez de cicatrizar crecen más cada día, destruyendo los órganos vecinos, ¿Es contagioso? ¿Se transmite de una persona a otra? Procuraré dar una respuesta adecuada a estas importantes preguntas, de acuerdo a lo que se sabe actualmente sobre estos asuntos.

Normalmente, todos los días, a cada momento, nuestro organismo en constante actividad, pierde un gran número de sus células que, automáticamente, son reemplazadas por el propio organismo, debido a su inagotable capacidad vital. ¿Y qué son las células? Son los elementos o unidades que integran nuestro organismo; así, la piel, que nos parece a simple vista tan lisa y uniforme como que se tratara de un solo bloque, al mirarla con el microscopio descubrimos que está formada por infinidad de pequeños corpúsculos, unidos los unos a los otros en perfecta continuidad, y que envejecen cada uno de ellos y se desgastan a medida del trabajo que les toca cumplir normalmente, o por las enfermedades y muchas otras causas, como fricciones, golpes, quemaduras, que las destruyen y ponen fuera de servicio. Lo mismo ocurre en todos los órganos externos o internos. El organismo repara estas pérdidas con elementos nuevos que los gastados emiten antes de inutilizarse, y también con los nacidos de determinados puntos o sectores de cada órgano, donde existen en estado latente desde la vida fetal; y esta reposición se cumple tan silenciosa y ordenadamente que en la vida ordinaria no la alcanzamos a percibir, y las nuevas células realizan sus funciones con la misma eficiencia y facilidad que aquellas que han venido a reemplazar.

Pero de repente, una causa cualquiera, llamémosla un pretexto, pero un pretexto, por desgracia, todavía indescifrado desarregla este sistema de reemplazo metódico y automático, y las nuevas células brotan, más numerosas, a ocupar el puesto que les corresponde, sin estar suficientemente conformadas, e irrumpen atropelladamente en los sitios vacíos en cantidades mayores que las que se pueden cómoda y racionalmente albergar allí. Este apretujamiento exuberante de células, apelotonadas excesivamente en ciertos órganos, comprime y empuja a las células sanas vecinas que, tratando de protegerse, tienden una especie de barrera al rededor de sus impertinentes congéneres para aislarlos, y así comienza la estructura del pequeño nódulo, que poco a poco crecerá y se transformará en tumor maligno, cáncer. Este proceso arbitrario de células allí encerradas da lugar a la formación de substancias tóxicas: las toxinas cancerosas, que son transportadas después a cualesquiera otras partes del cuerpo, y, a medida que progresa la enfer-

medad, las mismas células enfermas llegan por la corriente sanguínea a localizarse en órganos distantes.

Voy a hacer una comparación que permitirá fijar mejor este concepto elemental. Las células normales son como los soldados de un ejército profesional que, cumpliendo su misión, mueren numerosos en el sitio. El Estado Mayor, en nuestro caso las fuerzas que sostienen la vida, dispone que estos soldados sean substituídos por otros, previamente bien entrenados y disciplinados. Hasta aquí lo normal. Pero en un momento dado, los soldados de reserva son lanzados al servicio antes de haber recibido la suficiente instrucción, y carentes de toda disciplina marchan sin orden ni concierto, sin saber a lo que van, y en vez de defender el organismo, indisciplinados como son, promueven algaradas, entrando indebidamente a lugares que no les corresponde ocupar. Se establece la insurrección y los amotinados no atienden a la defensa contra el país agresor sino que desarrollan una revolución, una guerra civil, una anarquía, que consume las energías cada vez más menguadas de la pobre patria que tenían que defender. Este símil del cáncer se complementa diciendo que los insurrectos envían mensajeros (toxinas), y ellos mismos avanzan a la conquista de otros territorios del mismo país, de igual manera que las células cancerosas avanzan y se trasladan para emponzoñar y destruir el resto del organismo que se mantenía hasta entonces sano.

El Cáncer no se contagia. En experiencias de laboratorio, a veces se ha logrado ciertas pruebas en que aparentemente la enfermedad de un animal se transmite a otro de la misma especie, pero esto se produce con muchas restricciones. En el hombre no existe hasta este momento ninguna demostración que permita presumir que el cáncer sea contagioso. No se ha comprobado que existan microbios productores del cáncer, y si alguna vez algún investigador entusiasta ha hecho conocer el fruto de sus experiencias, achacando la enfermedad a determinados gérmenes, estas presunciones no han encontrado la necesaria confirmación universal. La observación clínica tampoco demuestra la contagiosidad del cáncer.

II.— Cómo se lucha actualmente contra el cáncer.— Instrucción al médico.— Instrucción a la colectividad.— Estímulo al sentido de responsabilidad de los asociados.— El ejército de Voluntarios.

En mi artículo anterior quedó expresado que la causa íntima que promueve la anarquía, la insurrección de las células, permanece aun desconocida. Confiamos que, de un momento a otro, salga de los tubos de ensayo de alguno de entre los cientos de laboratorios que trabajan sobre el mismo punto, el esclarecimiento de este fundamental problema. Quedó también explicado que el cáncer no es contagioso. Entonces, si no conocemos la identidad y capacidad del enemigo y sólo apreciamos sus catastróficos

efectos, ¿de qué manera podemos luchar contra él? De la misma manera cómo, antes que el conocimiento de la tuberculosis hubiera logrado los progresos actuales, se combatía rudamente esta enfermedad y se curaban muchos tuberculosos y se salvaban muchas vidas, aun cuando las medidas para evitarla eran deficientes y el tratamiento mismo de la tuberculosis era por demás imperfecto. Pero se me dirá: la tuberculosis es una enfermedad producida por un microbio conocido, en tanto que el cáncer no lo es. No podemos, pues, evitarlo, porque no siendo contagioso no puede propagarse a la manera de la tuberculosis. Y entonces, ¿a quién combatimos, contra quién peleamos?

Estas observaciones son absolutamente exactas, y al admitirlas y explicarlas al público con suficiente claridad, se habrá conseguido un notable avance en la campaña, pues se reconocerán las modestas fuerzas de que disponemos ahora y se las comparará con las del tremendo enemigo, y así, sin peligrosas ilusiones, las emplearemos prácticamente, sin malgastarlas, para lograr los mejores resultados.

En realidad no hay manera de prevenir el cáncer, en el estricto sentido de la palabra. No existe una verdadera profilaxis anticancerosa, y por esto, si todas las personas saben que no existe vacuna contra esta enfermedad, no queda otra resolución que estar muy alerta para reconocerla a tiempo y, entonces, sí, combatirla con todos nuestros recursos. De la misma manera que un país deficientemente armado no puede oponer una guerra integral al agresor que continuamente lo acecha, y tiene que adoptar un plan de defensa acorde con sus posibilidades, los individuos tenemos que defendernos contra el cáncer, con suma habilidad, perseverancia y continuada atención al peligro, para atacarlo en cuanto dé señales, por mínimas que sean, de su existencia. Mejor dicho, tenemos que desarrollar una vigilancia acuciosa, un verdadero espionaje, con sagacidad y valor, sin amedrentarnos ante la gigantesca ofensiva que eventualmente pudiera desarrollar; resueltos a descubrirlo y atacarlo plenamente en las primeras emboscadas que nos tienda, para hacerle sentir entonces el paso de nuestra eficacia, antes que haya podido desarrollar su fatídica y arrolladora malignidad. Continuando con la comparación que hemos escogido, necesitamos un eficaz servicio de inteligencia para anular al enemigo antes que prepondere por su número y por sus armas. Si esta tarea no puede ser cumplida, la medicina, ante la guerra ya declarada por el mal y sus avances, sólo puede ofrecer una muy pobre guerra de guerrillas, siempre de alcance limitado y efímera duración.

¿En qué puede basarse nuestro servicio de inteligencia? Se basa, esencialmente, en dos puntos que resultan, en conjunto, de eficacia innegable en la lucha, y a menudo ofrecen una superioridad incontestable sobre el agresor.

El primero es la instrucción adecuada que debemos tener los médicos frente al problema del cáncer, y lo que voy a decir no envuelve, ni de lejos, una crítica desfavorable, mucho menos una censura, para ninguno de mis colegas, y si en las frases que siguen alguien quisiera ver una alusión a determinados casos y personas, esa alusión me la adjudico yo mismo, porque me acuso de no haber reconocido, más de una vez, con la debida prontitud, un cáncer que, con posterioridad, evolucionó y se puso fuera del alcance de los recursos terapéuticos. Por otra parte, este defecto de preparación técnica no les corresponde solamente a los médicos ecuatorianos. Es una falla en la instrucción que se da en las Facultades de Medicina en casi todo el mundo, porque mientras el cáncer se ha ido extendiendo y revistiendo modalidades clínicas cada vez más variadas en relación con medio siglo atrás, la enseñanza médica en este punto no ha avanzado paralelamente: no se enseña cancerología como materia especial, y lo poco que se habla de este punto en las cátedras oficiales se lo hace con los mismos prejuicios, reticencias y descuidos que conocían nuestros abuelos partiendo del erróneo concepto de que todos los cancerosos son incurables; y si entonces se pensaba de tal modo, era porque los diagnósticos llegaban tardíamente y la medicina nada podía hacer frente a una avanzada guerra de exterminio, tal como la promueve el cáncer en su fases adelantalas. No se podían ni se pueden extinguir, ni mucho menos reparar, los daños ocasionados por un incendio cuando ya ha sido consumida la mitad o las dos terceras partes de un edificio. Actualmente las cosas han cambiado y el médico está obligado a conocer las bases, la patología y toda la clínica del cáncer, para poder desarrollar la acción efectiva que le corresponde en el servicio de inteligencia. Hablaré de este asunto con la necesaria amplitud en mis próximos artículos.

El otro puntal de la campaña descansa sobre la instrucción que se le debe dar al público, necesidad que, por lo obvia, no se la toma en cuenta suficientemente.

Hagámosnos una reflexión: cuando se quiere que nuestros hijos o allegados no incurran en una posible falta, a la que pueden llegar por senderos que les son desconocidos, ¿no los instruímos y aconsejamos para que eviten incurrir en esos riesgos? ¿No les hacemos ver a nuestros subordinados que, de continuar en una línea de conducta que los apróxima a individuos peligrosos, pueden caer en la embriaguez, el juego, el descrédito y la muerte social? ¿No les hacemos una demostración patética a nuestros alumnos que, de seguir determinados caminos, de apariencia inocente, pueden abocar a callejones sin salida en que se extinguen llevados propósitos y aspiraciones?

En toda campaña sanitaria se siguen estas mismas pautas; todas las recomendaciones que se le dan al público son para evitar las enfermedades y robustecer el organismo ante un eventual ataque. En la lucha contra el cáncer esta instrucción reviste ca-

racteres de imprecisión por el mismo origen misterioso de la enfermedad y la forma artera y solapada en que se infiltra y establece en nuestro cuerpo, sin dar síntomas de alarma. Por esto, todos los consejos y advertencias deben ser reiteradamente expuestos y claramente explicados, para evitar penosas sorpresas que evidencien al enemigo cuando ya ha instalado sus bases en nuestro organismo con tal firmeza, que apenas si se lo puede atacar y casi nunca desarraigar.

La educación del público es sumamente difícil en la campaña contra el cáncer, y si la Liga o Comité encargado de controlar la campaña no se empeña por despertar en la colectividad la real noción del peligro, tardará mucho tiempo en realizar obra efectiva, durante el cual continuarán los estragos de la enfermedad. Toda institución de lucha anticancerosa necesita instruír especialmente a grupos de personas voluntarias, lo más numerosos posible, que se apresten a recibir una educación elemental apropiada sobre los puntos esenciales que deberán difundir, actuando como sargentos o clases encargados de dar una instrucción premilitar en el círculo de sus familiares, subordinados y amigos; y cada sargento debe interesarse por seleccionar, de entre las personas con quienes trata, nuevos elementos que vengan a engrosar este grupo de instructores. Así se constituye lo que en otros países con lucha anticancerosa adelantada se denomina **ejército voluntario,** con la misión de distribuir afiches, folletos, organizar charlas por radio, exhibir películas, promover recolección de fondos, cumpliendo siempre, naturalmente, las disposiciones emanadas del comité de propaganda de la Liga que dirige la lucha.

Puede objetarse que, con tanta alarma, se va a crear un estado colectivo de temor permanente contra el cáncer, de cancerofobia. Puede ser que ocurra algo de esto, pero sólo afectará a las personas inmoderadamente emocionables o asustadizas, y puede ser también que en una que otra se produzca una verdadera neurosis del cáncer, pero esto vale muy poco en balance con el beneficio que significa el impedir que la enfermedad destruya muchas vidas útiles. Tan temerosa deducción equivaldría a no asegurar debidamente las puertas de nuestras viviendas para protegernos contra escalamientos y robos, por no inquietar a la gente del barrio, o si se quiere, continuando con la comparación antes escogida, para no despertar suspicacias en la comunidad de las naciones, promover un ambiente de peligrosa confianza que basada en ingenuo optimismo, invite al desarme o, por lo menos, a no incrementar razonablemente los medios de defensa de un país que está sujeto a permanente riesgo de invasión.

III.— Instrucción al médico.

Voy a exponer algunos puntos que afectan a los profesionales, y como ya lo dije, puede resultarme un poco comprometido este paso

porque yo también soy médico y podría estimarse mi crítica intencionada. Pero nadie mejor para criticar a los médicos que un médico; y al hacerlo, parte de la crítica recae sobre el que critica. Esto es ineludible, porque la imperfección de nuestros conocimientos en determinada materia es tanto mayor cuanto más vasta sea ésta, que es lo que justamente ocurre en medicina. Si por un lado el dominio de la técnica médica se acrecienta, por el otro, el examen completo de los enfermos se torna cada vez más dificultoso debido a que, a medida que se profundizan los estudios, se reconocen dentro de cada enfermedad, peculiaridades específicas que reclaman técnicas especializadas, y, en realidad, ni el médico mejor capacitado puede dedicarse a estudiar a fondo los nuevos problemas surgidos con el avance de las ciencias biológicas.

Esto explica el estancamiento de los conocimientos acerca del cáncer, que sufrimos la mayoría de los médicos, porque, equivocados por prejuicios tradicionales, no nos hemos interesado por ponernos al día en este asunto; y esta despreocupación nos hace caer en la grave responsabilidad de desconocer la manera de diagnosticar el cáncer en tiempo oportuno.

Se ha dicho, con fundamento, que la vida del canceroso depende en gran parte del primer médico a quien consulta. Efectivamente, si éste conoce los síntomas iniciales de la enfermedad, recomendará de inmediato al presunto canceroso los exámenes necesarios, y lo orientará en pos del especialista que pueda atenderlo con eficiencia. Con esto queda dicho que en la campaña contra el cáncer no se pretende que todos los médicos sean especialistas, pero sí que ninguno desconozca lo que jamás podrá justificar que ignora. Todas las organizaciones anticancerosas se han preocupado, en sus primeras etapas de labores, de atender a este punto, y en forma muy discreta —para no lesionar muy comprensibles pero irrazonables susceptibilidades—, de dar a todos los médicos la oportunidad de actualizar sus conocimientos de cancerología. La American Cancer Society, con singular tino, abrió una campaña a fondo para refrescar la memoria del médico, y sin costo alguno distribuyó y continúa distribuyendo con profusión artículos breves, folletos de mayor volumen y pequeños libros destinados al objeto. Fundó después la revista **Cáncer** y organizó cursillos de corta duración, ilustrados con películas, que les dieron a todos los colegas esta facilidad de refrescar la memoria; y, sólo cuando esta fase de la lucha produjo los resultados que se esperaban, la Sociedad abordó el control directo o indirecto del tratamiento y asistencia de los cancerosos. Con un grupo de oficiales así entrenados que constituye el verdadero Estado Mayor de la campaña, muchos países han logrado rebajar considerablemente la mortalidad y proclamar, con bases reales, que la mayor parte de los cánceres son curables si se los diagnostica a tiempo.

Naturalmente, en este punto como en toda batalla, el Estado Mayor tiene jerarquías que están ocupadas por: 1º el radiólogo,

que también tiene que **refrescar su memoria** en asuntos de cáncer, porque no puede evadir la responsabilidad de dar informes imprecisos, confeccionados a base de observaciones ligeras y superficiales, que en verdad pueden corresponder a cánceres muy poco extensos todavía, que no supo reconocerlos; 2º el técnico de laboratorio, a cuyo cargo corre también buena parte de responsabilidad, porque cuando se extrae una muestra de tejido sospechoso y se lo manda a examinar, puede ser que las células cancerosas no estén uniformemente repartidas en ese fragmento y si, por despreocupación o negligencia, el técnico se considera satisfecho de no haber encontrado elementos malignos en las primeras placas que examinó, emitirá un informe favorable pero errado, que inducirá a retardar el tratamiento, perdiéndose una oportunidad que después podrá recuperarse; 3º el radioterapeuta, o el que tiene que aplicar el tratamiento con rayos X o con radium, tampoco queda eximido de culpa si, desconociendo al detalle los diversos problemas que le plantea cada enfermo usa, sin ton, ni son, dosis de radiaciones idénticas en todos los casos, de acuerdo a patrones cómodos previamente fijados. Y resumiendo todas estas actividades, que pueden estar concentradas en diversas proporciones en la misma persona, se destaca el verdadero jerarca de la cancerología, el **cancerólogo especializado**, que ordenará nuevas radiografías o exámenes en casos dudosos, que operará o hará operar o dispondrá la radioterapia en los casos confirmados, sin que su verdadera misión termine allí, porque deberá continuar la observación del paciente que ha sido tratado, por un lapso no menor de 5 años, siempre atento a exámenes y revisiones periódicas y alerta para descubrir los menores síntomas de reproducción de la enfermedad en su sitio original o en otros órganos.

Ya se ve, de qué manera deben actuar y qué coordinación debe existir entre los diversos elementos técnicos y estratégicos en esta lucha sin cuartel, sin otra esperanza de salvación que la basada en descubrir a tiempo al audaz y temerario agresor, para expulsarlo de nuestro territorio antes que haya logrado enraizarse.

Esta tarea, que nos compete a todos los médicos, debe injiérsela de inmediato en el Ecuador. **El refrescamiento de la memoria** es urgente, y ningún médico debe sentirse lastimado de requerirlo; al contrario, debe percatarse cuanto antes de esta necesidad, y preocuparse por alcanzar un conocimiento adecuado del problema del cáncer en general. De otra manera, de muy poco servirán las advertencias al público y el interés con que éste responda a ellas, si no tiene a quien pedir ayuda. Resultará, ni más ni menos, como el infructuoso sacrificio de patriotas que demandan elementos de protección y lucha para defender a la patria y defenderse a sí mismos, sin que se los proporcionen quienes tienen la ineludible obligación de atenderlos.

IV.— Instrucción a la colectividad.— Prejuicios, conceptos erróneos, supersticiones, desprecaupaciones.

En uno de los artículos anteriores hice hincapié sobre la imprescindible necesidad de instruír al público en forma lo más clara y difundida posible, porque sólo así se consigue despertar una alarma productiva.

"Una agencia voluntaria de salud, como la Sociedad Americana del Cáncer, es una institución típicamente americana, y es una expresión de la creencia democrática de que cada individuo tiene una responsabilidad hacia su prójimo y hacia su comunidad. La Sociedad está organizada de manera que incita a cada ciudadano a que participe en sus labores, lo que constituye el fundamento de la filosofía de la Sociedad, que es su fe en los voluntarios. En cada uno de sus niveles jerárquicos, desde el de Miembro de la Junta Nacional hasta el de trabajador en el Ejército de Campo en las provincias, el voluntario inteligente e informado, es la llave del éxito en el programa de la Sociedad".

Con meridiana claridad se expresa en pocas líneas los motivos que inspiran las tareas de la Sociedad, que tienen que ser idénticos para cualquiera otra corporación similar.

Como bien se comprende, no se persigue el deseo de **asustar** a la colectividad sino de **advertirle** los peligros, sin rodeos ni circunloquios; no se pretende **provocar** el pánico frente al riesgo, sino enseñar a reconocer el mal antes que se desborde y ponga fuera del alcance de nuestros recursos; se aspira a crear **ecuanimidad** y **confianza** en nosotros frente al peligro potencial, pero remediable, y no un estado de desaliento y ansiedad que constituye la **obsesión del cáncer** —la cancerofobia—, tan inconveniente como ineficaz, que **hace ver cáncer** donde juiciosamente no existen las más leves sospechas ni se comprueban las mínimas señales que justifiquen tal inquietud.

Frente a una enfermedad que los médicos no pudieron curarle prontamente o que, para hacerlo, le recomendaron una intervención quirúrgica que no aceptó, a menudo el paciente, considerando que los recursos humanos han fallado, busca auxilio en lo misterioso, se ampara en la superstición, en lo inexplicable, y sus pasos se dirigen al curandero y cuando éste, como es natural, fracasa, va en pos del adivino, del brujo, para librarse del sortilegio o maleficio, del **daño que le han hecho**. Y esta trayectoria inútil, pero no tan riesgosa para otras enfermedades, resulta funesta para el cáncer.

Debo mencionar, también, la desorientación seguida por algunos infortunados cancerosos que, en tiempo tal vez operable, rehusan la intervención quirúrgica en espera del milagro del santo predilecto, que nunca les llegó.

Sacudir estas aferradas supersticiones y cambiar la mentalidad de las personas, resulta una tarea por demás pesada y difícil, pero que debe emprendérsela con verdadera fe y constancia.

Al público se le debe enseñar con palabras expresivas y frases sencillas, sin tecnicismos fuera de lugar, a darse cuenta de las modificaciones de su salud que deben hacerlo consultar al médico. En el cáncer de cada órgano hay síntomas de sospecha y de alarma cuyo reconocimiento debe ser difundido. Para el cáncer de la mama se dan instrucciones para que, de tiempo en tiempo, cada mujer proceda a palparse sus propios senos en forma que le permita descubrir nódulos o tumorcitos sospechosos, ya que, por desgracia, el cáncer del seno, **como en general la mayoría de los cánceres, no provoca ningún dolor sino cuando está avanzado.** Para el reconocimiento del cáncer del estómago, quizás el más taimado y engañador, se le hace saber a la gente que debe desconfiar de esas indigestiones que se presentan, cada vez con mayor frecuencia y sin causa aparente, en individuos que, según el decir popular, antes eran capaces de digerir piedras. De la misma manera se instruye al público que, cuando una persona que siempre tenía bien reglamentado el hábito de sus evacuaciones, comienza a sufrir estreñimiento o diarrea sin razón explicable, debe preocuparse, porque así se manifiesta a menudo el cáncer del intestino grueso, **sin dolor ni otros síntomas.** También se debe advertir que las hemorroides sangrantes o muy penosas, aparecidas sin causa razonable, o que se agudizan más allá de lo coriente en personas que desde antes las sufrían, no son de ordinario simples hemorroides, y deben ser examinadas por un médico, para ver si no están encubriendo un cáncer del recto.

Proporcionar informaciones cabales y adecuadas al gran público es una misión tan importante e imprescindible para el buen éxito de la campaña, como el **refrescamiento de la memoria** que debemos hacer todos los médicos, y entre estas dos fuerzas que concurren a la batalla, podemos decir entre el Estado Mayor y la tropa, se sitúa una tercera fuerza nacida de la misma tropa, que a manera de los cabos, sargentos y suboficiales, tiene que cumplir una misión invalorable, como es la de perfeccionar en cada soldado el conocimiento pormenorizado que debe tener respecto a cada una de las variedades de los cánceres más comunes. Esto viene a ser como la instrucción militar que en nuestra organización de las Guardias Nacionales han dado los Oficiales del Ejército **(Médicos)**, a todos los ciudadanos **(Público en general)**, extrayendo de las masas algunos grupos selectos que, con la responsabilidad de Oficiales de Reserva **(Voluntarios)**, se encargan de perfeccionar la instrucción de los rasos, haciéndolos menos vulnerables a los ataques y mejor capacitados para la defensa. Esos grupos seleccionados reciben, en los países de lucha anticancerosa organizadael nombre de Ejército de Campo y también de **Voluntarios**. En los EE. UU., a fines de 1949, había ya más de un millón de estos instructores **Voluntarios** del grueso público.

Médicos suficientemente informados, **Público** debidamente educado, **Voluntarios** adecuadamente instruídos, es el trípode en que descansa el éxito de esta campaña sanitaria sui generis, en que se lucha contra un enemigo inigualablemente traidor y esencialmente inclemente, que nos ataca en plena tranquilidad cuando no se vislumbra, casi nunca, motivos para explicar la inesperada agresión, tal como les ocurre con frecuencia a determinados países que el destino geográfico los ha situado en condiciones de indeseable vecindad. No queda en estos casos frente al contumaz contendor otra medida, que afrontar los peligros con las armas de que actualmente disponemos, y abandonar esa actitud suicida que, tomando como pretexto la relativa limitación de los métodos anticancerosos, espera tiempos mejores en que las cosas **puedan ser más fáciles** para emprender en la campaña y reconquistar lo perdido. ¿Qué le hubiera sucedido al mundo, especialmente a nuestro continente, si en las épocas de esas horrendas epidemias de fiebre amarilla que asolaron pueblos enteros, no se las hubiera combatido, con lo que había a la mano, esperando que se descubra la verdadera causa del mal para combatirlo? La conducta decidida de los higienistas y sanitarios de entonces puso barreras de alta eficacia a la propagación de la fiebre amarilla, enfermedad que fue erradicada de muchísimos pueblos—entre ellos del nuestro— mucho antes de lograr los recuersos actualmente a nuestra disposición.

A combatir, pues, contra el enemigo común sin esperar el presunto maná del cielo, antes que los daños, por irreparables, se tornen catastróficos.

V.—Abandonar la actitud indiferente o fatalista.— Balance de lo logrado en otros países con una campaña organizada contra el cáncer.

Si no se modifica la errónea idea de que el cáncer es incurable es difícil, también, abandonar esa actitud de impotencia que conduce a no hacer nada. Pero si se sustituye ese concepto equivocado por el positivo de que el cáncer sí se lo puede curar **cuando es diagnosticado a tiempo,** la cuestión cambia fundamentalmente y entonces; sin mayores vacilaciones, estamos obligados a actuar con resolución frente a algo contra lo que sí podemos defendernos.

Pero no adelantemos esperanzas demasiado optimistas antes de conocer cuál es la razón que debe impulsarnos, y conozcamos algo de lo que se ha logrado con la identificación precoz del mal y con un tratamiento apropiado a cada una de las modalidades de la enfermedad cancerosa.

Para la valorización de las curaciones del cáncer se considera un razonable período de cinco años, a partir del momento en que se ha completado el tratamiento de cada caso. Si durante ese lapso no se ha producido recaídas, tanto en el sitio primitivo como en otros órganos, se habla de **curación de cinco años,** concepto reconocido y aceptado universalmente, pues la experiencia

enseña que si en ese plazo la enfermedad no ha revivido, hay muchas probabilidades de que no lo haga más tarde, sin que se asegure, naturalmente, que en algunos casos no pueda reaparecer con posterioridad. Pero esto es poco común y, por otra parte, si a una persona condenada inflexiblemente a perecer en breve plazo, se consigue librarla de la enfermedad y mantenerla saludable y útil para los suyos y la sociedad durante, por lo menos cinco años, se ha cumplido el postulado de salvar vidas, de otro modo irremisiblemente perdidas, más aún si en muchas, no sólo perduran las curaciones de cinco años, sino que la enfermedad no vuelve a dar signos de actividad.

Los documentos estadísticos son cada vez más numerosos y su lectura obliga a modificar el criterio fatalista que predomina sobre el tratamiento del cáncer. **Obtener el reconocimiento por parte de los médicos y profanos acerca de la importancia del cáncer como un problema de salud pública, fue el primer objetivo de la Sociedad en su primera época de labores,** que poco después pudo ser complementado con este mensaje de esperanza: **El cáncer tratado a tiempo es, muchas veces,** curable (Amer. Cancer Soc.) Pero para que este criterio tome cuerpo y fructifique en la mente de los médicos y del público se deben exhibir y comentar cifras, tomadas de las observaciones continuadas a través de los años, por instituciones anticancerosas solventes y de alta reputación.

La estadística resumida de la respetable Sociedad Americana del Cáncer permite apreciar lo siguiente:

En Norte América, el porcentaje global de **curaciones de cinco años** de los cánceres más comunes puede avaluarse así: 98% para cánceres de la piel, 35% para cánceres del seno, 14% para los de estómago y el mismo porcentaje para los del recto. Estas dos últimas cifras comprenden gran número de cánceres que han sido tratados en etapas muy adelantadas.

En cánceres del seno y del útero el porcentaje de curaciones ha venido elevándose progresivamente en los últimos años, debido a que las mujeres van aprendiendo a practicarse periódicamente el autoexamen que hemos mencionado, y a la saludable recomendación de los exámenes ginecológicos periódicos a que deben someterse las mujeres pasadas los 40 años.

Conozcamos ahora los puntos más salientes de un informe presentado por el Consultorio de Pesquisas y Profilaxia del Cáncer de la "Sociedad Nacional de Ferroviarios" de Francia, organización muy prestigiada que puede, además, controlar fácilmente a sus enfermos, por lo que sus datos de **curaciones de cinco años** y supervivencia prolongada deben ser tomados muy en cuenta, aun cuando el número de casos no sea muy crecido.

Hasta el 1º de Enero de 1951, de todos los que concurrieron como presuntos pacientes de cáncer, se encontró que 1512 eran

realmente cancerosos, en tanto que los 1206 restantes estaban libres de enfermedad, de lo que se obtiene esta conclusión provisional: resulta altamente provechoso haberaminado a 2518 individuos que presentaron síntomas de alarmporque se pudo reconocer a más de la mitad en un periodo del cáncer susceptible de vencerlo.

De 66 casos nuevos de cáncer (que no habían recibido antes ningún tratamiento) del seno en la mujer, clasificados de acuerdo a la respectiva malignidad, encontramos que se ha logrado 28 curaciones:

9 curaciones sobre 9 casos de grado I (el más benigno); 11 curaciones sobre 14 casos de grado II; 1 curación sobre 9 casos de grado III; ninguna curación para 2 de grado IV (el más maligno); además, 7 curaciones sobre 32 casos no clasificados.

Las conclusiones obtenidas respecto a los cánceres del útero son más alentadoras aún, pues circunscribiéndose a un grupo de 42 casos, las curaciones de cinco a nueve años suben a 26 pacientes, repartidos así: 14 curaciones sobre 14 enfermas de grado I; 8 curaciones sobre 13 enfermas de grado II, 4 curaciones sobre 13 enfermas de grado III; y ninguna curación sobre dos enfermas del grado IV.

Estos datos estadísticos hacen ver que la enfermedad cancerosa no es inaccesible a los tratamientos médicos, y que bien vale hacer esfuerzos para despojarnos de los conceptos erróneos que nos impiden interesarnos por el problema. Si el 35% de enfermas con cánceres del seno sobreviven en buena salud cinco o más años, según la Sociedad Americana del Cáncer, y si comparamos estos datos con los que se refieren a este mismo cáncer, más detallados de acuerdo a la malignidad y extensión, como lo consigna el Instituto francés: 9 curaciones sobre 9 enfermos del grado I; 11 curaciones sobre 14 enfermas del grado II, nadie puede seguir sosteniendo la tesis de que el cáncer es incurable, y lo que **sí se puede y se debe decir y seguir diciendo en todo momento y en todos los tonos, es que la curación del cáncer depende de la prontitud para reconocerlo.** Si de 14 enfermas con cánceres del útero del grado I han curado 14, y de las 2 del grado IV no ha sobrevivido ninguna, queda demostrado que sólo se puede desarrollar un ataque efectivo contra el cáncer si se lo identifica a tiempo.

Estos consoladores resultados se aprecian también en nuestro medio, aunque en menor escala y sin detallado respaldo estadístico. Pero aun así, muchos médicos tenemos en las anotaciones llevadas en nuestros consultorios, curaciones de cinco años y hasta de 10 y 12 años, de cánceres del útero, del estómago, del seno y por supuesto de la piel que, como bien se sabe, son los que mejor y más seguramente responden a los tratamientos.

Aunque el enemigo es terrible y despiadado y se vale de todas las artimañas para pasar desapercibido hasta haberse adentrado peligrosamente en lo que es nuestro, no es imposible desarro-

llar una acción efectiva que lo paralice y hasta lo expulse. Sin contar, por ahora, con las armas necesarias para oponerle una guerra equilibrada, sí podemos afrontarlo con satisfactorias probabilidades de éxito si nos unimos y nos organizamos; si desarrollamos un apropiado Servicio de Inteligencia; si instruímos debidamente a nuestros oficiales y clases, y si logramos establecer un Estado Mayor cabalmente informado y devotamente entregado al beneficio general. Comencemos, pues ya, antes de que sea demasiado tarde.

VI.— Necesidad impostergable de comenzar.— Con los elementos actuales se puede salvar muchas vidas.— Prepararse para aprovechar los progresos que día a día se consiguen en la materia.

Reconocido universalmente que el cáncer continúa en aumento, examinemos ahora si ocurre lo mismo en nuestro medio. Pudiera ser que algunos espíritus confiados u optimistas piensen que no se justifica el provocar una alarma frente a un peligro que, si en verdad existe, no asemeja las proporciones que se le quiere dar, y que no merece inquietarse exageradamente por riesgos imaginarios. Otros, aceptando quizás la realidad, se limitan a encogerse de hombros pensando que, siendo tan poco lo que se puede lograr en la lucha contra el cáncer, no vale la pena esforzarse en ilimitadas proporciones. Por último, a las voces de los que no creen y de los que creen pero se resignan, se agregan las de personas sensatas y bien intencionadas que consideran inabordable la empresa, por costosa.

Procuraré dar una explicación y respuesta apropiadas a estas inexactas y poco alentadoras presunciones.

Para apreciar si en verdad tenemos hoy más cancerosos que antes, invito a los lectores a meditar un instante acerca de los casos de cáncer ocurridos en el círculo de sus respectivas familias en los últimos tiempos; a recordar si no han visto morir de cáncer a algún pariente cercano o amigo querido en años recientes. Analizando más a fondo la cuestión, revisemos las 10 principales causas de muerte en Guayaquil, según la estadística oficial de la Dirección de Sanidad, y encontraremos un hecho muy significativo. En 1946 la mayor mortalidad era producida, en orden decreciente, por las siguientes enfermedades: tuberculosis, diarrea infantil, pulmonía, enfermedades del corazón y paludismo; el cáncer estaba en sexto lugar. En 1950, la tuberculosis, felizmente muy combatida ahora, cedé su primer lugar a la diarrea infantil, que también ha decrecido; vienen en tercer lugar las enfermedades del corazón, y el cáncer verifica su nefasto ascenso a cuarto lugar con 84 defunciones por cada cien mil habitantes, en vez de las 56 que se registraron en 1946. Con toda verosimilitud continuará ascendiendo, si no se establece prontamente una valla que lo detenga.

Mi sensibilidad se exalta dolorosamente cuando rememoro que, sin haber existido antes cancerosos en mis familias paterna y

materna, he tenido el pesar de perder a dos parientes íntimos víctimas de cáncer, y cuando evoco a algunos de mis maestros de la Facultad de Medicina, afectos de cáncer, a los que consolé y alivié de la mejor manera que pude en sus postreros instantes. Considero, pues, que existen suficientes razones para admitir que el cáncer afecta a nuestro medio en proporciones tan inquietantes como para demandarnos justificada preocupación.

Razonemos ahora sobre la segunda objeción, que se inspira en lo poco que se puede conseguir en la lucha contra el cáncer. La no curabilidad de los cancerosos es una aseveración tan anticuada, podría decirse tan fuera de moda, como aquella de que los tuberculosos y los leprosos no se benefician de ningún tratamiento. El cáncer, como todas las enfermedades, asume diversos grados de malignidad, así como la fiebre tifoidea, la tosferina, el beri beri, los eczemas, que se presentan en unos casos con mayor severidad que en otros debido a múltiples causas, siendo las principales la naturaleza misma del tumor y el temperamento y la constitución de cada paciente, cualidades que hacen que un cáncer se presente con relativa benignidad y como tal se mantenga por largo tiempo, o que progrese y se propague en breve lapso con caracteres de alta malignidad. **Es a esta funesta eventualidad que debemos estar alerta, es decir, a no permitir que lo relativamente benigno se torne irreductiblemente maligno;** he aquí, justamente, la gran finalidad de la instrucción que se le debe dar al público y a nosotros los médicos para lograr diagnósticos oportunos, sin los cuales nada pueden lograr ni los consultorios mejor equipados ni los institutos de radioterapia mejor dotados. Es preciso, pues, no confiar en la hipotética aparición de nuevas y tremendas armas que destruyan todos los cánceres, por malignos y extensos que fueren, por que si se llegara a obtenerlas, serían de un alcance tan pernicioso y dañino para los tejidos afectados por el cáncer como para los sanos.

Intencionalmente he dejado para el último la tercera objeción, que se refiere a lo dispendioso que resultaría la campaña. Esta apreciación sería exacta si se pretendiera abordarla en forma integral, lo cual ningún país ha intentado hasta ahora, ni siquiera los EE. UU., cuya capacidad económica y sentido de responsabilidad sanitaria son proverbiales.

Por lo que vengo expresando en estas publicaciones, se puede comprender que ninguna labor en beneficio de la salud colectiva requiere una cooperación tan completa y cabal entre el público y los médicos como la campaña contra el cáncer, y para lograrla se necesita una instrucción metódica, insistente y prolongada que borre prejuicios y haga fructificar nuevas ideas, reales y positivas, acerca del problema que se pretende resolver. A nadie se le puede reclamar cooperación o ayuda sin enterarlo previamente de los motivos, mediante explicaciones suficientemente claras, y en cuestiones de cáncer no se demanda un auxilio fugaz y transitorio que, sin

mucha dificultad se lograría obtener bajo la forma de frases de simple adhesión o simpatía para la causa, y hasta de erogaciones económicas: se aspira a una colaboración permanente, es decir, a incorporar cada día nuevos voluntarios a nuestro ejército y para conseguirlo hay que instruírlos en forma explícita y precisa.

Estas labores no pueden producir resultados inmediatos y deben ser cumplidas por una Liga o Sociedad, que con un programa previamente trazado, actuará coordinando permanentemente todos los esfuerzos. No tendrá, al principio, hospitales propios, ni tampoco pretenderá tenerlos después en todas las poblaciones densas del país, por innecesarios e inconvenientes.

¿De qué le serviría a un país disponer de artillería de largo alcance, aviones de propulsión a chorro y hasta de bombas atómicas, si no hay quien pueda usar estas poderosas armas para rechazar al agresor? Una Liga contra el cáncer completará sus necesidades fundando, a lo sumo, uno o dos institutos para tratamiento, pero antes de llegar a esta meta tiene por delante mucho trabajo que atender con inaplazable urgencia: instruír al público y dar oportunidades a todos los médicos del país para que refresquen su memoria y actualicen sus conocimientos; y mientras se ocupa de estas tareas fundamentales equipará, con igual diligencia, un consultorio, un dispensario en las localidades muy pobladas, a donde los presuntos cancerosos puedan acudir fácilmente para someterse, sin costo alguno, a todos los análisis y radiografías que permitan descartar las sospechas o confirmarlas. Con este Servicio de Inteligencia perfectamente organizado, la Liga conseguirá que sus pacientes sean operados a tiempo y con eficiencia, en los hospitales generales, cuyos cirujanos ya especialmente instruídos, recibirán ayuda de la Liga para la radioterapia y demás recursos complementarios que aseguren el buen éxito. No se requieren esfuerzos económicos extraordinarios en las primeras etapas de las tareas, y si nos escudamos en estas retrógradas consideraciones nunca nos decidiremos a empezar mientras tanto el enemigo continuará segando vidas y sembrando pesimismo y terror. La ayuda económica vendrá pequeña al principio y más cuantiosa después, cuando en la opinión pública se haya creado la conciencia anticancerosa y se comprenda la responsabilidad que todos tenemos en esta guerra sin cuartel. Esta contribución llegará espontánea y generosa, de la misma manera que ha venido siempre cuando la causa que la solicita es noble y patriótica, como ha fluído cada vez que se ha visto en peligro lo que nos pertenece a cada uno y a todos los ecuatorianos.

El Sentido de la Responsabilidad

Disertación en la Universidad de Guayaquil, el 13 de Noviembre de 1951, con motivo del IX aniversario de Juventud Universitaria Católica. Folleto Lit. e Imp. La Reforma Abril 1952

Jóvenes amigos:

Debo comenzar invocando vuestra gentileza para que me disculpéis si os defraudo en vuestras expectativas. Esperáis una conferencia, algo solemne, tal vez de elevada filosofía, sobre un tema que, como pocos, se presta para tales desarrollos, y sólo os traigo, de acuerdo a mis discretísimas capacidades, un modesto ensayo como cordial mensaje que os ofrece un ex-catedrático universitario. Sed, pues, benévolos al juzgar este discurso, que no está dirigido a criticar personas sino costumbres, y que alienta la esperanza de clarificar en vuestras mentalidades inquietas y en vuestros espíritus sensibles, conceptos orientadores que ni vuestra edad ni vuestro limitado conocimiento de los altibajos de la vida pueden aún proporcionaros fácilmente.

El hombre se perfecciona con el correr del tiempo y su mente y su personalidad moral, deben conquistar la madurez consecuente a todo lo que está en crecimiento y formación; y sus artes, ciencias y costumbres -por lo mismo que humanas, imperfectas- son suceptibles de mejoramiento.

Me libro, con esta explicación, de que lo que voy a decir sea tomado como la austera admonición de quien pretende no haber errado nunca, o como la teorizante moral extraída de lecturas, expuesta a vosotros con velados propósitos de exhibir una insulsa posición de auto ejemplo.

Deseo expresamente reiterar mi gratitud por la alta distinción que me ha proporcionado mi estimado amigo Don Teodoro Arízaga, digno y entusiasta Presidente de "Juventud Universitaria Católica", que la he aceptado muy gustoso expresándolo mi reconocimiento, y os ruego no apreciar en mis palabras la indeseable actitud del Catón inoportuno, ni del moralista circunstancial. Os hablaré con el desenfado y la sinceridad de quien, habiendo tropezado y caído más de una vez, recogió experiencias de sus fracasos y siguió adelante mejor preparado para evitarlos. Así podré discurrir con llaneza y sin perífrasis, como si reflexionara en voz alta sobre estas preocupaciones que han promovido en mi espíritu continuos afanes.

El sentido de la responsabilidad es un estado anímico que nos exige cumplir lo que nos corresponde, de acuerdo a la posición que ocupamos en la sociedad.

El cumplimiento puntual de nuestros deberes implica responsabilidades morales cuyos grados y alcances no se los puede precisar de antemano. Cuando deliberadamente aceptamos compromisos o admitimos, con pleno conocimiento, otros que imprevistas e ineludibles circunstancias nos deparan, debemos poner para realizarlos, todo lo que nuestras capacidades físicas y mentales pueden rendir.

La responsabilidad requiere inteligencia, voluntad, celo y espíritu de esfuerzo. No puede reclamárseles responsabilidad a los débiles mentales ni a los afectados por taras que menoscaben su clara percepción e interpretación de los hechos o amengüen su libre albedrío. La libertad, supremo bien del ser humano, es una condición implícita de la responsabilidad. La psiquiatría moderna insiste constantemente sobre una atención legal, justa y humanista frente a esa infortunada invalidez del pensamiento humano y reclama, con claros argumentos, la limitada o nula culpabilidad originada por tal condición.

No se llega voluntariamente a la irresponsabilidad: el juicio inmaduro del infante y del adolescente, y la razón transitoria o permanentemente ofuscada en algunas personas, no proceden de decisiones tomadas deliberadamente por esos inhábiles mentales, sino de situaciones fortuitas impuestas por la edad, motivos genéticos o estados patológicos. Estos irresponsables genuinos, que no concibieron nunca la noción de responsabilidad o que, habiéndola disfrutado declinaron a la lamentable situación de perderla, ocupan niveles degradados en el consenso moral colectivo; lo mismo aquéllos que, a sabiendas, enturbian la claridad de su conciencia y facultades discriminativas con el alcohol, las drogas o tóxicos de cualquier clase, que embotan la acertada intervención de su raciocinio. Y aunque ingrato, viene al caso apuntar el indeseable parangón que cabe entre estos deprimentes estados anímicos y las actuaciones desaprensivas, pero voluntarias, de quienes posponen o no justiprecian los compromisos que los afectan como entes de la comunidad.

Estas consideraciones bastarían, si no hubiera otras del mismo peso, para magnificar el sentido de responsabilidad como un privilegio del hombre que disfruta cabalmente del vigor y armonía mentales, en plena sazón y equilibrio. Por desgracia, se marca una inquietante disminución de los cultores de esta virtud, que muchas personas parecen ignorarla y otras, que por casualidad advierten las desastrosas consecuencias derivadas de su irresponsabilidad, apenas si suponen que debe existir su antítesis: la responsabilidad.

Un vituperable sentido de utilitarismo personal deforma, a menudo, el estricto concepto de las relaciones que nos unen a los demás, y relega a planos secundarios de la conciencia nuestras obligaciones con el ambiente colectivo, y al situarnos excluídos de la comunidad, inspiramos nuestros actos en la luz del único faro que percibimos: el egoísmo, cuyos falaces destellos nos hacen dar traspiés y saltar por encima del respeto y la dignidad.

Tales mixtificaciones de la verdad sacuden episódicamente a los pueblos desde que el mundo existe, y diríase que hoy la humanidad padece de una de esas peligrosas **crisis de valores morales,** que ha precedido siempre a las profundas conmociones sociales. Nuestros pueblos de América, propicios como pocos a este clima por su peculiar ideología, su exaltada imaginación y, porqué no decirlo, por su incipiente y poco difundida cultura, demuestran debilidades que producen serias inquietudes y preocupaciones. Quizás como ninguna otra, la población de la joven Latino América presenta hoy una extraña ideología desorientada, desacorde con la concreta y sublime que exhibiera otrora cuando las magníficas epopeyas libertarias, cuyos esfuerzos parecería que hubiesen dejado exhaustas sus reservas de elevación e idealismo, y se debate ahora en un tumulto de pasiones en que los apetitos suplantan a las nobles ambiciones y el oportunismo y los lances de lucrativos éxitos pretenden erigirse en sistema. Las mentes rectoras no logran ser oídas y sus voces se distorsionan, diluyen y extinguen en el sordo rumor del pecaminoso "arribismo" y de los logros deshonestos. En pocas frases resume José Ingenieros este riesgoso estado negativo de la conciencia colectiva en que, como profundo denominador común, se apunta el desconocimiento del sentido de la responsabilidad:

> "Entran a la penumbra el culto por la verdad, el afán de admiración, la fe en creencias firmes, la exaltación de ideales, el desinterés, la abnegación, todo lo que está en el camino de la virtud y la dignidad. En un mismo diapasón utilitario se templan todos los espíritus. Se habla por refranes, como discurría Panza; se cree por catecismos, como predicaba Tartufo; se vive de expedientes, como enseñó Gil Blas. Todo lo vulgar encuentra fervorosos adeptos en los que representan los intereses militantes; sus más encumbrados portavoces resultan esclavos de su clima. Son actores a quienes les está prohibido improvisar; de otro modo romperían el molde a que se ajustan las demás piezas del mosaico".

Un sentido de pudor maltrecho y espurio trata de disfrazar esta flagrante decadencia de los sentimientos del alma, y busca en la excusa pueril una justificación a la conducta desaprensiva: "Si yo hubiera presumido tales consecuencias no hubiera descuidado mis obligaciones", lo que equivale a decir que, de haber

calculado que la colilla del tabaco originaría el tremendo incendio, se habría tomado precauciones al tirarla. Estas sencillas y expresivas declaraciones, muestran la escasa sindéresis de quien las dice y suponen una apagada mentalidad en orden al cumplimiento del deber.

Pero más censurable es la actitud del que considera su responsabilidad como de radio, a término improrrogable. Las responsabilidades crecen en función de la categoría del cargo, que, a medida de su elevación jerárquica, exige no sólo la restrictiva imposición legal sino la ilimitada devoción del que ha tomado sobre sí una empresa para llevarla a término. Se habla de sacrificios inauditos realizados para cumplir nuestras obligaciones y se mencionan altruísmo y filantropía, como si no tuviéramos el compromiso de devolver a la comunidad lo que de élla hemos recibido y continuamos recibiendo, y asombra oir hablar a personas que dicen no deberle nada a nadie sino a su exclusivo esfuerzo. ¡Dichosas mentalidades que, de la misma manera podrían asegurar que el cerebro no tiene nada en común con el corazón, o que la glándula hipofisis es extraña a sus congéneres! El individuo en sociedad reproduce punto por punto la armonía que existe entre los diversos órganos o tejidos de la economía que, para subsistir y funcionar bien, se deben los unos a los otros en una interdependencia y correlación de actividades que, cuando se perturba, conduce a invalidez parcial, definitiva, o a la muerte.

Entonces ¿dónde está el sacrificio para cumplir lo que nos corresponde? Sacrificio para dar y beneplácito para recibir, cómoda fórmula glorificada por los engreídos que presumen ser el centro de un sistema planetario que debe girar a su alrededor; personalidades vacuas a quienes les llamará la atención esta sentencia del sutil Jean de La Bruyére: "¿Quién con los talentos más raros y el mérito más excelente puede no estar convencido de su inutilidad, cuando considera que deja, al morir, un mundo que no se resiente de su pérdida y en el que hay tantas personas para reemplazarlo?".

Y extraña les parecerá también estas frases de Erasmo, el mordaz y austero filósofo de Rotterdam: "La irreflexión, la ambición y el amor propio -hijo casual de la necedad- elaboran el pedestal de su más conspícua amalgama: la falta del sentido de responsabilidad".

* * *

De cierta manera puede hablarse de responsabilidades legales y morales, si bien éstas son las verdaderas responsabilidades y afectan -sin evasión posible- todo acto humano deliberado y conciente. El incumplimiento de las primeras, explícitamente pre-

visto en las leyes que rigen a los pueblos y sus instituciones, merece las sanciones penales que las mismas leyes establecen. Las responsabilidades morales no están escritas en códigos sino marcadas claramente en la conciencia de los individuos, con diversa penetración, de acuerdo a su sensibilidad y a las opiniones que profesen como miembros de la colectividad. Si al responsabilidad, bajo el punto de vista legal, puede ser más fácilmente atenuada o exculpada, el quebrantamiento de la responsabilidad moral, con sus remordimientos afecta la conciencia de los infractores con hondura tanto mayor, cuanto más desarrollada esté su mentalidad y más clara percepción tengan de la diferencia entre el bien y el mal.

Si no existen motivos que impidan la cabal percepción o limiten las otras facultades, el incumplimiento de nuestros deberes y la mengua del sentido de responsabilidad nos hace aparecer como irresponsables genuinos.

Sin duda, factores naturales o circunstancias especiales, retardan o modifican el establecimiento de la noción cabal de responsabilidad. El temperamento impetuoso, irreflexivo, el ambiente doméstico, los conceptos erróneos que escuchamos a personas que ejercen influencia sobre nuestro espíritu, nos impulsan quizás a pretender una ubicación inadecuada, por lo prematura, en el concierto colectivo. El elogio caluroso y desproporcionado a nuestros actos de la vida común, sopla a veces con tentadora vehemencia y desenfrena ese sentimiento al que todos los humanos, de una u otra manera, rendimos humillante tributo: la vanidad, y ésta -aliada paradójicamente a la más común de todas las modestias, la falsa, la rebuscada modestia-, fomenta el inmoderado deseo de figurar, de alcanzar relieve empinándose artificiosamente unos palmos sobre el nivel que nos corresponde sin que haya merecimientos que expliquen tal premura, aunque para encontrar apoyo se tenga que hundir y liquidar a otros.

Insensiblemente se puede llegar a una dislocada ambición, que sacrifica nobles aspiraciones de perfeccionamiento y embiste contra todo lo decoroso y respetable, con ansias de llegar pronto, no importa dónde ni de qué manera, suplantando el plausible anhelo de forjarse el carácter y adquirir legítima personalidad, de ser verdaderamente útil al medio que nos estimula y ayuda a crecer y prosperar.

Poco a poco se pervierte la clara diferencia entre la bondad y la maldad, y conceptos equivocados y juicios arteros construyen una ominosa personalidad, huérfana de ese distintivo de hombre pensante, libre y civilizado, que es el sentido de la responsabilidad.

En quienes aspiran a manejar la política de los pueblos y en los que rigen sus destinos, el ansia de mantener la preponde-

rancia sobre sus partidarios los impulsa, con lamentable frecuencia, a mentir, calumniar a sus adversarios, torcer el criterio del público, presentando como señuelo a las multitudes, ideologías y programas gubernamentales que excitan la bestialidad y estulticia, siempre a flor de piel en las masas, y cuya desproporcionada e irrealizable magnitud muestra, a las claras, que sólo son calculados espejismos creados por personas cuya encumbrada posición política las excusa, menos que a otras, de tan reprobable conducta.

Si en el desenvolvimiento regular de los compromisos que legalmente nos incumben, es inexcusable no llevarlos a término so pena de caer en delincuencia, puede haber, sin embargo, causas y casos que modifiquen un tanto el campo de la responsabilidad. Pero, asimismo, la vida, con sus alternativas y sus situaciones de hecho, crea condiciones urgentes en que alguien debe erigirse en rector u orientador fortuito, por falla transitoria o carencia total de directivas. Un cataclismo social, material o espiritual, un escándalo moral, una calumnia, un juicio mendaz y desfavorable que, lanzado al público afecte seriamente a personas o a obras, pueden producir emergencias que instituyen de inmediato la necesidad de que alguien maneje las riendas, para llamar a la serenidad y buscar los medios que suavicen el desastre hasta que actúe quien deba hacerlo. Tales eventualidades exigen de las personas más ecuánimes y representativas la acción devota, sin restricciones, que alcanza a veces el heroísmo, y esos caracteres tienen la obligación de darse por entero, cumpliendo una responsabilidad tan premiosa como inesperada, y cuyo alcance llega hasta los límites marcados por la inteligencia, perspicacia y eficencia del interventor.

Discurramos ahora brevemente sobre la más inflexible de todas: la responsabilidad profesional; porque el ostentar un título académico o un diploma que autoriza a ejercer un arte o ciencia presuponen en el beneficiario capacidad, aptitudes específicas y conciencia del deber. ¿Qué justificaciones podrá encontrar el constructor que ve derrumbarse el puente o hundirse el camino, a poco de estar en servicio, porque el peso del tránsito cuotidiano superó a sus cálculos? ¿Qué aducirá el agrónomo cuyas aseveraciones no se cumplieron y las cosechas llegaron a niveles considerablemente más bajos de los previstos, porque el suelo no respondió a los abonos? ¿Y el abogado que afirmó éxitos afortunados a su infeliz cliente, que a la postre recogió sólo dolorosos desengaños? ¿Y el médico que retardó indebidamente la aplicación del remedio heroico o de la operación quirúrgica salvadora? ¿Y el sacerdote que utilizó su autoridad moral en el púlpito y en otras intervenciones, y, actuando más allá de su amplio ministerio, invadió campos ajenos a su condición de representante de una religión cuya finalidad descansa fundamentalmente en el "Amaos los unos a los otros"? ¿Y el dentista que extrajo piezas que no debió hacerlo, y la obstetriz que asumió actuaciones que no le correspondían, y el tipógrafo que le enmendó la plana al escritor, y el

pintor cuya pintura se escurrió a poco de ponerla? ¿Y sobre todas las responsabilidades, las del maestro de escuela, las del profesor de colegio, las del catedrático universitario que por negligencia o desaprensión sembraron en las ávidas e incipientes mentalidades ideas negativas, errores substanciales, o pseudo dogmas confusos y abominables?

Reuniendo la austeridad de la cátedra, la filosofía de las sanas doctrinas, el noble afán de marcar siempre la diferencia entre lo moral y amoral, existe en las comunidades civilizadas una profesión cuyo rito se inspira, perpetua e invariablemente, en el amor a la patria. Quienes la ejercen, los periodistas, pueden lograr incalculable influencia, y por tanto, asumir responsabilidades tan grandes que sólo se equiparan a las de los gobernantes de los pueblos. Inútil será que disfracen sus apetitos y rencores con sofística brillantez; el público, la historia reconocerán sin esfuerzos, al periodista que educó sin pervertir, instruyó sin dañar, auspició campañas de elevada finalidad, sin buscar compensaciones, ni gabelas, y honró su apostólica profesión sin degradarla, sin ofrecerla al mejor postor, como los condottieri de otras épocas.

Torcidas interpretaciones a lo que les corresponde hacer dan los profesionales que alientan actuaciones tan injustificables, y la dura realidad de la vida les mostrará muy pronto que, si tal conducta les proporcionó utilitarismo de rápida cosecha, jamás lograrán esa paz interior que proporciona el deber cumplido, y ni siquiera alcanzarán esa otra compensación que se traduce en el reconocimiento de méritos, porque éstos, como las monedas, si falsas son retiradas a poco de circular; si auténticas, pasan ávidamente de mano en mano y ocupan un puesto perdurable en la historia de la humanidad.

Jóvenes universitarios:

Habéis tenido la cortesía y paciencia de escucharme estas desmañadas frases y habéis apreciado la inconexión con que he tenido la osadía de comentar temas de tan vasta trascendencia. Mi discurso peca, entre otros muchos defectos, de la falta de enlace entre las innúmeras facetas del asunto, y denota la carencia de suaves transiciones entre sus acápites. Se presenta como párrafos sueltos, como espigas que incitan a especulaciones más frondosas, como brotes iniciales del problema, que requieren una amplitud inapropiada para estos momentos. Aceptad lo que os presento porque está inspirado en mi deseo de serviros lealmente, de ayudaros a ver ciertas cosas que en vuestra edad tampoco pude verlas, de traeros unas reminiscencias de Ariel, el personaje shakesperiano, notablemente idealista y constructivo, que Rodó supo extraer y exaltar en ese olvidable opúsculo que el pensador uruguayo dedicó a impetrar de la juventud más espiritualidad y menos utilitarismo, más ideas orientadoras con mengua, si es necesario, del aprovechamiento material, depurándolo de la mentalidad que descansa en el cabal conocimiento del sentido de la responsabilidad.

IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Ias. Jornadas de Pediatría Ecuatorianos

Discurso pronunciado en la sesión inaugural el 15 de Septiembre de 1952.

Se inicia con la presente ceremonia un período de actidades culturales y sociales, durante el cual los miembros de la comunidad médica ecuatoriana alternaremos en la exposición y discisión de múltiples problemas médicos, quirúrgicos y sanitarios que afectan con caracteres propios a las diversas regiones de nuestra Patria. El IV Congreso de Medicina, el I de Cirugía y las Iras. Jornadas de Pediatría Ecuatorianos, cuyas labores específicas comenzarán a cumplirse desde mañana, han sido organizados con espíritu esencialmente nacional. Se ha procurado darles a todos los Temas Oficiales y a los Temas Recomendados una orientación que, basada ciertamente en las observaciones y experiencias universales, se aplique a reconocer las manifestaciones mórbidas de acuerdo a las peculiaridades de ambiente, costumbres, idiosincrasia y características étnicas de nuestro pueblo. La Comisión Organizadora ha inducido a que se aporte nuevos elementos para la edificación de la medicina ecuatoriana; y así, con amplio criterio y a modo de cordial abrazo de sincera y elevada confraternidad, ha procurado que no quede excluído de estas justas científicas y sociales, un solo lugar de nuestro país, invitando reiteradamente, desde Agosto del año pasado que inició sus funciones, a todos los médicos ecuatorianos para que vengan a exponer en estas sesiones, lo qué han visto y observado, y planteen ante los colegas y amigos las convenientes recomendaciones emanadas de lo que su aguzado criterio clínico y sincero espíritu patriótico les haya sugerido. Nuestra Comisión ha deseado que los médicos ecuatorianos residentes en el extranjero conozcan, también, las ideas directivas que animan a los presentes certámenes, y se ha dirigido con la debida anticipación a los Cónsules y Representantes del Ecuador en todas las naciones del mundo, inquiriendo por los profesionales que residan en las respectivas localidades; y la respuesta de todos nuestros Representantes ha sido amplia y diligente, lo que ha permitido notificar a nuestros compatriotas colegas acerca de los Congresos Médicos y Quirúrgicos en preparación, e invitarlos para que concurran a sus deliberaciones.

Nuestra Comisión ha puesto particular empeño en que las reuniones culturales de Septiembre, a la par que constituyan un ex-

ponente de los adelantos alcanzados en las disciplinas médicas en nuestro país, dejen un sedimiento aprovechable para quiénes, en futuras épocas, transiten por estas mismas rutas y para la colectividad en general. Con estos propósitos nuestra Comisión ha solicitado la colaboración de un grupo de médicos incluyendo a los señores Decanos de las Facultades de Ciencias Médicas de Quito y Cuenca, bajo la presidencia del señor Decano de nuestra Facultad. La misión que tomarán a cargo estas personalidades rectoras de nuestra enseñanza médica, es aportar sus luces y experiencias para la resolución adecuada de los serios inconvenientes y anacronismos que afectan a nuestros actuales procedimientos de educación profesional, y cooperar en los empeños demostrados en las reuniones que, de tiempo en tiempo, vienen realizándose entre los dirigentes de las Universidades ecuatorianas, para dar a este trascendental problema las resoluciones más profícuas y acertadas.

Antes de seguir adelante, debo proclamar el reconocimiento de nuestra Comisión Organizadora para los amables colegas que como Comisionados o Delegados de nuestras funciones en todas la provincias, han respondido a nuestra demanda con ilimitado sentido de colaboración; lo mismo a aquéllos que, presurosos y entusiastas, han acudido a nuestro llamamiento en número mucho mayor del que razonablemente se había calculado, según se puede apreciar por las inscripciones que exceden de 400 y representan casi el 50 por ciento de los médicos actualmente en ejercicio en nuestro país.

Me apresuro también a hacer ostensible la profunda gratitud de la Comisión Organizadora para con el Gobierno del Ecuador merecidamente presidido otrora por el Sr. Galo Plaza Lasso, y hoy dignamente por el conspícuo magistrado doctor José María Velasco Ibarra, cuya presencia solemniza esta ceremonia. También expreso nuestra gratitud al M. I. Concejo Cantonal de Guayaquil que, haciendo honor a la noble tradición mantenida desde 1.915 cuando auspició el I Congreso Médico Ecuatoriano reunido en Guayaquil y después el II Congreso Médico Ecuatoriano, verificado también en esta ciudad en 1.930, se interesó y dió amplia acogida a la petición que le hiciera la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas para que auspiciara los actuales Congresos, disponiedo su muy digno Alcalde Lic. Alberto Ordeñana Cortez y entusiastas colaboradores que se proporcione a la peticionaria el apoyo que requería. Esta plausible trayectoria ha sido invariablemente seguida por el M. I. Concejo que hoy rige la vida administrativa en nuestro Cantón, entidad entusiastamente presidida por el Sr. Dr. Carlos Guevara Moreno, con quien colaboran guayaquileños cuyo espíritu patriótico y progresista ha permitido la fácil realización de nuestros programas.

En estos momentos de acogedora solemnidad flota en el ambiente de esta sala el espíritu de un hombre de austeras costumbres y amable gesto; un científico de pura ley y por lo mismo sin-

cero e inigualablemente sencillo; cultor irreductible de la duda cartesiana y tenaz buscador de la verdad. Su personalidad nos acompaña en esta iniciación del programa de anhelos y aspiraciones que han convocado a la familia médica ecuatoriana, y quiénes formamos la Comisión Organizadora de los certámenes en marcha, sentimos con definida claridad la influencia de sus ideas amplias y generosas y sus razonamientos siempre a tono y orientadores.

No necesito esforzarme en decir a quien me refiero. Mis palabras evocan en la memoria de este selecto auditorio la digna personalidad de uno de los próceres de la medicina ecuatoriana: el eminente clínico y profundo humanista, doctor Juan F. Heinert, prematuramente desaparecido. En nombre de la Comisión Organizadora de estos Congresos, cumplo con el penoso encargo de tributar a la memoria del esclarecido patricio guayaquileño, un sentido homenaje de admiración y reconocimiento a las innumerables y bien definidas virtudes que constituyeron rasgos característicos de su personalidad.

Expreso, ahora, mi profundo agradecimiento a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, que me ha deparado el alto honor de estructurar la Comisión Organizadora de estos Congresos, y a los distinguidos miembros de esta Comisión. A todos ellos, antiguos y leales amigos míos y meritísimos colegas, les rindo públicamente mi gratitud por la incansable y acuciosa ayuda que me han prestado durante los largos meses de preparación de estos certámenes. Organizar un Congreso Médico puede resultar una tarea pesada y difícil, pero este trabajo se torna sencillo y plácido cuando se labora con amigos diligentes y entusiastas que, como los que me acompañan, no persiguen otra finalidad que la de lograr el mejor desenvolvimiento de las justas culturales proyectadas, en homenaje a la Patria y la ciencia.

Dejaría sin cumplir un acto de estricta justicia, si no mencionara las actividades devotas y abnegadas cumplidas por el numeroso personal subalterno que ha colaborado en esta organización. Los ayudantes de Secretaría, mecanógrafos, trabajadores de los mimeógrafos y de las imprentas han desarrollado una labor que no es fácil de valorizar ni recompensar pecuniariamente. Trabajando noche a noche hasta las horas de la madrugada, colaborando hasta el agotamiento, rindieron un esfuerzo que ha contribuído decisivamente para el satisfactorio éxito de nuestros empeños. Para todos ellos, el "Club de mis Flacos", como los llamo cariñosamente, porque casi todos ellos son tan magros de carne como vigorosos de espíritu, va el testimonio de mi gratitud.

He mencionado más arriba la colaboración inestimable dada por todos los médicos del país a la Comisión Organizadora; pero ahora deseo agregar mi reconocimiento personal y mi emocionada admiración para los colegas que ejercen en poblaciones pequeñas, carentes de los medios elementales de laboratorio para per-

feccionar sus diagnósticos. Esos médicos, que han abandonado su campo de trabajo donde desarrollan labor de apostolado, acuden hoy presurosos a esta reunión de confraternidad y camaradería científicas, y muchos de ellos, seguramente, han realizado su viaje con gran esfuerzo, apartándose de obligaciones profesionales premiosas, haciendo sentir con su ausencia, el mismo vacío que, presumiéndolo sus conciudadanos, no le permitieron dejar a José Mascote, ni siquiera cuando era requerido por el Protomedicato de Lima para revalidar sus exámenes. Estos modestos colegas, libres de prejuicios dogmáticos y de apego exagerado a los resultados de laboratorios, demuestran valederas las frases que acaba de expresar S. E. el Presidente de la República, Dr. Velasco Ibarra, cuando dijo hace pocos minutos que las técnicas significan un aporte considerable al progreso de la humanidad siempre que queden subordinadas a la mentalidad directriz inteligente y precisa del hombre. Me hacen recordar también los conceptos del insigne Gregorio Marañón cuando, al mostrarnos el Museo adjunto al X Congreso Internacional de Historia de la Medicina de 1935 en Madrid, nos decía a propósito de los implementos de laboratorio del extraordinario Cajal, exhibidos con venerable unción en una pequeña sala: "Con estos elementales medios de trabajo, Cajal realizó en histología trabajos que nadie hizo hasta entonces ni fueron después superados, evidenciando así la primacía del pensamiento sobre las técnicas". Y en realidad, las prescripciones técnicas y procedimientos específicos para cumplir determinados trabajos no existirían si el pensamiento humano no los hubiera creado.

Con este acto solemne se inician las labores del IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Iras. Jornadas de Pediatría Ecuatorianos, y los miembros de nuestra Comisión confían que las imperfecciones, seguramente muy numerosas sobre todo en facilidades para el cumplido desarrollo de los trabajos, encontrarán de parte de nuestros colegas y amigos generosa disculpa y amable indulgencia.

No han escaseado los obstáculos ni las actitudes inapropiadas procedentes, tal vez, de la incomprensión o desconocimiento de lo que significan esta clase de Congresos. Nuestra Comisión ha sobrellevado sin desmayos dificultades inevitables con optimismo sereno y razonado, como el que inspiró a Andrés Maurois este bello pensamiento: "Querer a las personas dignas de afecto que haya en torno mío; rehuír el trato de los malos; alegrarme con los buenos; sufrir con entereza lo malo.... y **acordarme de olvidar; en** eso estriba mi optimismo. Y me ha ayudado a vivir"

Palabras Liminares

En la versión castellana de la tesis doctoral que Julián Coronel presentó a la Facultad de Medicina de París en 1875.

En la historia de la medicina ecuatoriana de los últimos tiempos se destaca con perfiles exclusivos, uno de los más sagaces e ilustrados clínicos guayaquileños, devoto infatigable de la enseñanza, a la cual dedicó por entero sus energías y singulares dotes de didacta, mereciendo por su sapiente y humanitaria obra proseguida incansablemente en el decurso de cuarenta años, la consagración definitiva de Clínico Maestro y de concienzudo y pulcro orientador de la juventud médica universitaria. El nombre de Julián Coronel expresa un símbolo de perpetua dedicación al estudio y desvelo por la cátedra. Su espíritu creador y altruísta impulsó decidida y eficazmente, muchas veces con su personal peculio, el mejoramiento físico de las tareas docentes, y estableció estímulos y galardones, como saludable acicate a los alumnos anhelosos de una formación profesional adecuada.

La construcción del nuevo edificio de la Universidad cuando el anterior fue destruído por el incendio de 1902; la erección del Anfiteatro Anatómico, que merecidamente ostenta el nombre del maestro; la creación del premio anual de Clínica Interna cuya organización y discernimiento él confió a la Asociación Escuela de Medicina, son obras e iniciativas que, por la profundidad de su contenido y sus perdurables proyecciones futuras, marcan con huellas indelebles el paso de este consagrado educador y médico eminente por los claustros universitarios y las salas de nuestros hospitales.

Sin embargo, por indeclinable modestia, tan preclara figura cuya obra educativa debió quedar recogida en numerosos volúmenes, siempre se excusó de perpetuarla en libros. Fuímos muy pocos aquellos de sus alumnos que, tomando apuntes y anotaciones de sus brillantes lecciones, pudimos conservar el recuerdo vívido de sus elegantes y atildadas frases, plenas de saber, y de sus lógicas argumentaciones sobre problemas de diagnóstico y terapéutica. Pero nuestras notas recogidas con la mayor fidelidad posible, no obtuvieron, sin embargo, la autorización del maestro para ser publicadas. No logramos conocer ni siquiera su tesis doctoral que presentara a la Facultad de Medicina de París, en 1873. Agotados los ejemplares de ese notable escrito sobre Hemiplejía Histérica, citado por Jaccoud, Dieulafoy y otros en sus difundidos Tratados de Patología Interna, los desalentados discípulos del maestro Coronel perdimos esperanzas de conseguir tan preciado trabajo.

Hoy, con motivo de la resolución tomada por la Comisión Organizadora del IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Las. Jornadas de Pediatría Ecuatorianos, de editar los escritos célebres de algunos de nuestros ilustres antepasados médicos, volvimos a alentar nuestros deseos de obtener la buscada tesis, porque ninguna ocasión nos pareció más propicia que la invocada por la Comisión Organizadora para conocer y difundir la aplaudida monografía; y con tal propósito nos dirigimos al Embajador del Ecuador en París, Dr. Gonzalo Escudero, encomendándole que inquiriera sobre el asunto en la Facultad de Medicina de la metrópoli francesa, y tan diligentes y acusiosas fueron las gestiones realizadas por nuestro distinguido compatriota y amigo Dr. Escudero que, a los pocos días, recibimos el microfilm de la tesis íntegra, la cual, merced al espontáneo y generoso auspicio de la benemérita familia de nuestro recordado maestro, la Comisión Organizadora puede presentarla hoy impresa (en facsímil), permitiendo así que se valorice el ponderado juicio clínico y la independencia de criterio que desde sus primeros pasos exhibió el joven médico Julián Coronel, rasgos muy personales de sus carácter, que habría de modelar y acrecentar en lo sucesivo con la madurez del estudio y la experiencia.

Si se toma en cuenta el positivo desarrollo alcanzado por la neuropsiquiatría puede, hasta cierto punto, carecer de interés la metódica y razonada monografía, sobre todo si se la mira con criterio superficial, orlado de modernismo intrascedente y engañosamente innovador, más aún si se considera que la medicina, efectivamente, ha depurado el conjunto sintomático de la histeria tradicional. Pero si se la lee con detenimiento y se justiprecia la exposición que en ella se da de los síntomas y sus interpretaciones; si se analiza con atención la preponderancia adjudicada por Coronel a los factores psicógenos (entonces denominados morales), como causas primarias para el desencadenamiento de los aparatosos síndromes histéricos; si se atiende la explicación que el autor hace en el Prólogo, respecto a la elección de ese Tema: "nous comptons pratiquer dans un pays oú cette névrose se trouve au fond de bien des maladies, soit á cause des influences climatériques, ou du défaut d' éducation physique ou morale", reconociendo con estas frases los elementos primordiales que favorecen la aparición de esos desórdenes nerviosos que tanto preocuparon y desconcertaron a los clínicos del pasado; y, sobre todo, si se anota la importancia que el incipiente maestro concede a la Fisiología Patológica del síndrome, a la cual le dedica un capítulo aparte —estudios poco comunes en esa época—, y se advierte de qué modo plantea las teorías propuestas por Duchenne (de Boulogne), Macario, Piorry, Landouzy, Brown-Séquard y d'Etiolles y otros clínicos eminentes, exponiendo, al final, la ciencia respecto a tan debatido asunto; si se resume el contenido de ese concienzudo estudio, se comprenderá muy bien porqué el trabajo de Coronel mereció que reputados tratadistas le concedieran los honores de la cita.

La histeria, ese abigarrado síndrome, mezcla de simulación, autosugestión e impresionabilidad, de complejos psíquicos lindantes con las paranoias y las neurosis de exhibicionismo, ha sufrido naturales y justos recortes, que ahora integran cuadros de otras psiconeurosis; ese desmañado y extravagante grupo de síntomas ocupa hoy un puesto poco menos que histórico, y, a menudo, se habla de esa enfermedad como de reminiscencias de la medicina de antaño, tal como ha sucedido con otras afecciones que apenas se las recuerda en los modernos tratados de patología. Pero si el reajuste operado en las clasificaciones ha despejado buena parte del horizonte neuropsiquiátrico, queda, sin embargo, la remembranza imborrable del puesto prominente que, durante mucho tiempo, ocupó la histeria en los diagnósticos diferenciales, y sobre todo, no se han perdido en nada las posibilidades de que en muchos pacientes subsista ese substratum básico, conglomerado de autosugestión y ansias de notoriedad que, bajo las denominaciones de pitiatismo, engreimiento y otras menos evocadoras y ridiculizantes ante el público que la palabra **histeria**, sirve como telón de fondo, a veces predominante e imponente en numerosas escenas de la clínica cotidiana. La moderna psiquiatría ha desmembrado ciertamente gran parte del patrimonio de la histeria, y les ha dado a muchos de esos jirones una individualidad no siempre justificable; las clasificaciones se han multiplicado y la terminología profusa hace que el médico general sienta, a veces, respetos y escrúpulos de adentrarse a reconocer pacientes que tienen ya etiquetas de: ansiedad, fobia, ciclotimia, manía, estado depresivo, condición melancólica y, más todavía, cuando escucha intepretaciones desconcertantes acerca de los estados paranoicos, esquizofrénicos y otras curiosas expresiones que, a fuer de habérselas derramado con infecunda prodigalidad en revistas y periódicos profanos, forman parte de la fraseología casera. Pero manteniéndonos siempre con nuestro espíritu abierto y el oído aguzado hacia todo lo sensatamente innovador y progresista, a veces nos parece que no está sobrada en la nosología la denominación histeria, así tal y como se la concebía antes: brusca e inusitada en su modo de aparecer, rara y proteica en su evolución, extraña y dramática muchas veces en su manera de terminar, terreno propicio para la intervención de factores milagrosos.

La Comisión Organizadora del IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Ias. Jornadas de Pediatría Ecuatorianos me ha conferido la —por mí ansiada— distinción de traducir al castellano y prologar la tesis del maestro Coronel, deferencia especial que agradezco con toda mi alma porque la anhelaba, jamás imaginándome que yo soy el capacitado para cumplir tan delicado encargo, sino porque deseaba proclamar, una vez más, mi gratitud para el hombre que enderezó hacia un camino claro y cierto mi desorientación inicial, en esa etapa de incertidumbre que muy pocos hombres no han experimentado.

Por eso he deseado esta oportunidad para exteriorizar la inextinguible deuda de gratitud que mantuve con mi inolvidable maestro Julián Coronel, cuyo recuerdo conservo cada vez más claro, atesorando en mi mente sus enseñanzas, y en mi corazón sus bondades. Porque él me mostró el derrotero de mi vida profesional y me inculcó el legítimo amor a las disciplinas médicas y sus aplicaciones, cuando yo iniciaba mi cuarto año de estudios, con la misma despreocupación y poca fe de muchos de los jóvenes que se disponen a seguir una carrera. No puedo decir que tuve vocación por la medicina; quizás la mantuve muy recóndita, y en forma subconsciente me impulsó a inscribirme entre los matriculados de 1912. La deuda que nunca podré cancelar con el Profesor Coronel es precisamente la de haber influenciado mi ánimo con la fuerza de su personalidad científica, la transparencia de su autoridad y sinceridad, la nobleza e imparcialidad de sus procedimientos y, porqué no decirlo, la suma habilidad con que alternaba la aspereza de sus reprimendas y la parca suavidad de sus palabras estimuladoras.

Ideas para una Reforma Universitaria

Discurso de agradecimiento por la Condecoración al Mérito, Grado Gran Cruz, que le otorgó el Gobierno Constitucional de la República, en la sesión conmemorativa del 85º aniversario de fundación de la Universidad de Guayaquil.— Diciembre 7 de 1952.

Señoras, señores:

La efemérides de hoy significa para la familia universitaria guayaquileña motivo de venerable recordación y, en adelante, será para mí de excepcional y grata remembranza por el homenaje inmerecido que se me otorga en este momento.

La emoción jubilosa que conmueve mi espíritu alterna con la preocupación de mi mente ante la trascendencia de este acto, y procuro indagar serenamente la razón de tan solemne ceremonia, que no guarda proporción con las características realmente discretas de mi personalidad. El galardón que me concede el Poder Ejecutivo, a solicitud del H. Congreso Nacional de 1952, me sobrecoge por extraordinario e inusitado y por el inmenso compromiso que me impone en el futuro; y aun cuando mi entusiasmo se mantiene incólume, acrecentado, si cabe, por la presea de hoy, comprendo que no produciré rendimiento mayor al ya cumplido.

No obstante esta ponderada apreciación que enturbia mi incontenible regocijo, mi espíritu vuela orgulloso en alas de la fantasía, impaciente por librarse de las trabas del buen sentido, e incita a mi dad, pas ión a que afecta ricos y pobres, poderosos y oprimidos, como lo expresa Mtaigne: "que reside en nosotros tan viva y arraigada, que ignoro si jamás hombre alguno ha sido capaz de desembarazarse de ella por completo"; quimera, según Cicerón: "que hasta los mismos que la combaten quieren que los libros que componen con tal designio lleven sus nombres, y pretenden conquistarla por haberla desdeñado"; sirena, al decir de San Agustín: "que no cesa de tentar hasta a los mismos que progresaron en la virtud".

Vanidoso me presento ante vosotros, pero la sin razón de este homenaje me asalta con turbadora persistencia, me aparta de la codicia de gloria que ofusca el razonamiento ecuánime, y me reincorpora a mi conciencia, sin artificios de humildad insincera ni total renunciamiento a ciertas condiciones que legítimamente pueden pertenecerme, y con mi ánimo serenado discurro que, si peculiaridades plausibles se rebusca en mi conducta, sólo se encontrará el cumplimiento firme y devoto de un deber: amor a mi Patria e inquebrantable celo por su grandeza; anhelos crecientes por conocer y difundir el patriotismo y la sabiduría que nos legaron en sus escritos nuestros gloriosos antepasados; preocupación por la salud física y el progreso espiritual del pueblo ecuatoriano, apto por temperamento para conquistas en ciencias y artes.

No existe modo alguno de atenuar nuestra inextinguible deuda con la Patria sino entregando nuestras energías a su engrandecimiento que, a la vez, acrecentará nuestro orgullo de ser ecuatorianos. Castelar, padre de la elocuencia castellana y patriota insigne, expresó tales condiciones en frases inolvidables, de cuyo sentido me apropio con referencia a mi Patria: "España nada me debe a mí; yo todo cuanto soy se lo debo a ella, y la siento latir en mi corazón y arder y brillar en mi mente, penetradas de su jugo mis venas, de su calor toda mi vida. Sobre los errores de los partidos y de los gobiernos se levanta España inmaculada, como la Humanidad sobre los errores de los individuos. España podrá proceder como quiera con sus hijos, pero sus hijos no dejarán jamás, ni por un momento, de adorarla como la personificación de todo cuanto han amado sobre la faz de la tierra".

Señor Gobernador de la Provincia:

Las sentidas frases de vuestro discurso desplegando el panorama de mis recuerdos, ha provocado en mí esa conmoción honda que entorpece la palabra y humedece los ojos. Con sincera emoción os agradezco por vuestra generosidad al cumplir el encargo de S. E. el Sr. Presidente de la República, y os suplico reiterar al Honorable Poder Ejecutivo y Honorable Congreso Nacional mi perdurable agradecimiento.

Señor Vicerrector de la Universidad:

Aceptad mis sentimientos de gratitud y os ruego trasmitirlos a los meritísimos miembros del Consejo Universitario que dignamente presidís, por la distinción que me habéis concedido al incluir en este programa jubilar que me tributa el Gobierno de nuestra Patria.

Debo a la Universidad de Guayaquil mi formación profesional y el fomento de mi vocación por la docencia; percibo, reavivada en este instante, la espiritualidad perenne de sus claustros, que exalta mi gratitud por los beneficios que me ha concedido, y, como testimonio de mi veneración, ofrendo a nuestra respetable y austera ALMA MATER la magnificencia del singular honor que hoy recibo.

* * *

Indecorosos argumentos internacionales culminaron hace poco en injusta mutilación de nuestro patrimonio nacional, sin que por el momento podamos ejercer nuestra indeclinable decisión revisionista. Otra hubiera sido la suerte de nuestra Patria en Río de Janeiro, si los ecuatorianos nos hubiéramos preocupado desde antes por hacerla respetar, y esto se logra no exclusivamente con el predominio de las armas, sino difundiendo entre los ciudadanos cultura sólida y conciencia cívica genuina. En frases claras advirtió esta despreocupación José Miguel García Moreno, uno de los más conspicuos Rectores que ha tenido la Universidad de Guayaquil: "Ni hemos aportado nuestro contigente para la preparación del estudiante como ciudadano que debe ser mañana un servidor público, un consejero útil... ni sacado de la ceguedad al conocimiento nuestros derechos territoriales".

Corresponde a nuestras escuelas y colegios, a nuestra Universidades llevar adelante la labor preparatoria a la reivindicación, y fortalecer la personalidad del Ecuador como ente del conglomerado universal.

Ramón y Cajal, el recio patriota celtíbero, no encontró mejor forma de restañar las profundas heridas de su Patria, cuando las guerras de emancipación, que dedicándose incansablemente a trabajar para España, y después de asistir personalmente como médico militar a la postrera derrota de su Patria en Cuba, se reconcentró en su alma noble y amorosamente española y trabajó e innovó tanto en su profesión, que su voz fue atendida con respeto y acatamiento.

Escuchemos un párrafo de su espartano discurso a la juventud universitaria cuando en 1900 recibió el Premio Internacional de Moscú: "Hoy más que nunca, surge este supremo llamamiento al heroísmo del pensar hondo y del esfuerzo viril. Me dirijo a vosotros, los jóvenes, esperanza del mañana. En estos úl-

timos luctuosos tiempos la patria se ha achicado; pero vosotros debéis decir: "A Patria chica, alma grande". El territorio ha menguado, juremos todos dilatar su geografía moral e intelectual. Combatamos al extranjero con ideas, con hechos nuevos, con invenciones originales y útiles. Y cuando los hombres de las naciones más civilizadas no puedan discurrir ni hablar en materias filosóficas, científicas, literarias o industriales, sin tropezar a cada paso con expresiones o conceptos españoles, la defensa de la patria llegará a ser cosa supérflua; su honor, su poderío estarán firmemente garantizados porque nadie atropelle lo que ama, ni insulte o menosprecie lo que admira y respeta....."

En patéticos comentarios nuestro ilustre colega y esclarecido pensador Agustín Cueva Tamariz, resalta el amor patrio y acerada voluntad de este sin igual hijo de España, que criticó con acerba sinceridad el ambiente y los hombres de su época, el carácter y las miserias de la medicina española, y su grave llamamiento sacudió las adormecidas potencialidades de la pujante raza ibérica que proseguía sumida en peligroso fatalismo.

Admiro a Cajal y a sus contemporáneos, adalides de auténtica hispanidad, pletóricos de ideas elevadas y fervor patriótico, dominadores de la frase ajustada y elocuente, que promovieran el resurgimiento de España; me impresionan Menéndez y Pelayo, Galdós, Unamuno, Valle Inclán, Benavente, Azorín, Baroja y tantos más; me atraen la tenacidad creadora de Jaime Ferrán la vigorosa originalidad de Ortega y Gasset y la ciencia humanista del maestro Marañón; medito y encuentro analogías entre aquellas cumbres del pensamiento ibero y las mentalidades exquisitas de nuestros antepasados que, desde épocas de fría indiferencia y hostil reacción, propugnan, también, una Patria grande y respetable, y nos invitan al **heroísmo del pensar hondo y del esfuerzo viril,** y en el altar de mi ecuatorianidad exalto con creciente unción a Espejo, el inmortal Chuzig, político revolucionairorio, médico sagaz y patriota denodado; Juan de Velasco, jesuíta riobambeño, insigne por sus estudios sobre nuestras fauna y flora y por la historia de la Real Audiencia de Quito; Pedro Vicente Maldonado, investigador profundo de nuestro suelo y geografía, comentado con admiración por su amigo La Condamine; Fray Vicente Solano, polígrafo erudito, biólogo intuitivo y adelantado en conceptos humanísticos; Franco Dávila, que marcó normas para la investigación botánica; Rocafuerte, de acerado temple en el gobierno de la República, sensitivo al dolor de las víctimas de las crueles epidemias que azotaron a nuestro pueblo, legislador versado y comprensivo; Gabriel García Moreno, tan aferrado doctrinario como patriota auténtico, cuya obra global, si discutible en ciertos aspectos, es invalorable en los más; Mascote, ilustrado intérprete de lenguas clásicas, médico humanitario por esencia e higienista por natural inclinación; Montalvo, admirable neocervantino, polemista de turbadora ironía y despiadado sarcasmo, que recibe quizás mayores

elogios del exterior que de nosotros; Eloy Alfaro, cuyo sincero espíritu liberal y elevado panamericanismo, afianzados en sus destierros por los frecuentes tratos con líderes preclaros como Martí y Macco, y estadistas recios como Balmaceda, Mitre y Porfirio Díaz, tomó cuerpo en el avance ideológico de la nación ecuatoriana, impuesto por la transformación política del 95; González Suárez, a quien no se sabe si admirarlo más por sus virtudes sacerdotales y temple patriótico o por su erudita y fructífera labor histórica; Borja Lavayen, Martínez Aguirre, Coronel, Valenzuela, y muchos otros personajes señeros en el perfeccionamiento de nuestra nacionalidad.

Pueblo como el nuestro con herencia mental de tan amplio y majestuoso alcance, no ha de limitarse a extraerla del cofre de los recuerdos y exhibirla desempolvada sólo en clásicas fechas, para realizar contemplativo e intrascendente rito; sus intelectuales deben buscar en el copioso patrimonio de sus obras, inspiración para acrecerlo, despreocupándose de reclamar para sí alucinantes posiciones de precursores ficticios; meditar acerca de sus obras y relacionarlas con la historia del Ecuador y del Universo, conocer nuestra precisa ubicación nacional y justipreciar nuestras capacidades personales; comprender con espíritu humanista lo que debemos hacer y podamos esperar de nuestro ambiente, de nuestra época, de la hora que vivimos; ponderado balance útil para calcular mejor los rendimientos obtenibles y afirmar la confianza en nuestros esfuerzos.

No aplaudo la modestia desproporcionada, menos la fatuidad impertinente: la timidez y apocamiento perjudican tanto como el orgullo y la arrogancia desmedidos, pero estos devienen aceptables si tienen razón de ser; cabe entonces decir con Cajal: "defecto por defecto preferible es la arrogancia al apocamiento: la osadía mide sus fuerzas y vence o es vencida; pero la modestia excesiva huye de la batalla y se condena a vergonzosa inacción".

Jóvenes universitarios:

Para que en las Universidades incuben y germinen las grandes cruzadas pro-Patria, es necesario actualizarlas en su escolaridad y, atento a vuestra natural inquietud por renovar moldes inapropiados y a nuestro crónico subdesarrollo, algunos problemas universitarios, a aquella reforma, reclaman urgente atención, refiriéndome a hechos substantivos, no a personas, pues catedráticos y estudiantes están aherrojados por el sistema estático, desacorde con los momentos que vive el mundo, patrones que alguien debe rectificar, y a vosotros os compete y os conviene hacerlo, antes que seáis aprisionados en la rutina del vivir vegetando.

Ni siquiera trazaré el bosquejo de lo que, a mi juicio, corresponde hacer a la Universidad; la solemnidad de esta sesión es propicia, sin duda, para intentarlo pero el espacio, que abusivamente estoy ya excediendo en su programa, no me lo permite. Marcaré solamente algunos hitos fundamentales de una reforma universitaria. Como preludio, os repetiré una frase de innegable veracidad que, a fuer de trillada, aparenta sin sentido: el porvenir de la Patria está en vuestras manos, en las nuestras, en las de aquellos que, modelando su propia cultura, se dedican a profesiones que propenden al mejoramiento colectivo y al bien de la Patria. Invoco vuestra lealtad ecuatoriana, y os exhorto a pensar, a menudo, en el sublime simbolismo de nuestra bandera; discernid con la limpieza del raciocinio y el calor de legítimos sentimientos filiales y os elevaréis del infecundo platonismo declamatorio al patriotismo fructífero y renovador. El cultivo de la mente, la depuración moral y la apreciación correcta de la responsabilidad —dones cuyo perfeccionamiento compete a cada cual y delinean su propia personalidad—es quinta esencia difícil de sufrir desgradación si está bien cimentada, y significa ofrenda insigne y digna de la Patria.

Sorprende agradablemente al estudiante novel escuchar que a la Universidad se viene, no sólo para estudiar una carrera y prepararse a ejercerla, sino para algo más vistoso: inmiscuirse sistemáticamente en la orientación de los destinos de la Patria, desconcertante sofisma que, empleado con destreza por quienes cumplen premeditadas consignas, fructifica fácilmente a favor de la irreflexión. No os aturdáis con el crujido avieso de esta aborrecible hojarasca, que puede induciros a ensayar con precocidad intervenciones delatoras de lamentable incompetencia.

A la Universidad se debe venir a prepararse para el futuro, estudiando ahincadamente, no con mero incentivo profesional —que, a la postre, resulta desoladoramente personalista y estéril— sino con elevados anhelos de servir a la comunidad y, con amplio criterio, procurarse una ilustración básica que después os identificará como universitarios auténticos, universitarios cultos intelectualmente, nó con amaneramientos de modales. Es justamente esa clase de cultura la que no aparece programada en la enseñanza superior de hoy, y su implantación debe ser el contenido esencial de una reforma universitaria.

No me refiero a la denominada cultura general, forma insípida y deleznable de aparentar cultura, que no aprovecha a nadie; trato de la adquisición de ideas generales, básicas, indispensables para las personas que aspiran a vivir en su siglo, más para aquellas que ejercen una profesión liberal, ilustración que no requiere conocimientos demasiado amplios, pero sí los suficientes y profundos para comprender la conducta humana de otras épocas e interpretar la de la nuestra; conocimientos, en suma, que con-

fieren al profesional el don exquisito de apreciar con sencilla comprensión lo que sucede en su torno, el inducirle a escrutar el panorama universal con la templanza adquirida en los contrastes permanentes de la vida real, suerte de radar que hace entender lo que no se conoce. No propugno el enciclopedismo que aleja al individuo de la realidad y absorbe su mente con exclusiva preocupación de extender, sin tregua —cabe decir, hipertrofiar— su abultada cultura personal y la exhibe, sin prodigarla, sólo cuando parece conveniente. Defiendo la orientación intelectual profundizada en conocimientos cuyo constante y aplicable aprovechamiento son el núcleo selecto de la ciencia humanista, que Marañón la expresa así: "...humanismo moderno que nos hace sentir lo que nos rodea, con un criterio de eternidad, con la seguridad de que todo el progreso se apoya en postulados de comprensión, de generosidad, de tolerancia, que son y serán siempre los mismos: y esto es Humanismo".

Las obras patrióticas y de servicio social, productos de sublimes entusiasmos inspirados por ideas elevadas, prosperan fácilmente si la clase intelectual es sensible a las corrientes humanistas de la época, por desgracia, poco fomentadas en nuestros programas de enseñanza superior. Cierto es que el entusiasmo y capacidad de muchos jóvenes suplen estas tremendas fallas, pero la mayor proporción del alumnado que egresa de los claustros no se apropia de otros asuntos que los de su personal interés, y sin más que este menguado derrotero, se sitúa fatalmente ante dos soluciones: el incitante mercantilísmo, supremo adulterador de los propósitos nobles, o el duro y angustioso proletariado universitario, factores irreductiblemente negativos para el lozano resurgimiento nacional.

Comprendo que estas frases pueden sonar huecas cuando el presupuesto doméstico reclama premiosa atención, y se dice que de ciencia humanista idealizada nadie vive. Quienes piensen así no han meditado sobre la jerarquía social del elemento universitario y los privilegios que le otorgan su saber e influencia derivados de su propia personalidad. Con humanismo puro no se vive, ciertamente, pero se dispone de un caudal invalorable para competir con honesta superioridad en el campo estrictamente profesional, y se logra, por merecimientos, entrar en los grupos selectos de la colectividad que en todos los tiempos y sin intervenir oficialmente en la administración pública, rigen el destino de cada nación. La primacía que le corresponde a la única élite admisible, la intelectual, al concederle prerrogativas le impone también esfuerzos y sacrificios.

Aun puntualizando nuestras Universidades y la mayor parte de las de América que no han evolucionado con el imperativo del tiempo. Debéis oponer vuestro entusiasmo y comprensión a esta avasalladora anquilosis, trazando

los planes para una Reforma Universitaria, sin personalismos odiosos, buscando informes donde los sabéis correctos, demandando orientación a vuestros maestros. Perfeccionad vuestros proyectos y proponedlos a los organismos rectores, seguros de encontrarlos bien dispuestos, tanto más que hoy disfrutáis en los cenáculos directivos de inusitada ingerencia. Hago breve alto para expresaros que nunca he considerado a la Universidad como casa de profesores sino hogar de estudiantes, pero la equidad y vuestra conveniencia —que os otorgan legítima representación en sus cuerpos directivos—no os permiten, como aparece de algún tiempo acá, mostraros preponderantes en asuntos que no deben ser resueltos con vuestra oficiosa y exigente asesoría. Con desmedro del orden y la disciplina que deben imperar en todo cuerpo colegiado, se aprecian ciertos claroscuros en la jerarquía universitaria donde se diluyen y superponen las prerrogativas del catedrático y los deberes del estudiante, abuso perjudicial para la docencia y el alumnado, frecuente aquí y en otras partes, según lo expresó en 1930 Ortega y Gasset, a propósito de la desorganización imperante en las Universidades españolas: "Los abusos tienen siempre escasa importancia. Porque una de dos: o son abusos en el sentido más natural de la palabra, es decir, casos aislados, poco frecuentes, de contravención a los buenos usos, o son tan frecuentes, consuetudinarios, pertinaces y tolerados que no ha lugar a llamarlos abusos. En el primer caso es seguro que serán corregidos automáticamente; en el segundo, fuera vano corregirlos, porque su frecuencia y naturalidad indican que no son anomalías, sino resultado inevitable de los usos que son malos. Contra éstos habrá que ir y no contra los abusos".

Tenéis derecho a pedir, exigir, reclamar atención y razonables resoluciones sobre asuntos que atenten en realidad contra vuestras legítimas aspiraciones, y cuantos éstas son conculcadas se justifica la huelga estudiantil; pero si rebasáis estos derechos apareceréis irreflexivos, intolerantes y sin sentido de ubicación.

Termino aquí mis apreciaciones sobre los dislocados y caducos planes de enseñanza que, por carecer de esencia orientadora, los considero, además responsables de insinuar al alumnado senderos fáciles y de su agrado: los de la especialización prematura, campo poco adecuado para la universalidad del saber y, por ende, inhibidor del espíritu humanista, acerca de lo cual vengo hablando desde años atrás.

La especialización cerrada es una ingrata modalidad de las tácticas industriales —utilísimas para la producción en serie—, que imponen a cada obrero su perfeccionamiento exclusivo en manipulaciones circunscritas, procedimientos inadmisibles para mentalidades universitarias.

A este pecto cito nuevamente autorizados conceptos de Ortega y Gasset en su "Misión de la Universidad":

"Ha sido menester esperar hasta los comienzos del siglo XX para que se presenciase un espectáculo increíble: el de la peculiarísima brutalidad y la agresiva estupidez con que se comporta un hombre cuando sabe mucho de una cosa e ignora de raíz todas las demás. El profesionalismo y el especialismo, **al no ser debidamente compensados,** han roto en pedazos al hombre europeo, que por lo mismo está ausente de todos los puntos donde pretende y necesita estar. En el ingeniero está la ingeniería, que es sólo un trozo y una dimensión del hombre europeo; pero éste, que es un **integrum,** no se halla en su fragmento **ingeniero.** Y así en todos los demás casos. Cuando, creyendo usar tan sólo una manera de decir barroca y exagerada, se asegura que **Europa está hecha pedazos,** se está diciendo mayor verdad que se presume. En efecto: el desmoronamiento de nuestra Europa, visible hoy, es el resultado de la invisible fragmentación que progresivamente ha padecido el hombre europeo".

Dejo para comentar otra ocasión los criterios que deben presidir la selección de ingreso, el establecimiento definitivo de la carrera docente, la necesidad de que la enseñanza universitaria sea pagada, lo cual no significa que la condición de universitario debe ser privilegio de ricos; el reajuste de los programas de cada asignatura, con determinado número de horas de trabajo anual, y no pocos asuntos más de igual importancia, y termino diciéndoos unas palabras sobre extensión universitaria, que no comprende solamente disertaciones esporádicas dictadas en nuestra Universidad. Estas actividades, muy universitarias por cierto, aclaran ideas, explican asuntos y suscitan discusiones sobre problemas del saber humano, pero no realizan la verdadera extensión universitaria, obra cotidiana que vosottros la prodigaréis insensiblemente si vuestra personalidad, saturada de humanismo, os permite apreciar las flaquezas y excelsitudes propias y ajenas. La Universidad se prolonga en vosotros; lleváis trasplantada una porción de su espíritu, que lo exhibiréis intacto, acrecido o deformado, donde vayáis, donde actuéis: en el ejercicio profesional, en vuestra conducta privada y pública. Así interpretada la extensión universitaria, con amplio concepto de universalidad, significa mente abierta para el análisis y la síntesis, deseo puro de saber y transmitir, y cumple un apostolado tan poco ruidoso como formidablemente productivo, que no exige a quien lo ejerce el requisito de haber cursado en escuela universitaria. La Universidad, ALMA MATER intangible, grandiosa e ilimitada, es el símbolo que coordina el pensamiento humano, y sus efluvios alcanzan tanto a los que la frecuentan como a los que le rinden culto.

Estudiantes:

Tarea pesada os tocará realizar si aceptáis este a modo de legado universitario que os ofrezco hoy; labor más densa aún si consideráis que las rectificaciones deben comenzar en la ense-

ñanza secundaria, cuyas consecuencias soportan como ominoso lastre las Universidades. Tendréis que luchar contra prejuicios y suspicacias, afrontar el torrente de artificiosos argumentos, cuando no de improperios, de los inevitables que pretenden polemizar sobre asuntos que antes jamás los preocupó. No os detengáis a malgastar vuestro tiempo en discusiones y polémicas bizantinas: serían pasos sustraídos a vuestra marcha adelante en el dilatado campo de las reformas, tan vastas que requieren plenamente de vuestras energías.

Si tenéis convicciones firmes, vuestras réplicas serán contundentes y echaréis por la borda el cargamento inútil que atenta contra la estabilidad de la nave; marcaréis rectificaciones en los procedimientos actuales, aprovechando tantas horas invertidas en martillar cruelmente la memoria del alumno, para dedicarlas a asignaturas que las merecen. De la misma manera que el bombín, bastón y otros adminículos inseparables de los elegantes de antaño descansan hoy en los anaqueles de los museos, arrumaréis cátedras que tuvieron razón de existir otrora, pero que hoy lucen tan desvaídas como los barcos de vela junto a los acorazados de acero.

Vuestros nobles y leales anhelos de reformas no se aplicarán, ciertamente, a suprimir tesis, exámenes y otras pruebas que exigen un trabajo mental extraordinario, tan indispensable de mantenerlas como son los ejercicios físicos forzados que cumplen los atletas en vísperas de las competencias. No se requiere aumentar el número de años de estudios sino utilizarlos mejor; en algunas Facultades, tal vez, podría rebajárselos. La brega os resultará dura pero sentiréis el estímulo incomparable del deber cumplido, que os deparará indiscutibles derechos a ocupar entre los orientadores de la colectividad, el legítimo puesto que corresponde a vuestra competencia y dedicación. Proseguid con el corazón henchido de amor patrio, recordando siempre que el Ecuador es nación joven, nó pueblo decadente, con inalculables potencialidades, si se quiere embrionarias, y un horizonte tan vasto y promisorio según se lo construyan sus hijos; marchad en pos de vuestros propios ideales sin apartar la mirada de ese faro de luz inextinguible, que mantiene vibrante nuestra ecuatorianidad varonilmente glorificada en ell ¡Salve oh Patria!!

A su Emin. Carlos María, Cardenal de la Torre

Discurso de ofrecimiento del homenaje que le tributó la ciudad de Guayaquil a Su Eminencia Carlos María Cardenal de la Torre, en el Club de la Unión, a su retorno al Ecuador. Guayaquil, el 31 de Enero de 1953.

Eminentísimo y Reverendísimo Señor:

Vuestra patria os recibe en triunfo. El Ecuador ha escuchado día tras día, con emoción palpitante, el solemne ritual desplegado por la Iglesia en Roma para admitiros en su cenáculo privilegiado. Pertenecéis ya al Sacro Colegio en mérito a vuestras excepcionales dotes y acabadas virtudes. Sóis uno de los Príncipes de la Iglesia Católica, con asesoría en los procedimientos que mantienen la fe y difunden la excelsa doctrina del Iluminado de Galilea. Arrebatados por justificada alegría, los católicos ecuatorianos, el Ecuador entero, unánimemente de pie, proclama vuestros merecimientos y se enorgullece denominándoos Hijo Predilecto de la Patria.

Con emocionado alborozo, Guayaquil aprecia el honor singular que significa la primacía en presentaros respetuosa bienvenida al regreso a vuestra patria, que os esperaba ansiosamente, y los guayaquileños se inclinan reverentes ante vuestra personalidad augusta, y el pueblo de Rocafuerte y García Moreno os ofrece con tradicional espontaneidad su admirativa adhesión. Desde vuestro arribo el alma guayaquileña, el corazón huancavilca se aunaron en puro sentimiento de ecuatorianidad, demostrándoos ininterrumpidamente su fervoroso aplauso y rendida pleitesía, rubricados con el homenaje de esta noche que el respetable Comité Organizador, con admirable acierto, encomendó a las señoras de Guayaquil.

Ilustres damas guayaquileñas, mujeres todas de Guayaquil:

Vuestro inteligente y acucioso desempeño ha escrito una página más en el nutrido y brillante historial de nuestra ciudad; habéis respondido con creces a lo que Guayaquil esperaba de vuestra diligencia y esmero, presentando a nuestro Ilustre Prelado una ceremonia impresionante por la sencillez que enmarca la grandiosa espiritualidad de la ofrenda. Permitidme, no obstante, que en vuestro indiscutible gran éxito señale un reparo, y no pequeño. En este instante de sin igual solemnidad me reprocho, más que nunca, no haber insistido en excusarme del honroso encargo que me disteis de presentar al eminente Soldado de Cristo el ferviente testimonio de congratulación y acatamiento que le ofrenda la ciudad de

Guayaquil, mi pueblo natal, exquisito en reconocer méritos genuinos y amplio en alabar a quien lo merece. ¡Cómo hubiera lucido maravillosamente completo este agasajo, respetables damas, si, primando la selección justiciera a la benevolencias elegido a uno de tantos ilustres guayaquileños que veo alrededor, capacitados los más por legítimos prestigios y elegante oratoria para cumplir a cabalidad tan delicada misión! Me acuso de irreflexiva condescendencia y audacia sin par, y sólo confío, ilustres e irrebatibles mandantes, en vuestra indulgencia que absolverá mi osadía.

A vos, Egregio Señor, os suplico escucharme resignadamente y aceptar como dicho lo que mi incompetencia no logrará deciros.

En verdad, por carencia de dotes, no podré ensalzar con propiedad y galanura la pura firmeza de vuestra fe católica que, con elocuentes palabras y conmovedores ejemplos predicáis imperturbable y continuadamente como la principal razón de vuestra existencia. No encontraré expresiones apropiadas para destacar que la exaltación que merecéis hoy y la apología que pretendo hacer de vuestra nobilísima conducta obedecen, no a recientes manifestaciones de vuestra sublime caridad que sin reservas prodiga vuestro generoso corazón; a destellos esporádicos de vuestro brillante intelecto y ponderado discrimen; a circunstanciales y fugaces anhelos patrióticos, sino a una obra ininterrupidamente proseguida desde que os iniciásteis en el servicio a la humanidad y a vuestra patria, labor mantenida sin desmayos y con perpetuo derroche de bondad, firmeza y comprensión, de humanismo evangélico que muy contados seres pueden atesorar.

Si me propusiera describir, sólo los trazos más brillantes de lo que habéis realizado desde que os destacásteis enfervorizado propagandista de la fe cristiana y acendrado practicante de la moral evangélica, penetraría en un frondoso y dilatado campo que vuestro amor a la humanidad ha cultivado con unción indeclinable, y apenas alcanzaría a señalar los dignos frutos que vuestra devoción ha cosechado. Tendría yo que comenzar desde cuando vuestro anhelo de asimilar ciencias teológicas en la cuna misma de la Iglesia de Pedro, os impulsó viajar a Roma; describir vuestra ejemplar conducta como alumno interno del Colegio Pío Latino Americano; vuestra notable capacidad de estudiante recomendado por los Catedráticos de la Universidad Gregoriana; vuestra brillantes actuaciones en la Academia Romana de Santo Tomás de Aquino; exponer el caudal de conocimientos y espíritu reflexivo, los hábitos de austeridad y modestia que trajísteis para bien de vuestros fieles; detenerme a mostrar la seguridad de vuestros primeros pasos en el celoso desempeño de vuestro sacerdocio y vuestra metodizada elocuencia precozmente madura; vuestra perenne preocupación por enseñar la hermosa doctrina de Cristo, vuestra inquietud por educar e instruir a vuestra grey, a vuestro pueblo; comentar las dulces emociones que a vuestro selecto espíritu le deparan el cul-

tivo de las bellas artes y vuestra inclinación por la música, la pintura y la escultura clásicas; tendría yo que decir que vuestro renombre de orador brillante y escritor pulcro no son hiperbólicas alabanzas que a cada momento se os prodiga; debería puntualizar la agilidad de vuestro pensamiento y el dominio del idioma para improvisar explicaciones y respuestas certeras y precisas, verdaderos modelos del bien razonar y mejor decir.

¿Podré yo, acaso, emprender tamaña aventura? ¿Alcanzará mi monótona expresión a esbozar, siquiera con mediano colorido, lo que en funciones de Prelado de Loja, primero y sucesivamente de Riobamba y Guayaquil cumplió vuestra inteligencia serena al servicio de vuestra inspiración sacerdotal? ¿Lograré, por mucho que yo acucie mi fraseología, comentar vuestra sabiduría expresada en innumerables Cartas Pastorales, patrones inigualables de raciocinio cristiano y oratoria sagrada? ¿Podré, de algún modo, decir cómo el catolicismo ecuatoriano, vuestra feligresía de Quito, vibró con emocionada exaltación cristiana cuando asumísteis el Arzobispado Metropolitano?

Nó, Eminentísimo Señor y respetables conciudadanos. Declino el honor de acometer tan ardua empresa; el singular privilegio que el Comité de Recepción me ha otorgado no me presta suficiente aliento para glosar el armonioso conjunto anímico de nuestro preclaro huésped, en el cual la ciencia cristiana y el amor al prójimo, en admirable consorcio con la austeridad y el patriotismo, sirven de piedra angular a una personalidad extraordinaria, que ya ha permitido felices incursiones interpretativas a preparados y esclarecidos biógrafos. Ni intentarlo pretendo, pues mis desmañadas frases rebajarían lo que tratan de realzar.

No puedo eludir, sin embargo, mi obligación y anhelo de sintetizar las razones que han promovido el meritísimo encumbramiento de Su Eminencia Reverendísima Carlos María Cardenal de la Torre, y para cumplir mi propósito, nada mejor que las afortunadas expresiones del ilustrado Presbítero Dr. Segundo Y. Ayala en el Libro de Oro que publicó en 1946, cuando las Bodas de Oro del Dignísimo Arzobispo Metropolitano: "Para asentar, desde luego, que la Historia Eclesiástica de América recogerá el nombre de este ilustre Prelado ecuatoriano, poniéndolo al lado de Villaroel, por su amor al estudio; de González Suárez, por su patriotismo genuino; de Las Casas, por su corazón grande y magnánimo; de Toribio de Mogrovejo, por su incansable celo pastoral. Lo pondrá junto al insigne Soler, con Eyzaguirre, con Jara y otros, que han dado tanto lustre al Episcopado Americano".

Por demás incompleta quedaría mi alocución de esta inolvidable noche sin destacar el excelso y puro patriotismo de nuestro Eminentísimo Cardenal, virtud sublime, fácil de proclamar, difícil de cumplir con devota efectividad, según lo expresa Monti, con exactitud en **Mascheroniana**: "el amor santo y perfecto a la patria, superior al amor de hijo o hermano llena millares de bocas, mas

solamente diez pechos"; y en este mínimo grupo brilla el sacerdote ecuatoriano que, más de una ocasión, no reprimió que su acendrado patriotismo y ejemplares virtudes cívicas aflorasen sobre sus otras cualidades espirituales, y en pleno ejercicio de su augusto ministerio sacerdotal siempre compaginó el amor a Dios y a la Patria, hermanándolos con excelsa dualidad, imprescindibles condiciones que sostienen a los pueblos realmente grandes e independientes. Su ecuatorianidad perfecta e inconmovible se inspira en la celebrada máxima de Séneca: "ninguno ama a su Patria porque es grande sino porque es suya", sentencia que a menudo parafrasea Monseñor de la Torre en sus cartas y escritos al decir: "cuanto más humillada y sufrida veo a mi Patria siento que crece mi amor hacia élla". Encendido afecto patrio cultiva su corazón ecuatoriano que, sin arrebatadas exaltaciones, mide y aprecia donde residen los positivos recursos espirituales para engrandecerla, actitud salvadora que concuerda con los conceptos de Rosegger: ....." a aquel patriotismo que lanza a nuestros hijos al campo de batalla y los invita a morir, yo prefiero aquel otro que los educa a vivir para la patria"; magnífico y sentido razonamiento que encuentra acabado símil en lo que dijo nuestro egregio Prelado al rememorar el patriotismo de Mariana de Jesús "que ha hablado a todos los ecuatorianos de la patria y a todos ha dicho: amadla como la amé yó"; y después, exaltando las virtudes patrióticas de la Santa Quiteña expresa: "Bien hacéis, señores, en cantar con la lira de Homero las épicas hazañas del héroe niño, y levantarle, más que en las plazas de nuestras ciudades, monumentos imperecederos en vuestros corazones..... Pero permitidme que os confiese: más admiración me causa el patriotismo de Mariana que el glorioso sucumbir de Abdón Calderón".

No se piense, sin embargo, que una actitud de puro misticismo preside la ecuatorianidad de nuestro Eminente compatriota. Siempre que el dolor conmueve su delicado ecuatorianismo, proclama con entereza y lealtad la profunda aflicción de su espíritu, y, anteponiendo sus deberes de ecuatoriano a los de su personalidad sacerdotal, reclama, con admonitivas frases a quienes debe hacerlo: "amor a la Patria, elevación de espíritu y eficiencia en los procedimientos reinvindicatorios". Se yergue valerosamente y enfrenta a aquellos que, atacando a la Iglesia Ecuatoriana, pretendieron restarle simpatía y adhesión al integérrimo Arzobispo, invitándolo arteramente a formar parte de la Junta Consultiva Permanente de Relaciones Exteriores, desleal procedimiento conciliatorio, al cual se negó con frases anonadadoras para los responsables de esos desvaríos políticos: "..... nada alego, porque al requerimiento de la Patria se han de cerrar los ojos a todo agravio, se han de acallar los gritos, aunque justos, de indignación y resentimiento, y se han de ofrendar en su altar tesoros y bienes de fortuna, tranquilidad y sosiego, hasta la sangre misma de las venas: **que dulce est pro Patria mori.** Empero, en las circunstancias actuales del país —dígolo porque guardar silencio sería trai-

cionar a la Patria— cuantas medidas arbitre la Cancillería para defender los derechos territoriales de la Nación, no diré yo que serán enteramente estériles, pero sí muchísimo menos fecundas, mientras no vuelva la República al orden constitucional".

Sus sentimientos patrios, siempre en primera línea salen a relucir en toda ocasión propicia, y así, en oportunidad de elogiar nuevamente a la Azucena de Quito, dice que..... "el santo, mientras más santo, más patriota será"; y después, en memorable Te Deum —celebrado en 1944 en la Catedral de Quito— conmemorando el primer centenario de Monseñor González Suárez, al pronunciar la oración gratulatoria, nuestro Egregio Cardenal dió amplio paso a la honda pena de su alma ecuatoriana.... "en nada puedo compararme con el eximio Arzobispo, ni en talento, ni en ciencia, ni en virtud. En una sola cosa, si no puedo excederle, no quiero irle en zaga: en el entrañable amor a la Iglesia y a la Patria; sí, a la Patria, tanto más querida cuanto más infortunada..... Sangra todavía la herida que recibimos en 1941..... Y plugiera al cielo que nunca se restañara: despertaría quizás así el patriotismo dormido!...."

Conciudadanos:

Grande e inmarcesible honor ha conquistado nuestra Patria gracias a los méritos de uno de sus más ilustres hijos. El Ecuador disfruta desde hoy privilegiada condición internacional. Pero el orgullo que con tal motivo exhibe nuestra nacionalidad debemos apreciarlo los ecuatorianos, no como prebenda de amistosa consideración, sino como la auténtica valía de nuestros hombres tantas veces anotada en nuestra hermosa historia. Se justifica nuestro orgullo por tener un Cardenal Ecuatoriano, pero más justo es reconocer que la Patria tiene hijos que merecen tan enaltecedora designación.

Eminentísimo y Reverendísimo Señor:

Me he esforzado en cumplir discretamente, sin conseguirlo, la honorífica comisión que se me ha dado. Ruego a Vuestra Eminencia disculpar mis inexpresivas palabras y aceptarlas, y con éllas, el rendido homenaje que os ofrezco en nombre de la ciudad de Guayaquil; y en testimonio de nuestra devota admiración, conservad entre vuestros recuerdos esta placa cuyas frases traducen la respetuosa unción de los guayaquileños.

Gaceta Médica

Páginas Editoriales de la Revista GACETA MEDICA, de Marzo-Abril, Mayo-Junio, Julio-Agosto, Septiembre-Octubre, y Noviembre-Diciembre, 1952; Enero-Febrero, Marzo-Abril y Mayo-Junio, 1953.

GACETA MEDICA

PUBLICACION MENSUAL

FUNDADA EN 1909

Vol. VII — Marzo-Abril 1952 — Nº 2

EDITORIAL

Reformas en la Enseñanza Médica

La preocupación de los organismos rectores de la educación médica en todo el mundo se agita cada vez con mayor resonancia, y tiende a establecer cuáles son las causas principales que influyen para que los recién graduados o egresados de las escuelas profesionales exhiban lamentables lagunas, cada vez mayores y más importantes, en su preparación técnica.

El problema gira substancialmente al rededor del número excesivo de materias obligatorias en los programas de enseñanza, número que aumenta cada día restándole tiempo en los horarios de trabajo a las materias fundamentales: anatomía, fisiología normal y patológica, histología, patología, clínicas médica y quirúrgica y terapéutica clínica. En la reciente reunión del Consejo de la Asociación Médica Mundial, verificada en Ginebra en Abril de 1951, a la que concurrieron representantes de escuelas médicas muy caracterizadas, se acordó estudiar un memorandum cuyo texto fue confeccionado con el aporte de los exámenes y observaciones realizados por los asistentes en el campo de la docencia médica. Transcribimos algunos de los puntos que han despertado mayor interés en atenderlos y encontrarles las soluciones más adecuadas.

"7. En segundo lugar, el extenso crecimiento en el conocimiento y el desarrollo de técnicas nuevas en la medicina y ciencias afines, ha dado como resultado la división de la medicina en numerosas secciones o especialidades. Puede ser que Osler fuese el último médico que pudo entender la Medicina completa. Hoy es imposible que un solo hombre domine todos los aspectos del extenso campo del conocimiento médico, y es todavía más importante que comprenda las relaciones de cada parte con el total.

8. En tercer lugar, el desarrollo de las especialidades algunas veces se ha inclinado a perder de vista el hecho de que el paciente debe de ser considerado como un todo individual con una personalidad indivisible. La necesidad de considerar al paciente como una totalidad al centro del cuadro, ha sido últimamente reconocida, y la **medicina social**, que estudia al paciente en su medio ambiente social, ha comenzado a obtener significado.

9. Una de las principales críticas del plan de estudios es que, en muchos aspectos, no se ha ajustado a estas condiciones cambiantes. Según se desarrollan las especialidades, se añaden nuevos temas al plan de estudios, el cual se hace más y más largo y más y más sobrecargado. Cada especialidad lucha para obtener reconocimiento y más tiempo en el plan de estudios. Hay necesidad de hacer énfasis en la preparación integral del estudiante de medicina, para darle una base amplia para la práctica médica.

10. Durante los últimos años la sensación de que no todo está a pedir de boca en la enseñanza médica ha sido expresada en varias partes. Se pregunta: ¿Se está produciendo médicos con predisposición hacia la consagración en una especialidad y la renuencia hacia la práctica general y de familia? Si es así, ¿es esto bueno para la comunidad o para la medicina? ¿Es el entrenamiento del estudiante lo suficientemente completo como para equiparlo para la práctica general?"

Para la discusión amplia de este importante cuestionario se convocará en breve una Conferencia Internacional, en algún país de Europa, que no ha sido todavía determinado.

Es muy placentero que la opinión de estos eminentes educadores concuerde con la que, más de una vez, ha sido emitida en las páginas de "Gaceta Médica" por alguno de nuestros colaboradores, y ojalá esta inquietud universal prenda también en los organismos directivos de las Escuelas de Ciencias Médicas de nuestro país y enrumbe la educación de los profesionales por caminos más acordes con la verdadera posición social del médico y la realidad de la vida nacional. En próximos artículos comentaremos estos problemas con la amplitud que se merecen.

GACETA MEDICA

PUBLICACION HOSPITALARIA
FUNDADA EN 1946

Vol. VII — Mayo-Junio 1952 — Nº 3

EDITORIAL

Nuestro Aniversario

Con el presente número "Gaceta Médica" cumple el sexto aniversario de su fundación. El personal técnico del Servicio San Gabriel del Hospital "Luis Vernaza" consideró conveniente tener un órgano de publicidad propio, para exponer las actividades desarrolladas en ese departamento de nuestro hospital ma[illegible], y con esta idea nació en Junio de 1946 "Gaceta Médica" que, desde el primer momento, ofreció sus páginas y solicitó la colaboración a todos los médicos del establecimiento. La buena acogida que obtuvo nuestra hoja le permitió un progresivo mejoramiento, y habiendo crecido ya en circulación y prestigio, y obteniendo relaciones con los otros órganos médicos del país y muchos del exterior, sus fundadores la ofrecieron a la H. Junta de Beneficencia insinuándole su adopción como periódico oficial de este respetable organismo. La H. Junta accedió a la solicitud y la acogió con todo el beneplácito que era de esperarse de parte de sus directivas, integradas por personas de claro criterio y compenetradas de que la eficiencia y el buen éxito de las labores asistenciales que tienen a su cargo, se aprovechan grandemente de los medios de difusión cultural que se pongan a la disposición de los médicos que intervienen en las tareas de atender a los enfermos y desvalidos. Además, la publicación de los trabajos de nuestros médicos crea un ambiente de agradable y noble estímulo, que incita a que todos los profesionales se decidan a exponer por escrito los resultados de sus observaciones y entusiasmos, marcándose así el saludable hábito de dejar la información documental indispensable para el progreso de todas las disciplinas humanas, y contribuyendo con esta conducta a cubrir el vacío que se no-

ta en nuestra historia médica local y nacional.

"Gaceta Médica" edita actualmente el número de ejemplares suficiente para satisfacer las demandas que le llegan de todos los profesionales del país, y atender, si bien en forma un tanto limitada, al canje con las revistas similares de América Latina, Estados Unidos, Europa y Asia, y disfrutando de una ayuda económica como la que ininterrumpidamente le prestan los señores anunciantes de productos farmacéuticos y materiales para uso médico, y contando con la subvención constante en el presupuesto anual de la H. Junta de Beneficencia, confía que podrá aumentar, en breve, el número de ejemplares de cada edición para cumplir las obligaciones, cada día más premiosas que viene contrayendo.

Presentamos nuestro profundo reconocimiento a las instituciones y personas que, de diversas maneras, cooperan para que "Gaceta Médica" continúe en ascenso, y les ofrecemos mantenernos cada vez más decididos a corresponder a esa estimuladora confianza que le dispensan a nuestra publicación.

GACETA MEDICA

PUBLICACION BIMESTRAL

FUNDADA EN 1946

Año VII — Julio-Agosto 1952 — Nº 4

EDITORIAL

IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Las. Jornadas Pediatricas Ecuatorianas

El interés que se observa en la clase médica ecuatoriana por participar en los certámenes de Septiembre venidero, se ha incrementado en las últimas semanas, según se aprecia el mayor número de miembros Activos y Adherentes que figuran en el Boletín Informativo Nº 4 de la Comisión Organizadora correspondiente a Mayo-Junio.

Por otra parte, el concurso que aportarán a esos Congresos los médicos extranjeros que, especialmente invitados, han ofrecido concurrir, contribuirá, sin duda, a revestir de mayor solemnidad y elevación técnica a estas justas científicas, que se realizarán en el país después de diez años del último Congreso Médico, el III Nacional, que se verificó en la capital de la República en 1942.

Por la lectura de las informaciones dadas por la Comisión Organizadora a través de los Boletines Informativos que han aparecido cada bimestre, se tiene la impresión que las obras de medicina social preventiva y las de la historia de la medicina han ocupado preferentemente la atención de la Comisión Organizadora y encontrado eco favorable entre muchos de los colegas inscritos.

De la misma manera, es grato consignar el laudable afán de la Comisión Organizadora por rendir homenaje a nuestras celebridades médicas y de ciencias afines de épocas pasadas, cuyas actuaciones serán exaltadas en los torneos de Septiembre por sus reconocidos méritos científicos y patrióticos. Serán distribuídos con liberalidad y gratuitamente los trabajos médicos de Espejo, Mascote, Coronel y Borja; las monografías sobre Botánica, Zoología y otras ciencias biológicas de Fray Vicente Solano, Franco Dávila, Luis Cordero, y las prolijas y notables recopilaciones y comentarios históricos de Samaniego.

Tareas muy importantes y de trascendencia se proponen, pues, llevar a cabo en las reuniones del próximo mes y, con toda seguridad, serán cumplidas dada la seriedad del compromiso que la Comisión Organizadora y los médicos ecuatorianos todos han contraído con la opinión pública y con los reputados colegas extranjeros que concurrirán como invitados de honor.

Hacemos los más felices augurios acerca de los Congresos a realizarse, y formulamos votos sinceros y patrióticos para que una de las fracciones más respetables dentro del profesionalismo nacional, pueda desarrollar una labor que sobrepase las de exclusiva superación técnica y se proyecte y repercuta, por las resoluciones y acuerdos a que se llegue en la sesión de clausura, sobre el convivir de los grupos humanos y de la colectividad en general, que tanto requiere de una adecuada orientación en materias de higiene pública y medicina preventiva.

GACETA MEDICA, al considerar los interesantes propósitos que animan a los Congresos próximos, desea exponer otro anhelo, que podría ser puesto en alguna de las órdenes del día: las modificaciones que urgentemente deben hacerse en los sistemas de enseñanza médica, y la impostergable necesidad de unificar los planes de estudios que rigen en las tres Facultades de Ciencias Médicas del país, tomando en cuenta para esta reestructuración la urgencia de revisar los inadecuados y anacrónicos programas actuales, del todo impropios para la preparación básica del médico en general, debido, en buena parte, al desmesurado crecimiento de las especialidades que están incluídas entre materias indispensables para obtener el título de doctor en medicina, lo cual redunda en desmedro y perjuicio del tiempo mínimo que debe obligatoriamente asignársele al estudio amplio y aplicado de las anatomías y fisiologías normales y patológicas, clínicas médica y quirúrgica, farmacología y terapéutica clínica.

Si los Congresos de Septiembre entran a tratar sobre estos trascendentales asuntos, habrán realizado una de las más innovadoras tareas en beneficio de los pacientes, de la ciencia y de la patria. Así lo anhelamos fervientemente.

GACETA MEDICA

PUBLICACION MENSUAL
FUNDADA EN 1944

Vol. VII — Sbre.-Octubre 1951 — Nº 5

EDITORIAL

Programas de Enseñanza Médica

En la comisión Nº 6 del IV Congreso de Medicina Ecuatoriano reunido en Guayaquil en Septiembre retropróximo, se discutió ampliamente acerca de las dos únicas ponencias que, en torno al tema de instrucción profesional, fueron presentadas por los doctores Juna Tanca Marengo y Efrén Jurado López tituladas respectivamente: "Nuevas Normas de la Enseñanza Médica Mundial" y "Educación de las Enfermeras Profesionales". En las interesantes y bien trazadas intervenciones de los médicos que concurrieron a esa sesión, se destacó el verdadero interés y deseos de mejoramiento de los aspectos educacionales que preocupa a gran parte de la docencia de las tres Facultades de Medicina ecuatorianas, según se apreció por las exposiciones presentadas por sus respectivos Decanos. Quedó resuelto, en principio, que se constituyera la Comisión Permanente de Educación Médica Ecuatoriana, de acuerdo al proyecto presentado por el doctor Juan Tanca Marengo, que publicamos en la página 441 de la presente edición de GACETA MEDICA, y se consideró también la proposición hecha por el doctor Teodoro Salguero, Decano de la Facultad de Quito, para estructurar un verdadero reglamento que establezca, de modo ya definitivo, la carrera del Catedrático Universitario. Este proyecto del doctor Salguero recibió, como era de esperarse, amplia acogida y unánime asentimiento de la audiencia porque, en realidad, complementa los anhelos de actualizar los planes para estudios de medicina, los cuales no tendrán sentido aprovechable si no se dispone del

elemento docente responsable y suficientemente capacitado para realizar una aplicación efectiva de los mencionados planes.

Conforme se ha expresado ya reiteradas veces en artículos de la prensa diaria y se ha discutido, también, en ambientes oficiales, es indispensable evitar que la instrucción de los estudiantes quede a merced de las frecuentes emergencias que se presentan para la provisión de cátedras, que no pocas veces han sido ocupadas, nó en reconocimiento a preparación técnica y eficiencia didáctica, sino como único recurso para salvar situaciones difíciles en asignaturas cuyos catedráticos, por causas diversas, dejaron de actuar. Si la improvisación para desempeñar un cargo público de importancia ocasiona, no pocas veces, lamentables consecuencias para la organización en la que dirige el funcionario en cierne, en materia de cátedra universitaria, puede producir daños irreparables porque, sin capacitación técnica ni entrenamiento previo para la docencia, el flamante profesor no podrá orientar el aprendizaje de la asignatura que le corresponde: será incapaz de ayudar a sus alumnos y absolver las consultas que éstos le planteen.

Agrégase a estos factores negativos, frecuentes días de asueto injustificado y la irregular prolongación de las vacaciones de la semana del estudiante, que impiden revisar, —no se diga terminar—, los programas de cada materia, y de este modo se complica, más aún la dificultad que confronta el alumnado para cumplir una instrucción básica satisfactoria, pues, no porque en las semanas finales algunos catedráticos impongan un improvisado plan de clases cotidianas —antipedagógicas, además ya que se las prolonga cada una más allá del tiempo que el estudiante puede mantenerse atento—, no por este forzado e improductivo trabajo, se puede recuperar lo que debe ser materia de metódico estudio y discusión en el decurso de un año lectivo de marcha regular.

Es de esperar que los anhelos de los señores Decanos de las tres Facultades promuevan en sus respectivas Juntas de Facultad, el interés por atender a la resolución de estos problemas, tratando de canalizar estos empeños hacia prontas y fructíferas realizaciones.

GACETA MEDICA

PUBLICACION BIMESTRAL

FUNDADA EN 1946

Vol. VII — Nvbre.-Dcbre. 1952 — Nº 6

EDITORIAL

Curso de Postgraduados

Después de pocos días nuestra Universidad clausurará sus labores y concluídos los exámenes del año lectivo, se iniciará el período de vacaciones reglamentarias, época en que la crudeza de nuestro clima insinúa la necesidad de descanso y también de salir a otros lares en busca de atmósfera más benigna.

Este hecho trivial concuerda con idénticas prácticas de países en que las vacaciones corresponden con la temporada de duro y sofocante calor, inclemencias del tiempo que, sin embargo, no son obstáculo para que se dicten cursillos complementarios de las asignaturas oficiales, en los cuales se profundiza o actualiza lo que, siendo de incuestionable importancia, no hubo como hacerlo en el decurso del año escolar, pues en casi todas las Universidades del mundo, incluyendo las nuestras, los programas de enseñanza, exagerada e innecesariamente recargados, no pueden ser debidamente atendidos en los aspectos substanciales para la instrucción y autonomía profesional del futuro egresado.

Magnífica y beneficiosa obra para el alumnado y para los gradua-

dos sería la de establecer desde el presente año en nuestras Facultades, programas adicionales de la clase que motiva estas líneas. En la mente de los meritísimos miembros de los Consejos Directivos están presentes, desde tiempo atrás, estos loables propósitos, y nos permitimos avanzar que, si algunos de aquellos organismos pone en práctica sus proyectos, encontrará en los otros fáciles y entusiastas seguidores. Tan útiles prácticas no significarían esfuerzo económico alguno para las arcas universitarias, nunca suficientemente provistas, por que, sin duda alguna, los propios catedráticos acederán con solicitud a encargarse de organizar y dictar las lecciones pertinentes. Se podría, además, comenzar de una vez a ensayar un programa de ciencias humanistas, común para todo el alumnado universitario, que tendría como finalidad substancial poner a los estudiantes en contacto con las realidades del mundo pretérito y actual, grabando en las jóvenes mentalidades, con preferente atención, lo que no debe desconocerse acerca de la vida de los esforzados ecuatorianos que, con sus hazañas, han escrito páginas inolvidablemente gloriosas de nuestra historia patria.

GACETA MEDICA

PUBLICACION BIMESTRAL
FUNDADA EN 1948

Vol. VIII — Enero-Febrero 1951 — Nº 1

EDITORIAL

La Teoría del Stress y las Enfermedades de Adaptación

Hace apenas dieciséis años que el Prof. Hans Selye dió a conocer sus investigaciones en el campo experimental acerca de las modificaciones, a veces inaparentes, que suscitan en el organismo los diversos elementos que lo atacan, y esos conocimientos han provocado tal curiosidad investigadora que pasan ya de 40.000 el número de trabajos publicados sobre este asunto en la mayor parte de revistas médicas del mundo.

Con metódica discriminación el autor recalcó que, cualquiera que fuese el elemento agresor, la economía pone en juego sistemas de defensa específicos —particularmente si se trata de microorganismos— e inespecíficos, movilizando a los elementos celulares y promoviendo cambios en el medio líquido interno. Explicó que el factor atacante produce reacciones generales (Reacción de Alarma), concentradas en el "blanco del ataque" (Tarjet) que, a menudo, aniquilan allí a los agresores antes que aparezcan síntomas ostensibles de enfermedad. Pero si el ataque es reiterado o de intensidad progresiva, los órganos invadidos reclaman mayor ayuda a los mecanismos endocrinos del bloque hipotálamo- hipófisis - suprarrenal, para poder sostener un eficiente "estado de resistencia", originándose así la máxima actividad funcional del conjunto endocrino mencionado y de sus innumerables dependencias. Si la eficacia de estas reacciones logra anular la agresión, se restablece la normalidad; de otro modo, el organismo desfallece y se marca la "fase de agotamiento". Los factores alarmógenos (Stressors) producen, pues, en los órganos, estados inespecíficos de tensión, violencia, padecimiento (de Stress), que despiertan la imponderable capacidad de nuestro organismo para sobrellevar con el mínimo desgaste los sobresfuerzos a que está constantemente sometido, y esta sobrecarga se traduce por síntomas que constituyen el Síndrome General de Adaptación.

La concepción inicial comprendía a un número muy limitado de casos, pero, a medida que proseguían sus estudios, Hans Selye y sus colaboradores pudieron agregar cada día nuevas comprobaciones, según se ve en una serie de esquemas publica-

dos en "The Story of the Adaptation Syndrome" (Acta Inc. Medical Publishers, Montreal, Canadá, 1952), en los cuales se aprecia la manera cómo se ha ensanchado, con bases interpretativas clínicas y experimentales, tan sugestivas y lógicas especulaciones. En 1936 el radio de aplicación de la teoría abarcaba sólo algunas enfermedades de las cápsulas suprarrenales con su repercusión sobre las células blancas y rojas delas sangres; en 1944 se loamplió a otras entidades patológicas, y por primera vez Selye expuso conceptos bastante definidos acerca del mecanismo del Síndrome General de Adaptación, que comprendía ya la patología de riñones, vasos, articulaciones y diversas dependencias del tejido conjuntivo. En 1945 Selye avanzó considerablemente en su doctrina con los aportes experimentales brindados por la ACTH, ASTH y los nuevos córticoesteroides obtenidos de la suprarrenal. Por último, en 1952, con el reajuste operado en los conocimientos sobre las interaciones entre hipófisis y corticosuprarrenal, y del intercambio de estímulos entre los órganos afectados de "Stress" y el conjunto hipotálamo - hipófisis - suprarrenal, la teoría adquiere verdadera importancia.

Conforme lo expresa Selye y colaboradores, no se trata en realidad de nuevas teorías más o menos hipotéticas, sino de aplicaciones acuciadas y amplificadas de lo que en su tiempo pensaron y publicaron Claude Bernard, Cannon, Virchov, Speransky y otros investigadores.

Para nosotros, el real mérito de estas interpretaciones teórico-prácticas reside en la importancia preponderante que, para el correcto análisis de los síntomas, se le da al estudio de la fisiología patológica y, además el realce, sin duda alguna muy justo y apropiado, que le confiere a los mecanismos defensivos cumplidos bajo el impulso y la dirección de las hormonas anterohipofisarias y corticales que, como bien se sabe, crecen en importancia a medida que se conoce mejor su gran diversidad y las múltiples acciones fisiológicas que les competen.

La novedad del tema y las palabras "Stress", "Stressor", "Tarjet", empleadas en su explicación, que hasta ahora no encuentran similares precisas en castellano, no han producido todavía mayor impresión en la generalidad de la profesión médica, que apenas se interesa por lo más grueso y objetivo del asunto. Esta actitud indiferente, a nuestro juicio, debe ser modificada por razones intuitivas y de ponderada lógica, pues, a poco que se reflexione sobre la indiscutible y permanente interacción de los sistemas neurovegetativo y endocrino en todos los actos de la vida, se cae en cuenta que de su regular funcionamiento depende la salud y, por tanto, todos los medios que tiendan a esclarecer las perturbaciones de su funcionamiento, abrirán nuevos y racionales cauces a los procedimientos terapéuticos. Las perspectivas son, pues, por demás interesantes, y por esto GACETA MEDICA viene publicando desde hace tres años resúmenes de lo más selecto y comprobado en relación con estos estudios, y se permite insinuar a los médicos de nuestro país mantenerse atentos a este problema que, con la ayuda de la patología experimental, está promoviendo notables revisiones en el campo de la fisiología patológica y sus aplicaciones a la clínica humana, e invita a los profesionales a leer la comunicación de los Profesores Selye y Horava que aparece en la sección Cartas al Director de la presente edición.

GACETA MEDICA

PUBLICACION BIMESTRAL
FUNDADA EN 1946

Vol. VIII — Marzo-Abril 1953 — Nº 1

EDITORIAL

Sobre el ejercicio profesional

Con la ecuanimidad que nace del razonamiento, se escucha en todas partes voces autorizadas invocando admonitivamente serena reacción frente a cierta modalidad de ejercicio profesional —que tiende a predominar y conseguir adeptos—, marcada por notable indiferencia del médico hacia el estado anímico de su paciente, extraña y mixtificadora actitud de las funciones específicas del médico, producto quizás de la obsesión egoísta que padece el espíritu colectivo, no repuesto aún de las tragedias que lo agobian desde 1914 en que comenzó la única "Gran Guerra", cuyo final no llega todavía.

No nos referimos precisamente a la ineludible obligación de actuar con sentido psicosomático, y con la natural compenetración de que se está manejando seres humanos ansiosos de librarse o sentirse aliviados de sus padecimientos, pues queda desconocido que, si el médico no justiprecia el inseparable binomio psiquis-soma, quedará mejor ubicado en el campo de la veterinaria.

Hablamos de ciertos aires de máxima suficiencia, encubridores o, mejor, denunciadores irrefrenables de una escolaridad universitaria torcida o insuficiente, que conducen a olvidar o desconocer la única razón de existir que tiene el aspecto profesional de la medicina: fuente de alivio para los que sufren.

Con extemporáneo criterio académico hay quienes confunden la posición del médico asistente con la del investigador científico, y ensayan lamentables desplantes de incomprensible dogmatismo y cerrada impenetrabilidad a las angustiosas demandas de alivio de los que confían en la sagacidad y competencia del doctor.

¡Nada puede decir el médico CIENTIFICO sin previo balance de los datos de laboratorio; nada puede adelantar hasta que el "CHEQUEO se complete". Es decir, mientras que el diagnóstico no venga hecho de los laboratorios al cerebro del actuante, éste no puede decir ni hacer nada en bien de quien busca su ayuda. El inseguro doctor no expondrá su prestigio a riesgos ni detrimentos. Cuando los informes escuetos, los guarismos rígidos —definitivamente expresivos en muchos campos del saber humano pero, sujetos a interpretación en problemas biológicos—, anuncien el porcentaje de función hepática fuera de servicio o la proporción de capacidad cardíaca anulada, entonces sí vendrá el diagnóstico exacto con adehala del pronóstico matemático que, en casos graves, trae aparejado el dictamen de sobrevida que le resta al paciente. Cumplido todo este ritual vendrá el tratamiento: indiscriminado derroche de antibióticos, administración rutinaria y profusa de oxígeno; transfusiones sanguíneas a menudo innecesarias y a veces peligrosas; la escalofriante terapéutica de choque y después, el choque, la conmoción... a la economía del afectado o sus deudos.

Nuestras reflexiones no se inspiran en ansias de competir con el Seráfico de Asís, menos aún en lamentar la desaparición de tiempos pasados: el progreso del mundo es indefectible y los caminos de superación están expeditos a los espíritus juiciosos, capaces de diferenciar el snobismo o la novelería del perfeccionamiento cierto. Por eso, pensamos que la sensibilidad humana a los sufrimientos es la misma hogaño que antaño y el médico, no obstante los grandes facilidades que ahora tiene para actuar con eficacia, manejará siempre a hombres que padecen y le solicitan auxilio, hombres de hoy con hiperestesia no sólo igual sino mayor a la de los de ayer.

En medio de tan confusas yesirambóticas actuaciones, se inicia un promisorio retorno hacia procedimientos escolares menos librescos y calculadores, inspirados en una medicina justa y humana; se aprecia el deseo de que nuestro arte no presuma exageradamente de ciertos orna-

mentos científicos que le vienen muy holgados; que la práctica profesional no se desvíe de su legítima e inmensa tarea. Así mismo se palpa el anhelo de que el nuevo y el viejo doctor reaviven el orgullo de merecer los privilegios y simpatías que les concede la comunidad, cuando actúan honestos y serenos, sin rebasar su propio y ya dilatado escenario, con inteligencia y desprendimiento, sin desvirtuar ni deformar el verdadero espíritu de la medicina.

La revisión de estos procedimientos hará que el profesional de hoy, con menos fallas que el de ayer, reverdezca y reafirme las prerrogativas del médico de antes, del de siempre.

GACETA MEDICA

PUBLICACION BIMESTRAL

FUNDADA EN 1946

Vol. VIII — Mayo-Junio 1953 — Nº 3

EDITORIAL

Los Escritos Médicos

Con cierta frecuencia se observa notoria despreocupación en los escritos médicos publicados en revistas y libros del exterior y de nuestro país. Dijérase que algunos escritores conceden poca o ninguna importancia al estilo, método para exponer y clasificación de las referencias bibliográficas; y, sin embargo, es increíble cómo estos descuidos impresionan desagradablemente al lector. Por nuestra experiencia en GACETA MEDICA, podemos asegurar que algunos —por fortuna pocos— de nuestros colaboradores, consideran letra muerta el reglamento rutinario de publicaciones, que recomienda el envío de originales escritos en máquina, a doble espacio, con indicación del lugar de los fotograbados y otros requisitos que, si el autor no los llena debidamente, producen molestias en las sucesivas fases que recorre un manuscrito hasta ser editado. Es de ver las caras adustas y gestos de rechazo de los Jefes de Redacción cuando les llegan originales que semejan papel de moscas por lo profuso de las enmiendas, y, a su turno, los dolores de cabeza que esto ocasiona a linotipistas y armadores.

La literatura médica debe ceñirse a normas que, de no practicarlas, amengua el interés de los lectores y hasta puede ocasionarle al autor el rechazo de su manuscrito por revistas de respetable circulación. Sabemos de más de un artículo, intrínsecamente valioso, que pudo ser publicado en órganos de notable difusión y, sin embargo, fue devuelto con anotaciones como éstas: "falta de orden en la exposición", "gramática despreocupada", "bibliografía imprecisa"; y de otros en que la colaboración, por sus reales merecimientos, fue publicada pero al leerla su autor creyó que era otro escrito sobre el mismo tema: tales eran las modificaciones introducidas, por los editores en cuanto a estilo, orden y gramática.....

Nuestra profesión exige que sus manifestaciones escritas, aparte de su estricta veracidad, conserven un estilo característico respetando, naturalmente, el propio del autor, y mantengan indispensable concordancia con el espíritu de nuestro arte-ciencia.

Muy mal suena hablar de "ejércitos de horrendos agresores liquidados en breve tiempo por la metralla de los antibióticos"; peor aún, ciertas apreciaciones —todo lo personales que se las estime—, que expresen inadmisible exclusivismo: "ningún otro medicamento puede producir hoy en estos casos, éxitos tan extraordinarios como tal substancia"; e irremisiblemente ingrato y detestable resulta decir —a veces para atenuar fracasos—, que "ya en

la penumbra de su muy prolongada vida, nuestro enfermo poco podía esperar de los recursos terapéuticos".

El autor conservará su estilo; ya se ha dicho antes —y con razón— que el estilo es el hombre, pero ese estilo sólo podrá ser denominado tal si la forma de presentar las ideas es apropiada al espíritu del tema. De otro modo resultará tan disonante como si un escritor, habitualmente festivo, mantuviera sus giros humorísticos cuando escribe la apología de un personaje.

El orden de la exposición y el sentido didáctico, que naturalmente excluyen repeticiones tediosas, es asunto tan vital como el estilo mismo, y autores hay que por este defecto pierden lectores. Si se conserva orden y metodización en los escritos, estos resultan amenos, breves y atractivos.

Y llegamos al ordenamiento de la bibliografía, asunto cuyo descuido constituye blanco propicio para comentarios ingratos al autor. A veces, cuando se desea ampliar el conocimiento de lo apuntado en las citas, se tiene el desencanto de comprobar que, por lapsus del escritor, fallas del corrector de pruebas o por otros motivos, tales citas no son aprovechables. No basta consignar citas como: "Anatomía Topográfica de Testut y Latarjet", "Revista Médica de Córdoba" o breves referencias de este estilo. Si existen normas y recomendaciones para escribir hay, también, patrones de bibliografía inviolables, y cuando se descubre su inobservancia, el bibliófilo se desinteresa del artículo y [illegible] autor.

La American Medical Association ha publicado no hace mucho un reglamento a este respecto, con reglas y abreviaturas para consignar: nombre del autor o autores, título del trabajo, nombre del libro o publicación, año o volumen, mes, número, año de la edición y numeración de las páginas respectivas. Decir simplemente Testut, significa imponer al interesado una búsqueda en cuatro nutridos volúmenes, o Journal of the American Medical Association, un divagar por más de 180 páginas del ejemplar citado.

Las "pequeñas—grandes" dificultades anotadas son consecuencia natural de la falta de hábito para escribir, y también de leer con atención lo que otros publican, ejercicios que, al ser practicados por el autor inexperto, conformarán favorable e insensiblemente la adecuación de sus métodos de escribir. No propugnamos que el autor constriña su imaginación interpretativa a la medida de una escueta ficha de dispensario de servicio público —extremo tan criticable como las faltas que motivan el presente editorial—, pero sí es indispensable que nuestras publicaciones no rebasen el marco de la buena calidad en cuanto a tema y expresión, ni expongan a que se dude de la buena fe del escritor.

Otras Publicaciones del Autor

TEMAS DE MEDICINA

(*)1 —CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA NEFRITIS CLORUREMICA. NEFRITIS ANKILOSTOMOSICA

Tesis doctoral, recomendada su publicación por la Facultad de Medicina, Guayaquil, 1919.— Boletín de la Asociación Escuela de Medicina, XXIII, 149, 150 y 151, Abril. Mayo y Junio, 1922.

1a — UNCINARIAL NEPHRITIS (extracto de la tesis doctoral).

Arch. Int. méd., 28, Noviembre, 1921, pág. 550 a 560, Chicago, EE. UU.

2 —EL MERCURO-CROMO POR VIA INTRAVENOSA

Trabajo de ingreso a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, 1925.-An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XVI, 2, Abril, 1925.

(*)3 —BREVES CONSIDERACIONES SOBRE SIMPATOLOGIA CLINICA

Conferencia dictada en el Paraninfo de la Universidad de Guayaquil, Nov. 30, 1932.— Imprenta de la Universidad.

4 —EL SULFARSENOL EN SIFILOTERAPIA

An. Soc. méd.— Quir. d. Guayas, XXV, 10, Dic., 1934,

5 —CIRROSIS DE LAENNEC E INSULINA; FIEBRE TIFOIDEA Y ARSENO-BENZOLES; ALCOHOLISMO CRONICO Y EMETINA; LAS HEMORRAGIAS BUCALES TRATADAS POR LOS MUSCULOS DE AVES (Comentarios)

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXVI, 3, Marzo, 1935.

6 —AZUL DE METILENO EN EL TRATAMIENTO DE LA LEPRA; HEMATOTERAPIA EN HERPES ZOSTER; JAQUECAS Y SALES BILIARES (Comentarios)

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXVI, 5, Mayo, 1935.

7 —ATROPINA TRASTORNOS POST-ENCEFALITICOS; VITILIGO Y RAYOS ULTRAVIOLETAS; ASMA Y ABSCESO DE FIJACION (Comentarios)

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXXV, 6, Junio, 1935.

8 —CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO DE LAS ULCERAS GASTRICAS Y DUODENALES

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXVI, 7, Jul., 1935.

NOTA — Los trabajos marcados (*) están en el presente volumen.

9 —TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS POR EL TANINO

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXVI, 7, Jul., 1935. (Comentarios)

10 —ABSCESO DEL PULMON

An. Soc. méd.—quir. d. Guayas, XXVI, 8, Agt., 1935.

(*) 11 —RECOPILACION DE DATOS SOBRE LA FIEBRE AMARILLA

Trabajo presentado al X Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Madrid del 23 al 29 de Sept., 1935. An. Soc méd.—quir. d. Guayas, XXVI, 10, Oct., 1935.

11a —RECOPILACION DE DATOS SOBRE LA FIEBRE AMARILLA

Folleto editado Imp. La Reforma, Guayaquil, 1936.

12 —APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA OFTALMOLOGIA

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas XXIV, 428—431, Nov., 1935.

13 —MEDICACION ANTIESTAFILOCICA

Boletín de Medicina y Cirugía, XXXIX, 5—6, Dic. 1935, Enero, 1936.

14 —ANEMIAS HIPER E HIPOCROMICAS

Ecuador Médico Dental, XIX, 11, Enero—Marzo 1936.

15 —CARBON COLOIDAL INTRAVENOSO

Boletín de Medicina y Cirugía, XXIX, 7-8, Abril-Mayo, 1936.

16 —LAS SOLUCIONES DE CLORURO DE SODIO HIPERTONICAS POR VIA ENDOVENOSA; EL LIPIODOL EN TERAPEUTICA Y EN RADIOLOGIA; LA TIROIDECTOMIA TOTAL EN LAS ASISTOLIAS IRREDUCTIBLES (Comentarios)

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXVII, 2, Febrero 1936.

17 —EL DOLICOCOLON EN CLINICA

Boletín de Medicina y Cirugía, XXXIX, 7—8, Abril—Mayo, 1936.

18 —EL PAPEL DEL B.C.G. EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

An. Soc. méd.—quir. d. Guayas, XXVII, 9, Sept. 1936.

19 —UN CASO DE CARDIOMEGALIA AGUDA RECIDIVANTE

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXIX, 5 Mayo, 1938.

20 —UN CASO DE DISTROFIA CONGENITA DE LAS COSTILLAS Y DE LA COLUMNA VERTEBRAL; ESCOLIOSIS CONGENITA Y COSTILLA LUMBAR (con el Dr. A. Parejа Coronel)

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXIX, 11—12, Nov. Dic., 1938.

(*)21 —ENFERMEDADES A VIRUS NEUROTROPOS

An. Soc. méd.— quir d. Guayas, XXX, 6—7, Jun.—Jul., 1939.

21a —DISEASES CAUSED BY NEUROTROPIC VIRUS

Proceedings of the Sixth Pacific Sciencie Congress, Berkeley, Stanford and San Francisco, July 24 to August 12, 1939.

(*)22 —ELECTROCARDIOGRAFIA EXPERIMENTAL

An. Soc. méd.— quir d. Guayas, XXXI, 4—5, pág. 463 Abril—Mayo, 194 0.

22a —EXPERIMENTAL ELECTROCARDIOGRAPHY

Medical Record, 152, 3, págs. 92 a 95, August, 7, 1940.

23 —NEFROSIS LIPOIDEA. ESTUDIO CLINICO Y TERAPEUTICO. (Presentación de un caso)

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXXIII, 1942.

24 —INFARTO DEL MIOCARDIO

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXXIII, 4—5—6, págs. 961, Abril, Mayo y Junio, 1942.

25 —INFORMACION ACERCA DE LA EXISTENCIA DEL TIFO EXANTEMATICO EN GUAYAQUIL (con los doctores A. Varas Calderón y J. D. Rodríguez)

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXXV, 1—12, Enero—Diciembre, 1944.

(*)26 —LA AMIBIASIS CRONICA

Trabajo presentado a las Ias. Jornadas Médicas Ecuatorianas, Imprenta de la Universidad, 1945.

27 —HISTORY OF RADIOLOGY IN ECUADOR

Dis. of Chest, XI, 11, Nov., 1945.

28 —ULCERAS DEL CANAL PILORICO

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXXVII, 13, Enero—Marzo, 1946.

29 —TUMOR DEL CEREBELO

Gac. méd., Guayaquil, I, 1, Junio, 1946.

30 —MESENTERIO ILEO-COLICO COMUN

Gac. méd., Guayaquil, I, 3, Octubre, 1946.

31 —ULCUS DUODENAL ESTENOSANTE

Gac. méd., Guayaquil, I, 3, Octubre, 1946.

(*) 32 —HIGADO AMIBIANO

Comunicación al Ier. Congreso Médico—Social Panamericano de la Habana, Cuba, Dcbre, 3, 1946.

32a —HIGADO AMIBIANO

Rev. Kuba, La Habana, Cuba, 3, 4, pág. 79, Abril, 1947.

32b —LIVER IN AMEBIASIS: CLINICAL ASPECTS (Comentarios)

J. A. M. A., 135, 6 pág. 391, Octubre. 11, 1947.

33 —ATELECTASIA DEL LOBULO SUPERIOR DERECHO (con el Dr. Julio Mata)

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XXXVII, 10—12, Dic., 1946.

33a —ATELECTASIS OF THE RIGHT UPPER LOBE (con el Dr. Julio Mata)

Dis. of. Chest. XV, 2, II, págs. 226—232, February, 1949.

34 —ESTENOSIS PULMONAR CONGENITA SIN CIANOSIS

Gac. méd., Guayaquil, I, 4, Dcbre., 1946.

35 —CIATICAS Y LUMBOCIATICAS

Gac. méd., Guayaquil, I, 4, Dcbre., 1946.

36 —TUMOR DEL CEREBRO (Quiste Dermoideo)

Día méd., Buenos Aires, XIX, 15, 1947.

36a —TUMOR DEL CEREBRO (Quiste Dermoideo)

Gac. méd., Guayaquil, I, 5, Fbro., 1947.

(*)37 —ULCERAS GASTRODUODENALES

II Jornadas Médicas Ecuatorianas, Fbro. 21, 1947, Quito. Gac. méd., Guayaquil, II, 1, 1947.

38 —TROMBOANGEITIS DE LAS ARTERIAS ILIACAS

Gac. méd., Guayaquil, II, 1, pág. 53, Junio 1947.

39 —CARTAS A UN JOVEN MEDICO SOBRE LAS ENFERMEDADES DEL ANO Y DEL RECTO. Editorial Bibliomericana, Buenos Aires, 1947.

Traducción de "Lettres a un Jeun Medicin", por Roger Savignac, Ed. Masson & Cía., París, 1937.

40 —ECLAMPSIA Y GLOMERULONEFRITIS

Gac. méd., Guayaquil, II, 4, Abril, 1948.

41 —CUESTIONARIO MEDICO:
200 PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Talleres Gráficos Nacionales, Quito, Junio, 1948.

42 —SEMIOLOGIA DE LOS TUMORES ENDOCRANEALES

Gac. méd., Guayaquil, III, 1, 1—15, Junio, 1948.

43 —CANCER DEL ESTOMAGO

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, XLVIII, 7, Julio—Diciembre, 1948.

44 —CANCER BRONCOGENICO CON METASTASIS EN PERICARDIO Y CORAZON

Gac. méd., Guayaquil, III, 4, Dcbre, 1948.

45 — ULCERA GASTRODUODENAL Y COLECISTITIS

Gac. méd., Guayaquil, **III**, 4, Dcbre, 1948.

(*) 46 — FIEBRE TIFOIDEA Y CLOROMICETINA

Comunicación presentada a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, Junio, 1949. Gac. méd., Guayaquil, **IV**, 1, Junio, 1949.

(*) 47 —CONFERENCIA INAUGURAL DEL CURSO DE CLINICA TERAPEUTICA 1949-1950

El problema de la especialización en Medicina. Gac. méd., Guayaquil, **IV**, 1, Junio, 1949.

(*)48 —LOS PACIENTES NERVIOSOS

III Jornadas Médicas Ecuatorianas, Riobamba, Julio, 1949. Gac. méd., Guayaquil, **IV**, 2, Agto., 1949.

49 — ABSCESO DEL MIOCARDIO: Infarto séptico (Con el Dr. Felipe A. Vivoli)

Soc. méd.— quir. d. Guayas, Agt., 3, 1949. Gac. méd., Guayaquil, **IV**, 2, Sept.— Oct., 1949.

50 — SINDROME MEDIASTINICO: CANCER DEL ESOFAGO

Soc. méd. quir. d. Guayas, Oct. 19, 1949. Rev. Ecuatoriana de Tuberculosis, **I**, 2, Oct.—Dic., 1949.

(*)51— ORIENTACIONES DE LA CLINICA MODERNA

Gac. méd., Guayaquil, **IV**, 4, Dic., 1949.

51a — ORIENTACIONES DE LA CLINICA MODERNA

Rev. méd. de Córdoba, **XXXVIII**, 5, Marzo, 1950.

(*)51 —ORIENTACIONES DE LA CLINICA MODERNA

Día méd., Buenos Aires, **XXII**, 56, pág. 2319, Sept., 1950.

(*)52 —EL LUPUS EXANTEMATICO DISEMINADO CONSIDERADO COMO ENFERMEDAD GENERAL (con el Dr. Gustavo A. Fassio)

Soc. méd.— quir. d. Guayas, Nov. 9, 1949. Gac. méd. Guayaquil, **V**, 1, Enero—Febrero, 1950.

53 —ENCUESTA CLINICA EN GASTROENTEROLOGIA

Gac. méd., Guayaquil, **V**, 3, Mayo—Junio, 1950.

(*) 54 —HEMORRAGIAS DEL TUBO DIGESTIVO

Gac. méd., Guayaquil, **V**, Sept.—Oct., 1950.

55 — CARCINOMA DEL COLON

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, **XLI**, 5, Junio—Diciembre, 1950.

55a — CARCINOMA DEL COLON

Semana méd., Buenos Aires, **LVII**, 46, Nov., 16, 1950.

(*)56 —EXTRACTOS Y COMENTARIOS ACERCA DE LA ACTH Y CORTISONA

IV Jornadas Médicas Ecuatorianas de Cuenca, Nov., 3, 1950. Gac. méd., Guayaquil, **VI**, 1, Enero—Febrero, 1951.

56a — EXTRACTOS Y COMENTARIOS ACERCA DE LA ACTH Y CORTISONA

Boletín de la Federación Médica del Ecuador. XI, 49, Quito, Agosto, 1951.

(*) 57 —EL CANCER DEL ESTOMAGO Y SU DISEMINACION

An. Soc. méd.— quir d. Guayas, XLII, 1—4, Enero—Julio, 1951.

58 —LA EVOLUCION DEL CARCIONOMA GASTRICO. EL PROBLEMA MEDICO SOCIAL DEL CANCER EN EL ECUADOR. LAS CAMPAÑAS CONTRA LA TUBERCULOSIS Y EL CANCER

Comunicación presentada a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas en la sesión del 18 de Abril de 1951. VI, 4, Julio—Agosto, 1951.

58a —LA EVOLUCION DEL CARCINOMA GASTRICO. EL PROBLEMA MEDICO SOCIAL DEL CANCER EN EL ECUADOR. LAS CAMPAÑAS CONTRA LA TUBERCULOSIS Y EL CANCER

Folleto Nº 1. Contribución a la Campaña Contra el Cáncer, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Imp. A. G. Senefelder, 1951.

(*) 59 —EL PROBLEMA DE LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE

Soc. méd.— quir. d. Guayas, Mayo 23, 1951. Gac. méd., Guayaquil, VII, 2, Marzo—Abril, 1952.

59a —EL PROBLEMA DE LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE

Rev. Ecuatoriana de Pediatría, Guayaquil, 4, 2, Abril—Junio, 1952.

59b —EL PROBLEMA DE LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE

Gac. Sanitaria, Milán Italia, VII, 2, 1952.

59c — EL PROBLEMA DE LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE

Día méd., XXIV, Diciembre 1952, Buenos Aires.

(*) 60 — EFECTOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES DE LA ACTH Y CORTISONA

Gac. méd., Guayaquil, VI, 3, Mayo—Junio, 1951.

(*) 60 —EFECTOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES DE LA ACTH Y CORTISONA

Rev. Clínica Española, Año XII, tomo XLII, 2, Julio 31. 1951.

61 —COMENTARIOS ACERCA DE LA CAMPAÑA ANTITUBERCULOSA DESARROLLADA EN EL ECUADOR

Comunicación presentada en la sesión de la Sociedad Ecuatoriana de Tisiología, Julio 18, 1951 y IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis, Julio 15 al 22, 1951 Gac. méd., Guayaquil, VI, 5, Sept.—Oct., 1951.

62 —CURSILLO DE PATOLOGIA FUNCIONAL

Serv. San Gabriel, Hosp. "Luis Vernaza". Agt. 12 a Sept. 27, 1951. (Introducción) I Generalidades de Patología Funcional, su importancia en clínica. El dolor en clínica. II Fisiopatología del dolor. III Patología funcional

del aparato circulatorio. IV Patología funcional del sistema renal. V Patología funcional del aparato respiratorio. Gac. méd., Guayaquil, VI, 6, Nov.—Dic., 1951.

62a—CURSILLO DE PATOLOGIA FUNCIONAL (conclusión)

Serv. San Gabriel, Hosp. "Luis Vernaza". I Hígado; II Páncreas. Gac. méd., Guayaquil, VII, 1, Enero-Febrero, 1952.

(*) 63—ARTROPATIAS DE LA COLUMNA CERVICAL Y ARTRITIS ANQUILOSANTE D EL HOMBRO

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas XLIII, 10-12, 1-3, Enero—Mayo, 1952. Gac. méd., Guayaquil, VII, 4, Julio—Agosto, 1952.

(*) 63 —ATROPATIAS DE LA COLUMNA CERVICAL Y ARTRITIS ANQUILOSANTE DEL HOMBRO

Compendio Médico (Sharp & Dhome) Philadelphia, EE. UU., Nº 65, pág. 16, Julio—Sept. 1952

64 —EL CANCER COMO PROBLEMA MEDICO-SOCIAL

Consideraciones acerca de Etiopatogenía, Diagnóstico y Tratamiento de los Tumores Malignos. El Problema Social del Cáncer en el Ecuador.

Relato del Tema Oficial Conjunto del IV Congreso de Medicina y del I de Cirugía Ecuatorianos, Guayaquil, Sept. 13 al 20, 1952. Gac. méd., Guayaquil, VII, 6, Nov.—Dic., 1952.

65 —NUEVAS ORIENTACIONES DE LA ENSEÑANZA MEDICA MUNDIAL. RECTIFICACIONES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS EN NUESTROS SISTEMAS DE EDUCACION MEDICA

Trabajo presentado al IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y las. Jornadas de Pediatría Ecuatorianos, Guayaquil, Sept. 13 al 20, 1952. Gac. méd., Guayaquil, 7, 5, Sep.—Oct., 1952.

Otros Escritos

1 —FUNERALES DEL DR. CARLOS GARCIA DROUET

Discurso pronunciado como representante de la Soc. Médico-Quirúrgica del Guayas, Guayaquil, 1936.

2 —INFORME COMO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MEDICO-QUIRURGICA DEL GUAYAS

An. Soc. méd.— quir. d. Guayas, 1938.

3 —OFRENDA AL REV. P. JOSE FELIX ROUSSILHE

En el libro Datos Biográficos del Rvmo. Sr. Dr. Dn. José Nicanor Corral y Bandera, el "Apóstol de Guayaquil" por el Rvmo. Sr. Dr. Dn. José Félix Roussilhe. Guayaquil, Imp. Gutemberg, 1938.

(*) 4 —25 AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Discurso pronunciado en el Auditorio de la Sala San Gabriel, el día 10 de Junio de 1945, en Guayaquil.

5 —HOMENAJE A LA BANDERA

Discurso pronunciado como Presidente de la Junta Patriótica del Guayas, en el Paraninfo de la Universidad de Guayaquil, Diciembre 9 de 1945; folleto edit. Imp. de la Universidad, Diciembre 9 de 1945.

(*) 6 —FUNERALES DEL DR. ALFREDO J. VALENZUELA V.

Discurso pronunciado como representante de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, Guayaquil, "El Telégrafo" Junio 9, 1946.

7 —BODAS DE PLATA DEL DR. ISAIAS MEDINA

Discurso ofreciéndole el banquete; Guayaquil, 1946.

8 —INAUGURACION DE LA BIBLIOTECA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA

"El Universo" Oct. 6, 1946, Guayaquil.

9 —INAUGURACION DEL I CURSO DE TISIOLOGIA

Discurso pronunciado como Encargado de la Presidencia del Comité Ejecutivo de L.E.A. en el Auditorio "Atilio Machiavello" Inst. Higiene, Junio, 1947, Guayaquil.

10 —INAUGURACION DE LA PRIMERA SALA DEL HOSPITAL "ALFREDO J. VALENZUELA"

Discurso inaugurando la primera sala con 100 camas del Hospital "Alfredo J. Valenzuela" de LEA, "EL Universo", Guayaquil Jul. 20, 1947.

11 —AL EXCMO. PRESIDENTE DE LA REPUBLICA, DON CARLOS JULIO AROSEMENA

Discurso pronunciado como Gobernador de la Provincia del Guayas, con motivo de la exaltación del Sr. Carlos Julio Arosemena a la Presidencia de la República, Guayaquil, Septiembre, 27, 1947.

12 —II CONFERENCIA ANTITUBERCULOSA NACIONAL

Informe presentado como Presidente de la Conferencia Antituberculosa Nacional, Guayaquil, 1947.

13 —AL EXCMO. PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DON CARLOS JULIO AROSEMENA

Discurso pronunciado a nombre del Comité Ejecutivo de Vialidad, Guayaquil, Septiembre 29, 1947.

14 —RECEPCION DEL RETRATO DEL GENERAL SAN MARTIN

Discurso pronunciado como Gobernador de la Provincia del Guayas, al recibir oficialmente el óleo del General San Martín enviado por el Gobierno de la República Argentina, Guayaquil, 10 de Oct., 1947.

(*)15 —PAPELES VIEJOS

Opúsculo 42 págs., con reminiscencias históricas de la medicina guayaquileña. Biblioteca Mínima de Ecuatorianidad Nº 7; Imp. de la Universidad, Guayaquil 1947.

16 —A PROPOSITO DE LOS PROYECTOS PARA LA OBRA DEL DRAGADO DEL RIO GUAYAS

Discurso pronunciado en el Comité Ejecutivo de Vialidad, Guayaquil, Oct. 28, 1947.

17 —JUNTA PATRIOTICA DEL GUAYAS

Discurso pronunciado como Gobernador de la Provincia del Guayas, en la reunión convocada para reanudar las actividades de la Junta Patriótica del Guayas, Guayaquil, Nov. 10, 1947.

18 —AL PROF. DR. TEODORO MALDONADO CARBO

Discurso ofreciéndole un agasajo en el Club de la Unión, con motivo de cumplir 35 años de vida profesional, Guayaquil, 1947.

19 —INAUGURACION DE LAS Ias. JORNADAS DE TISIOLOGIA

Discurso pronunciado como Encargado de la Presidencia Ejecutiva de LEA, Guayaquil, Nov., 1947.

20 —AGRADECIMIENTO POR LA CONDECORACION DEL GOBIERNO NACIONAL

Discurso pronunciado agradeciendo por la Condecoración de la Orden "Al Mérito" Grado de Gran Oficial, que le otorgó el Gobierno Constitucional de la República, Universidad de Guayaquil, Dic. 1º, 1947.

21 —EN SESION-COMIDA DEL CLUB DE LEONES

Discurso agradeciendo un agasajo que ofreció el Club de Leones de Guayaquil, Dic 7., 1947.

22 —AGRADECIMIENTO A UN AGASAJO DE AMIGOS POR LA CONDECORACION " AL MERITO"

En el Tennis Club, Guayaquil, Dic. 12, 1947.

23 —DEFENSA DE L. E. A. Y DIVULGACION ANTITUBERCULOSA

Artículos de divulgación antituberculosa y de defensa de la campaña y de L.E.A., publicados en la prensa del país, en revistas y folletos; Guayaquil, 1947—1948.

24 —CONDECORACION "AL MERITO" A DON MANUEL EDUARDO CASTILLO

Discurso pronunciado en la Gobernación de la Provincia del Guayas, al entregar al Sr. Manuel Eduardo Castillo la Condecoración Nacional "Al Mérito". Guayaquil, Marzo 5, 1948.

(*)25 —INFORME A LA NACION COMO MINISTRO DE GOBIERNO

Folleto de 61 páginas, Talleres Gráficos Nacionales, Quito, Junio 30, 1948.

26 —COMUNICADO OFICIAL

Declaraciones como Ministro de Gobierno con motivo de la huelga de los mineros de Ancón. Junio 24, 1948.

27 —LLAMAMIENTO A LA CIUDADANIA

Hojas impresas. Elecciones Presidenciales, Quito, 1948.

28 —AGRADECIENDO UN BANQUETE DEL MINISTERIO DE GOBIERNO

Discurso pronunciado agradeciendo un banquete ofrecido por el Ministerio de Gobierno; Quito, Junio 26, 1948.

(*)29 —FUNDACION DE LA JUNTA NACIONAL PRO ORIENTE (JUNO)

Discurso pronunciado en el Palacio de Gobierno, al fundar la Junta Nacional Pro-Oriente —JUNO—; Quito, Julio, 20 1948.

30 —CONDECORACION NACIONAL "AL MERITO" MONS. SPILLER

Discurso pronunciado en el Salón de la Ciudad, Quito, al entregarle al Rev. P. Sup. de la Congregación de los Josefinos Mons. Spiller, la Condecoración Nacional "Al Mérito", Julio, de 1948.

31 —AL M. I. CONCEJO CANTONAL DE CUENCA COMO MINISTRO DE GOBIERNO

Discurso pronunciado como Ministro de Gobierno en la entrega de $ 700.000.00 que hizo el Gobierno Constitucional al M. I. Concejo Cantonal de Cuenca, Agosto, 1948.

(*)32 —AL EXCMO. PRESIDENTE DE LA REPUBLICA, DON CARLOS JULIO AROSEMENA

Discurso pronunciado en el agasajo ofrecido al Excmo. Sr. Presidente de la República, don Carlos Julio Arosemena, Quito, Agosto, 1948.

33 —CAMPAÑA PRO ORIENTE

Conferencia dictada en el Paraninfo de la Universidad de Guayaquil, Sept. 24, 1948.

34 —EN REPRESENTACION DEL PROF. DR. LUIS F. CORNEJO GOMEZ

Discurso pronunciado en representación del Prof. Dr. Luis F. Cornejo Gómez, con motivo de su designación como el "Mejor Ciudadano de Guayaquil", por el M. I. Concejo Cantonal, Oct., 1948.

35 —III CONFERENCIA ANTITUBERCULOSA NACIONAL

Informe presentado como Presidente de III Conferencia Antituberculosa Nacional, Guayaquil, Dic., 1948.

36 —SESION-COMIDA DEL CLUB DE LEONES

Discurso pronunciado en la Sesión-comida del Club de Leones, ofrecida por su actuación como Ministro de Gobierno, Guayaquil, Julio 1º, 1949.

37 —IV CONFERENCIA ANTITUBERCULOSA NACIONAL

Informe presentado como Presidente de la IV Conferencia Antituberculosa Nacional, Guayaquil, 1949.

38 —EN LA CONDECORACION A LA SEÑORA MARIA LUISA LINCE DE BAQUERIZO

Discurso pronunciado en el agasajo a la Sra. María Luisa Lince de Baquerizo, con motivo de la Condecoración que le otorgó el Sumo Pontífice, Guayaquil, 1950.

(*)39 —EN LOS FUNERALES DEL DR. JULIO MATA MARTINEZ

Discurso pronunciado como Presidente de L.E.A. en los funerales del Sr. Dr. Julio Mata Martínez, Guayaquil, Mayo 13, 1950.

40 —OFRENDA AL DR. JULIO MATA MARTINEZ

Nota Necrológica, Diario "El Universo", Guayaquil, Mayo 5, 1950.

41 —CAMPAÑA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Disertación en elClub de Leones de Guayaquil, publicada en "El León Guayaquileño"", Año II. Nº 3, Guayaquil, Junio, 1950.

42 —VACUNACION CON B. B. G.

Disertación en la Sesión-comida del Club de Leones Guayaquil, Agosto, 1950.

43 —HOMENAJE AL SR. JOSE ANTONIO PEREZ

Discurso pronunciado en nombre del Consejo Supremo de L.E.A., en el homenaje ofrecido al Sr. Dr. José Antonio Pérez, Asesor Técnico de LEA, Guayaquil, Noviembre, 1950.

44 —EN EL 43º ANIVERSARIO DE LA SOCIEDAD MEDICO—QUIRURGICA DEL GUAYAS

Discurso pronunciado en la sesión extraordinaria de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, al conmemorar el 43ª aniversario de su fundación, Guayaquil, Julio 13, 1951.

(*) 45 —EN EL IX CONGRESO PANAMERICANO DE LA TUBERCULOSIS

Discurso pronunciado como Presidente del Consejo Supremo de L.E.A., en la sesión inaugural del IX Congreso Panamericano de la Tuberculosis organizado por la U. L. A. S. T., Guayaquil, Julio 15, 1951.

(*)46 —INAUGURACION DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ

Discurso pronunciado como Presidente del Consejo Supremo de L.E.A., en la inauguración del Hospital "Pablo Arturo Suárez", Quito, Julio 21, 1951.

47 —MEMORIA DE LEA. 10 AÑOS DE LUCHA ANTITUBERCULOSA EN EL ECUADOR, 1940—1950

Volumen 200 páginas, Litografía e Imp. LA REFORMA, Julio 10, 1951.

(*)48 —CAMPAÑA CONTRA EL CANCER

Serie de 6 artículos publicados en el Diario "El Universo" Oct., 23 al 30, 1951, Guayaquil.

48a —CAMPAÑA CONTRA EL CANCER

Folleto Nº 4, Junta de Beneficencia de Guayaquil, 16 pág. Contribución a la Campaña Contra el Cáncer en el Ecuador, Imp. A. G. Senefelder, Guayaquil 1951.

49 —AGRADECIMIENTO POR ACUERDO DEL H. CONGRESO NACIONAL

Discurso de agradecimiento pronunciado en sesión solemne del M. I. Concejo Cantonal, por Acuerdos del H. Congreso Nacional y Municipio de Guayaquil exaltando la obra de L.E. A., Guayaquil, Oct. 9, 1951

(*)50 —EL SENTIDO DE LA RESPONSABILIDAD

Disertación sustentada en el Paraninfo de la Universidad de Guayaquil, con motivo del IX aniversario de "Juventud Universitaria Católica", Nov. 13, 1951. Litografía e Imp. La Reforma, folleto 20 págs., con prólogo del Dr. José Miguel García Moreno, Abril de 1952.

51 —LA AMAZONIA, PATRIMONIO ECUATORIANO

Discurso pronunciado en el aniversario del descubrimiento del Rio Amazonas, Febrero 12, 1952, radiodifundido en Guayaquil y Radiotransmitido por la Voz de Los Andes; Quito, por el Comité "AMAZONAS". Talleres Gráficos Nacionales; folleto 16 págs. Quito 1952.

52 —EN LOS FUNERALES DEL SR. CARLOS JULIO AROSEMENA

Discurso pronunciado en los funerales del Sr. D. Carlos Julio Arosemena Tola, como Presidente del Consejo Supremo de L.E.A., Guayaquil, Febrero 21, 1952.

53 —EN LA SEMANA DE LA CRUZ ROJA

Disertación radiodifundida por la emisora "El Mundo", con motivo de La Semana de la Cruz Roja, Guayaquil, Julio, 6, 1952.

(*)54 —INAUGURACION DEL IV CONGRESO DE MEDICINA, I DE CRUGIA Y Ias. JORNADAS DE PEDIATRIA ECUATORIANOS

Discurso pronunciado como Presidente de la Comisión Organizadora del IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Ias. Jornadas de Pediatría Ecuatorianos, en la sesión inaugural, Guayaquil, Sept. 13, 1952.

(*)55 —PALABRAS LIMINARES

Prólogo de la edición en castellano, de la tesis doctoral del Prof. Julián Coronel, Guayaquil, Sept., 1952.

56 —EN EL AGASAJO AL EX-PRESIDENTE SR. GALO PLAZA LASSO

Discurso ofreciendo un agasajo preparado en el Club de la Unión al Sr. Don Galo Plaza Lasso, Ex-Presidente Constitucional de la República, Guayaquil, Sept. 23, 1952.

(*) 57 —IDEAS PARA UNA REFORMA UNIVERSITARIA

Discurso de agradecimiento por la Condecoración Nacional "Al Mérito" en el Grado de Gran Cruz. Sesión conmemorativa del 85º aniversario de la fundación de la Universidad de Guayaquil, Dic, 7, 1952. Folleto 24 págs "Artes Gráficas Senefelder", Dic., 1952.

(*) 58 —HOMENAJE A SU EMIN. CARLOS MARIA CARDENAL DE LA TORRE

Discurso ofreciendo el homenaje que brindó la ciudad de Guayaquil a Su Emin. Carlos María, Cardenal de la Torre, a su retorno al Ecuador; Club de "La Unión", Guayaquil, Enero 31, 1953.

(*)59 —GACETA MEDICA, NOTAS EDITORIALES

Páginas Editoriales de la Revista GACETA MEDICA, de Marzo—Abril, Mayo—Junio, Julio—Agosto, Septiembre—Octubre y Noviembre—Diciembre, 1952; Enero—Febrero, Marzo—Abril y Mayo—Junio 1953.