

VOLUMEN II

NUMERO 4

OCTUBRE - DICIEMBRE DE 1964

REVISTA ECUATORIANA DE

# Medicina y Ciencias Biológicas

CASA DE LA CULTURA CUATORCENA

El primer gran avance en la terapéutica  
antirreumática no esteroide en más de una década



AFECCIONES  
MUSCULOESQUELÉTICAS  
AGUDAS

bursitis  
sinovitis  
tendinitis  
tenosinovitis

ESPONDILITIS  
REUMATOIDEA

OSTEOARTRITIS  
y enfermedad  
degenerativa  
de la articulación  
de la cadera.

GOTA

ARTRITIS REUMATOIDEA

# INDOCID

MARCA DE FÁBRICA

INDOMETACINA

Un nuevo y altamente eficaz agente antiinflamatorio no esteroide con propiedades analgésicas y antipiréticas indicado en las afecciones reumáticas

Descubierto y desarrollado por los Laboratorios de Investigación de Merck Sharp & Dohme

Nota: Información detallada está a disposición de los señores médicos.



**MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL**

Division of Merck & Co., Inc. 1100 Elizabeth Street, New York, N. Y., U.S.A.

# CONTENIDO

## *Editorial:*

Cuarto Centenario del Primer Hospital Ecuatoriano (1565-1965) .....	197
---------------------------------------------------------------------	-----

## *Investigaciones básicas:*

Evaluación de proteínas en alimentos vegetales ecuatorianos.—Dr. Pablo Martinod .....	199
---------------------------------------------------------------------------------------	-----

## *Medicina y Cirugía:*

Carcinoma de la glándula mamaria.—Dr. Alberto Egües .....	206
Ovalocitosis.—Dr. Julio Alvarez C. ....	215

## *Temas de revisión:*

Los cursos Premédicos.—Dr. Plutarco Naranjo .....	218
El Hospital "San Juan de Dios".—Dr. Luis Cueva .....	223
Organización del Hospital Pediátrico "Baca Ortiz".—Dr. Luis A. Lalama .....	232
La Maternidad "Isidro Ayora".—Dr. Carlos Mosquera .....	239

## *Comunicaciones cortas:*

Tricobezoar en la edad infantil.—Dr. César Acosta .....	248
---------------------------------------------------------	-----

## *Noticias:*

Primer Congreso Latinoamericano de Farmacología .....	251
-------------------------------------------------------	-----

*importante contribución a la medicina actual*

nuevo preparado

# DIABINESE\*

(marca de la clopropamida)



## POTENTE ANTIDIABETICO ORAL DE ACCION PROLONGADA

- EFICAZ, CON UNA SOLA DOSIS BAJA AL DIA
- REGULA EL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO POR MEDIOS FISIOLÓGICOS NORMALES
- ACCION SUAVE Y DURADERA QUE EVITA FLUCTUACIONES DE LA TERAPEUTICA
- ELIMINA LAS INYECCIONES DE INSULINA EN LA MAYORIA DE LOS PACIENTES; REDUCE LOS REQUERIMIENTOS INSULINICOS EN OTROS
- CLINICAMENTE SEGURA; BUENA TOLERANCIA
- APLICABLE A LA GRAN MAYORIA DE LOS PACIENTES DIABETICOS

## ESTIMULA LOS PROCESOS FISIOLÓGICOS NORMALES

• Actúa a través del páncreas • Aumenta la producción de insulina endógena por los islotes de Langerhans • La insulina liberada satisface las necesidades corporales, restableciendo suavemente y sin peligros la normalidad del metabolismo hidrocabonado.

UNA PRIMICIA DE PFIZER Descubierta y desarrollada por Pfizer • Actividad farmacológica determinada por Pfizer • El programa de investigaciones clínicas patrocinado por Pfizer—abarcó más de 6.000 pacientes en 42 países • El primero en producirse y distribuirse mundialmente ha sido Pfizer.

La Ciencia al Servicio del Bienestar Mundial



PFIZER INTERNATIONAL INC.

\*Marca de fábrica de Chas. Pfizer & Co., Inc.

800 Second Avenue, New York 17, N. Y., U.S.A.

1100186  
1764  
D.H.  
f.1

# REVISTA ECUATORIANA DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

PUBLICACION OFICIAL DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS DE LA  
CASA DE LA CULTURA ECUATORIANA

## CONSEJO EDITORIAL

Director: PLUTARCO NARANJO

Apartado 2339

QUITO

G. ABAD, Guayaquil	R. GILBERT, Guayaquil
E. ALCIVAR ELIZALDE, Guayaquil	L. LEON, Quito
J. ALVAREZ CRESPO, Guayaquil	J. MONTALVAN, Guayaquil
C. ANDRADE MARIN, Quito	A. MUGGIA, Quito
L. ARCOS, Quito	J. E. PAREDES, Quito
V. BARRERA, Cuenca	V. PAREDES BORJA, Quito
A. BONILLA, Quito	A. PAREJA CORONEL, Guayaquil
A. CEVALLOS, Portoviejo	J. RODRIGUEZ M., Guayaquil
L. CORDERO, Cuenca	M. SALVADOR, Quito
A. CUEVA TAMARIZ, Cuenca	J. TANCA MARENGO, Guayaquil
J. ENDARA, Quito	J. TORAL, Cuenca
R. FIERRO, Quito	J. VARAS SAMANIEGO, Guayaquil

### SUSCRIPCIONES:

Por un año (4 números): En el país S/. 20,00

En el exterior US 2.00 dólares

Acéptase canje con revistas similares.

Casa de la Cultura Ecuatoriana  
Quito, Ecuador

## VI CONGRESO PANAMERICANO DE ENDOCRINOLOGIA

1.—Del 10 al 15 de Octubre de 1965 tendrá lugar, en la ciudad de México, el VI CONGRESO PANAMERICANO DE ENDOCRINOLOGIA.

2.—La Secretaría del Congreso está en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, calle del Dr. Jiménez 261, México 7, D.F. México. Es Secretario-Tesorero el Dr. Carlos Gual y Secretario adjunto el Dr. Juan F. Cruz Krohn.

3.—El registro de adhesión y de inscripción de trabajos quedará cerrado en esa Secretaría el 1º de Mayo de 1965.

4.—La cuota de inscripción es de US \$ 30 para los Congresales y de US \$ 20 para los acompañantes. Esta cuota incluye la recepción anticipada de los resúmenes de Conferencias, Symposia y Comunicaciones y el envío ulterior del texto completo de los dos primeros, así como algunas actividades sociales.

5.—Los resúmenes de las comunicaciones deben ser escritos a máquina, en original y duplicado, no contener más de 200 palabras y ser remitidos antes de la fecha señalada.

6.—El programa definitivo con los formularios de adhesión e inscripción de trabajos se hará llegar a los interesados que lo soliciten al Dr. Arturo Atria, Coordinador del Comité Organizador para Bolivia, Chile, Ecuador y Perú. Hospital del Salvador, Casilla 70-D, Santiago, Chile.

7.—La reserva de hoteles y acomodaciones, así como la opción de excursiones pre y postcongreso estará a cargo de una Oficina de Turismo, cuyo nombre y dirección, con listas de precios y otras informaciones se indicará en el programa aludido.

8.—La reserva de pasajes deberá hacerse directamente por los interesados.

9.—Toda información no especificada puede consultarse con el Dr. Arturo Atria, en la dirección señalada.

# Medicina y Ciencias Biológicas

AÑO II

Octubre-Diciembre

Nº 4

EDITORIAL

## CUARTO CENTENARIO DEL PRIMER HOSPITAL ECUATORIANO (1565 - 1965)

*La España del descubrimiento y la conquista, una vez quieta esta última y pacificados sus toscos y valerosos hombres, dio paso a la organización de las ciudades, a su plan civilizado —que recién comenzaba— con el arreglo de la vida jurídica, social, comercial, económica, educativa, y lo que hoy llamamos asistencia social, que en ese tiempo era una acción de caridad cristiana y una muestra de amor al semejante: la fundación y organización de hospitales para atender a los enfermos necesitados que no podían pagar honorarios a los doctores, con la circunstancia de que en Quito, cuando ya hubo Hospital no hubo Médico ni Boticario —ni para pobres ni para adinerados— y fue así como a los treinta y un años de fundada la ciudad y al año de dictada la Cédula de erección de la Real Audiencia, su primer Presidente, el Licenciado Don Hernando de Santillán, funda y hace redactar el Acta de organización del primer Hospital ecuatoriano, el de LA SANTA MISERICORDIA DE NUESTRO SEÑOR JESUCRISTO —bajo Real Patronato— en las casas que fueron de Pedro de Ruanes, limitando con la quebrada de Jerusalén y en el camino que iba al Yavirac. Es el primer acto de acción social organizada de nuestra historia, que, aunque no fue en esos tiempos un Hospital con Médico, botica y Boticario, en el que se curaban enfermos, como lo fueron los hospitales españoles desde los tiempos de los Reyes Católicos, tuvo las características de las hospederías medievales que acogían a peregrinos, haciéndolo, en el caso de nuestro primer Hospital, con mendigos, desvalidos y desamparados, protegidos en la casa que los alimentaba y cobijaba, mas no los curaba de sus dolencias, por la muy sabia razón de que anduvimos sin Médicos y en manos de curanderos, medicina casera de estirpe española y de INDIOS LADINOS que ya estuvieron asomando con su oficio de sangrar, de indios e indias que hacían la hechicería de sus mayores —a la que se acomodaron a gusto españoles y criollos— y del mesti-*

A 0 2657-2010

zaje empírico y mago-místico de las dos civilizaciones, que hasta hoy lo vivimos en ciudades y campos de sierra, costa y selva oriental.

La fundación del Hospital de LA SANTA MISERICORDIA DE NUESTRO SEÑOR JESUCRISTO señala el papel civilizador y la gran obra de España en América, con su casa para atender a conquistadores y conquistados. Y es ocasión de recordarse la etopeya del Licenciado Don Hernando de Santillán, entre los primeros letrados venidos a Quito, con su afán de servicio para los desvalidos, españoles, indios, negros o mestizos, en el que tras la altanería y dureza para con los de su raza se vio al alma compadecida de las penalidades y sufrimientos de los indios, manifestada en hidalgo autoritarismo y sostenida con su misticismo de honda raíz hispana.

Cuatrocientos años van desde la fundación del HOSPITAL DE LA SANTA MISERICORDIA DE NUESTRO SEÑOR JESUCRISTO. Un siglo antes de las colonias de habla inglesa, Quito ya tuvo el decimocuarto Hospital en antigüedad en América —fundado en el año de 1565— y que durante la época de su terminación estuvo a la altura de los mejores hospitales europeos de su tiempo —como edificio, se entiende—. Hoy, pasados cuatro siglos de que está sirviendo, ahí está la sólida fábrica colonial, mientras no podemos decir que tenemos un Hospital moderno en toda la República, no que iguale, sino que esté cercano a semejarse a un Hospital moderno de Europa, Norteamérica o Iberoamérica. Lo que hace pensar que el adelanto en construcciones hospitalarias estuvo mejor conducido en la administración colonial española que en la republicana.

Hay para reflexionar sobre el porvenir de la vieja casa, que ha resistido los ataques de los siglos, las lluvias y los terremotos, que han deteriorada y arruinado nuestras construcciones coloniales, y sólo han alcanzado a mutilar y afearle las composturas y adecuaciones.

Un Hospital de nuestro tiempo funcionando en una casa construida hace cuatrocientos años, es un insostenible anacronismo. Ni las adecuaciones ni las modernas instalaciones en los servicios van a conseguir las condiciones que obligan a una moderna casa de Hospital, que parece oportuno que se decida construirla en otro sitio, salvando y entregando a la ciudad el edificio, al que se lo sabrá dar adecuado destino, pudiendo ser el de MUSEO DE HISTORIA DE LA CIUDAD —que lo necesita, teniendo como tiene para lucir su muy noble y muy leal abolengo—, MUSEO DE ESPEJO —que mantenga viva su memoria—, BIBLIOTECA DE PUBLICACIONES DE MEDICINA NACIONAL, y MAPOTECA, que no las tenemos, o para lo que con mejor acierto se pensare, conservando cuidadosamente la histórica casa, como fue y como estuvo hasta el siglo pasado, para adorno y recordación de los grandes edificios públicos que dieron a Quito un aspecto severo y señorial.

VIRGILIO PAREDES BORJA

## EVALUACION DE PROTEINAS EN ALIMENTOS VEGETALES ECUATORIANOS (\*)

Dr. PABLO MARTINOD D., M.S.

*Instituto Ecuatoriano de Nutrición, Quito*

Métodos para la evaluación de proteínas vegetales han sido desarrollados por Allison (1-2), Grau y Carrol (3), Bender (4), Canon (5-6) y otros.

Cuatro procedimientos son los principales y se basan en: balance nitrogenado, crecimiento, regeneración de tejidos y composición de amino ácidos de las proteínas.

El crecimiento, posiblemente es el que más se ha empleado y usualmente se lo expresa en relación de eficiencia proteica PER; o sea, la relación del incremento de peso corporal en gramos en un período de tiempo y los gramos de proteína consumidos. Block y Mitchell (7) han encontrado una buena correlación entre el PER y el valor biológico de las proteínas. Bender (8) ha reportado buena correlación entre el PER y la utilización proteica neta.

Canon (5-6) ha desarrollado un método para medir el retorno de proteína a los tejidos de animales depletados de proteína, en relación con la calidad de la proteína suministrada como alimen-

to durante el período de repleción. Este método tiene la ventaja de ser rápido y de permitir usar varias veces a los animales de experimentación.

Frost (9) indica que el valor nutritivo de proteínas individuales para el crecimiento, o mantenimiento está relacionado primariamente a su composición en aminoácidos esenciales.

Estudios de comparación (10) entre los métodos de repleción de proteína con otros métodos de crecimiento, han fallado en revelar marcadas ventajas de los métodos de repleción sobre los métodos de crecimiento.

En el presente estudio se utilizaron los dos métodos: el de crecimiento y el de regeneración de tejidos.

### MATERIALES Y METODOS

#### *Muestras:*

Las muestras de alimentos utilizadas en la presente investigación se obtuvieron en los mercados locales. Las siguientes muestras sufrieron tratamiento previo antes de ser utilizadas:

*Quinoa (Chenopodium quinoa):* La

(\*) El presente estudio se llevó a cabo gracias a la ayuda prestada por la Fundación Williams - Waterman.

quinoa fue lavada y restregada con agua fría con el objeto de eliminar las sustancias de sabor amargo. Una vez que las aguas de lavado estuvieron limpiadas, la quinoa fue secada a la temperatura ambiente y molida.

*Soya:* La soya fue molida, tratada con vapor por 20 minutos con el objeto de inactivar el inhibidor de la tripsina y secada a la temperatura ambiente.

*Chocho (Lupinus tricolor):* Las se-

millas de chocho fueron lavadas y luego cocidas, depositadas en bolsas de gasa y colocadas en agua corriente durante 8 días con el objeto de eliminar los alcaloides amargos, luego se retiró la cutícula a mano. Fueron secadas en estufa a 65° y molidas.

Los productos usados en estos experimentos fueron analizados previamente en su contenido de humedad, proteína, extracto etéreo, cenizas y fibra.

Muestras	Humedad %	Proteína %	E. Etéreo %	Cenizas %	Fibra cruda %
Caseína	6.0	90.6	.0	2.3	....
Arroz	12.7	9.7	.7	.7	.4
Quinoa	13.3	14.5	5.1	2.5	2.3
Arveja	13.2	23.3	1.0	2.4	5.7
Chocho	4.0	56.4	25.0	1.4	2.5
Fréjol	12.5	20.5	1.3	3.4	4.1
Haba	10.6	22.4	3.1	2.5	7.8
Lenteja negra	13.0	23.2	.9	2.1	5.5
Lenteja verde	14.3	22.4	1.0	1.8	4.2
Soya	9.0	27.9	23.0	5.9	4.8

#### Dietas:

La dieta basal se preparó de manera similar a la de Derse (11).

Ingredientes	Por ciento %
Muestra .....	A
Aceite de algodón .....	8 — (A × % extracto etéreo)/100
Agua .....	5 — (A × % humedad)/100
Mezclas de Sales minerales HWM (*) ..	5 — (A × % cenizas)/100
Celulosa .....	1 — (A × % fibra cruda)/100
Mezclas de vitaminas (descritas a continuación) .....	1
Sacarosa c.s. ....	100

$$A = 9.09 \times 100/\% \text{ proteína (N} \times 6.25)$$

(\*) Hubbell, Mendel, Wakeman.

*Mezcla de vitaminas:*

<i>Ingredientes</i>	<i>mg./100 g. de Dieta</i>
Colina .....	200
Acido p-aminobenzoico .....	10
Inositol .....	10
Niacina .....	4
Pantotenato de calcio .....	4
Riboflavina .....	0.8
Tiamina hidrocloreuro .....	0.5
Piridoxina hidrocloreuro .....	0.5
Menadione .....	0.5
Acido fólico .....	0.2
Biotina .....	0.24
Vitamina B12 .....	0.003
Dextrosa .....	1.000

Las vitaminas liposolubles se suministraron semanalmente en alícuotas de una mezcla de aceite de hígado de bacalao y Vitamina E.

Esta mezcla suministró el requerimiento diario de acuerdo con la siguiente tabla:

Vitamina A 400 u.	U.I.
Vitamina D 40	U.I.
Vitamina E 0.7	mg.

Las raciones de prueba se hicieron de manera semejante al procedimiento de Derse <sup>(13)</sup>, todas contenían 9.0% de proteína (N × 6.25) y permitiendo, cuando era posible, un total de 5% de agua, 5% de cenizas, 1% de fibra, 8% de grasa, usando la mezcla de sales WHM, celulosa y aceite de algodón, respectivamente. La cantidad de cenizas, fibra y grasa suministrada por la muestra se tomó en cuenta. De mane-

ra que la composición aproximada de las raciones fueron las mismas para todas las series de pruebas. Las dietas fueron suplementadas con una mezcla de vitaminas en 1%.

*Standard de Referencia:*

Un grupo de ratas en todos los experimentos recibieron la dieta basal con caseína como única fuente de proteína.

*Animales:*

En este estudio se usaron ratas Sprague Dawley jóvenes, de 80 gr., para el método de crecimiento y adultas de 200 gramos para el método de repleción.

*Jaulas:*

Individuales con fondo de malla y comederos que reduzcan el desperdicio del alimento.

*Período de Experimento:*

28 días para el método de crecimiento y 8 y 14 días para el método de repleción.

## METODO DE CRECIMIENTO

*Procedimiento:*

Grupos de ratas hembras Sprague Dawley en crecimiento (80 gramos) de 40 días fueron colocadas en jaulas individuales con fondo de malla. El pe-

so de los animales usados tenía una variación entre sí de 10 gramos y fueron divididos en grupos de manera que el peso promedio de cada grupo era aproximadamente el mismo. Se suministró a los animales agua y la ración de prueba "ad libitum"; fueron pesados tres veces por semana. Después de un período de 4 semanas la relación de "eficiencia proteica" fue calculada de la relación promedio de ganancia en peso sobre el promedio de proteínas consumidas.

#### METODO DE DEPLECION - REPLECION

##### Procedimiento:

Ratas hembras Sprague Dawley de un peso que variaba entre 180 y 220 gramos y que estaban con la dieta normal de la colonia, se colocaron en jaulas individuales. Las ratas fueron divididas en grupos en cada uno de los cuales los animales no tenían diferencias entre sí de más de 10 gramos y el peso promedio de cada grupo era aproximadamente el mismo.

Se colocaron durante 8 días con una dieta semejante a la usada con las ratas en crecimiento pero sustituyendo la proteína por el azúcar de caña. Las ratas perdieron de 20 a 25% de su peso en los ocho días de depleción con la dieta exenta de proteína. Luego se añadió la dieta "ad libitum", por 8 o 14 días y fueron pesadas tres veces por semana. La relación "Eficiencia Proteica" fue calculada.

#### RESULTADOS

En el siguiente cuadro puede observarse los resultados del experimento por el método de crecimiento:

#### EFICIENCIA PROTEICA (PER) METODO DEL CRECIMIENTO

4 ratas por grupo (4 semanas  
con 9% proteína)

	PER
Caseína .....	1.00
Quínoa .....	.78
Chocho + .05% L-metionina ....	.91
Chocho + .1 L-metionina ....	1.01
Chocho + .3 L-metionina ....	1.12

$$\text{PER} = \frac{\text{Ganancia en peso}}{\text{Proteína consumida}}$$

En todos los experimentos el PER de la caseína fue llevado arbitrariamente a 1.00 y los otros valores fueron calculados con relación a esa base.

Se puede observar en el cuadro que la proteína de la quínoa es bastante completa ya que soporta el crecimiento de las ratas sin adición de otra fuente proteica. La adición del amino ácido L-metionina mejora la proteína del chocho, parece que en el nivel de alrededor de .1% es suficiente para darle una eficiencia proteica semejante a la caseína.

Por el método de Depleción-Repleción se hicieron varios ensayos.

*I Ensayo.*—Eficiencia proteica de alimentos con 9% o más de proteína.

EFICIENCIA PROTEICA (PER)  
METODO DE DEPLECION -  
REPLECION

4 ratas por grupo (8 días con  
9% de proteína)

	PER
Caseína .....	1.00
Arroz .....	1.02
Quinoa .....	.81
Arveja .....	1.11
Chocho .....	.19
Fréjol crudo .....	- 1.84
Haba .....	.57
Lenteja negra .....	.83
Lenteja verde .....	.25
Soya .....	1.30

Se debe mencionar que el fréjol crudo dio un valor negativo debido a la presencia del inhibidor de la tripsina.

*II Ensayo.*—Este ensayo se realizó con el objeto de probar el efecto de la adición del amino ácido L-metionina en diversas leguminosas:

EFICIENCIA PROTEICA (PER)  
METODO DE DEPLECION -  
REPLECION

4 ratas por grupo (8 días con  
9% de proteína)

	PER
Caseína .....	1.00
Chocho + .05% Metionina .....	.93
Arvejas + .1% Metionina .....	1.22
Lenteja negra + .1% Metionina .....	1.04
Habas + .1% Metionina .....	1.12

La adición de L-metionina en un nivel de .05% al chocho no fue suficiente; en cambio, a un nivel de .1% a las otras leguminosas les dio una eficiencia proteica semejante a la de la caseína.

*III Ensayo.*—Mezclas vegetales de leguminosas con arroz. Cada alimento suministrando 50% de la proteína:

EFICIENCIA PROTEICA (PER)  
METODO DE DEPLECION -  
REPLECION

4 ratas por grupo (8 días con  
9% proteína)

	PER
Caseína .....	1.00
Lenteja negra + arroz .....	1.03
Fréjol + arroz .....	- 1.10
Arveja + arroz .....	.98
Habas + arroz .....	.83
Chocho + arroz .....	1.02

Cada alimento suministrando 50%  
de proteína.

La proteína del arroz no es suficiente para inhibir la acción del inhibidor de la tripsina. Lenteja negra con arroz y chocho con arroz son mezclas con un contenido proteico del 13.6% y 16.6%, respectivamente, y una eficiencia proteica semejante a la de la caseína.

*IV Ensayo.*—En este ensayo se estudió la posibilidad de balancear la proteína del chocho con quinoa. Para lo

cual se prepararon mezclas de diversas proporciones de proteína de chocho y quinoa:

EFICIENCIA PROTEICA (PER)  
METODO DE DEPLECION -  
REPLECION

4 ratas por grupo (14 días con  
9% de proteína)

			PER
Caseína	.....		1.00
Chocho + quinoa			
% Prot.	% Prot.		
1.	95	5 .....	0.67
2.	90	10 .....	0.88
3.	80	20 .....	0.97
4.	60	40 .....	1.13
5.	50	50 .....	.92

El PER de la caseína fue llevado arbitrariamente a 1.00 y los otros, fueron calculados sobre esta base.

Se puede notar que la mezcla constituida por el 60% de la proteína de chocho y 40% de quinoa dio mejor resultado.

La proporción de chocho y quinoa en las mezclas fue la siguiente:

	% Chocho	% Quinoa	% Proteína
1.	83.1	16.9	49.3
2.	69.7	30.3	43.8
3.	50.8	49.2	35.8
4.	27.9	72.1	26.2
5.	20.5	79.5	23.1

La mezcla constituida por 27.9 g. de chocho y 72.1 g. de quinoa con un contenido proteico de 26.2%, dio una eficiencia proteica semejante a la de la caseína.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en el ensayo del crecimiento indican que el chocho (*Lupinus tricolor*); especie autóctona ecuatoriana, es una leguminosa con un alto contenido de proteína pero deficiente en el amino ácido metionina. Esta deficiencia puede ser corregida por la adición del amino ácido metionina en un nivel de 0.1%.

La adición de metionina a otras leguminosas, como arveja, lenteja negra y haba en 0.1% mejoran la eficiencia proteica.

En el presente estudio se observó que la combinación de cereales con leguminosas mejora la eficiencia proteica. Las combinaciones de 50% de proteínas de lenteja negra, habas y chocho con proteínas del arroz dan un valor semejante al de la caseína.

Los datos obtenidos en el experimento con chocho y quinoa demuestran que cuando se mezclan en proporción de 27.9% de chocho y 72.1% de quinoa, las proteínas de estas dos semillas tienen una eficiencia proteica (PER) semejante a la de la caseína, con un contenido proteico de 26.2%.

## SUMMARY

The data obtained in a series of special experiments shows that the chocho (*Lupinus tricolor*), an ecuadorian species, belonging to the family of Leguminoseae, has a high per cent of protein but is deficient in the amino acid methionine. This deficiency can be corrected by adding 0,1% of methionine. The addition of methionine also to other leguminous as peas black lentil and bean in a 0,1% improves the protein efficiency.

In this study it was observed that the combination of cereals with leguminous improves the protein efficiency. The combination of 50% of black lentil proteins, beans and chocho with rise protein gives a value similar to that of casein.

The data obtained in the experiment with chocho and quinoa (*Chenopodium quinoa*) shows that when they are mixed with a proportion of 27.0% of chocho and 72.1% of quinoa, the protein efficiency (PER) is similar to that of the casein, with 26.2% of protein.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) ALLISON J. B., Advances in Protein Chem. 5, 155 (1949).
- 2) ALLISON J. B., Physiol. Rev. 35, 664 (1955).
- 3) GRAU, C. R. and CARROL, R. W., Processed Plant Protein Foodstuffs p. 185, A. M. Altschull. ed., Academic Press, New York, 1958.
- 4) BENDER, A. E., Proc. Nutrition Soc. (Enlg. and Scot) 17, 85 (1958).
- 5) CANON P. R., Advances in Protein Chem. 2, 135 (1945).
- 6) CANON P. R., in "Methods for Nutritional Adequacy and Status" (H. Spector, M. S., Peterson and T. E. Friedemann eds) p. 29. National Research Council Washington 1954.
- 7) BLOCK R. J. and MITCHELL H. H., Nutrition Abstr. & Rev. 16, 249 (1946).
- 8) BENDER A. E., Brit. J. Nutrition 9, 382 (1955).
- 9) FROST D. V., and SANDY H. R., J. Nutrition 39, 427 (1949).
- 10) CABELL C. A., EARLE I. P., J. Agr. Food. Chem. 2, 787 (1954).
- 11) DERSE P. H., J. of the AOAC. 43, 38 (1960).

## CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA

### Estudio de 202 casos

Dr. ALBERTO EGUES V.

*Instituto del Cáncer, SOLCA, Guayaquil*

Interesados en el problema del cáncer de la mama, hemos realizado este estudio con el material clínico del Instituto de Cáncer "Mercedes Santistevan de Sánchez Bruno", de la ciudad de Guayaquil.

Para hacer una revisión exhaustiva del cáncer mamario, disponemos de 487 historias clínicas registradas hasta Mayo de 1964; pero solamente hemos escogido los casos controlados desde 1954, en que inició sus actividades el Instituto de Cáncer, hasta el año de 1959, con el objeto de poder valorar los cinco años de sobrevida, que es el objetivo básico que se pretende alcanzar en el tratamiento de estas pacientes.

El trabajo tuvo muchas dificultades, ya que por falta de experiencia no había uniformidad en los datos obtenidos en los primeros años de trabajo, cosa que no sucede con el segundo grupo en el que se ha estudiado con un verdadero esmero y ahinco todos los datos de semiología clínica, de acuerdo con las normas aceptadas por la Unión Inter-

nacional contra el cáncer, lo cual facilita enormemente el estudio de la evolución de los pacientes.

Lo que primero nos llamó la atención, es la menor incidencia de esta forma de carcinoma en nuestro medio, pues mientras teníamos registrados 1.793 casos de carcinoma cérvico-uterino, solamente contábamos con 487 casos de carcinoma mamario, cuya cifra nos demuestra que hay un caso de cáncer mamario por casi 3,8 casos de cáncer cérvico-uterino.

Las estadísticas de los EE. UU. y los países europeos, revelan la indiscutible predominancia del cáncer mamario sobre el cáncer uterino.

El análisis efectuado en las diferentes historias clínicas se refiere a los siguientes aspectos: antecedentes familiares, edad, periodos de lactancia, mastitis de lactancia, trauma, tensión premenstrual, retracción del pezón, posición del tumor, tipo anatómico patológico, radiología, metástasis, tratamiento efectuado, y evaluación de los casos que han sobrevivido hasta la fecha.

## ANTECEDENTES

Negativo .....	185 casos
Positivo para cáncer mama- rio .....	10 ,,
Otros cánceres .....	7 ,,

Entre los antecedentes patológicos de carcinoma mamario, tuvimos solamente diez casos positivos y siete casos tuvieron antecedentes familiares de cáncer de otras localizaciones, tres de cáncer gástrico, dos de cáncer uterino, uno de la próstata y un carcinoma de la piel del miembro inferior.

No se puede concluir si los antecedentes hereditarios juegan un papel decisivo en esta serie o si los casos aparecidos con antecedentes familiares de cáncer mamario eran una simple coincidencia, cosa que nos llamaría la atención ya que el factor herencia ha suscitado muchas controversias.

## EDAD

20 - 25 años .....	3 casos
26 - 30 años .....	7 ,,
31 - 35 años .....	10 ,,
36 - 40 años .....	31 ,,
41 - 50 años .....	62 ,,
51 - 60 años .....	57 ,,
61 - 70 años .....	23 ,,
71 - 80 años .....	6 ,,
80 - 90 años .....	3 ,,

Referente a la edad, notamos como la incidencia aumenta notablemente a partir de los 35 años, y el punto máximo en la curva corresponde a la cuarta

y quinta década de vida. De aquí en adelante la reducción es muy relativa ya que la población general disminuye a partir de la sexta década. Se calcula que las posibilidades de cáncer mamario entre las mujeres de más de setenta años es diez veces mayor que en las mujeres de treinta y cinco a cuarenta años.

## PERIODOS DE LA LACTANCIA

Soltera .....	21 casos
Casada sin hijo .....	24 ,,
Casada con hijo .....	26 ,,
Casada con 2 hijos .....	22 ,,
Casada con 3 y 4 hijos .....	41 ,,
Casada con más de 5 hijos ..	50 ,,
No consta .....	18 ,,

De acuerdo con el presente cuadro solamente el 22,5% de los casos no han tenido período de lactancia.

El hecho de que las mujeres que no lactan a sus hijos sean más susceptibles a esta enfermedad, no podría demostrarse en este estudio. Pero si consideramos que en nuestro país, la inmensa mayoría de mujeres lactan a sus hijos sin reserva, podría atribuirse la menor prevalencia de cáncer mamario en nuestro medio, a un factor de orden fisiológico.

## MASTITIS

Sí .....	19 casos
No .....	131 ,,
No consta .....	52 ,,

## TRAUMA

Sí .....	29	casos
No .....	130	"
No consta .....	43	"

No hemos encontrado una incidencia elevada, por influencia de estos dos factores, y podemos concluir que las cifras obtenidas corresponden a las que se encuentran en las estadísticas extranjeras.

## TENSION PREMENSTRUAL

Sí .....	76	casos
No .....	120	"
No consta .....	6	"

Este factor se presenta con una incidencia equivalente a más del doble que en los casos de mastitis y casi siempre estaba relacionado con hiperestrogenismo y displasia mamaria; de todas maneras es muy sugestivo que más del 36% de los casos de carcinoma mamario en esta serie, representaron claros síntomas de tensión premenstrual.

## POSICION

Cuadrante súpero externo ..	76	casos
Cuadrante infero externo ..	14	"
Cuadrante infero interno ....	10	"
Cuadrante súpero interno ....	19	"
Los dos cuadrantes superiores .....	7	"
Los dos cuadrantes externos	10	"
Los dos cuadrantes inferio-		

res .....	2	"
Los dos cuadrantes internos	3	"
Todos los cuadrantes .....	8	"
Localización indeterminada..	44	"

Resumiendo: Tenemos 109 casos en que el carcinoma se localizaba en los cuadrantes externos de la mama, y 32 casos en los cuadrantes internos.

La posición del tumor es mucho más frecuente en el cuadrante súpero externo, y en algunos casos se localizó en la prolongación axilar de la glándula mamaria, hecho que confundió primitivamente como un tumor de la axila.

Las cifras obtenidas son más o menos superponibles a la de los otros investigadores en que señala una incidencia mayor en los cuadrantes externos de la mama.

## PATOLOGIA

Adenocarcinoma infiltrativo	147	casos
Adenocarcinoma escirro .....	4	"
Adenocarcinoma papilar .....	4	"
Adenocarcinoma alveolar ..	3	"
Adenocarcinoma ductal .....	2	"
Adenocarcinoma gelatinoso..	1	caso
Adenocarcinoma tipo comedón .....	4	casos
Carcinoma tipo Paget .....	1	caso
Adenocarcinoma bilateral ....	2	casos
Sarcoma .....	2	"
Carcinoma inflamatorio .....	7	"
Carcinoma embarazo .....	2	"
Carcinoma lactancia .....	2	"
Carcinoma epidermoide .....	2	"
Tumores malignos sin biopsia .....	20	"

La gran mayoría de casos corresponden a adenocarcinoma infiltrativo o adenocarcinoma simple.

Los demás adenocarcinomas se presentan, como se puede observar, con escasa frecuencia.

Tenemos la impresión de que la variedad histológica de estos tumores poco influye en el pronóstico del mismo, y aún más podemos decir que ciertos tipos de carcinoma, como el comedo carcinoma considerado como de baja malignidad, se han comportado igualmente agresivos, de gran poder metastatizante como cualquier adenocarcinoma infiltrativo.

También sería interesante señalar que no hemos registrado ningún caso de carcinoma en la mama del hombre, en los diez años de actividad del Instituto de Cáncer.

RADIOLOGIA

Se practicó .....	51 casos
Positivo .....	37 "
Dudoso .....	8 "
Negativo .....	6 "
No se practicó .....	151 "

Este método de exploración semiológica se introdujo a partir del año 1958. Solamente se ha practicado en cincuenta y un casos, de los cuales, treinta y siete casos fueron positivos. En los últimos años el índice de error en el diagnóstico radiológico es mucho menor a pesar de no usar películas especiales para este tipo de exploración.

METASTASIS

Pulmón .....	36 casos
Hígado .....	5 "
Mediastino .....	5 "
Oseas .....	18 "
Columna vertebral .....	6 "
Abdomen .....	3 "
Piel .....	84 "
Mama opuesta .....	12 "
Múltiples .....	12 "

Toda especulación que hagamos sobre este punto no es en ningún caso carente de interés o simplemente teórica, sino por el contrario, el conocimiento exacto de cómo se propaga el cáncer en la mama, tiene una importancia enorme en la determinación de los procedimientos quirúrgicos y de irradiación.

La más frecuente propagación es a la piel, y de éstas, las más tempranas y extensas, se observaron de preferencia en las pacientes operadas especialmente cuando el cirujano no hizo una buena resección de la piel o cuando no se eliminó el tejido celular subcutáneo. No podemos considerar que se ha efectuado realmente cirugía radical, si se conserva el pánfculo adiposo, cosa que con demasiada frecuencia observamos en los pacientes que nos envían la mayoría de los cirujanos para irradiación post-operatoria.

La invasión ganglionar del grupo supraclavicular es, muchas ocasiones, pasada por alto, y así tenemos algunos casos de pacientes que llegan con una "mastectomía radical" al instituto con

un ganglio de 0,5 a 1 cm. en dicha región. De esta manera el caso inicialmente considerado como estadio clínico I o máximo II ya era estadio IV.

Creemos que la gran mayoría de metástasis en estos casos se ha efectuado por vía linfática. De acuerdo con la hipótesis de Batson referente a la conexión interna de las venas mamarias con las venas vertebrales a través de las intercostales, el sitio más frecuente de la metástasis debería ser la columna dorsal y lumbar. En nuestra estadística este tipo de metástasis corresponde únicamente al 3% de los casos.

#### TRATAMIENTO

Cirugía radical .....	14	casos
Cirugía radical más radioterapia .....	103	„
Radioterapia .....	25	„
Radioterapia cirugía radical .....	2	„
Cirugía parcial más radioterapia .....	12	„
Cirugía parcial más hormonoterapia .....	5	„
Cirugía parcial .....	5	„
Cirugía radical, radioterapia y hormonoterapia .....	5	„
Cirugía radical, radioterapia y quimioterapia .....	5	„
Cirugía radical, hormonoterapia y radioterapia .....	1	„
Radioterapia, hormonoterapia (1 hipofisectomía) .....	4	„
Radioterapia, cirugía radical y hormonoterapia .....	1	„
Radioterapia, cirugía radical y radioterapia .....	1	„
Ningún tratamiento .....	17	„

*Comentario:* La biopsia de los tumores clínicamente malignos debe hacerse rutinariamente en la sala de operaciones, con la paciente debidamente preparada y equipo completo para estudio anatómico-patológico inmediato y poder efectuar la mastectomía radical enseguida. La demora entre estos dos actos varía en esta serie de un día a diez y ocho meses.

Básicamente todo caso de cáncer mamario estadio I, debe ser tratado con mastectomía radical que es el mejor tratamiento y produce curaciones variables según los diferentes autores, porque teóricamente el cáncer mamario estadio I debería ser controlado por la mastectomía radical en la totalidad de los casos. Sin embargo en un 25 a un 30% de los casos se presenta recurrencia temprana, y en el estadio II los resultados son aún más deprimentes.

La prueba de este fracaso, ya fue demostrada por Handley y Thackray en un exhaustivo estudio rutinario de los ganglios de la cadena mamaria interna, en los que, de ciento cuarenta casos operables de estadio I, el 33% de ellos ya tenían invasión de los ganglios mamaros internos correspondientes al segundo, primero y tercero espacio intercostal en orden de frecuencia. Por otra parte en los casos que no presentaban metástasis de los ganglios axilares (estadio I), el 24% de los ganglios de la cadena mamaria interna estaban invadidos. Como se comprende la mastectomía radical fue inútil en todos estos casos. En la práctica diaria es muy frecuente encontrar lesiones malignas bien localizadas, que clínicamente pa-

recen curables, y que al momento del examen ya presentan extensas metástasis inaccesibles quirúrgicamente.

Por esta razón se debe valorizar muy severamente la posibilidad de cualquier invasión ganglionar que no esté al alcance de la mastectomía radical en cada paciente.

En nuestra serie han abusado los cirujanos con mucha frecuencia de la mastectomía radical, fracasando no sólo en lo que se refiere al intento de curación de la paciente, sino también en lo referente a la sobrevida de la misma.

Dos casos fueron operados con ganglios supraclaviculares palpables positivos para carcinoma.

Cada día es más frecuente la realización de una cirugía más conservadora en estos casos que no sean verdaderamente incipientes o sea estrictamente estadio I o muy seleccionados pacientes de estadio II. La mastectomía simple en estos casos seguida de radioterapia produce resultados quizá mejores y con menos riesgo para la paciente, que la mastectomía radical.

Otro punto digno de mención es la relativa frecuencia con que los cirujanos no envían a sus pacientes inmediatamente para radioterapia complementaria post-operatoria, tratamiento que debe realizarse en todos los casos. Al comenzar nuestras labores en el Instituto de Cáncer siguiendo la técnica de algunas escuelas europeas, no practicábamos radioterapia post-operatoria después de la mastectomía radical en los casos verdaderamente tempranos de estadio I, porque se creía, teórica-

mente, que la paciente estaba curada. Las recidivas locales y mediastinales de algunas pacientes nos hicieron cambiar de opinión al respecto, inmediatamente.

El planteamiento del tratamiento del carcinoma de la mama no puede mantenerse nunca dentro de patrones "standard". Cada paciente debe ser valorizado individualmente por especialistas de mucha experiencia, pues hay innumerables factores tales como edad, balance hormonal, posición, tamaño, grado y tiempo de evolución del tumor que hace variar considerablemente un caso de otro, y por consiguiente, la terapéutica a seguir.

Uno de los primeros pasos para mejorar las estadísticas y facilitar un estudio uniforme de esta enfermedad, creemos es la adopción del sistema T (tumor) N (ganglio) M (metástasis) recomendada por la Unión Internacional contra el Cáncer y que ya la estamos usando nosotros desde el año 1960.

La Universidad de Columbia, E.E. UU., ha lanzado un nuevo sistema de clasificación (A-B-C-D) más "sencillo y práctico", pero que a nuestro criterio no ofrece ninguna ventaja frente al sistema internacional T. N. M. que ya se está usando, desde hace muchos años, en docenas de centros cancerológicos y en millares de historias clínicas. Con la difusión del uso del concepto T.N.M. será posible en el futuro hacer comparaciones más precisas, sobre el resultado de los diferentes métodos de tratamiento empleados en todos los tipos de tumores malignos.

RESUMEN DE LOS CASOS QUE HAN SOBREVIVIDO  
HASTA MAYO DE 1964

Edad	Perío. L.	Tamaño	Posición	Patología	Sobrevivió	Trat.	Est.
72			CSE	Adeno	10 años	CRr	II
62		3-6 cm.	CSE	Adeno	10 años	CSr	III
36	8	3-8 cm.	CII	Adeno	8 años	CRr	II
64	4	3 cm.	CSE	Adeno	7 años	CRr	II
56	2	4 cm.	CSE	Adeno	7 años	CRr	II
47	9	3-3 cm.	C	Adeno	6,8 años	CRr	II
45	No	3-5 cm.	CSE	No B.	6 años	CRr	I
34		2-5 cm.	CSE	Adeno	7 años	Hr	I
50	5	1-5 cm.	CSE	Adeno	6 años	CRr	II
29	6	3 cm.	CSE	Adeno	5-3 años	CRr	I
56	3	1 cm.	CSE	Adeno	5-4 años	CRr	I
61	2	2-8 cm.	CSE	Comedo	4-8 años	CRr	III
40		3 cm.	CSE	Adeno	7 años	CRr	I
41	1	1-1 cm.	CSE	Adeno	11 años	CRr	II
59	4	3-4 cm.	CSE	Adeno	5 años 2 m.	CRr	II
62	7	3 cm.	CSE	Adeno	5 años 2 m.	CRr	II
50	5	3-6 cm.	CSE		4 años 8 m.	CRr	II
43	2		CSE	Adeno C	5 años 8 m.	CRr	II
43	8	3-8 cm.	CSE	Adeno	4 años 5 m.	CRr	III
54	5	1-2 cm.	C	Adeno	4 años 5 m.	CRr	I
35	Soltera	1-3 cm.	CSE	Adeno	4 años	CRr	II
47	4	2-4 cm.	CSE	Adeno		CP	I

## NOTA:

CSE: Cuadrante súpero externo.  
CII: Cuadrante infero interno.  
C: Posición central.  
CP: Cirugía parcial.

CR: Cirugía radical.  
r: Radioterapia.  
H: Hormonoterapia.

**Comentario.**—El cuadro de por sí es demostrativo, solamente nos limitaremos al tratamiento y al grado de evolución del tumor.

De los veintidós casos que sobreviven hasta mayo de 1964, veinte casos han recibido tratamiento de cirugía radical y radioterapia post operatoria; un caso que rehusó la cirugía radical

(estadio I) se hizo castración seguida de hormonoterapia masculina más radioterapia y el décimosegundo caso de un comedo carcinoma estadio I que regresa después de tres años de evolución al instituto, con estadio III, para practicarse una mastectomía radical y radioterapia.

En el tercer caso el cirujano practicó

una mastectomía super-radical tipo Urban y ooforectomía seguida de radioterapia. Ocho años después la paciente desarrolla otro carcinoma en la mama opuesta que fue tratado con mastectomía simple y radioterapia. Lo curioso del caso, es que dicho cirujano siempre practicaba mastectomía bilateral e inexplicablemente en este caso no la realizó.

Respecto al grado tumoral de estas pacientes tenemos siete casos estadio I, once casos estadio II y dos casos estadio III; lo que demuestra una vez más lo impredecible de la evolución de este tipo de carcinoma considerado individualmente. Así tenemos carcinomas de estadio I que presentan recurrencia de seis a dieciocho meses después de la operación, contrastando muchos casos estadio II y aun estadio III que alcanzan y sobrepasan los cinco años de sobrevivida.

Como comentario final señalemos que en todos estos afortunados casos, que corresponden al 11% de la serie, los tratamientos efectuados, ya sea cirugía radical, radioterapia, u hormono-terapia se usaron aplicándolos en toda su potencia. Es la única forma como deben usárselos para el control de este tipo de cáncer y en general para todos los tipos de cáncer.

### CONCLUSIONES

- 1.—El carcinoma de la mama se presenta con menor frecuencia en nuestro medio, que el carcinoma cérvico uterino.
- 2.—El cuadrante súpero externo con su prolongación axilar es el más afectado.
- 3.—El tipo anatomopatológico más frecuente corresponde al adenocarcinoma infiltrativo.
- 4.—Se realizan operaciones extensas con demasiada frecuencia, cuando se ha sobrepasado el límite de la operabilidad, sin beneficio para el paciente.
- 5.—Hay demora excesiva entre la biopsia y la mastectomía radical.
- 6.—El control de post-tratamiento de estas pacientes, ha sido deficiente.
- 7.—Ha habido falta de uniformidad en la clasificación (T N M) y en los métodos de tratamiento de esta grave neoplasia.

### SUMMARY

In a period of ten years of study it was found that carcinoma cervico-uterine was 3.8 more frequent than carcinoma of the breast.

In our series, the most frequent localization of carcinoma of the breast was the outer quadrant of the breast and its axillary prolongation. Infiltrative adenocarcinoma is the most common type.

There are a considerable number of patients whom are not eligible for successful radical mastectomy and extension of the operation would have shortened the average of survival of this group. Excessive delay in perform radical mastectomy after biopsy, has been observed.

Poor follow up and lack of uniformity in the technics of control and treatment in the patients of this series has been discussed.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, L. V., and REGATO, J. A.: Cancer, The C. V. Mosby Co., 2nd. Edition, 1954.  
BOYD, W.: Surgical pathology, 4th Edition, 1958.

GUTTMAN, R.: Radio therapy in the treatment of primary operable cancer of the breast with proved lymph node metastasis. Am. J. Roentgenol. 89: 58, 1963.  
HAAGENSEN, C. D.: Indication of operation. Acta Unio. Int. contra Cancerum 15: 1027, 1959.  
HABIB, D. V.: Selection of treatment for primary breast cancer, Postgrad. Med. 35: 300, 1964.  
HANDLEY, R. S.: Observation and reflections on breast cancer. J. Roy. Coll. Surg. Edinburgo 6: 12, 1960.

#### DROGAS DE LAS CUALES HAY INDICIOS DE PROVOCAR TROMBOCITOPENIA, EN FORMA DIRECTA O CIRCUNSTANCIAL

<i>Clase de droga</i>	<i>Por inhibición de la producción de plaquetas</i>	<i>Por aumento de la destrucción de plaquetas</i>
Antibióticos y quimioterápicos	Cloranfenicol (Cloromicetina) Estreptomicina Quinacrina Sulfametoxipiridazina (Midikel)	Quinina Sulfametaxopiridazina Sulfisoxazol (Gantrisin) Ristocetin (Spontin) Arsfenamina
	Arsfenamina Pirimetamina (Daraprim)	
Anticonvulsivantes	Trimetadiona (Tridiona) Meifenitoin (Mesantoinal)	
Tranquilizantes	Meprobamato (Ecuamil, Miltown) Mepazina (Pacatal)	Meprobamato
Antihistamínicos	Tripelcnamina (Piribenzamina)	
Diuréticos		Acetazolamida (Diamox) Clorotiazida (Diuril)
Drogas anti tiroideas	Perclorato de potasio	
Hipoglucemiantes	Carbutamida (Orabatie) Clorpropamida (Diabinese) Tolbutamida (Orinase)	Clorpropamida
Analgésicos	Fenilbutazona (Butazolidina)	Fenilbutazona
Antiartríticos	Colchicina	

(CROSBY, W. H., y KAUFMAN, R. M.: Drug-induced blood dyscrasias, J.A.M.A., 189: 417, 1964).

## OVALOCITOSIS:

### Descripción de un caso

Dr. JULIO ALVAREZ C.

*Laboratorio Clínico, Hospital "Vernaza", Guayaquil*

Se trata de una anomalía morfológica, consistente en un cierto predominio de eritrocitos circulantes de forma elíptica, sin que sea peculiar, específicamente, de alguna enfermedad.

Dresbach (1) la describió en 1904 en los seres humanos. Miller y Lucas (2) comprueban que el fenómeno era familiar, sin predilección racial, pero que se notaba más frecuentemente en holandeses, alemanes, italianos, escoceses e irlandeses. Parece constituir un carácter hereditario transmitido por los dos sexos.

Se admite que las personas que presentan más del 90% de ovalocitos son portadores completos de la anomalía. Cifras inferiores al 25% indican la condición de portadores parciales.

Esta anomalía es primitiva. Se supone una condición particular que permite tomar y conservarla en la circulación, pues los mielogramas y los estudios necrópsicos demuestran que dichas células no son ovals cuando se están formando en la médula. En cambio, asumen la forma elíptica al llegar a la circulación general.

Como los eritrocitos normales no son afectados por el plasma de sujetos con la anomalía, se sugiere que debe existir algún factor intra o extra eritrocitario que se activa con el estímulo de la circulación. En todo caso, su hemoglobina normal es A.

Hasta ahora se puede concluir que se trata de una anomalía congénita. La mayoría de las gentes con el rasgo de esta anomalía, portadores parciales, no están incapacitadas para el trabajo. Pero se calcula que del 10 al 15% de ellos presentan ligera anemia normocítica, moderadamente hiperocrómica, con un incremento en el promedio de destrucción hemática, pero también con una compensada restauración.

### PRESENTACION DE UN CASO

Paciente N.N.; mujer de 35 años. Ingresó al Hospital por presentar dolor localizado en el hipogastrio y frecuentes hemorragias genitales. En los exámenes auxiliares de laboratorio, apar-

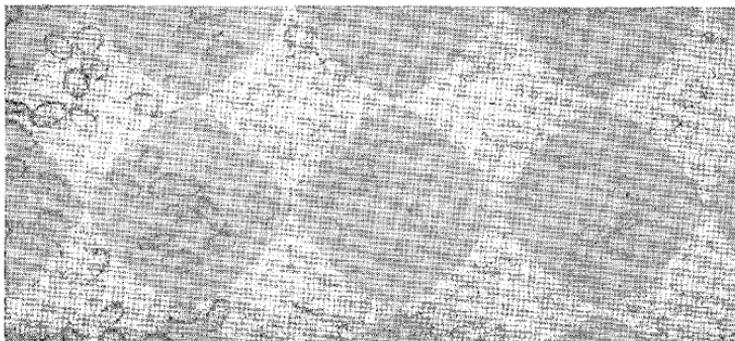


FIGURA 1.—*Fotomicrografía de una muestra de sangre. Puede apreciarse la abundancia de ovalocitos, vistos de distintos lados, que da una variedad de formas.*

te de una anemia moderada, no se observó algún otro dato patológico. La paciente fue sometida a una intervención quirúrgica ginecológica como parte del tratamiento médico instituido.

Luego de la operación se solicitaron nuevos controles hematológicos a fin de observar la evolución del síndrome anémico diagnosticado inicialmente. En uno de estos controles hematológicos del post-operatorio pudo identificarse, con toda claridad, en el campo microscópico un predominio de eritrocitos de forma elíptica. Efectuado el recuento, se estableció que tales células se encontraban en una proporción superior al 80% con respecto a los eritrocitos de forma normal (Fig. 1).

Se solicitó a la paciente la colaboración necesaria a fin de investigar esta misma anomalía en sus familiares más cercanos; sin embargo, tal colaboración no fue prestada, por lo que no fue posible determinar si en esta paciente existían antecedentes hereditarios de esta alteración.

## DISCUSION

La ovalocitosis, aunque constituye una anomalía morfológica de los glóbulos rojos, es evidente que no tiene la importancia clínica ni el significado de la anemia falciforme. Sin embargo, es necesario que el hematólogo sepa identificarla con exactitud puesto que, según Diggs (3), la ovalocitosis puede estar presente en una de las fases evolutivas de la drepanocitemia, constituyéndose, por tanto, en un valioso medio auxiliar de diagnóstico de esta última enfermedad.

En el presente caso, puesto que la proporción de ovalocitos fue mayor al 80%, es posible suponer que la paciente es un portador completo de esta anomalía.

## RESUMEN

La ovalocitosis es una anomalía morfológica de los glóbulos rojos, los cuales se presentan al examen micros-

óptica en forma elíptica. Su etiopatogenia no está perfectamente determinada; sin embargo, parece que se debe a la existencia de un factor intra o extraeritrocitario que se activa con el estímulo de la circulación. Se ha determinado que es una anomalía congénita, pudiendo existir portadores completos y portadores parciales, según la proporción de formas eritrocíticas alteradas presentes en el campo microscópico.

En una paciente admitida en el Hospital "Luis Vernaza" de Guayaquil, fue posible diagnosticar esta alteración en los controles hematológicos efectuados en el postoperatorio de una intervención quirúrgica ginecológica. La proporción de más del 80% de células morfológicamente anormales, permite suponer que se trata de un portador completo de esta enfermedad.

## SUMMARY

A case of ovalocytosis is described. A woman patient was admitted in the "Luis Vernaza" Hospital for a gynecological operation. In a blood test after surgery it was observed anomalous red cells. More than 80% of the erythrocytes were of oval shape.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) DRESBACH, M.: Science 21: 477, 1904.
- (2) MILLER & LUCAS: Am. J. Clin. Path. 8: 391 - 397, 1938.
- (3) DIGGS, L. W.: Anemias, Erythrocytoses, Hemoglobinurias, and abnormal Hemoglobin Compounds, Clinical Pathology Miller, Sixth edition, 1960.

## CUANDO DEBE OPERARSE UNA ULCERA PEPTICA

Muy pocos pacientes que adolecen de úlcera duodenal requieren de la intervención quirúrgica. Los médicos deben tratar de convencer a estos pacientes sobre la importancia de evitar una excesiva acidez gástrica. En los pocos casos en los que es necesaria la intervención quirúrgica es indispensable que ésta se realice de modo tal que reduzca al máximo la acidez gástrica.

La úlcera gástrica, en cambio, puede evolucionar hacia la malignidad y debe ser resecada, especialmente cuando persiste en el período asintomático o hay tendencia hemorrágica.

(OCHSNER, A.: Peptic ulcer —when and when not to operate. *Postgrad. Med.*, 35: 358, 1964).

## LOS CURSOS PREMEDICOS (\*)

Dr. PLUTARCO NARANJO

Facultad de Medicina, Universidad Central, Quito

El desarrollo y progreso de las ciencias médicas han ido separando ramas profesionales y delimitando más nítidamente la extensión y orientación que deben tener los estudios universitarios.

Siglos atrás, el médico era, al propio tiempo, farmacéutico. En la llamada "Materia médica", el estudiante debía aprender no solamente el "arte de recetar", sino también la farmacognosia: debía familiarizarse con las especies vegetales que había que utilizar en la terapia, cómo debían ser cultivadas y cosechadas, cómo debían prepararse los extractos, etc. En nuestra era, no sólo que se han separado esas profesiones, sino que hemos ido hacia la especialización y aun hacia la superespecialización.

En los últimos años se ha insistido, cada vez con mayor énfasis, sobre la división de la enseñanza en cursos y materias premédicos y cursos médicos.

En la sistematización y estratifica-

ción de los conocimientos pueden considerarse tres niveles fundamentales, que simplificando, podrían denominarse: *naturaleza, hombre (sano) y enfermo*.

Los objetivos centrales en cada uno de estos niveles, serían: primer nivel: *energía, materia y vida*; segundo nivel: *ambiente, hombre y "agresión" y respuesta, y el tercer nivel: enfermedad, tratamiento y profilaxis*.

El primer nivel corresponde a las ciencias básicas, el segundo podría considerarse como el premédico y el tercero, el estrictamente médico.

En los países como el nuestro, en los cuales se hace muy escasa investigación científica, ha sucedido que estos niveles de enseñanza se han estratificado como en pirámide invertida, con las ciencias básicas en la región del vértice y las materias médicas en la base. Se trata pues de una preparación profesional que descansa, sobre un angosto vértice, en vez de descansar sobre su amplia base.

Nuestras Facultades de Medicina, en los dos últimos decenios han graduado profesionales con una prepara-

(\*) Relato presentado por el autor, en calidad de Miembro de la Comisión encargada del estudio de la organización de la Facultad de Estudios Básicos.

ción bastante apropiada en clínica, en cirugía y en ciertos casos, aun con hipertrofiados conocimientos de algunas especialidades; en cambio, su preparación en ciencias básicas y su cultura general han resultado, cada vez, más pobres.

La difusión de los conocimientos médico-profesionales, es más amplia y frecuente. Su asimilación más fácil. Existen numerosas revistas y aun la prensa diaria difunde los descubrimientos más trascendentales. La industria farmacéutica, ya como un servicio a la profesión médica o por interés comercial, prontamente pone en manos del médico, en su propio idioma, resúmenes o aun trabajos originales sobre muchos de los avances médicos. Finalmente, el intercambio profesional, con los países más avanzados, es también muy frecuente.

En cambio, los descubrimientos en las ciencias básicas, se difunden más lenta y dificultosamente. Su traducción es tardía; sólo excepcionalmente un estudiante se interesa por hacer carrera en una disciplina básica o pre-médica, precozmente manifiesta un interés inusitado por "ejercer la profesión".

A despecho de la lenta propagación de estos conocimientos, en los últimos 20 años, se han hecho tantos y tan importantes descubrimientos en las ciencias básicas, que se ha producido una verdadera revolución conceptual. La bioquímica ha progresado en una forma asombrosa. Muchos aspectos de lo normal y lo patológico pueden ser definidos ya en términos bioquímicos.

La microbiología y, en particular, la virología ha ampliado enormemente su horizonte. Lo propio ha sucedido con la biología oncológica, la genética humana, la inmunología, etc.

Ante estos hechos, numerosas Facultades de Medicina han organizado, bajo nuevos moldes, los llamados cursos premédicos. Estos deben dar al estudiante una sólida base conceptual sobre los fenómenos fundamentales de la naturaleza, la vida, el hombre y su relación con el ambiente.

La extensión y número de materias de estos cursos varía grandemente de una universidad a otra. Algunas, abarcan todo el currículo premédico, mientras otras cubren sólo el nivel de ciencias básicas y en otras, finalmente, se desarrolla todo el primer nivel y sólo parcialmente el segundo.

#### *Los cursos premédicos de la Universidad Central*

Por muchos años ha existido en la Facultad de Medicina, así como en otras, el llamado *Curso Preparatorio*, cuya existencia ha sido muy accidentada. Ora ha sido curso obligatorio para todos los aspirantes a médicos, ora ha recogido a sólo los estudiantes que no lograron ingresar directamente al Primer Curso. En cualquiera de los casos, el curso no ha merecido mayor atención por parte de las autoridades universitarias, se ha desarrollado anárquicamente y sólo bajo el criterio de que era un curso de igualación, en el sentido de nivelación de conociemien-

tos de estudiantes que provenían de los más diversos colegios y cuya preparación era muy desigual. Por desgracia, esta "igualación" no se ha hecho, sino excepcionalmente, en un nivel superior al del Colegio y por consiguiente, el Curso Preparatorio, ha representado un año desperdiciado para la Universidad, para el estudiante y para los padres de familia.

En los últimos años y bajo la influencia de lo que acontecía en otras universidades, se cambió la denominación del curso, de "Preparatorio" a "Premédico", pero fue sólo cambio de nombre, no de contenido, no de su orientación. Recién en el año lectivo 1962 - 1963 se trató de crear las condiciones apropiadas para un cambio de contenido de dicho curso. Se organizaron los Centros de Ciencias Básicas: de Ciencias Biológicas, de Ciencias Químicas, de Ciencias Físicas y de Matemáticas.

Las sucesivas clausuras de la Universidad Central impidieron que dichos Centros funcionen plenamente, pero el ensayo fructificó y llevó al convencimiento de que había que extenderlo también a las Facultades de Ciencias Sociales y Humanísticas y así ha surgido la idea y la necesidad de crear la Facultad de Estudios Básicos.

#### *La Facultad de Estudios Básicos*

Según el plan de su organización, comprendería 3 núcleos de estudios: Ciencias Biológicas y Naturales, Cien-

cias Sociales y Humanidades. El primero incluiría los anteriores 4 Centros de Ciencias Básicas.

Los estudios básicos se desarrollarían en 2 a 3 años, siendo comunes muchos cursos para estudiantes que pretendan seguir una u otra carrera universitaria. Por ejemplo, habría un curso básico de Biología, común para estudiantes que luego ingresarían a las Facultades de: Medicina, Odontología, Bioquímica y Farmacia, Agronomía y Veterinaria. Esto permitiría concentrar esfuerzos y recursos. Es posible equipar un buen laboratorio de Biología, pero no uno por cada Facultad.

Los 2 años de estudios básicos absorberían el actual Curso Preparatorio o Premédico, más un segundo año que comprendería varias de las materias premédicas. Por consiguiente no significaría, para los estudiantes, aumento de los años de estudio.

La nueva Facultad, recibiría pues a la totalidad de bachilleres seleccionados para las carreras universitarias.

Qué ventajas representaría la nueva Facultad? Primero, siendo su objetivo fundamental, los estudios básicos, es de suponerse que éstos van a tener el máximo impulso posible. Segundo, gracias a la ayuda extranjera, y en el caso particular de la Universidad de Quito, a la ayuda de la Universidad de Pittsburgh y al préstamo del Banco Internacional de Desarrollo, la nueva Facultad contará con los mejores laboratorios para la enseñanza práctica y la investigación. Tercero, siendo cursos comunes hará posible, con menor costo, contar con profesores a tiempo

completo. Cuarto, el estudiante a su ingreso a la Universidad tendría que escoger sólo entre tres grandes núcleos de estudios y sólo después del primer año y en algunos casos, del segundo, y habiendo desarrollado más su vocación profesional, tendrá que decidirse sobre cuál carrera universitaria adopta. Quin-

to, será posible que un alumno siga estudios avanzados en una o más materias y se formen especialistas en esos campos, por ejemplo, pueden formarse: matemáticos, físicos, biólogos, etc.

Los estudiantes que deseen seguir Medicina, en el Primer Curso, deberán aprobar las siguientes materias:

## PRIMER CURSO

	Horas semanales			Total anual
	Teoría	Práctica	Seminario	
Biología .....	3	4	1	240
Química General y elementos de Inorgánica .....	2	2	..	120
Química Orgánica .....	2	2	..	120
Matemáticas .....	2	1	..	90
Física .....	2	1	..	90
Inglés .....	2	2	..	120
Microbiología General .....	2	2	..	120
Curso de Cultura General .....	3	..	..	90
<b>TOTAL:</b>				<b>990</b>

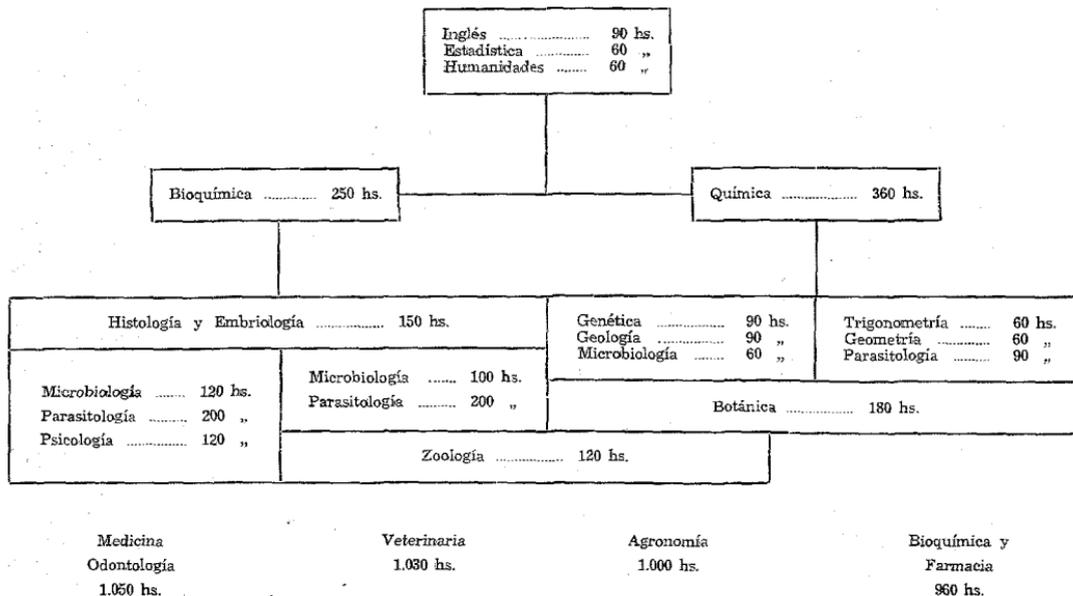
Todas las materias del Primer Curso son comunes para: Odontología, Veterinaria, Agronomía, Especialización Ciencias Biológicas de la Facultad de Filosofía y parcialmente Farmacia.

En el segundo año, algunas materias

son comunes, otras se desarrollarán con programas especiales, según la carrera a seguir.

El proyecto de distribución de materias, para el segundo año es el siguiente:

## SEGUNDO AÑO



Esta reforma universitaria que tiende a elevar el nivel de estudio de las ciencias básicas se ha iniciado ya en el año escolar 1964-1965.

## EL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS"

Dr. LUIS CUEVA

*Director del Hospital "San Juan de Dios"*

El Hospital "San Juan de Dios" o de la "Santa Misericordia de Nuestro Señor", constituye un tema fascinante dentro de la Historia de la Medicina Nacional y aun de este hemisferio, si se tiene en cuenta que el cuatro veces centenario Hospital "San Juan de Dios" aún se mantiene como tal, a diferencia del Hospital del "Niño Jesús" de la ciudad de México, que aunque fue fundado 41 años antes, o sea en 1524, dejó ya sus viejos muros hace ya más de 25 años.

El Hospital "San Juan de Dios" es la síntesis histórica de nuestra Medicina y constituye el primer intento de organización hospitalaria en el país.

Su historia se remonta, a decir de quienes se han dedicado a esta disciplina, como Virgilio Paredes Borja, Juan José Samaniego y otros, al segundo período de la segunda época de la Historia de la Medicina Nacional, o sea a la época de la Real Audiencia de Quito, por el año de 1565. Pues, la primera época data desde una fecha que para los historiadores posiblemente va desde 1430 hasta 1533.

### CREACION DE LA REAL AUDIENCIA DE QUITO

En 1560 un grupo de quiteños pide a Felipe II de España, la creación de la "Real Audiencia de Quito" y por Real Cédula de Agosto de 1563, el Monarca accede a la petición. En 1564 se hace efectiva la creación de dicha Real Audiencia, siendo su primer presidente el Lcdo. don Hernando de Santillán.

Hernando de Santillán vino rodeado de una aureola de prestigio, pues había ocupado elevadas funciones en Lima y aun llegó a ser Virrey Interino. Sus antecedentes posiblemente lo condujeron a transformarse en hombre que le gustaba hacer "su sola voluntad".

Pero lo interesante de Hernando de Santillán es que estuvo contagiado de las ideas y de la cultura universitaria de los españoles cultos de ese tiempo. Fue un hombre de nobles ideales; anheló siempre la justicia social para los necesitados. Esto lo llevó a fundar un Hospital en la Real Audiencia de su Presidencia y a ingresar a la vida eclesiástica después de su destitución, por

un juicio de residencia, llegando hasta la dignidad de Obispo en La Plata, Bolivia.

**FUNDACION DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" U HOSPITAL DE LA "SANTA MISERICORDIA DE NUESTRO SEÑOR JESUCRISTO"**

Solamente un año más tarde de la creación de la Real Audiencia de Quito, se funda el Hospital, el 9 de Marzo de 1965.

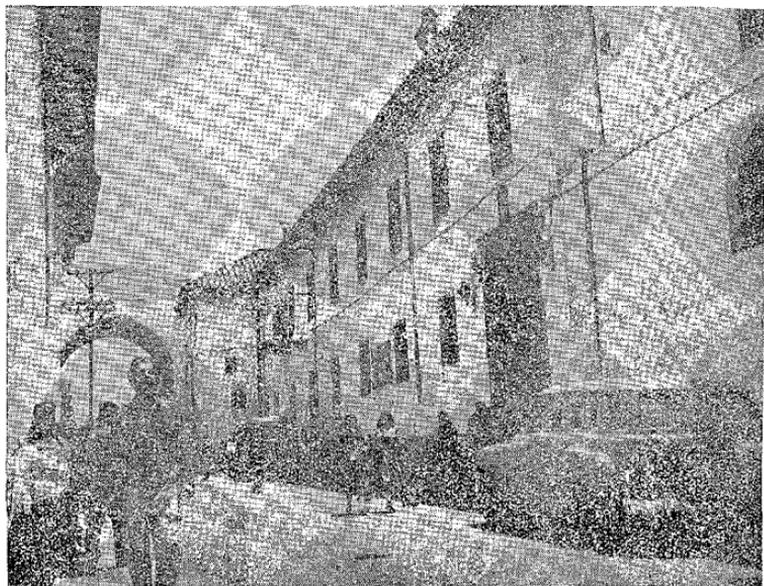
*Acta de Fundación:* El acta de fundación, que se conserva hasta el presente, textualmente dice lo que sigue: "En el nombre de Dios Amen, en la muy noble y muy leal ciudad de San Francisco de Quito, en estos Reynos y Provincias del Perú, en 9 días del mes de Marzo, año del nacimiento de nuestro Salvador Jesuchristo de mil e quinientos e sesenta e cinco años, visto y entendido que en esta ciudad con ser una de las principales de estos reynos y cabeza de este Obispado, no hay ningún Hospital donde se acojan a los pobres enfermos así españoles como indios a curarse de sus enfermedades y ser socorridos de sus necesidades y donde los fieles christianos tengan aparejo de ejercitarse en las obras de charidad" ... "que pues dicho hospital se funda e instituye en nombre de su Magestad y es el fundador dél que el patronazgo dél sea y se entienda ser anexo a su Corona Real y sea patrono dél su Magestad y los Reyes sus sucesores para siempre jamás. Primeramente

que en el dicho Hospital haya dos apartamientos y enfermería competentes para que la una de ellas se acojan y curen los pobres naturales, que esté el un cuarto diviso del otro en cada uno de ellos haya un apartamiento y division para que estén las mujeres porque no han de estar donde estuvieren los hombres. Se funda en el una *Cofradía* y hermandad que se instituye de la *Charidad y Misericordia* "y ponga un Administrador y Mayordomo de dicha Cassa y Cofradía que sea Clérigo".

"Item que entre los Cofrades de dicha Cofradía se nombre uno que sea Prioste y dos diputados para cada año, los cuales entienda en las cosas que de suyo serán puestas y éstos se elijan esta primera vez por esta Audiencia", que no solamente se ha de exercitar en recibir y curar los pobres enfermos pero también en todas las demás obras de misericordia y charidad que nuestro Señor nos ha de mandar quantas el día del juicio" han de ser obligados ha informarse de las personas necesitadas que oviere en esta ciudad y pobres vergonzantes y comunicarlo con el Prioste y Administrador y hacerles la limosna que les pereziese a ellos conforme".

"Asistir los sábados del mes que les cupiere a las visitas que se hicieren a los presos de las cárceles y vean y procuren por los pobres pressos".

"Y se informe de las doncellas pobres, especialmente huérfanas que oviere en esta ciudad y las pongan por copia y procuren cassarlas y teniendo el dicho Hospital posibilidad para ello



Vista de la fachada del Hospital "San Juan de Dios", a la derecha la puerta principal y al fondo el "Arco de la Reina".

les ayuden y hagan limosna para sus casamientos".

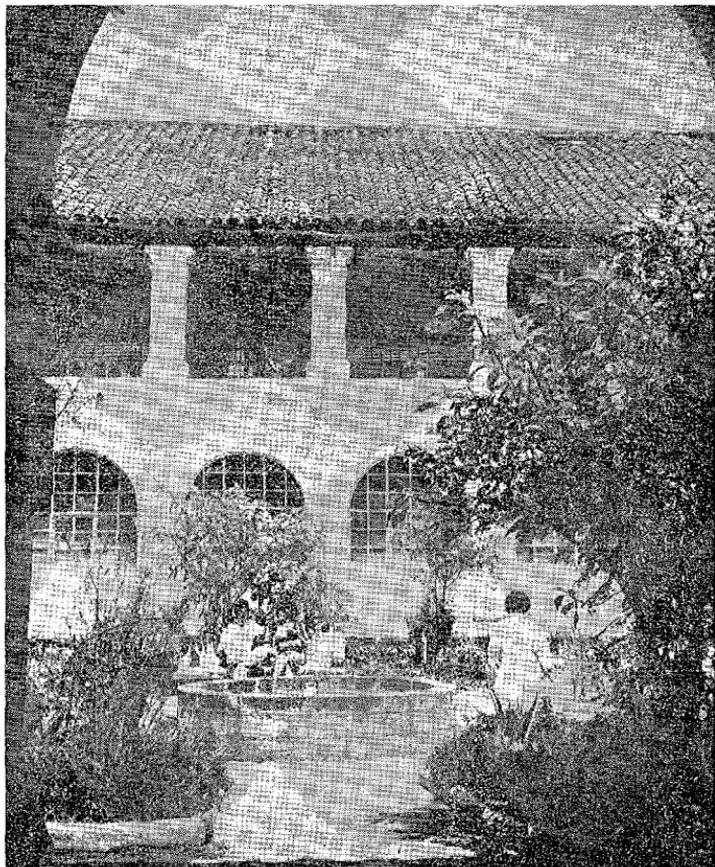
"Item que después de edificado el dicho Hospital y hechas las dichas enfermerías de edificio llano y humilde si Dios fuera servido de dar al dicho Hospital algunas rentas o haciendas" "para este efecto el dicho Señor Presidente de esta Real Audiencia a comprado en nombre de su Magestad las casas que eran de Pedro de Ruanes que son en esta ciudad al canto de ella en la calle que va al cerro Yavirá, acordaron que en las dichas casas se funde e instituya en nombre de su Magestad un Hospital cuya advocación

sea de la "Santa Misericordia de Nuestro Señor Jesuchristo".

De la lectura de esta Acta se desprende claramente cuáles eran las finalidades de este Hospital:

- 1) Un asilo para curación de los enfermos pobres, españoles e indios.
- 2) Una organización destinada también a obras sociales de caridad, semejante a las finalidades de organizaciones cívicas y fraternales de hoy.

Nótese el gran espíritu que animaba ya a la gente de esa época y su elevado



*Interior del Hospital. El Hospital tiene dos jardines interiores, los mismos que por sus cuatro lados son rodeados por el edificio de dos pisos. En la mitad de cada uno de los jardines existe una pileta.*

nivel de cultura en busca de soluciones a las enfermedades que constituían un flagelo a la población de ese entonces.

El Hospital tuvo una organización similar a los Hospitales españoles de la Edad Media con su empirismo medieval español y aborigen en la Medicina y Cirugía de la Conquista.

De 1565 a 1706 la casa no tuvo médico, sin embargo de que desde 1597 a 1608 hubo médicos en la ciudad. Su servicio fue el de un Hospicio para desvalidos, ancianos, enfermos crónicos e incurables, sostenidos por la caridad de almas piadosas ocupadas también de socorrer a pobres necesitados de la ciudad.

Durante esta época es el auge:

- 1) De los yerbateros, sobadores, fregadores, sangradores, etc.
- 2) Posteriormente el de los eclesiásticos aficionados a la Medicina.

En 1638 se hacen cargo del Hospital, los religiosos de la Orden del Beato "Juan de Dios" aproximadamente hasta 1706.

Por esta fecha se entrega el Hospital al cuidado de los padres Betlemitas con Fray José del Rosario, Médico y Boticario titulado y se inicia entonces ya la época de la Medicina. Fray del Rosario contaba como ayudante a Luis Chugshi, quien llegó a ser un buen sangrador y para poder estar a tono con la exigencias de su categoría, tuvo que cambiar su nombre por el de Santa Cruz y Espejo. Luis Chugshi es el padre del genio de la Medicina Ecuatoriana: Eugenio Espejo.

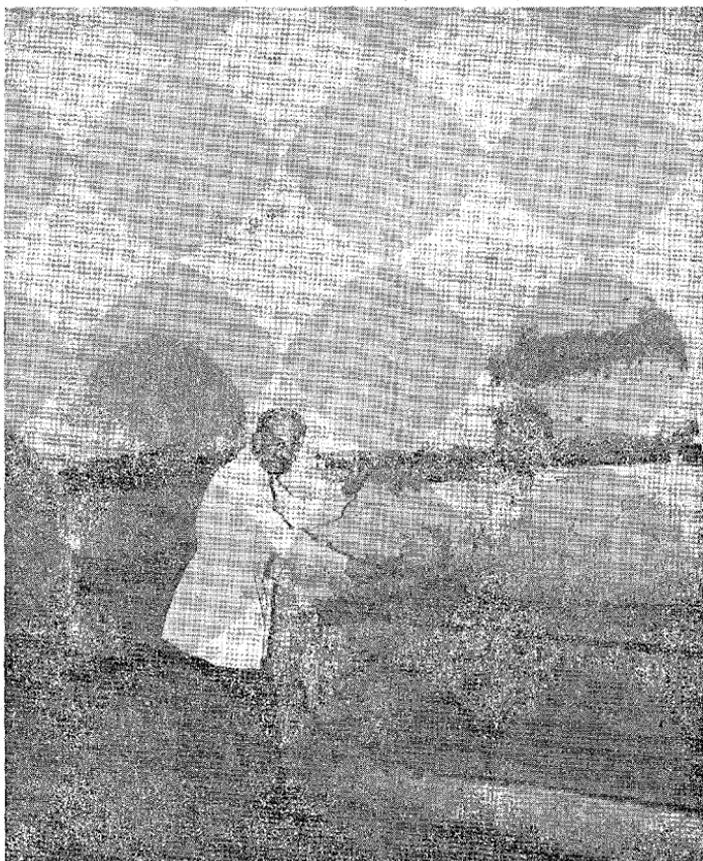
Con los Betlemitas en el Hospital se obtiene, por consiguiente:

- a) La enfermería organizada;
- b) La nueva Medicina;
- c) La Farmacia;
- d) La Botánica Médica;
- e) La Organización Hospitalaria;
- f) La Práctica de la Cirugía Menor.

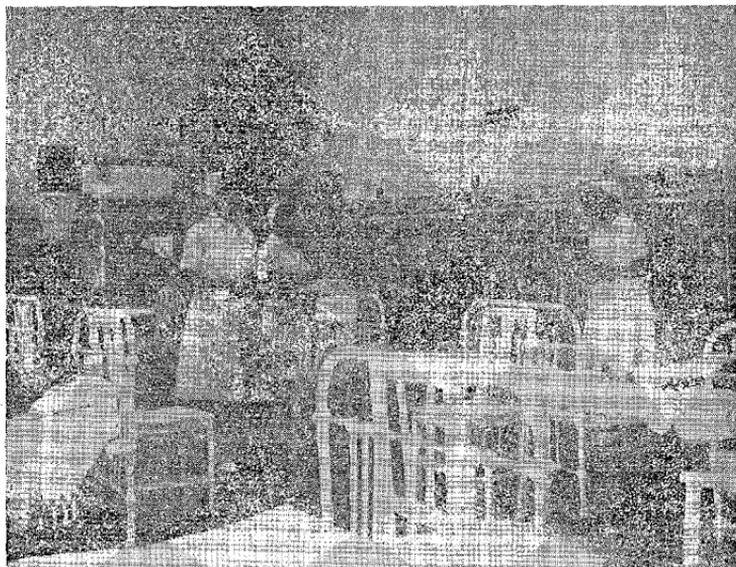
Este Hospicio entonces se transformó ya en un Hospital propiamente dicho. En 1736 llegan al Ecuador los Académicos Franceses y traídos por los Betlemitas vienen con ellos: un Médico, el Dr. Jussieu y el Cirujano Seniergues. La influencia francesa se hace sentir y va entrando en el pueblo también la influencia de la Medicina, naturalmente con mucha dificultad, ya que habían estado ciegamente imbuidos por la hechicería y empirismo de los anteriores tiempos.

Con los franceses se practica en el Hospital:

- a) Las amputaciones, ya en una forma técnica y con colgajos bien hechos para obtener un buen muñón.
- b) La hemostasia mediante el uso del torniquete y las ligaduras vasculares.
- c) El tratamiento quirúrgico de las hernias inguinal y umbilical.
- d) La trepanación craneana.
- e) La iniciación de la Ortopedia con el uso de las férulas y la reducción de fracturas.
- f) La aplicación de forceps en Obstetricia, pues para ese entonces el Hospital contaba ya con un Servicio de Maternidad.



Interior de una de las más primitivas salas de hospitalización. Las paredes tienen un espesor de casi 2 m. y en ellas se encuentran labrados los nichos en los cuales se superponen tres camas. La sala sólo tiene una pequeña ventana por donde filtra algo de luz.



*Sala actual de hospitalización, en un sector del edificio, que ha sido remodelado.*

- g) En Urología se practican la talla vesical y la Litotricia.
- h) El establecimiento de la Anestesia por congelación.

Se inicia entonces por esta época en el Hospital la enseñanza de la Cirugía Universitaria.

En 1746, Quito sufrió una de las más severas epidemias de viruelas y por orden del Cabildo, en el Hospital se practica la primera autopsia y, por consiguiente, tenemos la iniciación de la "era de la Patología Ecuatoriana", adelantándose a la concepción actual de la Medicina.

Más aún, en 1850, el Presidente In-

terino Azcészubi y Matehu, dicta un Decreto de "Medidas convenientes para el mejor arreglo de los Hospitales y el progreso de la Medicina y Cirugía", por el que obliga a los estudiantes de Medicina a asistir diariamente al Hospital, realizar la historia clínica de los pacientes y que el Demostrador Anatómico practique autopsias ante sus alumnos. Y en 1875 se dicta un Reglamento para la obligada necropsia de los fallecidos.

Como se ve, por esa época tuvieron el concepto ya cabal de la Patología y cuya práctica constituye actualmente la base fundamental para el progreso de la Medicina. Es de desear que este

Decreto tuviera actualidad.

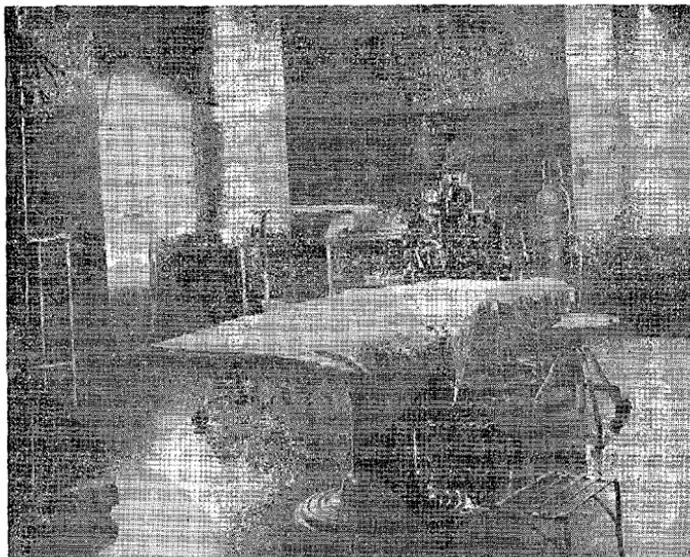
En 1767 se gradúa el médico Eugenio de Santa Cruz y Espejo y en 1772 solicita al Cabildo permiso para ejercer su profesión; pero es suspendido en su examen y se le obliga a realizar un año más de práctica en el Hospital. Allí es donde se formó Espejo. Hasta la fecha se mantiene en el Hospital "San Juan de Dios" la sala que lleva su nombre y que tiene camas individuales en forma de nichos incrustados en la pared.

Viene la época Garciana y en ésta, los más destacados médicos fueron: Miguel Egas, Rafael Barahona, Ascen-

cia Gándara, Federico Mateus, José Manuel Espinosa, Alejo Lascano y otros.

Por 1900 sobresale otro grupo de médicos como los doctores: Guillermo Ordóñez, Ezequiel Cevallos y Mariano Peñaherrera, que hacen época en el Hospital. Posteriormente los doctores: Ricardo Villavicencio, Isidro Ayora, Angel Sáenz, Eustorgio Salgado y otros siguen poniendo en práctica la medicina observada por ellos en las distintas naciones europeas, ellos son los que pusieron las bases de la Medicina y Cirugía de nuestros días.

En el país se fundaron muchos Hos-



Sala de Cirugía, en un sector del edificio que ha sido remodelado.

piales posteriormente a la erección del Hospital "San Juan de Dios" pero, al igual que en nuestros tiempos, cada uno anduvo por su cuenta. Es un imperativo organizar una *Asociación Nacional de Hospitales*, con un organismo que regule y dé normas de funcionamiento a fin de propender así a la superación organizativa.

### RESUMEN

Dentro de la vida del Hospital "San Juan de Dios", cuatro veces centenario, se encuentran los siguientes períodos:

- 1) *La época de la organización medieval*, que va de 1565 a 1706.
- 2) *La administración de los Hermanos de la Orden "Juan de Dios"*.
- 3) *La administración de los Padres Betlemitas, con gran orientación*.
- 4) *La de los Académicos franceses*.
- 5) *La época de Eugenio Espejo*.
- 6) *La época garciana con el Dr. Miguel Egas y otros*.
- 7) *La época alfarista con los Dres. Vi-*

*Ilaviccio, Ayora, Saéñz, Salgado, etc.*

- 8) *La época de nuestros días*, en la que se está tratando de organizar al Hospital dentro de las normas modernas con su Junta Directiva, Comisión Médica EJECUTIVA, Comités y Departamentos diversos.



La arquitectura del Hospital conserva hasta hoy el estilo Renacentista de ese entonces, con sus cuerpos de diseño conventual Herreriano. Sus blancos muros guardan todos los secretos que la Historia, no solamente de la Medicina, quisiera saberlos. Es el santuario y crisol donde se han modelado muchos de los más grandes exponentes de nuestra medicina nacional. Hoy trata de ponerse a tono con la Medicina y Organización contemporáneas, porque siendo él la Historia de nuestra Medicina, como ésta, tiene que ser inmortal.

## ORGANIZACION DEL HOSPITAL PEDIATRICO "BACA ORTIZ"

Dr. LUIS LALAMA

*Director del Hospital "Baca Ortiz"*

Los servicios pediátricos en la ciudad de Quito, originalmente estuvieron incluidos en los hospitales generales. La importancia de la pediatría y la necesidad de una institución especializada, en atención al alto número de la población a ser servida, han sido inquietudes y ambiciones muy antiguas en la capital. Desafortunadamente, las limitaciones de carácter económico de las Juntas de Asistencia Pública, de aquel entonces, impedían satisfacer estas necesidades. El hecho de incluir unidades pediátricas de enfermería en hospitales generales, fue y sigue siendo una práctica normal en todo el mundo; es más bien la demanda de estos servicios la que determina la necesidad de abrir hospitales especializados. Pero así mismo hay que anotar, que en aquellos hospitales generales que incluyen servicios pediátricos la organización de las varias unidades, tanto en lo que respecta al punto de vista médico como al de enfermería, es analizado y resuelto en forma individualizada, gracias a lo cual, el número de mé-

dicos, así como el de enfermeras y auxiliares de enfermería, varía entre los diferentes servicios, reconociendo que, ante la falta de cooperación de parte del paciente, las unidades pediátricas siempre han dispuesto de un número mayor de personal para sus servicios. Razonamiento igual es preciso hacer en relación a la planta física. La Unidad Pediátrica de Enfermería, por el tipo de pacientes a albergar y atender, requiere de servicios especiales, de ambientes más humanos, de comodidades preferentes, etc. Todo esto y mucho más estábamos seguros, obtendríamos llegando a la institución especializada; es por esto que nuestros maestros y la ciudadanía consciente siempre reclamaba el nuevo hospital para niños.

Culminación feliz tuvo esta constante preocupación, pero, una vez más, la solución no vino de los poderes públicos sino más bien de la iniciativa privada. Varios amigos de la causa habían convencido a los señores Héctor Baca y Dolores Ortiz, ciudadanos ecuatoria-

nos de gran solvencia moral y económica, que habían amasado una gran fortuna en el exterior para que legaran sus bienes para un Hospital de Niños.

El señor Baca, que falleciera en el año de 1918, en su testamento estipuló en forma clara que sus bienes pasaban a poder de su señora esposa y que al fallecimiento de ésta, estos bienes serían dedicados única y exclusivamente a la fundación y mantenimiento de un Hospital de Niños en la ciudad de Quito. El testante dejó además expresa constancia que, de no aprovecharse estos bienes para el fin previsto en el plazo de 25 años, pasarían a poder de sus sobrinos.

Los años transcurrieron y el legado iba a perderse por la gran apatía que nos caracteriza a los ecuatorianos. Y fue un Guayaquileño ilustre, Don Carlos Arosemena Tola quien, a solicitud de un grupo de médicos pediatras, legalizó la posesión de la propiedad, precisamente en el último año del plazo estipulado: el 14 de Julio de 1948.

La propiedad legada era una hacienda, ubicada al norte de la ciudad de Quito, con dos hectáreas de terreno, una casa de hacienda y un establo. La casa de hacienda fue adecuada para administración y servicios varios en la planta baja, y para las unidades de enfermería, en la planta alta. La única sala de operaciones y la unidad quirúrgica de pacientes fueron adecuadas en el establo, luego de varias readecuaciones de la misma.

La iniciación de la operación de los servicios del nuevo hospital fue efec-

tuada sin previo estudio de las necesidades, tanto en lo que respecta al campo médico como al de organización. La clase y el número de empleados así como el de los diversos equipos, fueron determinados por las disponibilidades de la Junta Central de Asistencia Social, institución de la que pasó a depender el nuevo hospital. Esta circunstancia fue obligando progresivamente a que el hospital se incruste más en la comunidad y dependa menos de la Asistencia Social. Es así como un grupo de prestantes ciudadanos planearon y establecieron un Patronato de Ayuda para el Hospital, especialmente dedicado para la adquisición de equipo. Hoy finalmente, la organización del hospital ha llegado a ser, conforme lo representa la Carta de Organización adjunta (Figura Nº 1).

De acuerdo con esta carta, la máxima autoridad del Hospital la retiene para sí la H. Junta Central de Asistencia Social, quien, de acuerdo con las leyes y reglamentos pertinentes, ha delegado al Director del Hospital la autoridad necesaria para el gobierno del establecimiento, tanto en el campo normativo como en el ejecutivo, sujetándose por cierto a las antes indicadas leyes y reglamentos. Esta delegación trae consigo una responsabilidad única y exclusiva, ya que para la administración de los diferentes servicios, el Director no cuenta con colaboradores en grado y número suficiente. Así por ejemplo, los servicios de carácter administrativo, incluyendo los de cocina y aseo del edificio, están tan directamente bajo la responsabilidad del Di-

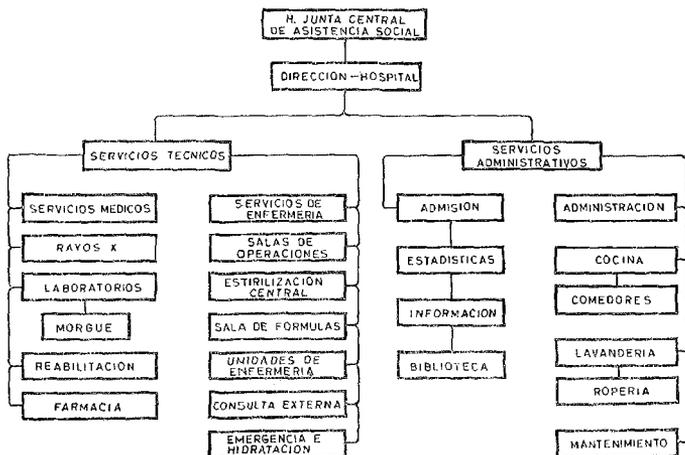


FIGURA 1

rector como están los servicios de carácter estrictamente médico. Al respecto de este sistema de gobierno huelga todo comentario: las varias actividades que son realizadas en el hospital no son efectuadas de manera satisfactoria, y el Director se ve precisado, muy a su pesar, a perder parte de su tiempo en menesteres para los que nunca fue entrenado, y para los que nunca debería dedicar su valioso tiempo.

No obstante el hecho de carecer de un Administrador, los servicios del Hospital han tenido que ser agrupados en dos campos: el primero está formado por todos aquellos servicios de carácter médico o, como aquí se ha dado en llamar: "Servicios Técnicos", aun-

que el Médico, es esencialmente un científico y no un técnico; el segundo está constituido por todos los servicios restantes, a los que les denominamos "Servicios Administrativos". A su vez, el campo primero, o sea el técnico, está subdividido en dos grupos: el grupo primero forman los servicios médicos a cargo de un profesional; el grupo segundo es más bien una descomposición de todos aquellos que están a cargo de Enfermeras y que bien podríamos llamarle "Departamento de Enfermería".

La subdivisión de los Servicios Técnicos requiere análisis especial, ya que sólo así podemos llegar a encontrar la razón que motivó esta organización, de lo cual, como Director, me encuentro completamente insatisfecho. Para la

atención directa a pacientes el presupuesto del Hospital considera únicamente cuatro médicos. El resto del personal médico tratante trabaja en forma completamente desinteresada y ad-honorem; debido a esta razón, las responsabilidades de los cuatro médicos están restringidas a la atención a pacientes, dejando la responsabilidad de los servicios, en grado extremo, al personal de Enfermería.

Los servicios de carácter administrativo, conforme indiqué anteriormente, agrupan todos aquellos que no son de carácter médico en nuestro hospital; una vez más, debido a la falta de personal entrenado y/o a la falta de medios para operar el Departamento o Servicio en forma técnica, como sería nuestro deseo. Así por ejemplo, los servicios de alimentación, que se hallan en el organograma bajo el nombre

de "cocina", le hemos incluido en el campo administrativo no obstante el hecho de contar con una Dietista Graduada y por sus capacidades de primera clase, por cuanto, desafortunadamente, las disponibilidades económicas no nos han permitido avanzar hasta hoy a la dieta individualizada, sistema único que puede permitir a un servicio de esta naturaleza llevar el nombre de Servicio Dietético.

A propósito de este último punto, quiero dejar constancia que la carta de organización presentada en el gráfico N° 1 es la representación exacta y fidedigna de la actual organización. No estimo constructivo ofrecer aquí a ustedes una carta amplia, bien distribuida, en que las líneas de autoridad y de comunicaciones se encuentren bien determinadas, con el único y exclusivo objeto de demostrar un conocimiento

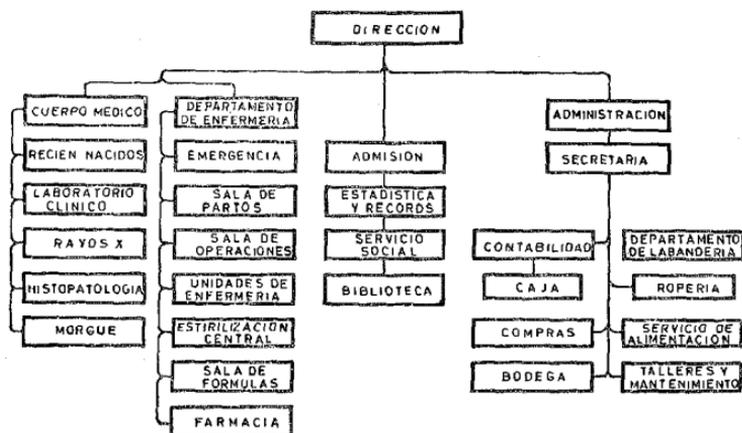


FIGURA 2

en este campo; estimo que mi mejor colaboración a este certamen es reflejar en forma clara y sencilla la realidad, aun cuando ésta sea cruda y amarga.

En el caso de hospitales pediátricos, en que parte de su capacidad está dedicada al cuidado del recién nacido, la importancia del grado de preparación y del número de personal, es decisiva. Un estudio comparativo realizado entre los hospitales de Quito en 1962, refleja claramente el problema de Personal en el Hospital "Baca Ortiz".

Si la comparación del porcentaje de "empleado por cama", solamente con los Hospitales de Quito, dependientes de la misma H. Junta Central, es alarmante, que sería el que estableceríamos comparando con los promedios de otros países? En los EE. UU. la gran mayoría de los hospitales pediátricos acusan una relación de 4 o 5 empleados por cama. Aquí, en el hospital a mi cargo, hemos venido trabajando tan sólo con 0,63 empleado por cama.

Esta alarmante escasez de personal y, en especial de Médicos, así como la

#### CUADRO COMPARATIVO DE LA RELACION ENTRE LA CAPACIDAD Y EL NUMERO DE PERSONAL

Nombre del Hospital	Nº Camas	Nº Personal	Relación Emp./cama
Hospital de Niños "Baca Ortiz" .....	95	60	0,63
Hospital General "San Juan de Dios" .....	122	127	1,04
Hospital General "Eugenio Espejo" ....	480	251	0,52
Maternidad "Isidro Ayora" .....	194	160	0,82

conveniencia de establecer buenas relaciones públicas con todo el cuerpo Médico del país, hizo que organizáramos los servicios médicos en forma aún no común en el Ecuador: el "Baca Ortiz" es un *Hospital Abierto*. Cualquier médico autorizado para practicar medicina en el país puede solicitar la admisión de un paciente y puede asistir diariamente para tratarle. Sin duda alguna ésta ha sido la razón principal para que podamos continuar sirviendo a la niñez de la capital, aunque la escasez de personal en los otros campos

ha continuado afectándonos hondamente.

Las circunstancias no óptimas en que se desenvuelve el hospital y la falta de cultura de la población que hace uso de las casas públicas, hace que, en la mayoría de los casos las primeras atenciones en el hospital sean: a) un tanto demasiado tardías, y b) que precisamente lleguen cuando poco o nada podemos hacer. Las 82 camas con que cuenta el Hospital han venido operando durante el año 1963 con un 89% de ocupación, correspondiendo el 55% a

hombres y el 45% a mujeres. Las condiciones de egreso, que de manera bastante clara permiten apreciar el grado de la práctica de la medicina, así como los varios problemas médicos contra los cuales tiene que luchar el Hospital, son las siguientes:

Recobrados .....	79%
Mejorados .....	4%
No mejorados .....	2%
Fallecidos:	
Antes de 48 hrs. ....	11%
Después de 48 hrs. ....	4%
	<hr/>
	100%

El alto porcentaje de fallecimientos antes de las primeras 48 horas de la admisión al Hospital está comprobando mis comentarios anteriores. Igual cosa sucede con el porcentaje correspondiente a los fallecidos después de las primeras 48 horas de admitidos. Mientras los Hospitales tengan que seguir actuando sólo con el hombre enfermo, el progreso será demasiado lento; los porcentajes de mortalidad seguirán siendo más o menos los mismos; hora es ya de que hagamos, por lo menos, de los hospitales pediátricos "Hospitales -Centros de Salud"; sólo haciendo la práctica de la medicina integrada atenderemos mejor a la comunidad y reduciremos los problemas en los hospitales. Reconocemos que los dos porcentajes de fallecimientos no hacen honor al Hospital ni a la comunidad a quien servimos, pero de acuerdo con la actual organización de los servicios de salud del País muy poco o

nada podemos hacer, ya que el paso primero a darse sería hacer "Educación para la Salud" en la comunidad, actividad que como ustedes muy bien conocen, anda muy lejos del control de los hospitales.

Guiados más por el divino descontento antes que por el optimismo, la planta médica del Hospital, quien, como anteriormente lo indiqué, en su mayor parte está formada por médicos altruistas que sirven de manera desinteresada, volvimos a presionar a los poderes públicos para hacer realidad el proyecto de construcción de un nuevo Hospital de 300 camas, proyecto que en fecha anterior fuera iniciado pero que, debido a la mala situación económica de la Junta, fuera suspendido. Para reiniciar estas actividades contamos, como siempre, con la colaboración técnica del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, quien puso todo el Departamento Asesor de Salud a nuestras órdenes para la planificación del nuevo hospital. Este proyecto consideraba el aprovechamiento del ala semiconstruida así como la posibilidad de llevarlo a la práctica por etapas. La primera etapa, que en forma temporal considera una capacidad de 100 camas está terminada y esperamos abrirla en un futuro muy cercano, gracias al entusiasmo y decidido apoyo de la actual Junta Central de Asistencia Social.

Ahora, nuestro deseo no es simplemente el de cambiarnos de casa, sino exclusivamente el de progresar: progresar principalmente en la práctica de la medicina, ofreciendo al Hospital

una nueva organización, tanto técnica como sujeta a las necesidades. Para alcanzar este objetivo hemos planeado ya nuestro organograma, el mismo que está representado en la figura Nº 2. Naturalmente, para poner esto en práctica necesitamos:

- 1.—Incrementar la planta de Personal Médico,
- 2.—Incrementar la planta de personal del Departamento de Enfermería,
- 3.—Incrementar los Servicios Administrativos, para que la dependencia en este campo, no sea en grado extremo de la Junta Central,
- 4.—Adquirir nuevos equipos, y
- 5.—Mejorar, aunque en forma moderada y únicamente con lo imprescindible, el presupuesto de operación de la Casa.

Por cuanto comprendemos que las disponibilidades económicas de las Juntas no van mejorando en la misma proporción que las obligaciones, hemos hecho nuestras las obligaciones de levantamiento de fondos y es por esto que el nuevo Hospital considera, en forma proporcional, servicios pensionados y semipensionados. Además, ya como parte de esta planificación, y también con el propósito de educar a la población, hemos iniciado a recabar de los pacientes generales alguna colaboración económica, por mínima que ésta sea, para así cubrir la gran dife-

rencia que se nos presentará en el nuevo Hospital. Para alcanzar el éxito, en esta parte de nuestro plan, política y progresivamente hemos iniciado una campaña de educación a la ciudadanía, demostrándoles que los cuidados de la salud del hombre enfermo no progresarán mientras éstos sean obligación exclusiva del Estado. Para alcanzar esta ambición de progreso sólo nos falta que la H. Junta Central de Asistencia Social reduzca su centralización al campo normativo y reconozca la descentralización del campo administrativo, incluyendo, en parte las actividades de carácter económico. Sólo cuando hayamos llegado a triunfar en éste nuestro último afán de la etapa de preparación, estaremos en condiciones de autofinanciarnos, a la iniciación de un 50% del total del presupuesto, con muchas probabilidades de seguir mejorando esta cifra en los primeros años de operación del Hospital.

Estimados colegas, nuestros problemas y nuestros afanes son tan numerosos que podríamos extendernos por mucho tiempo más, desafortunadamente el tiempo es limitado para cada exposición y es por esto que toda esta presentación ha tenido que ser expuesta en forma por demás generalizada. Estoy seguro que las inquietudes que espero haber dejado en todos ustedes se plasmen en resoluciones al final, para buena memoria de este certamen y gloria de quienes los hicieron realidad.

## LA MATERNIDAD "ISIDRO AYORA"

Dr. CARLOS MOSQUERA

*Director de la Maternidad "Isidro Ayora"*

La Maternidad "Isidro Ayora" es una casa de salud dependiente de la Junta de Asistencia Social.

Dede su apertura, el 28 de Marzo de 1951, hasta la presente fecha, se ha visto precisada a modificar su organización por tres ocasiones para acomodarla a la realidad. La primera, consideraba una Junta Directiva como máxima autoridad, de la cual su Presidente era el Director. Esta organización nos permitió operar y mantener la Maternidad con total autonomía, observando únicamente una parcial dependencia económica de la Junta Central, por la subvención de setecientos mil sucres anuales que aportaba para cubrir la diferencia del presupuesto de operación. La segunda organización consideraba poderes absolutos a un Director, quien a la vez, era presidente de la Junta Directiva que tenía carácter puramente consultivo. Ultimamente, hace aproximadamente tres años, volvió a cambiar la organización, y esta ocasión en forma definitiva, pues la Maternidad perdió su autonomía por el retiro del S.C.I.S.P., que había venido cooperando con nosotros, y hoy depende econó-

mica y administrativamente de la Junta de Asistencia Social.

Desde los comienzos, su organización fue materia de constante estudio. Se la puso en operación cumpliendo las más altas exigencias para un servicio de Maternidad, modelo de Institución en el país y tal vez de Latinoamérica por su envidiable standard. Esta Casa es una de las pocas que fue abierta al público cuando la formulación de Reglamentos y Manuales de procedimientos, estuvieron redactados, impresos, distribuidos al personal e interpretados; pero actualmente, ya no se los puede actualizar, porque constituye un servicio técnico viviente, de acuerdo a la realidad presente. Las circunstancias presentes y las futuras que se avencinan: retiro del aporte económico del S.C.I.S.P., insuficiente subvención del Estado, peligro de separación de las afiliadas del Seguro, con el próximo funcionamiento de su Hospital General, incremento de la población, falta de renovación y conservación del edificio y de equipos, insuficiente dotación de medicamentos e implementos de trabajo, pueden hacer peligrar su

solvencia y quizás esto no suceda, pues la planificación económica de la Maternidad quedaría minada a tal punto que los directores se verían obligados a una política de "austeridad", nombre elegante que disfraza la pobreza y a verdaderos malabarismos, para que el Hospital siga funcionando, defendiendo el standard mínimo de mantenimiento y para no perder el deseo, tal vez la

ilusión, de tener un buen Hospital.

La paciente de la Maternidad se caracteriza por su corta permanencia en el Hospital, y por el dinamismo y agilidad que sus cuidados requieren; de ahí que la organización de la Maternidad no sólo contempla el estudio y la solución global de sus problemas sino también requiere el estudio minucioso de la organización de cada uno de los

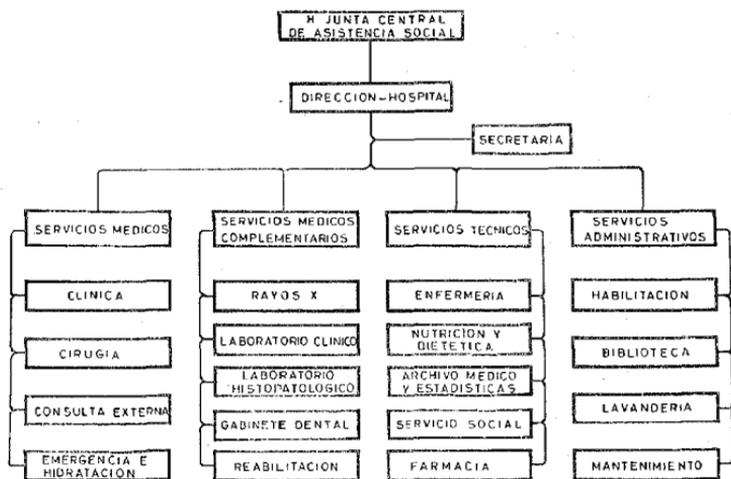


FIGURA 1

departamentos, secciones y servicios, a fin de conseguir que, la máquina administrativa, se desenvuelva con la rapidez y la agilidad que el volumen de trabajo y las circunstancias lo exigen.

Hoy la Maternidad "Isidro Ayora" se halla organizada como la carta adjunta; en un sentido general, muy poco se diferencia de las restantes casas

operadas por la Junta, por ser su política de dependencia para todas igual. En el caso particular de la Maternidad, hay que anotar que las líneas de dependencia de la Junta Central, si en verdad abarcan todos los campos, en lo económico, se reducen más bien a una supervisión y manejo de fondos, antes que a una financiación absoluta,

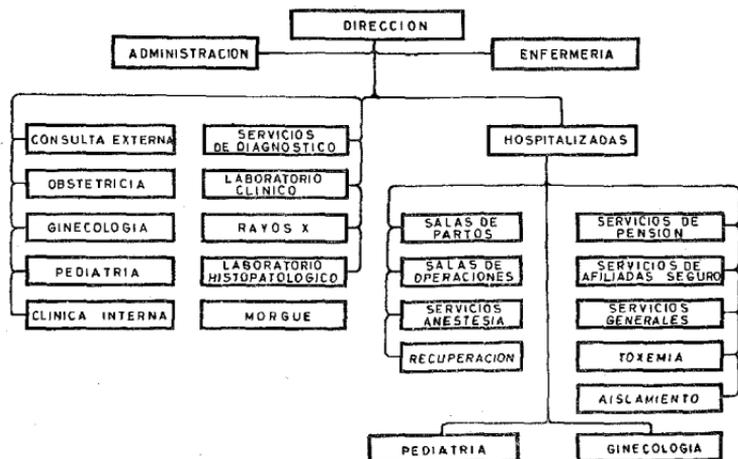


FIGURA 2

ya que, gracias al prestigio merecidamente ganado por la Planta Médica, están autofinanciados sus servicios.

En lo económico, estimo que las experiencias de la Maternidad "Isidro Ayora" podrían ser aprovechadas por los restantes hospitales del país. Esta Casa tiene muy pocos años de fundación, en relación a la gran mayoría de nuestros hospitales; nosotros no creemos que sería productivo subestimar experiencias de otras instituciones de finalidad igual.

Analizando nuestros problemas económicos notamos que una total dependencia de los poderes públicos, no auguraba un buen futuro a nuestra Maternidad, y por esto, las 180 camas, su capacidad máxima, fueron distribuidas muy equitativamente en servicios privados y generales para la atención de

manera adecuada, a las diferentes capas humanas de acuerdo a su nivel económico. La distribución de camas, en lo económico observa los siguientes porcentajes:

Pensionado Clase a (individual)	11 %
„ „ b (individual)	5 %
„ „ c (bibersonal)	8 %
„ „ d (múltiple)	6.6%
General „ h (4 camas)	4.4%
„ (múltiple)	65 %
<b>TOTAL</b>	<b>100 %</b>

Además, dando cumplimiento a las Leyes de Asistencia Social, que determinan que los Servicios serán gratuitos en Hospitales, únicamente para los indigentes, estamos demandando una colaboración de carácter económico, a

todas las pacientes, exceptuando aquellas en las que la encuesta socio-económica nos revela una imposibilidad de hacerlo. Gracias a esto, así como a la confianza que se ha ganado en la ciudadanía, vuelvo a repetirlo, la Maternidad "Isidro Ayora" con el producto de los pensionados, semipensionados, ginecología, consulta externa y auxiliares, está autofinanciándose muy sobre el 90% de su presupuesto de operación. En 1963 produjo S/. 2'304.525,85 y sus gastos fueron de S/. 2'302.672,25.

Actualmente los Servicios Médicos de la Maternidad se hallan organizados de acuerdo a la carta también adjunta. Conforme se podrá apreciar por la lectura e interpretación de la misma, han sido divididos en tres grandes grupos:

- a) Consulta Externa;
- b) Servicios de Diagnóstico; y
- c) Servicios de Hospitalizadas.

En el Departamento de Consulta Externa operan diariamente, en dos jornadas, Clínica Obstétrica, Ginecología, Pediatría y Medicina Interna.

En 1963 atendió:

7.200 Obstetricia  
1.440 Ginecología  
3.600 Niños.

Administrativamente, Consulta Externa es un Departamento autodirigido; sus ejecutivos locales tienen autoridad y responsabilidades, permitiendo así al Director dedicar más tiempo a la supervisión y gobierno de los servicios para hospitalizados.

Los varios servicios Médico-comple-

mentarios han sido agrupados en campo distinto, bajo el subtítulo de "Servicios de Diagnóstico". Cada uno de estos servicios, organizados por Departamentos, tienen un Jefe, con autoridad suficiente para supervigilar el fiel cumplimiento de los Reglamentos y manuales de Procedimientos correspondientes al personal a su cargo. Entre todos los Departamentos existe íntima relación y una coordinación de sus actividades con los restantes del Hospital, especialmente con las unidades de Enfermería. Gracias a este engranaje, en el caso de la admisión de una paciente, por ejemplo, automáticamente, es informado el Laboratorio Clínico para que efectúe los exámenes de rutina, en base al envío inmediato de la copia de la Orden de Admisión. Así el trámite es ágil, inmediato y oportuno, a la vez que sin ningún costo extra para el Hospital.

Los Servicios de Hospitalización, de acuerdo con nuestra Carta de Organización, se subdividen en tres grupos: El primero formado por las unidades de Enfermería; el Segundo corresponde a los Servicios para hospitalizados: Salas de Partos, Salas de Operaciones, Servicios de Anestesia y Recuperación. El tercero lo forman los Departamentos de Pediatría y Ginecología.

El Departamento de Enfermería, con Enfermeras Graduadas y Auxiliares Tituladas, se ha organizado para atender en debida forma y por igual, las 24 horas del día y los 365 días del año.

En su organización los servicios de la Maternidad han sido estructurados en las siguientes unidades:

- 2 unidades generales de Obstetricia,
- 1 unidad de pacientes afiliadas al Seguro Social,
- 2 unidades de pensionados y semi-pensionados,
- 5 unidades de recién nacidos: prematuros e inmaduros, normales y aislamiento,
- 1 unidad de ginecología,
- 1 unidad de Toxemias,
- 2 unidades de Salas de Partos y Labor,
- 1 unidad de Aislamiento y
- 1 unidad de Consulta Externa y Emergencia.

Además, por convenir al buen servicio, hemos incluido en el Departamento de Enfermería la Sala de Fórmulas, la misma que originalmente fue una sección del Departamento Dietético.

Es preciso resaltar la preponderante importancia que tiene la docencia en cada uno de los Departamentos ya que la Maternidad es un Hospital - Escuela y, como tal, colabora íntimamente con la Facultad de Medicina, la Escuela de Obstetricia, la Escuela Nacional de Enfermeras y la Escuela de Trabajadoras Sociales.

Al incluir en nuestro programa de docencia a las alumnas de la Escuela de Obstetricia, en ningún caso nos ha impuesto la obligación de mixtificar nuestra Planta Médica con obstetrices graduadas. Nosotros estimamos que la Obstetriz es una profesional de muchísima importancia para el país, especialmente para las zonas rurales, y por eso no creemos conveniente alterar esta

práctica y humana solución, retirándolas del medio para el cual principalmente han sido preparadas.

Los Servicios Médicos para hospitalizados pueden ser apreciados por las siguientes estadísticas, las mismas que por sí solas se explican.

#### INFORME ESTADISTICO DE LA MATERNIDAD "ISIDRO AYORA"

1) NUMERO TOTAL DE NACIMIENTOS EN LA CIUDAD DE QUITO: 13.881 (100%).

NUMERO TOTAL DE NACIMIENTOS EN LA MATERNIDAD "ISIDRO AYORA": .....  
7.295 (52.6%).

2) NUMERO DE PACIENTES ATENDIDAS DESDE EL AÑO 1951 HASTA EL AÑO 1963:

1951 .....	4.075	pacientes
1952 .....	5.739	"
1953 .....	7.123	"
1954 .....	8.048	"
1955 .....	7.538	"
1956 .....	7.744	"
1957 .....	8.210	"
1958 .....	7.299	"
1959 .....	8.576	"
1960 .....	8.407	"
1961 .....	8.935	"
1962 .....	8.259	"
1963 .....	9.344	"

*Número total de pacientes atendidas durante los 13 años: 99.297.*

3) INFORME ESTADISTICO DE CONSULTA EXTERNA DURANTE 1963:	}	Pacientes Obstetricia	7.200	58.0%
		Pacientes Ginecología	1.440	11.7%
		Niños .....	3.600	29.3%

## 4) CONDICION DE EGRESO DE LAS PACIENTES:

	VIVAS		DEFUNCIONES				TOTAL	
	Nº	%	- 48 Hs. Nº	%	+ 48 Hs. Nº	%	Nº	%
Obstetricia .....	9.222	97.21	19	0.20	2	0.02	9.243	97.43
Ginecología .....	243	2.56					243	2.56
	9.465	99.77	19	0.20	2	0.02	9.486	99.99

## 5) DIVISION DE LAS PACIENTES SEGUN SU CAPACIDAD ECONOMICA:

Pensión .....	855	9.0%
Semipensión .....	825	8.7%
Seguro .....	1.066	11.2%
General .....	6.740	71.0%
	9.486	99.9%

En Obstetricia .....	4.8	„
En Ginecología .....	8	„

Cesáreas		Mortalidad materna
289	4%	21 0.22%

## 8) INDICE DE MORTALIDAD:

## 6) TIPOS DE PARTO:

Partos normales ....	4.639	91.24%
Partos intervenidos	445	8.75%
	5.084	99.99%

## 7) PROMEDIO DE ESTADIA DE LAS PACIENTES, SUBDIVIDAS POR SERVICIOS:

En toda la Maternidad ....	5 días
----------------------------	--------

	Nº	%
Eclampsia .....	3	14.28
Hemorragia Cerebral ..	4	19.04
Anoxia Cerebral .....	1	4.75
Hemorragia por defecto de coagulación .....	1	4.75
Anemia grave .....	1	4.75
Desprendimiento normoplacentario .....	1	4.75
Infección puerperal ....	1	4.75
Embolia amniótica .....	1	4.75
Descompensación cardíaca .....	1	4.75
Neumonía por aspiración .....	1	4.75

Coma hepático .....	1	4.75
Hepatitis .....	1	4.75
Meningoencefalitis .....	1	4.75
Shock hemorrágico post- parto .....	1	4.75
Epilepsia .....	2	9.52
	<u>21</u>	<u>99.84</u>

*Casos de Cirugía Menor:*

	Nº	%
Curetajes .....	409	54.17
Legrados .....	346	45.82
	<u>755</u>	<u>99.99</u>

## 9) INTERVENCIONES QUIRURGICAS:

*Casos de Cirugía Mayor:*

	Nº	%
Cesáreas .....	289	60.96
Histerectomías .....	87	18.35
Apendicectomías .....	32	6.74
Laparatomía exploradora .....	21	4.43
Esterilización .....	17	3.57
Ooforectomía .....	17	3.57
Anexectomías .....	11	2.32
	<u>474</u>	<u>100.00</u>

*Casos de Resolución**Vaginal:*

	Nº	%
Forceps .....	97	78.22
Versión interna y ex- tracción .....	27	21.77
	<u>124</u>	<u>99.99</u>
Porcentaje Cirugía Menor		55.80%
Porcentaje Cirugía Mayor		35.02%
Porcentaje casos de R. V.		9.17%
		<u>99.99%</u>

## NACIMIENTOS

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nacidos vivos .....	3.767	50.25	3.528	47.06	7.295	97.31
Mortinatos:						
— 28 semanas .....	52	0.69	24	0.32	76	1.01
+ 28 semanas .....	90	1.19	34	0.44	124	1.63
	<u>3.809</u>	<u>52.13</u>	<u>3.586</u>	<u>47.82</u>	<u>7.495</u>	<u>99.95</u>

No quisiera dejar pasar esta oportunidad para sugerir a los colegas ecuatorianos y, de manera especial, a quienes se hallan ocupando posiciones ejecutivas los siguientes puntos:

1) *Creación de servicios Obstétricos Planificados.*—La organización de los servicios de Obstetricia, y para evitar sorpresas, debe ser el resultado de meditación severa con base a normas científicas y técnicas a fin de que los resultados no solamente sean, fundar servicios de primera calidad sino que presten sus servicios de acuerdo a nuestra economía y de acuerdo a la realidad del futuro.

2) *Servicios de Obstetricia en Escala Nacional.*—De suma importancia para el país, ya que el programa aislado de la organización de determinado hospital o de todos los hospitales, tan sólo sería la solución de una parte de todos los problemas de la Obstetricia en el Ecuador.

3) *Es preciso coordinar las actividades de los Centros Materno Infantiles con los Hospitales que disponen de servicios Obstétricos.* Hoy, en la práctica la historia clínica de la paciente atendida en los Centros, no tiene ningún valor para el Hospital que atiende el parto de la paciente; el divorcio existente entre las dos instituciones, a más de ser injustificable, es de efectos gravísimos para las pacientes.

4) *Campaña para mejorar el porcentaje de atención prenatal.*—Actual-

mente el porcentaje de pacientes controlados es bajo; una mejor y mayor atención de la gestante irá en franco beneficio de los índices de morbilidad y mortalidad, toxemias, cardiopatías, afecciones generales, etc. Sería conveniente disponer de un determinado número de camas para hospitalización de estas enfermas con su personal técnico especializado.

5) *Servicio a Domicilio.*—Ante el incremento de la natalidad que rebasa la capacidad del Hospital debería pensarse en la planificación de un eficiente y completo servicio a domicilio, con regulaciones previas establecidas a fin de que el juicio del especialista permita la atención en el domicilio o el traslado a la Maternidad.

6) *Valoración médica del Servicio de Maternidad.*—Un servicio de Maternidad debe tener un Comité de Control Médico que analice los casos de mortalidad materna y fetal —estudie los casos de la patología obstétrica, analice los tratamientos, las fallas, negligencias, omisiones, etc.— Su papel sería también la valoración anual de los siguientes índices:

a) *Ocupación de camas.*—Teniendo presente que 80% es el límite para que el personal médico, enfermeras, etc., preste un servicio eficiente, en un ambiente cómodo y con uso cómodo de las facilidades y materiales del Hospital.

b) *Promedio de permanencia hospitalaria.*—Lo que revela a menudo la

eficiencia del servicio médico; se debe investigar las causas de la permanencia mayor de los 5 días establecidos por nosotros.

c) *El Porcentaje de Mortalidad Materna.*—No debe ser mayor de 0,25%, infantil de 2%; post operatorio de 1%, índices que deben analizarse cuidadosamente.

d) *Infecciones:* consideramos 1.5 a 2% en Cirugía limpia y Obstetricia.

Este dato permite valorar los cuidados de asepsia, antisepsia, esterilización, técnicas, etc., del Hospital.

e) Debe también estudiarse la pro-

porción de casos quirúrgicos en relación con la población hospitalaria. Un incremento de ciertas operaciones, puede poner en la pista de intervenciones realizadas sin diagnóstico o con indicación viciada.

f) Hay que observar el interés científico del personal técnico, valiéndose de conferencias, estudios de investigación, autopsias en madres o niños fallecidos, cuidado para llevar las Historias Clínicas, etc., todo esto tratando de crear nuestra Obstetricia propia, la Obstetricia de acuerdo a la realidad nacional.

### COMPLICACIONES DE LA TERAPIA CON FENILBUTAZONA (BUTAZOLIDINA)

Se describen dos tipos de trastornos hematológicos secundarios a la administración terapéutica de fenilbutazona. El primero corresponde a la agranulocitosis y el segundo a la anemia aplásica. En una revisión de la literatura se encuentra la descripción de diez casos fatales de agranulocitosis y ocho casos de anemia aplásica, de los cuales cinco fueron mortales. En otros pacientes que han recibido esta droga se han encontrado otros trastornos tóxicos, como: leucopenia, inhibición de la eritropoyesis, anemia megaloblástica, trombocitopenia y leucemia.

En los casos de agranulocitosis, la administración de prednisolona a 20 mg. por día, es capaz de restituir el número de neutrófilos, así como el total de leucocitos, a cifras normales; en cambio, en los casos de anemia aplásica el tratamiento corticoesteroide ha sido inefectivo y, por consiguiente, es indispensable mantener a los pacientes a base de repetidas transfusiones sanguíneas.

(McCARTHY, D. D., y CHALMERS, T. M.: Hematological complications of phenilbutazone therapy: review of the literature and report of two cases, *Canad. M.A.J.* 90: 1061, 1964).

## TRICOBEOZAR EN LA EDAD INFANTIL

### Presentación de un caso

Dr. CESAR ACOSTA

Hospital "Rodríguez Zambrano", Manta

Dentro de la patología gastrointestinal, la presencia de cuerpos extraños en el estómago es, en verdad, poco frecuente. Los pocos casos que se observan corresponden generalmente, a niños que degluten cuerpos extraños en forma no intencional o intencional.

En el primer caso, es el instinto nutritivo de los lactantes, o la afición al juego de los niños mayores, lo que les induce a llevar a la boca los más variados objetos (monedas, botones, llaves, anillos, imperdibles, etc.), que debido al automatismo de la deglución son ingeridos en forma accidental.

En cambio, en el segundo caso, cuando la deglución de cuerpos extraños es intencional, intervienen una serie de factores, siendo los más importantes los de orden psicológico, dependientes, a su vez, de factores orgánicos. En estos casos se trata de perversiones del apetito que llevan a la ingestión de diversos elementos, tales como tierra (geofagia), pelos (tricofagia), partes de vegetales (fitofagia), etc.

Estos elementos que no son digeridos en forma normal por el jugo gástrico, ni pueden franquear fácilmente el píloro, van formando en el interior del estómago, apelonamientos o concreciones que reciben el nombre de **BEZOARES**, los cuales a su vez se identifican según la naturaleza de su componente (tricobezoar, fitobezoar, etc.).

Estos bezoares son capaces de producir ciertos síntomas y signos, que junto con los antecedentes y los resultados de los exámenes radiográficos correspondientes, permiten llegar al diagnóstico presuntivo. Los síntomas son referidos al aparato gastrointestinal: halitosis, náuseas y vómitos ocasionales, eructos fétidos. En ocasiones aparecen cuadros obstructivos especialmente cuando tales apelonamientos franquean el píloro y se localizan en cualquier porción del yeyunoileo.

Los bezoares adquieren la forma del estómago, cuya cavidad van llenando progresivamente y presentan caracteres semiológicos especiales; se presen-

tan como tumoraciones movibles, no dolorosas y de tamaño variable.

### PRESENTACION DE UN CASO

*Historia clínica:* Paciente M. T., niña de 9 años, escolar, procedente de Jipijapa, que ingresa al servicio por presentar una tumoración abdominal.

*Anamnesis:* La madre refiere que desde hace aproximadamente 2 años, su hija (la paciente) empezó a ingerir intencionalmente hilos, papel, pedazos de tela o de plástico, ramas secas, etc. Posteriormente, cuando se le impidió que tomara tales objetos, empezó a arrancarse el pelo y tragárselo, sin que sus familiares hayan podido evitar este hecho.

*Examen físico:* Los datos más importantes son los siguientes: gran placa de alopecia en la región parietal derecha; ganglios palpables en la región de la nuca. Tumoración epigástrica que acompaña a los movimientos respiratorios; es lisa, movable, del tamaño de una mandarina, que se insinúa hacia arriba y a la izquierda por debajo del reborde costal; no rebasa por abajo, la línea umbilical.

#### Exámenes complementarios:

Sangre: Anemia hipocrómica .....  
(2'400.000 glóbulos rojos y Hb: 6%).

Heces: Anquilostoma duodenalis.

Por no disponer nuestro Hospital de un elemental equipo de radiodiagnóstico, no fue posible realizar los exámenes radiológicos necesarios.

La paciente pasa en observación y bajo tratamiento antianémico por 5 días; luego de este periodo se decide intervenir quirúrgicamente para extirpar la tumoración localizada en el epigastrio.

*Protocolo de la intervención quirúrgica:* Incisión xifo-umbilical a nivel de la línea media. Abierta la cavidad peritoneal se identificó al estómago que apareció completamente lleno e hiperhémico; se comprobó que la masa tumoral se encontraba libre dentro de la cavidad gástrica, por lo que se decidió efectuar una gastrotomía para proceder a su extracción.

Abierta la pared gástrica anterior en una longitud de 20 cm., se identificó una masa negruzca, recubierta de moco y residuos alimenticios, con un olor fétido y penetrante. Al momento de exteriorizar esta masa se observó que se continuaba hacia el yeyuno, por lo que fue necesario traccionar en forma lenta y continua hasta obtener su completa liberación. Esta prolongación, de aproximadamente 90 cm. de longitud, al igual que la masa principal, estaba constituida por una gran cantidad de hilos, pelos y residuos orgánicos no digeridos. La pseudotumoración de forma ovalada tenía 15 cm. de longitud por 9 de diámetro.

Se procedió luego al cierre de la pared gástrica y de la pared abdominal.

El post-operatorio inmediato y mediano transcurrió sin novedad.

La tricofagia persiste, por lo que ha sido necesario rasurarle completamente el cabello y mantener una estrecha vigilancia a fin de evitar posibles recidivas. La paciente continúa en observación.

### COMENTARIO

No se comprobó en esta paciente antecedentes de náuseas o vómitos. El apetito siempre fue excelente aunque el estómago estaba completamente ocupado. A pesar del volumen de la masa pseudotumoral y de su prolongación, no se constataron antecedentes o indicios de obstrucción intestinal.

El estado general de la paciente fue bueno, a pesar de provenir de una área rural, carente de los más elementales medios de higiene y salubridad.

Es probable que el tratamiento de la infestación anquilostomiásica elimine la perversión del apetito en esta paciente; pues, se han descrito casos de individuos portadores de estos parásitos que adquieren la manía de ingerir elementos extraños.

### RESUMEN

Una niña de 9 años fue admitida en el Hospital por presentar una tumoración epigástrica, indolora, lisa y móvil. La madre refirió como único antecedente la ingestión voluntaria de cuerpos extraños. Se decidió intervenir quirúrgicamente, habiéndose encontrado en el estómago un tricobezoar de 15 cm. de longitud por 9 de ancho.

La paciente se recuperó prontamente de la intervención aunque no ha sido posible eliminar la perversión del apetito; es probable que ésta se deba, según refieren algunos autores, a una infestación anquilostomiásica que fue repetidamente comprobada en los exámenes coproparasitarios respectivos.

### SUMMARY

A girl 9 years old presented a large epigastric tumoration. It was painless, smooth and a movable body. The only antecedent was her mania of ingesting a variety of unusual things, including her own hairs.

The patient underwent surgery and a trichobezoar of 7 inches long and 4 inches wide was found. Recovery from surgery was quite normal.

## PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE FARMACOLOGIA

En la ciudad de Bogotá, del 10 al 14 de Noviembre del presente año, y bajo los auspicios de los Departamentos de Farmacología de las Universidades Nacional y Javeriana de Bogotá, así como de la Federación Médica Colombiana, se realizó el Primer Congreso Latinoamericano de Farmacología al cual asistieron delegaciones de la mayoría de los países de esta región del Continente. En calidad de invitados especiales concurrieron además los profesores Karl Beyer, de West Point, K. C. Metzey, de New York y G. L. Gatti, de Roma.

El Congreso trató principalmente dos temas: a) "La enseñanza de la Farmacología en las Universidades Latinoamericanas"; y b) "Investigación farmacológica de plantas latinoamericanas".

Con respecto al primer tema se presentaron varias ponencias acerca de la orientación, contenido y extensión que debe darse a la Farmacología en los actuales planes de enseñanza en las Facultades de Medicina, Odontología, Química, Farmacia y Veterinaria. Se estableció que la enseñanza de la Farmacología debe comprender dos fases, una correspondiente a la parte básica y otra, a la parte clínica o aplicada.

El Curso de Farmacología Básica debe incluirse en la fase final del período premédico o de Ciencias Básicas, abarcando aproximadamente el 25% del tiempo total de curso universitario en el cual se desarrolla esta asignatura. El curso teórico no debe exceder del 40% de las horas disponibles, en tanto que otro 40% debe dedicarse a trabajos prácticos realizables por pequeños grupos de alumnos; en lo posible, cada grupo debe estar constituido por no más de 5 estudiantes.

En cambio, el curso de Farmacología Clínica o "aplicada" debería organizarse en tal forma que permita realizar a los alumnos un entrenamiento práctico e intensivo en la selección de los medicamentos más adecuados, así como los esquemas de posología, indicaciones y contraindicaciones de los mismos, de acuerdo a las particularidades de cada caso clínico. Por tanto, se consideró conveniente que este Curso se lleve a cabo simultáneamente con las materias clínicas del período médico propiamente dicho.

El Congreso resolvió mantener como tema oficial del próximo certamen el de "Enseñanza de la Farmacología", para lo cual una comisión reunirá programas, manuales de trabajos prácticos



*Miembros del Directorio de la Sociedad Latinoamericana de Farmacología. De izquierda a derecha: Dr. R. Pérez Cirera (Vicepresidente), Dr. G. Navarro (Tesorero), Dr. P. Naranzo (Presidente), Dr. R. Escaleras (Secretario), Drs. M. Martínez y A. Muskus (Vocales).*

cos y, en general, toda la información posible sobre cómo se desarrolla la enseñanza de esta materia en las diferentes universidades de Latinoamérica.

En el tema de investigaciones de plantas latinoamericanas se presentaron trabajos interesantes efectuados en Chile, Perú, Ecuador, Colombia y México. El Congreso resolvió insinuar a los farmacólogos latinoamericanos, incrementar sus estudios e investigaciones sobre nuestra flora vernacular, por el gran interés científico que ofrece. Al mismo tiempo se decidió solicitar a la UNESCO la organización de un Departamento especializado, adscrito al Centro de Documentación Científica de México, en el cual debería concentrarse toda la información disponible sobre plantas medicinales de América Latina, ya que se está per-

diendo la tradición popular que ha existido, desde la época precolonial, sobre las propiedades terapéuticas de algunas de estas especies vegetales.

Finalmente, por decisión unánime de todos los delegados asistentes al Congreso se constituyó la "SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE FARMACOLOGIA", cuyo directorio quedó integrado en la siguiente forma:

*Presidente:* Dr. Plutarco Naranzo V. (Ecuador)

*Vicepresidente:* Dr. Ramón Pérez Cirera (México)

*Tesorero:* Dr. Germán Navarro (Colombia)

*Secretario:* Dr. Ruperto Escaleras (Ecuador)

**Vocales:**

- 1) Dr. Mauricio Rocha e Silva (Brasil)
- 2) Dr. Vicente Zapata Ortiz (Perú)
- 3) Dr. Matías Martínez (Argentina)
- 4) Dr. A. Muskus (Venezuela)
- 5) Dr. H. Huidrobo (Chile)
- 6) Dr. Mariano Lamela (Panamá)

**Representantes:**

**México:** Drs. R. Méndez y V. M. Santander

**Colombia:** Drs. E. Núñez y A. Matallana

**Ecuador:** Dr. D. Solís

**Perú:** Drs. M. Pachás y R. Balbín.

**Chile:** Dr. J. Mardones

**Argentina:** Drs. M. Litter y J. Izquierdo

**Uruguay:** Dr. C. Barcia

**Brasil:** Dr. R. do Valle

**Venezuela:** Drs. M. Granier y S. Holtz.

Entre los principales objetivos de la Sociedad Latinoamericana de Farmacología están los de: fomentar la investigación científica, impulsar el desarrollo de esta importante disciplina

científica, sentar las bases mínimas para que la enseñanza de la Farmacología se efectúe con una misma orientación en todas las universidades latinoamericanas, propender al acercamiento entre profesores, investigadores y, en general, estudiosos de la Farmacología, así como facilitar el intercambio de ideas, información científica y publicaciones entre sus Miembros.

La Sociedad tendrá un Comité de Becas, a fin de canalizar en forma orgánica y sistematizada la ayuda y contribución de distintos países y empresas privadas en un plan latinoamericano de becas para profesores e investigadores de la Farmacología.

Entre otras actividades, la Sociedad publicará el ACTA FARMACOLOGICA LATINOAMERICANA, la misma que llegará gratuitamente a todos sus Miembros.

**NOTA:** Las personas interesadas en recibir formularios de inscripción para ingresar como Miembros Activos a la Sociedad Latinoamericana de Farmacología, deberán dirigirse a: Dr. Plutarco Naranjo, Casilla 2389, Quito-Ecuador.

## TROMBOCITOPENIA NEONATAL POR DIURETICOS TIAZIDICOS

Se describen siete casos de trombocitopenia y otras anomalías hemáticas, encontradas en niños recién nacidos, cuyas madres recibieron en el período antepartum alguno de los diuréticos tiazídicos. En estos pacientes no se encontraron anticuerpos selectivos contra la droga ni isonúcleos. La administración de la droga varió considerablemente, tanto en dosis como en duración, en las diferentes madres. De los siete recién nacidos, uno evolucionó hacia la muerte y los seis restantes se recuperaron, alcanzando posteriormente un número normal de plaquetas.

(RODRIGUEZ, S. U., LAEKIN, S.L., y HILLER, M.C.: Neonatal thrombocytopenia associated with ante-partum administration of thiazide drugs, *New Eng. J. Med.*, 270: 881, 1964).

## INDICE DE MATERIAS

	<i>Pág.</i>		<i>Pág.</i>
<i>Agremiación</i>		<i>Drepanocitemia:</i>	
médica (Editorial) .....	69	Presentación de un caso (Alvarez) ..	151
<i>Anemia:</i>		<i>Educación médica:</i>	
falciforme (Alvarez) .....	151	los cursos premédicos (Naranjo) .....	218
<i>Antibióticos:</i>		<i>Esclerodermia:</i>	
Efecto neuromuscular y gangliopléjico (Ramos) .....	62	formas clínicas (Timm) .....	57
<i>Antagonismo:</i>		<i>Espiro lactona:</i>	
entre prometazina y fenilpropanolamina (Lazo) .....	188	en la insuficiencia cardíaca (Drayer) ..	27
<i>Bocio:</i>		<i>Farmacogenética:</i>	
endémico en el Ecuador, compartimiento del yodo orgánico intratiroides (Fierro) .....	75	(Editorial) .....	133
<i>Cáncer:</i>		reacciones idiosincráticas de origen genético (Naranjo) .....	162
del recto (Baquerizo) .....	154	<i>Farmacología:</i>	
de la glándula mamaria (Egúez) .....	206	Primer Congreso Latinoamericano de (nota informativa) .....	251
<i>Caries dental:</i>		<i>Gangliopléjico:</i>	
relación con lisozima (Burbano) .....	121	efecto de antibióticos (Ramos) .....	62
<i>Colágeno:</i>		<i>Gregorio Marañón:</i>	
enfermedades del, discusión general (Uruga Peña) .....	40	homenaje a (Fierro) .....	117
tratamiento (Hidalgo) .....	94	<i>Hernia:</i>	
<i>Colitis:</i>		inguinal recidivada; nuevo tratamiento (Espinoso) .....	144
estudio de 30 casos (Moreano) .....	139	<i>Hospitales ecuatorianos:</i>	
<i>Congreso:</i>		(Editorial) .....	134
Primer Congreso Latinoamericano de Farmacología (nota informativa) ..	251	"Luis Vernaza" de Guayaquil (Ortega) .....	177
<i>Dermatosis:</i>		"Militar" de Quito (Merino) .....	182
poliarteritis nudosa y (Carvajal) .....	88	Cuarto Centenario del primer Hospital (Editorial) .....	197
<i>Diuréticos:</i>		"San Juan de Dios" (Cueva) .....	223
estructura química y tiazídicos (Naranjo) .....	108	"Baca Ortiz" (Lalama) .....	232
		Maternidad "Isidro Ayora" (Mosquera) .....	239

	Pág.		Pág.
<b>Idiosincrasia:</b>		<b>Proteínas:</b>	
reacciones idiosincráticas de origen genético (Naranjo) .....	162	evaluación, en vegetales ecuatorianos (Martinod) .....	199
<b>Lisozima:</b>		<b>Quelotomía:</b>	
en la saliva, relación con caries dental (Burbano) .....	121	nueva técnica en hernia (Espinosa) ..	144
<b>Lupus eritematoso:</b>		<b>Quimioterápico:</b>	
forma generalizada (Ollague) .....	44	un nuevo mercurial:	
crónico (Peñaherrera) .....	53	I) Toxicidad (Naranjo) .....	7
<b>Maternidad:</b>		II) Actividad antibacteriana (Naranjo) .....	71
"Isidro Ayora" (Mosquera) .....	239	III) Actividad antimoniliasica (Naranjo) .....	135
<b>Mercurial:</b>		<b>Radiología:</b>	
nuevo quimioterápico:		signos radiológicos de paragonomiasis tóraco-pulmonar (Cevallos) .....	147
I) Toxicidad (Naranjo) .....	7	<b>Salud Pública:</b>	
II) Actividad antibacteriana (Naranjo) .....	71	Ministerio de (Editorial) .....	1
III) Actividad antimoniliasica (Naranjo) .....	135	<b>Síndrome:</b>	
<b>Neuromuscular:</b>		de Sjögren (Cordero) .....	15
efecto de antibióticos (Ramos) .....	62	<b>Sjögren:</b>	
<b>Nutrición:</b>		síndrome de (Cordero) .....	15
evaluación de proteínas en vegetales ecuatorianos (Martinod) .....	199	<b>Tiazídicos:</b>	
<b>Ovulocitosis:</b>		derivados, estructura química y efecto diurético (Naranjo) .....	103
descripción de un caso (Alvarez) .....	215	<b>Tricobezoar:</b>	
<b>Paragonomiasis:</b>		en la edad infantil (Acosta) .....	248
semiología radiológica (Cevallos) .....	147	<b>Tuberculosis:</b>	
<b>Parasitosis:</b>		balance de la lucha antituberculosa	
intestinal, en la Provincia de Bolívar (Escorza) .....	82	II. Situación actual (Pareja Coronel) ..	36
<b>Poliarteritis:</b>		<b>Yodo:</b>	
nudosa y dermatomiositis (Carvejal) ..	83	orgánico intratiroidea, en bocio endémico ecuatoriano (Fierro) .....	75

## INDICE DE AUTORES

	<u>Pág.</u>		<u>Pág.</u>
<b>A</b>		<b>L</b>	
Acosta, C. ....	248	Lalama, L. ....	232
Alvarez, J. ....	151, 215	Lazo, M. ....	188
<b>B</b>		<b>M</b>	
Baquerizo, J. ....	164	Martinod, P. ....	199
Burbano, M. y de Moreno, J. ....	121	Merino, H. ....	182
<b>C</b>		Moreano, M. y Garcés, G. ....	139
Carvajal, L. ....	88	Mosquera, C. ....	239
Cevallos, A. ....	147	<b>N</b>	
Cordero, L. y Crespo, F. ....	15	Naranjo, P. ....	103, 162, 218
Crespo, F. (ver Cordero, L.) ....	15	Naranjo, P., de Naranjo, E. e Hidalgo, G. ....	7
Cueva, L. ....	223	Naranjo, P. y de Moreno, J. ....	71, 135
<b>D</b>		<b>O</b>	
De Moreno, J. (ver Naranjo, P.) ....	71, 185	Ollague, W. ....	44
De Moreno, J. (ver Burbano, M.) ....	121	Ortega, E. ....	177
De Naranjo, E. (ver Naranjo, P. e Hidalgo, G.) ....	7	<b>P</b>	
Drayer, A. y Villacís, H. ....	27	Paredes, M. (ver Fierro, R.) ....	75
<b>E</b>		Pareja Coronel, A. ....	36
Egües, A. ....	206	Peñaherrera, S. ....	53
Escaleras, R. (Ver Ramos, A.) ....	62	<b>R</b>	
Escorza, A. ....	82	Ramos, A. y Escaleras, R. ....	62
Espinosa, D. ....	144	<b>T</b>	
<b>F</b>		Timm Freire, C. ....	57
Fierro, R. ....	117	<b>U</b>	
Fierro, R. y Paredes, M. ....	75	Uraga, E. ....	40
<b>G</b>		<b>V</b>	
Garcés, G. (ver Moreano, M.) ....	139	Villacís, H. (ver Drayer, A.) ....	27
<b>H</b>			
Hidalgo, C. ....	94		
Hidalgo, G. (ver Naranjo, P. y de Naranjo, E.) ....	7		



# NEO - ROJAMIN

VITAMINA B<sub>12</sub>b (HIDROXOCOBALAMINA)

- Más elevados niveles hemáticos de vitamina B<sub>12</sub>
- Más prolongada acción
- Más lenta eliminación

*Hidroxicobalamina es la forma natural de depósito de vitamina B<sub>12</sub> en los tejidos*

## INDICACIONES:

- Anemia perniciosa
- Anemia del esprue tropical y no tropical
- Anemia de carencia y de postgastrectomía
- Afeciones neurológicas: neuralgias, neuritis (alcohólicas, tóxicas, diabéticas), herpes zoster, ciática
- Afeciones hepáticas parenquimatosas

## PRESENTACION:

NEO ROJAMIN "100" — "500" — "1000" con 100, 500 y 1000 mcg. de hidroxocobalamina

Cajas de 3 ampollas  
Ampollas de 1 cc.