

La Medicina del San Juan de Dios

1920 - 1925

José María Terán Puente



VOLUMEN 2

**LA MEDICINA DEL SAN JUAN DE DIOS
1920 – 1925
Volumen II**



*Proyecto: Análisis de la atención de salud en el
Hospital San Juan de Dios
desde 1916 hasta 1974*



**LA MEDICINA DEL SAN JUAN DE DIOS
1920 – 1925
Volumen II**

*Proyecto: Análisis de la atención de salud en el
Hospital San Juan de Dios
desde 1916 hasta 1974*

José María Terán Puente

Investigador del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”

Profesor –cofundador de la Facultad de Medicina– PUCE

edi|PUCE

Análisis de la atención de Salud en el hospital San Juan de Dios
© 2024 José María Terán Puentes

Primera edición: PUCE, 2024
© 2024 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Editorial PUCE

www.edipuce.edu.ec
Quito, Av. 12 de Octubre y Roca
Apartado n.º 17-01-2184
Telf.: (5932) 2991 700
e-mail: publicaciones@puce.edu.ec

Diagramación: Mattias Tello

Corrección: Edirorial PUCE
ISBN: : 978-9978-77-705-3

Quito, Febrero 2024

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni en modo o en parte, ni registrada en, o transmitida por un sistema de recuperación de información en ninguna forma por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro, sin el permiso previo de los propietarios del Copyright.

*Para las diversas generaciones de médicos y enfermeras,
personal auxiliar, administrativo y de servicio,
que laboraron en el Hospital San Juan de Dios
y se dedicaron a cuidar a los más empobrecidos.*

Prólogo

La Medicina del San Juan de Dios 1916-1920, libro de investigación historiográfica médica, publicado en julio de 2019, constituye el primer volumen del proyecto editorial producido por el Dr. José María Terán Puente en su calidad de director e investigador principal junto a su equipo de investigadores asociados.

Aborda la actividad médica hospitalaria en el contexto sociocultural de una sociedad marcada a sangre y fuego, con una impronta de pensamiento mágico religioso. El ejercicio médico reivindica su estatuto de cientificidad en el paradigma microbiano dominante, expresado a través de la teoría etiológica específica propuesta por Henle y Koch, para sustentar la hegemonía de la causación micro orgánica de las enfermedades descubiertas a esa fecha.

A partir de esta estructura, el primer volumen discurre fundamentalmente en el abordaje de las enfermedades infecciosas de la piel, de transmisión sexual, respiratorias, con énfasis en la tuberculosis, enfermedades óseas, articulares y lepra.

En su infatigable oficio de historiógrafo médico, el Dr. Terán nos ofrece *La Medicina del San Juan de Dios 1920-1925*, segundo tomo del proyecto editorial, que da continuidad al interés del equipo investigador por sistematizar un lustro de la gestión en este nosocomio, institución fundamental de la medicina ecuatoriana.

El objeto de estudio se refiere al conjunto de factores, actores, medios y circunstancias que intervinieron en la atención médica en el Hospital San Juan de Dios en el lapso 1920-1925, contextualizados a las características de la sociedad quiteña, el estado del arte del ejercicio médico, los conocimientos y los recursos disponibles para dicho propósito. La fuente primaria de datos e información corresponde a las historias clínicas existentes en el Fondo Documental del Archivo Nacional de Medicina, sección del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”. El abordaje analítico metodológico de las fuentes de información es de corte epidemiológico complementado con una aproximación cualitativa, narrativa y hermenéutica.

La obra complementa el foco de revisión historiográfica realizada por el autor en el primer volumen del proyecto editorial (1916-1920), que aborda una etapa de la transición paradigmática desde la Medicina Aborígen hacia una incipiente práctica médica considerada como Científico-Occidental en Quito, a inicios del siglo XX.

La Atención de Salud en el Hospital San Juan de Dios, 1920-1925, en su parte introductoria, discurre alrededor del panorama socioeconómico, cultural y político del Ecuador y de la ciudad de Quito, y su influencia en la constitución y determinación social del perfil epidemiológico infeccioso de las principales patologías analizadas que demandaron el grueso de la atención en este nosocomio. En el contexto nacional, particular atención se ubica en la confrontación de clases del 15 de noviembre de 1922, hecho que detonó en el país el inicio de las luchas sociales por la reivindicación del derecho y por condiciones mínimas de equidad a una vida saludable de la población marginal.

El período de la revisión historiográfica (1920-1925), nos permite situar la praxis hospitalaria, (objeto de estudio) en la conjunción de los rezagos de la teoría miasmática con la emergencia y consolidación de la teoría microbiana que produjo un paradigma epistemológico híbrido que dominaba la explicación “científica” de la génesis de las enfermedades.

La reivindicación del método científico, la naturaleza causal de los fenómenos, las formas de explicación, las leyes, la justificación de las teorías o los criterios que debían regir el conocimiento racional aparecen como los temas fundamentales de reflexión que el autor ha relevado en este acápite. Este salto cualitativo hacia lo que se consideraba una práctica hospitalaria científica debía trascender la concepción mágico-religiosa de una institución concebida como

refugio de la caridad cristiana para los pobres de la ciudad y abrirse a la consideración de un proceso de constantes cambios de ideas y explicaciones sobre la etiología de las enfermedades.

Desde el enfoque epistemológico de producción del conocimiento (Kuhn, 1992) postula la existencia de determinados períodos marcados por una explicación hegemónica o paradigmas de la ciencia. Su vigencia se mantiene hasta que su capacidad explicativa no alcanza a satisfacer la aceptación de la comunidad disciplinar debido al apareamiento y acumulación de anomalías o paradojas explicativas de nuevos fenómenos (enfermedades o condiciones); entonces, este paradigma entra en estado de crisis y se constituye en campo propicio para que, mediante procesos radicales de producción de conocimiento (revolución), se formulen, prueben, establezcan y consoliden nuevos paradigmas que sustituyen o complementan a los paradigmas anteriormente dominantes y ahora superados. El nuevo paradigma emerge como resultado de un proceso revolucionario de la ciencia y tecnología.

El autor ha estructurado los capítulos de este volumen alrededor de un abordaje mixto que parte desde la epidemiología descriptiva y lo complementa con un rico aporte desde la narrativa médica. Esta conformación permite identificar interesantes y variadas representaciones explicativas de las patologías dominantes que afectaban a las poblaciones y que se ubican en la transición desde el paradigma mágico-religioso al miasmático; microbiano, y de los factores de riesgo.

La obra asigna una importante reseña de la formación médica hospitalaria que es magistralmente capturada mediante el registro anecdótico de una pléyade importante de grandes figuras de la medicina ecuatoriana que aportaron al desarrollo y consolidación de esta nueva medicina y salud pública “científicas”. La reforma de la educación médica estadounidense a partir del Informe Flexner y las iniciativas de la Fundación Rockefeller para el control de las enfermedades infecciosas, tanto en EE. UU. como en Latinoamérica, habrán hecho significativas aportaciones teórico-metodológicas al ámbito de la educación médica en el Hospital San Juan de Dios.

La obra del Dr. José María Terán Puente es un aporte sustancial a la producción historiográfica de la historia de la medicina ecuatoriana y de preservación de la memoria del rol determinante de una de las instituciones hospitalarias más relevantes del Ecuador. Congratulaciones al amigo, colega y maestro por su incansable labor de investigación historiográfica médica.

Dr. Milton Gross Albornoz

Homenaje a Antonio Crespo Burgos

Esta obra está dedicada a la memoria del Dr. Antonio Crespo Burgos, colega y amigo, soñador e ilustre constructor del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”.

Mi reconocimiento a Antonio, quien, en calidad de director del Museo, facilitó la ejecución de este proyecto, como una demostración más de respeto al personal sanitario que laboró en el Hospital San Juan de Dios a lo largo de 409 años.

Antonio Crespo, dilecto discípulo, compañero y amigo, caminante de la vida, recorriste la ruta delineada por “Eduardo Estrella” para enaltecer los hitos de nuestra Historia de la Medicina, andina y mestiza.

Tu presencia es imperecedera. Está en cada uno de los rincones del Museo. Tu esencia se concentra en los residuos centenarios de las pócimas escondidas en los frascos de ámbar y de porcelana, de la Botica del viejo y querido Hospital San Juan de Dios.

Tus inquietudes están fundidas en los equipos **médicos** que reposan en el Museo y que fueron usados por nuestros maestros, como parte de su esfuerzo heroico para aliviar el dolor y salvar vidas.

Tus reflexiones filosóficas fluyen, de un lado a otro, entre los libros añejos, las antiguas historias clínicas y los documentos del Fondo Documental del Archivo Nacional de Medicina, como parte importante del Museo. A menudo, dialogas en susurros con las representaciones pictóricas que protegen, día y noche, la integridad del Museo.

Tus sueños están en el aire y en tu jardín botánico, contiguo al Museo. Tú lo sembraste, lo cuidaste, lo amaste. Ahí está tu querido árbol de quina, traído por ti desde Loja. Están, además, el floripondio, sangre de drago, chamburo, arrayán; y también, la manzanilla, menta piperita, tomillo, San Pedro y muchas plantas más. Sus aromas bosquejan espirales en el aire y en las nubes. Son tus anhelos.

Así, cuando las gotas del cielo riegan el jardín, se recrea tu vida, tu obra y tu memoria,

incansablemente...

Ahora, te acarician como sutil seda de oriente, la brisa y la neblina que envuelven en la alborada la casa de Milton y Lily del lago San Pablo. El viento también está contigo y mece las totoras al ritmo de tus quimeras, al tiempo que impulsa el vuelo infinito de miles de garzas blancas.

Amigo Antonio, descansas de tus batallas ante la mirada del majestuoso Imbabura, del Mojanda y del Cajas. Las aguas del lago y su rocío nutrirán y vivificarán tu memoria, por siempre.

Agradecimientos

Al Centro de la Cultura Médica Ecuatoriana –CECUME–, organización altruista que tiene la responsabilidad de custodiar y dar vida al Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”.

Al presidente del CECUME, Dr. Ricardo Torres Gavela, mi agradecimiento personal, y a todos los funcionarios del Museo, quienes, gracias a las ejecutorias del Dr. Antonio Crespo Burgos, han facilitado la disponibilidad de los documentos originales que han permitido efectuar esta investigación historiográfica.

A la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador –PUCE–, en la persona del Dr. Francisco Pérez Pazmiño, quien, como decano de la Facultad, gestionó el Aval Académico para la publicación de los volúmenes I y II de este proyecto.

A los profesores de la Facultad y de otras universidades, quienes, en calidad de lectores internos y externos de los textos de estos volúmenes, con sus informes, permitieron cumplir con los requisitos necesarios para obtener el aval académico de PUCE.

A la Señora Rossana Coello, secretaria del decanato de la Facultad de Medicina, quien siempre apoyó generosamente la publicación de los dos volúmenes de *La Medicina del San Juan de Dios*.

A las autoridades actuales y funcionarios de la Facultad de Medicina de la PUCE, personificados en su decana, Dra. Ruth Jimbo Sotomayor, quienes han facilitado la presentación académica de este libro.

Al Dr. Rodmy Caizapanta, secretario abogado de la Universidad, quien gestionó la publicación de este volumen, con el respectivo aval académico.

A mis queridos amigos, Dr. Milton Gross Albornoz, que hizo el prólogo de este libro, y al Dr. Vladimiro Oña Viteri, quien presentó este volumen. Su dedicación, formación académica, conocimientos y generosidad aportaron significativamente en la construcción de este producto.

Al Dr. Fernando Jurado Noboa, distinguido médico psiquiatra, historiador, de gran trayectoria en la historiografía genealógica y de la ciudad de Quito, quien generosamente escribió el prólogo del Volumen I y recomendó la inclusión de los nombres de los pacientes en este estudio.

Al Dr. Gabriel Ordóñez Nieto, médico pediatra neonatólogo, distinguido maestro universitario, quien realizó la presentación del Volumen I en la Capilla del antiguo Hospital San Juan de Dios.

Al Centro de Publicaciones de la PUCE, que ha cristalizado la publicación del Volumen I y de este segundo volumen de *La Medicina del San Juan de Dios*.

A María Fernanda Peñaherrera, y a su equipo de EKA –Estudio de Diseño–, quienes, con gran calidad estética y técnica, diseñaron las portadas de los volúmenes de este proyecto.

A Valeria Guzmán, quien, con dedicación y alto nivel profesional, efectuó la corrección de textos de esta obra.

Homenaje póstumo

Esta investigación es, también, un postrer homenaje a los colegas, maestros y amigos, que laboraron en el querido Hospital San Juan de Dios y levantaron temprano sus velas. Su evocación está forjada con el cariño, los conocimientos y la sabiduría que utilizaron para atender a los enfermos.

Sus nombres están grabados imperecederamente en los muros del centenario Hospital. Sus espíritus se recrean en sus patios, se mecen al ritmo del agua canora de sus piletas. Su recuerdo es perdurable en los sentimientos de sus pacientes, familiares, amigos y colegas. Su vida y sus logros sirven de ejemplo para las nuevas generaciones.

Ellos fueron, entre otros:

Luis Cueva Sotomayor, médico cirujano, maestro universitario, eficiente director del Hospital San Juan de Dios, fue el último director del San Juan. Conocido y querido como “*médico de pobres*”. Acertado ejecutivo, eficiente cirujano, gran señor. Sus pasos resonarán, desde su Loja hasta el cielo, en el viejo y querido Hospital.

Alfonso Castro León, médico cirujano, profesor universitario, acertado director del Hospital San Juan de Dios en varias oportunidades, bondadoso con todos y especialmente con sus pacientes. Desde su ciudad natal, Riobamba, hasta más allá de su querido Quito, su remembranza es inapreciable. “*Mi noble y humanista médico de mi niñez, quien influyó para que a los cinco años decidiera ser médico*”. Dejó una huella imperecedera de humanidad médica.

Raúl Vaca Bastidas, médico cirujano, docente universitario y presidente honorario de LDU. Respetado y querido por todos los que compartimos sus enseñanzas y amistad. El apreciado “*Cabo Vaca*”, quiteño de cuna, engrandeció a nuestro querido Hospital con sus destrezas quirúrgicas, en beneficio de los más necesitados, los empobrecidos de Quito y del país. Su estela es y será perpetua.

Juan Sarrade Bahamonde, destacado médico anesthesiólogo, pionero de la anestesia en Quito. Quiteño de San Blas, fue maestro en el San Juan de Dios, de futuros especialistas de su área. Brindó con abnegación, puntualidad y constancia, sus capacidades a miles de pacientes que recibieron atención quirúrgica en el San Juan. Su remembranza y su sonrisa, persistirán por siempre.

Germán Jaramillo Larrea, médico otorrinolaringólogo a la vieja usanza. Profesor universitario, hábil cirujano, entregado a su trabajo y siempre solidario, como buen imbabureño y socialista. Dejó un vestigio de recuerdos imborrables en sus pacientes, colegas y amigos.

André Bravomalo Viteri, médico cirujano, guía cuidadoso de los jóvenes internos del Hospital, sembró conocimientos y afectos en pacientes, colegas y amigos. Su nombre es un referente de acertado médico y gran ser humano.

Antonio Orjuela Vergara, médico anesthesiólogo forjado en el Hospital San Juan de Dios, el más ecuatoriano de los colombianos, alegre y ocurrente, querido por todos. Fue un ejemplo a seguir en el ejercicio de la medicina.

Fabián Corral Cordero, médico patólogo de reconocido prestigio. Creador del Registro Nacional de Tumores (RNT). “*Fabián Corral fue el gran precursor de la epidemiología del cáncer en el Ecuador*”³. Inmenso en su día a día, afable, trabajador incansable, ponderado en todo momento, fue un valioso embajador de la Atenas del Ecuador en nuestro medio.

1 En “Luis Cueva Sotomayor, el médico de los pobres” (La Hora, 2007).

2 *Comentario de Fausto Maldonado Cajiao en Facebook (Maldonado, 2022)*

3 *Discurso de Patricia Cueva, directora del RNT en el homenaje póstumo y desvelación de una placa en el Registro Nacional de*

Mario Aulestia, médico cirujano formado en la escuela quirúrgica del Hospital San Juan de Dios. Desarrolló una gran destreza quirúrgica y destacados conocimientos clínicos. Igualmente, fue muy hábil para la música. Entregó su vida al servicio de los más pobres y necesitados en la ciudad de Otavalo. Extraordinario ser humano que brilló como colega y amigo.

Edgar Rentería Guerra, médico internista, maestro de juventudes, distinguido por su capacidad y conocimientos, *“afable, de sonrisa franca, ojos oscuros y vivaces, alegre cuando respondía al pedido de ayuda que le hacíamos llegar los aprendices que captamos su señorío cuando respondía con sobrada competencia las inquietudes y preguntas”*⁴. Fue muy querido y respetado por todos, especialmente por quienes compartieron días, noches y madrugadas en el trabajo hospitalario bajo su acertado liderazgo.

Enrique Durango Franco, médico cirujano vascular y extraordinario ser humano. *“Cuando una persona así deja este mundo no pierde solo su familia, pierde la sociedad en su conjunto, pierde la medicina nacional, perdemos sus amigos que nos quedamos con el “dolor agrupado en el costado, con dolor hasta del aliento”*⁵

Jorge Calderón, médico oftalmólogo del Hospital. Servidor diligente de los más necesitados, no escatimó tiempo para cumplir con su labor, a pesar de las limitaciones impuestas a la Salud Pública.

Tumores (Coello, 2019).

⁴ Comunicación personal de Gabriel Ordóñez Nieto (Ordóñez-Nieto, 2022a).

⁵ Comunicación personal de Gabriel Ordóñez Nieto (Ordóñez-Nieto, 2022b).

El Hospital San Juan de Dios (1920-1925)

Introducción

En un día frío y lluvioso del año 1780, caminaba el doctor Eugenio Espejo (1747-1795), pensativo y con prisa, por los pasillos del Hospital San Juan de Dios. Las dolencias de sus enfermos eran abrumadoras, sus sufrimientos agotadores y los esfuerzos que los médicos y el personal del hospital hacían para salvarlos, muchas veces fueron vanos.

Sus cavilaciones, seguramente, le obligaban a cuestionarse: ¿Por qué se enferman así? ¿Qué les provoca tan graves postraciones y muerte? Cuando las viruelas cegaban sus vidas sin piedad, con seguridad, se preguntaba ¿por qué? ¿Por qué?...

Estas y otras preguntas impedían conciliar las escasas horas de sueño a Eugenio Espejo y le inducían a leer y pensar. Eugenio Espejo planteaba en sus escritos “Sea como fuesen los corpúsculos tenues, pero pestilentes de la Viruela, nuestra experiencia nos está diciendo que estos vinieron siempre de España [...] conforme la negociación europea se fue aumentando, también las viruelas se hicieron más familiares” (De Santa Cruz y Espejo, 1786, pp. 43-44).

Las viruelas afectaron a Quito y a la propia familia de Eugenio Espejo:

El año de 1757 participó de este contagio epidémico, que pareció no ser de los más malignos; pero el año 1764 vi otro tan pestilencial, que desoló las bellas esperanzas de tanta juventud lozana y bien constituida, y entonces perdí un hermano de los mejores talentos que puede producir la naturaleza. Desde entonces volvió a los dos años a infestarse esta ciudad: se destruyó su pestilencia enteramente, hasta el año próximo pasado de 1783 en que siendo general el contagio con muerte de muchos niños, se nos ha vuelto doméstica o casi endémica; porque no se aparta hasta hoy, invadiendo ya aquí, ya allí, en los barrios de esta ciudad, como también en los pueblos del contorno de la provincia. (De Santa Cruz y Espejo, 1785, p. 44)

Al atardecer, la parca circulaba mohína entre los arcos y recovecos del hospital. Los faroleros encendían las lámparas mezcquinas con su fulgor. Entonces, se escuchaban los gemidos de los enfermos, y el aire, estático y denso, presentaba una mezcolanza de tufo alcanforados de las fórmulas magistrales, de las pócimas y de los ungüentos. Había llegado el momento más propicio para que el doctor Espejo registre el producto de sus cavilaciones.

Las lecturas del duende de Quito eran de lo más selecto y actualizado en el continente. Alimentó su intelecto con la savia extraordinaria de la Biblioteca Pública de Quito que había sido creada por los jesuitas. Su formación filosófica, humanística, médica, jurídica y libertaria fueron la base de su grandeza.

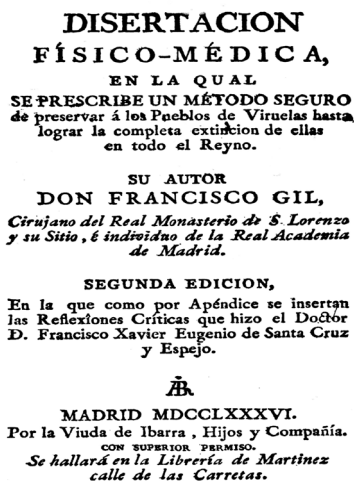
Como señaló Philip Louis Astuto (1969), profesor de la St. John's University de New York, Eugenio Espejo: “Fue prototipo de la Ilustración –hombre de ciencia y orientador de la opinión pública– [...] aun viviendo en un lugar remoto de Hispanoamérica, pudo mantenerse al unísono con los acontecimientos de Europa y otras partes de América” (pp. 21-22).

La mayor parte de su vida fructificó en la Biblioteca Pública de Quito, que fuera la biblioteca del colegio de los jesuitas en Quito, antes de su expulsión. El edificio estaba dotado de hermosura, era funcional, disfrutaba de mucha luz y exhibía bellas estatuas en madera que representaban a las diversas ciencias. Acogía más de cuarenta mil volúmenes. Como menciona González Suárez, “según Espejo, la Biblioteca de Quito era más rica que la que los mismos jesuitas poseían en su colegio de Lima. [...] Estaba en su elemento como bibliotecario público, en medio de libros, rodeado de libros, rebosaba de satisfacción” (Santa Cruz y Espejo, 1912, prólogo de González-Suárez, p. XXIX). Sobrevivía en un cuartito de la biblioteca, con funciones de bibliotecario y sin remuneración alguna. Desde este, su refugio, se proyectaba al mundo.

Se nutrió de escritos antiguos y contemporáneos. En sus comunicaciones demostró erudición y conocimientos enciclopédicos, gran ilustración, capacidad de observación clínica, de síntesis y de análisis, como base para su hipótesis sobre la causa de las epidemias y también para sus proclamas libertarias.

Así nacieron sus *Reflexiones acerca de un método para preservar a los pueblos de las Viruelas*, que fueron incluidas en la publicación del Dr. Francisco Gil, de la Real Academia Médica de Madrid, en 1786. En ellas se encuentra parte del legado de Francisco Xavier Eugenio de Santa Cruz y Espejo:

Figura 1. Carátula de la obra que en se insertaron “Las Reflexiones Críticas” del Dr. Francisco Xavier Eugenio de Santa Cruz y Espejo, Madrid (Gil, 1786)



Nota: Esta imagen fue tomada de la segunda edición del libro *Disertación Físico-Médica en la qual se prescribe un método seguro de preservar a los Pueblos de Viruelas hasta lograr la completa extinción de ellas en todo el Reyno*, de F. Gil, 1786.

La teoría miasmática de las enfermedades estaba en boga, planteaba que las enfermedades se producían por los aires contaminados y malsanos, Eugenio Espejo refutaba sus argumentos:

Si atendemos a lo que han atribuido de daño o provecho al aire los médicos, puede decirse que, en solo este elemento y sus mutaciones, se debe hacer consistir la causa de las enfermedades epidémicas. Y a la verdad, la atmósfera, que nos circunda, debe tener un influjo muy poderoso sobre nuestros cuerpos para causarles sensibilísimas alteraciones [...] Ahora, pues, si a esta atmósfera se une una porción de vapores podridos, será inevitable que contraiga una naturaleza maligna y contraria a la constitución de la sangre.

La generación de las enfermedades contagiosas pide principios peculiares que las caractericen. De allí vienen las disenterías, las anginas, los cólicos, las peripneumonías y las fiebres que rápidamente ha acometido a la mayor parte de una ciudad. Una fiebre catarral benigna, casi un mismo día echó a la cama a toda la gente de Quito, en 1767. Después experimentamos un flujo de vientre epidémico, y anginas por el año de 1769. ¿Quién podrá comprender el misterio de que en semejantes ocasiones el aire venenoso dirija a ciertas partes del cuerpo, y no a otras, sus tiros perjudiciales?... De esta manera, toda la masa de aire no es más que un vehículo apto para transmitir en vago. Luego el aire mismo no es la causa inmediata de las enfermedades; y esas partículas que hacen el contagio, son otros tantos cuerpucillos distintos del fluido elemental elástico que llamamos aire... En la casi infinita variedad de esos **átomos vivientes**, se tiene un admirable recurso para explicar la prodigiosa multitud de epidemias tan diferentes, y de síntomas tan varios que se ofrecen a la observación. La dificultad más insuperable es la que causa la Viruela, acometiendo a casi todos los que no probaron su

contagio, y perdonando también a casi todos los que la habían padecido. (De Santa Cruz y Espejo, 1785, pp. 74-81)

Espejo, el gran médico y prócer de nuestra independencia, lamenta humildemente su ignorancia y se preguntaba: “¿Quién conoce la causa del constante período de la terciana? ¿Quién penetra la naturaleza del contagio del mal de rabia [...], y así mismo con todas las enfermedades, sus períodos, sus intervalos, sus graduaciones y todas sus vicisitudes?” (De Santa Cruz y Espejo, 1786, p. 80). Este era Eugenio Espejo, el médico quiteño de muchas lecturas y preclaras cualidades intelectuales.

Pasaron cientos de años y nos encontramos en otra época con nuevos discípulos suyos. Sí, sus discípulos. Todos los médicos ecuatorianos somos discípulos de sus admirables enseñanzas. Algunos hemos tenido la suerte de seguir sus pasos por iguales espacios y salas del Hospital.

A comienzos del siglo XX, en el Hospital San Juan de Dios, médicos apasionados por su tarea ofrecían sus conocimientos, habilidades y destrezas para luchar por la salud y la vida de los más pobres de Quito y del país. Las armas para su trabajo eran mínimas, compartían severas limitaciones de elementos complementarios para el diagnóstico y de medicamentos eficaces para el tratamiento. Los conocimientos médicos y el ejercicio de la práctica clínica y quirúrgica eran su baluarte para desarrollar el *ojo clínico* y sus destrezas quirúrgicas.

En ese escenario, con otro tipo de iluminación, entre iguales sonidos lastimeros y densos aromas, vemos entre 1920 y 1925, continuar con similares afanes a Isidro Ayora Cueva, Ricardo Villavicencio Ponce, Virgilio Paredes Borja, Gualberto Arcos, Aurelio Ordóñez González, Matilde Hidalgo, M.A. Iturralde del R., C. Alberto Delgado, Ernesto Lafronte, A.E. Mosquera V., Abel Alvear, Eduardo Batallas B., E. Delgado G., J. Reinaldo Coronel, Bastidas, Jaime Modesto Rivadeneira, Carlos Andrade Marín, C. Gustavo Endara, Jácome M., C. Velastegui, E. Alzamora, L. Salvador Larrea, L.F. Grijalva, Luis Domínguez, Silvio Sánchez G., Albornoz, Stacey, J. Montero Carrión, Julio F. Arellano P., Arturo Terán G., Bernardo Augusto Estupiñán, Enrique Gallegos Anda, Aurelio Mosquera Narváez, Miguel Egas Cabezas, Gustavo Diez Arroyo, Pablo Arturo Suárez, Manuel Jijón Bello, Luis A. León, Enrique Garcés Cabrera, entre otros muchos.

El propósito en este volumen es descubrir la forma en que se concebía y ejecutaba la medicina en el viejo y querido San Juan de Dios, entre 1920 y 1925. Conocer quiénes eran los enfermos, sus edades, sus oficios, sus procedencias, sus enfermedades pasadas y sus dolencias; sus etiquetas diagnósticas, el incipiente apoyo del laboratorio, de los rayos x y de los medicamentos con los que se buscaba solucionar sus problemas. Desde luego, el resultado final es muchas veces positivo y alentador, y otras lamentablemente, fatal.

Este es el sendero que les invitamos a recorrer en las páginas de este segundo volumen. Se trata también de honrar la memoria, la vida y esfuerzos de aquellos médicos que laboraron intensamente en las salas del hospital, y junto a sus enfermos sufrieron y vivieron como precursores de nuestro efímero paso por el San Juan de Dios.

Como decía el compositor Gustav Mahler (1860-1911) y consta al ingreso del Museo del Pasillo, situado a pocos metros del viejo y querido Hospital San Juan de Dios:

“La tradición no es el culto a las cenizas, sino la conservación del fuego”.

El proyecto de investigación

Este proyecto de investigación historiográfica médica estudia las características de la atención a la salud de los enfermos, varones y mujeres, en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), entre 1916 y 1974.

Figura 2. Fachada del Hospital San Juan de Dios y el Arco de la Reina, 1900



Nota: Fotografía de Luis Azuero, tomada de *Arco de la Reina, se observa el Hospital San Juan de Dios*, de Quito, Ayer y Hoy, 2019. De dominio público.

La primera parte de esta investigación (1916-1920) se encuentra en el primer volumen publicado en julio de 2019 por el Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, PUCE. Este segundo volumen estudia las características de la atención de salud en el hospital desde 1920 a 1925.

Para el análisis de la documentación disponible, se consideraron los distintos factores, actores y circunstancias que intervinieron en la ejecución del acto médico, sin prescindir de las características del entorno de la sociedad quiteña, el estado del ejercicio médico, los conocimientos médicos y los recursos disponibles en los distintos momentos de la época en estudio.

Con apoyo del personal del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”, se accedió al Fondo Documental del Archivo Nacional de Medicina, que es una sección del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”. Con la documentación existente, se revisa, de acuerdo a las facilidades propias de la documentación disponible, las características de la atención médica en el Hospital.

Objetivos específicos

- Los objetivos específicos de esta investigación son los siguientes:
- Exponer, en síntesis, las características socioeconómicas, culturales y sanitarias de la ciudad y del país, en el período de estudio.
- Reconocer a los principales actores sanitarios, y relevar sus características humanas y médicas.
- Describir las características humanas y sociales de los usuarios del Hospital.
- Conocer y analizar los registros médicos de la época, con sus aportes clínicos y quirúrgicos.
- Conocer y analizar los diagnósticos propuestos en los distintos servicios.
- Conocer los procedimientos y exámenes complementarios.
- Describir y analizar las características de los principales tratamientos clínicos, quirúrgicos, medicamentosos y no medicamentosos, aplicados en los distintos servicios.
- Analizar las implicaciones de los tratamientos aplicados, desde la perspectiva médica de la época.

Metodología

El contexto socioeconómico, cultural y sanitario de la época, permite realizar un abordaje desde la perspectiva histórica y antropológica en que se desenvuelve el trabajo médico y las condiciones de vida de la población atendida en el Hospital San Juan de Dios en el período correspondiente.

Se reconoce del hecho cierto de los determinantes sociales de la salud, como los definió la Asamblea Mundial de la Salud 62.14:

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (World Health Organization, 1962, p. 14).

Se trata de un estudio historiográfico, médico, descriptivo, observacional y de carácter retrospectivo, sustentado por la revisión documental y bibliográfica en relación las diferentes patologías atendidas en el Hospital entre 1920 y 1925. Para el análisis se utilizan documentos escritos de la época, en revistas, libros o publicaciones oficiales; así como investigaciones publicadas en revistas científicas y libros de valor académico actual.

Los principales supuestos de nuestra investigación giran alrededor del trabajo de los actores sanitarios, su formación académica profesional limitada por los conocimientos de la época y el comportamiento humano de los sanitaristas, con los valores y prácticas propias de su entorno socioeconómico y cultural, frente a las características socioeconómicas y culturales de los pacientes.

Se consideran las restricciones generales de infraestructura y equipamiento, así como el limitado acceso a medicamentos, a procedimientos terapéuticos, clínicos y quirúrgicos propios de la época, y la situación de los servicios de salud, dedicados a la atención médica de los grupos mayoritarios de la población, casi siempre relegados por las autoridades gubernamentales.

La presente investigación corresponde al ámbito social, desde las perspectivas médica e histórica. Conjugua una proposición de investigación social y sanitaria. Considera algunos aspectos cuantitativos, sin embargo, la investigación es primordialmente descriptiva, analítica y propone una visión epistemológica hermenéutica.

Esta investigación contempló las siguientes fases:

- Exploratoria: se revisó el inventario general del Fondo Documental del Archivo Nacional de Medicina, para establecer un plan de trabajo, tomando en cuenta períodos (quinquenios o fracción) y servicios médicos o salas del hospital.
- Recolección y sistematización de la información: mediante el registro electrónico de las historias de los pacientes, incluyendo en ellos la descripción general de los actores médicos e internos, datos de identificación, diagnósticos, procedimientos y desenlace final de las acciones médicas realizadas.
- Interpretación de los hallazgos: El análisis e interpretación de los datos obtenidos se ejecutó teniendo en cuenta las condiciones sociales del entorno y contrastando las actividades sanitarias ejecutadas con los conocimientos de la época y los conocimientos científicos actuales.
- Formulación de conclusiones: mediante el análisis de los eventos acaecidos en los distintos períodos, sin perder de vista el contexto histórico y los conocimientos médicos del momento, se trata de establecer conclusiones que resalten lo esencial de los distintos eventos médicos.

Por la naturaleza del estudio se incluyeron todos los registros de historias clínicas u otros documentos existentes en el fondo. Se excluyeron unos pocos datos de registros ilegibles.

Conflicto de intereses

- Esta investigación se ejecuta sin remuneración para el investigador, quien declara que no tiene conflicto de interés en la realización de la presente investigación.

El Fondo Documental del Archivo Nacional de Medicina, del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”

Gracias al entusiasmo de dos idealistas, el Dr. “Eduardo Estrella” y el Dr. Antonio Crespo Burgos, el país tiene el Museo Nacional de Medicina, la Biblioteca Médica y el Archivo Nacional de Medicina. El Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella”, forma parte del Centro de la Cultura Médica Ecuatoriana –CECUME–, que acertadamente preside el Dr. Ricardo Torres Gavela.

Los registros clínicos del Fondo Documental del Hospital San Juan de Dios, que se encuentran disponibles en el museo, inician en el año 1916 y concluyen en 1974, cuando el Hospital cerró sus puertas definitivamente. Esta documentación debería ser conocida y analizada, para desvelar los detalles de su funcionamiento y fundamentalmente las características de la atención médica, idealmente desde 1565, año de su fundación, hasta 1974, año en que el Hospital cerró sus puertas.

Desde la perspectiva histórica, el Hospital San Juan de Dios, fundado en 1565 y cerrado en 1974, resulta un ser social especialmente importante para su tiempo, por las interacciones entre el personal del hospital, los profesores y estudiantes de Medicina de Quito, y las personas que acudían a solicitar atención médica, así como sus familiares.

Estas relaciones, en el campo del ejercicio médico y la atención de salud proporcionada a los enfermos que acudieron a solicitar sus servicios, superan el nivel histórico general y tenían connotaciones propias del quehacer médico de entonces. No solamente por el poder que ejercía el médico sobre la vida y problemas de salud de sus pacientes, sino también por las características de las acciones que realizaba para lograr la recuperación de la salud perdida. Dichas acciones, clínicas o quirúrgicas, tenían su propio dinamismo. Eran distintas al proceso médico actual, desde la relación médico-paciente hasta los medios para el diagnóstico, la nomenclatura diagnóstica, los medicamentos, las técnicas quirúrgicas u otras terapias.

Las historias clínicas del Hospital San Juan de Dios, 1920 – 1925

Con los registros originales como fuentes primarias de información, se analizaron los documentos disponibles, correspondientes al período 1920-1925. Estos registros constan en los siguientes libros, cuya reseña consta en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Inventario de los libros de Registros Clínicos del Hospital San Juan de Dios (1920-1925)

Libro N°	Sala	Actividad Médica	N° de pacientes
1	La Virgen	Clínica (enero 1920 - julio 1923)	248
2	Santa Rita /La Virgen	Clínica (febrero 1920 - junio 1923)	137
3	Servicio de Clínica de Mujeres	Clínica (diciembre 1921 - abril 1925)	162
4	San José (Dr. R. Villavicencio P.)	Clínico-quirúrgica (enero 1920 - junio 1921)	290

5	Santa Rosa	Clínico-quirúrgica (febrero 1921 - julio 1924)	587
6	Santa Rosa	Clínico-quirúrgica (mayo 1924 - mayo 1925)	101
7	Santa Teresa	Clínico-quirúrgica (noviembre 1921 - diciembre 1924)	366
8	San José (Dr. Eustorgio Salgado)	Clínico-quirúrgica (enero 1924 - enero 1925)	129
9	San Juan	Clínico-quirúrgica (septiembre 1923 - abril 1925)	84
10	Santa Marta	Servicio de Sifilografía (agosto 1924 - mayo 1925)	60
Total			2.163

La distribución de los pacientes por servicios, como se observa en la “Tabla 2”, ha permitido sistematizar y analizar las características de la morbilidad y la mortalidad de cada uno los servicios, así como la individualización de las patologías de las distintas salas, los abordajes diagnósticos, los tratamientos clínicos y quirúrgicos, así como la condición final de los pacientes.

Tabla 2. Registros de pacientes por Servicios. Hospital San Juan de Dios (1920-1925)

Servicio	Nº de casos	Proporción
Clínico Quirúrgico (mujeres y hombres)	1.556	71.94
Clínica (mujeres)	547	25.29
Sifilografía (mujeres y hombres)	60	2.77
Total	2.163	100 %

La distribución por sexo de los pacientes se presenta en la “Tabla 3”.

Tabla 3. Distribución por sexo Hospital San Juan de Dios (1920-1925)

Servicio	Nº de casos	Mujeres	Hombres
Clínico Quirúrgico (mujeres y hombres)	1.556	502	1.054
Clínica (mujeres)	547	547	
Sifilografía (mujeres y hombres)	60	60	
Total	2.163	1.109	1.054

Es de especial interés el capítulo sobre violencia sexual, física o psíquica registrados en el HSJD entre 1920-1925, en los servicios de Clínica y Clínica Quirúrgica.

Los diagnósticos, consolidados, de los registros de los servicios de Clínica, Clínica Quirúrgica y Sifilografía, se presentan en la “Tabla 4”.

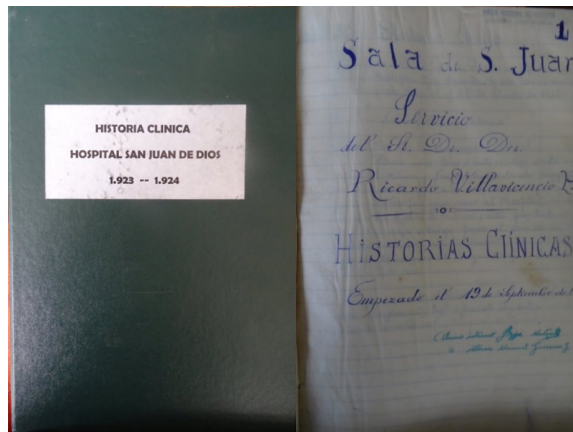
Tabla 4. Diagnósticos de los Servicios de Clínica, Clínica Quirúrgica y Sifilografía HSJD (1920-1925)

Patologías	Nº de diagnósticos
Infecciosas	333
Dermatológicas	280
Infecciones de transmisión sexual	212
Parasitarias, digestivas e infecciosas intestinales	211
Traumáticas	147
Gineco Obstétricas	146
Cáncer	123
Respiratorias	112
Pared abdominal	101
Hepáticas, renales y cardíacas y otras	73
Vasculares	26
Varios diagnósticos	21
Tejidos blandos	18
Otras patologías abdominales	16
Ortopédica y Malformaciones congénitas	14
Neuromusculares	10
Inflamatorias / autoinmunes	9
Neurológicas /Salud Mental	9
Dentales	4
Hematológicas	3
Endocrinas	3
Sin diagnóstico	285
Total	2.163

Además, se presentan y comentan escritos y actividades académicas médicos relevantes del Hospital, en consideración de la importancia de los médicos desde la perspectiva histórica de la Medicina.

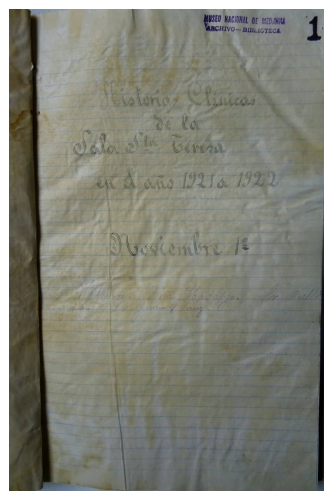
Las “Figuras 3 y 4” corresponden a la portada de uno de los registros, fuentes primarias, de esta investigación.

Figura 3. Libro de Historias Clínicas de la sala San Juan 1923-1924, Hospital San Juan de Dios



Nota: El ejemplar original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella”, Quito, Ecuador.

Figura 4. Libro de Historias Clínicas de la sala Santa Teresa 1921 a 1922, Hospital San Juan de Dios



Nota: El ejemplar original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella”, Quito, Ecuador.

Como sostuviera Pedro Laín Entralgo, el conocimiento de la Historia de la Medicina ofrece al médico la posibilidad de:

Una poderosa ayuda para el logro de la claridad intelectual que el ejercicio de cualquier técnica tan esencialmente pide. Ejecutar con alguna perfección un empeño técnico —por ejemplo, diagnosticar de modo no rutinario una estenosis mitral— es siempre resolver personal y satisfactoriamente un problema intelectual; y la claridad mental que de suyo exige e irradia el hecho de resolverlo llega a su máximo cuando se conoce con cierto rigor la historia del problema en cuestión. El cardiólogo que sepa, siquiera sea sumariamente, lo que en relación con el concepto y el diagnóstico de «estenosis mitral» significan los nombres de Lancisi, Albertini, Sénac, Morgagni, Corvisart, Laennec, Stokes, Duroziez y Potain, es seguro que dominará su saber cardiológico con una claridad intelectual hartamente mayor que el ignorante de tales nombres y tal significación. (Lain-Entralgo, 1978, p. 30).

Esta es la razón de ser de este estudio.

CAPÍTULO I

Quito y Ecuador en la época

La ciudad de Quito (1920-1925)

A finales del siglo XIX e inicios del XX, se constituyeron buena parte de la cultura política y de los imaginarios que condicionaron el funcionamiento de la vida social hasta los años sesenta del siglo pasado. Su peso fue tan grande que, en muchos aspectos, esa “cultura común” continúa gravitando hasta el presente (Kigman, 2006, p. 37).

El análisis sobre Quito que realiza Eduardo Kigman Garcés, entre 1860 y 1940, expone aspectos esenciales de la estructura y dinámica de la sociedad quiteña. Muchos de aquellos elementos culturales subyacen, con mayor o menor intensidad, todavía en el ser social de la ciudad en la actualidad.

Son significativas las estructuras clasistas y étnicas, en las que aparecen como determinantes los elementos de clase, vinculados a la propiedad de bienes inmuebles, a los orígenes sociales, familiares y étnicos. Las relaciones sociales tenían un carácter predominantemente familiar antes que individual. Los miembros de las familias se relacionaban con los de otras familias de su misma condición, para consolidar los distintos grupos sociales y, desde luego, económicos. Kigman expresa:

Los habitantes de la ciudad señorial estuvieron sujetos a un sistema estamental y a parámetros relativamente estables de clasificación social y étnica. No es que no hubiese cambios en la situación social de los individuos, pero estos siempre se daban dentro de límites predeterminados. Formaban parte de este sistema, a más del régimen de propiedad y los órdenes estamentales, las redes de parentesco y las clientelas. Hay que considerar, además, el régimen político conformado en torno a instituciones como el cabildo, los gremios y cofradías, las agrupaciones benéficas, los alcaldes y gobernadores de indios, que servían de base a la administración étnica (Kigman, 2006, p. 152).

Resalta el papel de las instituciones tradicionales, como la iglesia, en la estructuración social de las ciudades y factor determinante para la conformación de los valores y de los imaginarios colectivos de sus habitantes, siempre en el contexto de su propia clase social:

La Iglesia actuaba en campos diversos, que apuntaban tanto a normar el comportamiento social (dada la escasa separación de sus acciones con respecto a las del Estado) como al control de la vida doméstica y la educación de la infancia, pasando por una economía política de base rentística relacionada con el manejo de diezmos, censos, capellanías, instituciones de beneficencia. Se trataba de una acción pastoral dirigida al cuidado del rebaño en su conjunto, así como al de todos y cada uno de sus miembros. Al mismo tiempo, su acción no era igual para todos. La Iglesia, por ejemplo, diferenciaba la educación de las elites de la educación de los pobres y aunque la religión era común a todos los feligreses, la doctrina aplicada a los indios en las haciendas era distinta de las prácticas religiosas urbanas. Lo que se demandaba a unos y otros, en materia de salvación, variaba de acuerdo a la condición social y étnica (Kigman, 2006, pp. 154-155).

Alrededor de 1920 comienza el desplazamiento de la ciudad de Quito hacia sus extremos norte y sur. La presencia de automotores a partir de 1901, el servicio público del tranvía inaugurado en 1914 y la construcción de vías longitudinales en Quito, así como otros acontecimientos, favorecieron su crecimiento y un proceso de transformación social, cultural y geográfica.

La ciudad se extendía desde Chimbacalle hasta la Colón y su arteria principal de movilidad era el tranvía y resultaba cada vez más pequeña. Las fincas campestres, ubicadas al norte del parque de El Ejido, cobraron vida urbana. La ciudadela Mariscal Sucre (La Mariscal) situada al norte del parque de El Ejido, fue parte de dicho crecimiento. Este proceso migratorio de

la burguesía quiteña, del centro a la cercana periferia norte, generó el abandono progresivo e irreversible del centro histórico, con su correspondiente deterioro social, cultural, físico y humano (Peyronnie & Maximy, 2002).

Figura 1. El tranvía en la Plaza de Santo Domingo, 1920



Nota: El autor de esta fotografía es desconocido. De dominio público.

En los primeros años de 1900, comenzaron la provisión de los servicios básicos a Quito. Inicialmente el agua potable y la luz eléctrica. Ventajosamente, las autoridades prestaron mayor atención a la salud e higiene de la población. Para 1920, la presencia del ferrocarril que vinculaba la costa con la serranía, el desarrollo de la telefonía, la radio y las comunicaciones nacionales e internacionales, impulsaban lentamente el desarrollo de la ciudad. El desarrollo cultural, centrado en el teatro y la música, la literatura y el periodismo en el Ecuador, los nuevos colegios de la capital, complementaron la posibilidad de estructurar un Quito nuevo, diverso, más grande y lamentablemente más inequitativo. “La proyección por primera vez de una película de Charles Chaplin. La actividad literaria, principalmente la poesía, tuvo una gran presencia, con la difusión en los principales diarios de obras de Jorge Carrera Andrade, Gonzalo Escudero, Ernesto Noboa, entre otros” (González, 2013, p. 3).

Los servicios básicos, sintetizados en la “Tabla 1”, se implementaron desde el centro de la ciudad, tomando como referencia central la Plaza de la Independencia. El área de servicios se extendía desde el centro hacia la calle Elizalde, que está a 9 cuadras hacia el norte; a la calle Cuenca, a una cuadra dirección oeste; la Flores, a dos cuadras al oriente, y la Maldonado, a cinco cuadras hacia el sur.

Tabla 1. Los servicios básicos en la ciudad de Quito

Servicio	Año	Obra
Agua Potable	1913	1913 planta de Purificación “El Placer”. Central hidroeléctrica con cámaras de filtración a base de arena. Dispositivo de cloronización del agua. Equipo alemán de bombeo en las fuentes de “El Sena”: 80 Lt/persona/día. Diseñó y construyó el Ing. Shutter. Servía al centro y un poco más allá en sus extremos norte y sur.
Manejo de la basura	1920	Recolección y acarreo de basura hacia depósitos o quebradas: Depósitos en el relleno de la Plaza Marín (a 5 cuadras de la Plaza de la Independencia) y en los 2 Puentes. Horario de trabajo: 4 a.m. a 10 p.m. Se usaban 16 carretas tiradas por mulas.

Alcantarillado	1921	Canalización entre las calles Olmedo, Cuenca, Rocafuerte y Guayaquil, hasta la Elizalde al norte y Maldonado al sur, para llevar los desechos hacia el río Machángara.
Servicio Eléctrico e Iluminación	1922	Central hidro-eléctrica Los Chillos. Capacidad 1760 Kw. Utiliza aguas del río Pita en el cantón Rumiñahui.
Transporte	1901	Arriba el primer automóvil a Quito.
	1920	Aterriza el primer avión a Quito (monomotor de dos alas) en la planicie de Iñaquito como pista de aterrizaje. Llega después de un recorrido desde Guayaquil, Cuenca y Riobamba.
	1921	Pavimentación con sistema bitúlico (asfalto): 50.000 m ²
Telecomunicaciones	1903	Se funda la Compañía de Teléfonos.
	1920	Empieza operación inalámbrica Quito-Guayaquil: Radiotelegrafía.
	1922	Inician funcionamiento las estaciones inalámbricas de Quito y Guayaquil.

Nota: Adaptada de *Breve historia de los Servicios en la Ciudad de Quito*, por M. Vásquez, A. Carrión, A. M. Goetschel, & N. Sánchez, 1997, pp. 16-32 (<https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/49071.pdf>). Copyright de CIUDAD Centro de Investigaciones.

En 1920, la disposición de la basura se realizaba a escasas 5 cuadras de la Plaza de la Independencia, en la quebrada de la Plaza Marín, que fue rellenada con basura y escombros y al sur de la ciudad, en los dos puentes. Las 16 carretas de la basura, tiradas por mulas, trabajaban desde la madrugada hasta la noche, durante 18 horas diarias. Los médicos higienistas **Manuel Jijón Bello** en el Municipio de Quito, **Pablo Arturo Suárez** y **Carlos Andrade Marín**, entre otros, impulsaron estas y otras acciones para el saneamiento de la ciudad.

También en esta época la ciudad inició el desarrollo de electricidad, transporte y telecomunicaciones, con la misma lógica anterior, del centro a la periferia con límites bastante bien definidos. Sin embargo, el crecimiento urbano, regular e irregular, la iría superando siempre, hasta la actualidad.

Figura 2. Observatorio Astronómico de Quito. Parque de La Alameda en el extremo norte de Quito (1873). Fotografía Patrimonial



Nota: El autor de esta fotografía es desconocido. De dominio público.

La designación de Patrimonio Cultural de la Humanidad por la Unesco en 1978 y de Patrimonio Nacional de Ecuador en 1984, por poseer el Centro Histórico más extenso, mejor conservado y menos alterado de toda América Latina, han permitido mantenerlo como un centro histórico relativamente vivo.

Las migraciones internas hacia Quito, movidas por la pobreza del campo, el desempleo y el atractivo del auge comercial de la Capital, nutren el incremento de su población. Quito se pobló con el aporte de los compatriotas provincianos, que echaron raíces en esta ciudad y dejaron huérfanos de su contribución a sus pequeñas ciudades. “En esta época, Quito fue idealizado como «el sueño provinciano». Es por ello que empezaron a trasladarse desde los pueblos, parroquias y provincias ubicadas en el centro-sur del país, para conseguir una mejor calidad de vida” (Bastidas & Soria, 2017, pp. 99-100).

La ciudad crecía en población y en superficie. Si en 1820 se extendía en un área de 260 hectáreas, en 1908 había llegado a las 380 hectáreas, mediante su extensión hacia el norte y hacia el sur. En 1921 se contabilizaban 815 hectáreas y alrededor de 60 000 habitantes, los cuales llegarían a 100 000 en 1940. (Peyronnie & Maximy, 2002).

El incremento poblacional de Quito generó una demanda creciente de recursos para la vida diaria y, especialmente, de los servicios básicos, que eran progresivamente insuficientes. Además, el acceso a los servicios básicos en los diferentes sectores de la ciudad era disímil. Los sectores de mayores recursos económicos los alcanzaban con mayor facilidad que los sectores populares. Éstos, crecían desordenadamente en las estribaciones de las lomas y especialmente al sur del Panecillo.

Figura 3. Calle Flores, antigua Manosalvas. Esquina del Colegio San Fernando, 1920



Nota: El autor de esta fotografía es desconocido. De dominio público.

En “La forma urbana de Quito: una historia de centros y periferias” los autores buscan reconstruir los procesos sociales sobre los cuales se cimentaron las transformaciones históricas de la estructura urbana de Quito en la época de este estudio:

La forma de organización urbana-territorial que emergió de la crisis urbana se constituyó por una segregación residencial especificada longitudinalmente de norte a sur, en zonas homogéneas al interior y heterogéneas entre ellas; así tuvimos: al norte los sectores de altos ingresos, al centro los tugurizados y al sur los de bajos ingresos. El acelerado y desigual proceso de constitución y habilitación del suelo urbano, logró en 18 años (1904-1922) cuadruplicar el área de la ciudad e impulsó la especulación con la tierra urbana (Carrión & Erazo, 2012, p. 507).

Parte del peso de la crisis económica de 1920-1930 se traslada a los inquilinos de los edificios del centro de la ciudad. Se configura “la apropiación de la renta del suelo, a través del alqui-

ler” de viviendas, a las personas de menores recursos que tienen necesidad de arrendarlos. Los terratenientes disponen de rentas provenientes del agro que generan nuevas rentas en la urbe. Se revaloriza la tierra de los solares de la capital, con lo cual “nació el terrateniente urbano, el capital rentista” (Carrión & Erazo, 2012).

El empobrecimiento de la gente era el denominador común de la mayoría de la población en Quito. Las repercusiones de la pobreza en las condiciones de salud y de vida, constituían el mejor terreno para la reproducción de las enfermedades.

Las limitaciones presupuestarias, la dificultad de transporte desde el puerto de Guayaquil, la topografía montañosa de Quito, los limitados caudales hídricos disponibles para dotación de agua potable y eliminación de aguas servidas, fueron problemas sanitarios significativos.

En Quito, el primer censo de población se realizó el 1 de mayo de 1906 (Oficina Central de Estadística, 1906). El primer censo de población y vivienda del Ecuador se realizó en 1950 (Ministerio de Economía & Dirección de Estadísticas y Censos, 1960). Sin contar con los censos de la edad antigua y de la edad media, en Canadá, se realizó el primer censo de población en 1666, cuando era colonia francesa. En la era moderna, el primer censo de población en Inglaterra, Gales y Francia, se ejecutó en 1801. En Bélgica, Holanda e Italia, comenzaron registros demográficos desde 1850. Los censos tenían como objetivo generar un soporte consistente para definir las políticas públicas, demográficas y sanitarias (Rodríguez-Castilla, 2007).

Estas son algunas pinceladas del entorno en que se ejecutaron las actividades del Hospital San Juan de Dios en el período 1920-1925. Quito había terminado de superar la epidemia de la gripe española (1918-1920) con un significativo impacto en Quito, que en 14 meses afectó a gran parte de su población, si bien los datos oficiales la circunscribieron a un lapso de 3 meses, desde noviembre de 1918 hasta enero de 1919. “A partir de enero de 1919 y hasta febrero de 1920 se hospitalizaron un total de 87 pacientes con diagnóstico de gripe. Varias de las enfermas tuvieron complicaciones neumónicas y una de ellas falleció en octubre de 1919” (Terán-Puente, Recalde & Crespo, 2019, p. 48).

Figura 4. Alrededores de Quito. Autor José Domingo Laso, 1920



Nota: Esta fotografía pertenece a la colección particular de Julio Enrique Estrada Ycaza. De dominio público.

En aquella época, el Ecuador vivía una situación crítica en todos los aspectos de su organización social y vida diaria. A continuación, un esbozo de ese panorama.

El contexto socioeconómico del Ecuador (1920-1925)

La actividad política del Ecuador estaba marcada por irregularidades en la denominada democracia ecuatoriana, bajo los designios de una minoría de acomodados banqueros, exportadores

y comerciantes, que gobernó a su gusto y para su beneficio desde 1912 hasta 1925, durante el denominado *Período plutocrático*.

La crisis de los años correspondientes a la Primera Guerra Mundial (1914-1918) afectó la vida de todos los ecuatorianos, incluyendo a las élites económicas. La crisis del Gran Cacao, por la disminución de las exportaciones a Europa, generó mayor desempleo principalmente en el agro del litoral. En contrapartida, los banqueros consiguieron la denominada Ley Moratoria de 1914, con lo cual sus bancos inundaron el país de billetes sin respaldo en oro físico. La inflación consecuente alcanzó grandes proporciones en estos años. Por tanto, la pobreza en el campo, las migraciones internas hacia los polos de desarrollo, Guayaquil y Quito, aumentaron la presión a las ciudades y deterioraron aún más la calidad de vida de sus ciudadanos.

Acosados por el fantasma que ellos mismos habían creado y por las amenazas que venían del exterior, los bancos pidieron auxilio al gobierno, que acudió en socorro de sus amigos y salvó a ciertos bancos técnicamente quebrados, mediante la emisión de la célebre Ley Moratoria, de 30 de agosto de 1914, que los exoneró de la obligación de canjear el papel moneda por oro metálico. De este modo, se encubrió y legalizó oficialmente la estafa hecha al país por Urbina Jado y se garantizó la continuación del fraude. (Núñez-Sánchez, 2016, p. 283).

En efecto, con esa Ley (Moratoria), se procede irremediablemente a la depreciación de la moneda; (...) Si a esto agregamos que los Bancos, por autorización legal, pueden tener en circulación billetes por el doble del valor en oro que guardan en sus cajas y que se deja campo abierto a las emisiones clandestinas o autorizadas por la falta de vigilancia o complicidad de los empleados públicos, se verá que la desvalorización es fuertísima, el peligro inmenso.

Con la depreciación de la moneda el aumento de los precios viene enseguida y de día en día es mayor, sufriendo las consecuencias aquellos que, por circunstancias anormales, no pueden aumentar el precio de lo suyo. (Almeida & Marchán, 1988, p. 240)

Los paradigmas sociales del siglo XIX se mantenían vigentes sin superar los rezagos de la rancia aristocracia, a pesar del creciente número de artesanos y la incipiente clase trabajadora, ésta última principalmente en Guayaquil. La religiosidad y el sometimiento en función del poder y del dinero estaban intactos.

En el ámbito educativo, a pesar de las declaraciones de las Constituciones de 1905 y de 1906 a favor de la educación laica y de la separación del Estado y de la Iglesia, la religiosidad de los ecuatorianos, liberales o no, era evidente.

Esta nota irónica, bajo el título “En espera de un milagro”, publicada en un periódico liberal, reflejaba “La poca influencia que hasta la segunda década del siglo XX había alcanzado la educación laica y su sistema de valores sobre el conjunto de las prácticas culturales de una sociedad fuertemente permeada por la religiosidad católica.” (Terán-Najas, 2017, p. 87). Asimismo, se relata que “Pese al esfuerzo secularizador librado hasta esos momentos, las escuelas laicas eran todavía islotes en medio de una marea católica que no cesaba de agitarse. Una noticia de julio de 1916 publicada en el periódico liberal El Día, ilustraba esta realidad a propósito del ambiente que los estudiantes vivían al término del año escolar por la rendición de los temidos exámenes finales. Se relataba que ‘en la capilla de Cantuña donde se venera al taumaturgo San Antonio que hace encontrar lo perdido, se ve diariamente un número crecidísimo de niños de ambos sexos y de profesoras, colocando reverentes cirios a dicho Santo, con las súplicas de que les haga salir bien del examen. Inocente y conmovedor pedido” (Terán-Najas, 2017, p. 98).

Después de Alfaro y el liberalismo, por gestión de los propios liberales *moderados* que desviaron el proceso iniciado por Eloy Alfaro, se consolidó la plutocracia, que manejó todos los procesos económicos, políticos y sociales, como en su propia hacienda.

En esa sociedad oligárquica, la “libertad económica” fue entendida como respeto y predominio absoluto a las actividades privadas, sin intervencionismo estatal. En consecuencia, las reducidas élites de la Sierra y de la Costa (hacendados, agro-exportadores, comerciantes, banqueros y uno que otro industrial), que controlaban la riqueza, obraban como si el país les perteneciera.

Las cámaras de comercio, agricultura e industria, creadas en Guayaquil (1889) y Quito (1906), fueron reconocidas por la ley como consultoras obligadas de los gobiernos y sus criterios económicos debían observarse. Los bancos privados controlaban el sistema monetario-financiero y cuatro de ellos (B. Del Ecuador, B. Comercial y Agrícola, B. Del Pichincha y B. Del Azuay) tenían el monopolio de la emisión. Los esfuerzos de Eloy Alfaro por industrializar al país fracasaron. Las finanzas del Estado, siempre pobres, dependían de los créditos bancarios, el cobro de impuestos indirectos, especialmente al comercio externo, y la venta de algunos productos (estancos) o servicios. Durante el “período plutocrático” (1912-1925) los banqueros y sus aliados económicos eran, literalmente, “dueños” del país”. (Paz y Miño, 2018b)

Las elecciones presidenciales solamente servían para sacramentar las decisiones previas de las élites gobernantes. Con ninguna vergüenza y sin contradictores significativos que cuestionen sus maniobras, se impusieron gobiernos dispuestos a continuar satisfaciendo los apetitos económicos y de dominación política de las minorías acaudaladas.

La sola enunciación de las cifras que se dieron como resultados oficiales de las elecciones presidenciales de 1912, 1916, 1920 y 1924 revela la forma en que se manipulaba el proceso. En 1924, por ejemplo, bajo la consabida fórmula, el candidato liberal «alcanzó» ciento ochenta mil votos; diez años después, en elecciones que se consideraron libres y en que se destacó la amplia participación popular, la suma de los votos de todos los candidatos ascendió tan solamente a algo más de cincuenta mil. Con todo, tal vez fue la elección de 1924 la última que se aceptó sin mayores protestas. (Albán-Gómez, 1989, p. 55)

Los mecanismos propuestos para la gestión gubernamental, siempre dependieron de las decisiones de los grupos económicos, ya sean bancos o agrupaciones de comerciantes, de agricultores y de los pocos industriales de entonces. Así se consolidaba la plutocracia en el Ecuador. La denominada *bancocracia*, controló la Presidencia de la República con sus propios asociados:

Alfredo Baquerizo Moreno (1916-1920), uno de los propietarios del Banco del Ecuador; José Luis Tamayo (1920-1924), abogado del Banco Comercial y Agrícola, y Gonzalo Córdova (1924-1925), representante común del todopoderoso banco de Urbina Jado y del grupo oligárquico del General Plaza.

El cacao constituía el 74% de las exportaciones del país. La crisis internacional consumió sus precios rápidamente. Así, en marzo de 1920, la libra se vendía a 26,75 centavos de dólar; en diciembre, bajó a 12 centavos de dólar la libra; en febrero de 1921 se pagaba solamente 5,75 centavos de dólar por libra. Las plagas por hongos hicieron también un gran impacto. En 1916 se exportaron más de un millón de quintales de cacao; en 1923 se exportaron solamente 640.000 quintales de cacao. Por tanto, de un ingreso de más de 20 millones de dólares en 1920, bajó a menos de la mitad en 1921 y a 7.5 millones de dólares en 1923.

La inflación causada por las emisiones sin respaldo llegó a niveles escandalosos. La producción exportable no lograba recuperarse y el sucre, que en tiempos de Alfaro se cambiaba a la par del dólar, se depreció tanto que llegó a cotizarse en cinco por dólar. El pueblo, víctima principal de la política expoliadora de la bancocracia, sufría el embate conjunto de la inflación, la desocupación y el hambre, por lo que empezó a protestas y a organizarse para la defensa de sus derechos. (Núñez-Sánchez, 2016, p. 284)

Para Víctor Emilio Estrada (Guayaquil, 1891-1954) y Luis Napoleón Dillon (Quito, 1875-1929), dos estudiosos y testigos de la crisis económica y política del Ecuador entre 1920 y

1927, de acuerdo con la publicación *Crisis y Cambios de la Economía Ecuatoriana en los Años Veinte* (Almeida & Marchán, 1988, pp. 238-243), registraron a beneficiarios y perjudicados por la crisis. En síntesis, son los siguientes:

Beneficiarios: El fisco, “Los bancos, los exportadores, especialmente de café y los sombreros de paja del Austro”, los industriales “especialmente los fabricantes de textiles de la sierra”, “Los terratenientes de la costa, que transforman sus cultivos de cacao en plantaciones de caña de azúcar y arroz” en medio de una numerosa oferta de mano de obra a bajo costo”, “Los hacendados del callejón interandino, previamente beneficiados por la terminación del Ferrocarril del Sur y por la limitación y subida de precios de las importaciones...” que convierte a la costa en dependiente de la producción agropecuaria del interior, a mayores costos y “Los distintos agentes económicos, empresas o consumidores”, ya que, según lo recuerda Estrada, “los déficits fiscales cubiertos con la ampliación de la deuda posibilitan posponer el aumento de gravámenes a la colectividad; de esta manera, el Estado subsidia a las actividades del sector privado” (Almeida & Marchán, 1988, pp. 238-243).

Perjudicados: Los propietarios de plantaciones cacaoteras, por la pérdida de valor (en 1920) y por la baja de sus cosechas (en 1923). Los trabajadores en general, pues los salarios marchan retrasados frente al incremento de los precios, empobreciéndolos cada vez más.

En la publicación del Banco Central, Víctor Emilio Estrada y Luis Napoleón Dillon proponen la siguiente pregunta, que mantiene vigencia y podría haber sido planteada en muchas ocasiones similares, también en la actualidad: “¿Existió un uso y administración de la crisis en beneficio de unos agentes económicos y en perjuicio de otros sectores sociales?” (Almeida & Marchán, 1988, p. 243).

La masacre del 15 de noviembre de 1922

En las circunstancias que vivía nuestro país, crueles para la vida de la mayoría, aparece la posibilidad de la organización popular y el crecimiento de los gremios de artesanos y trabajadores asalariados. Ante estas actividades, la respuesta de la oligarquía gobernante fue contundente. En la presidencia de José Luis Tamayo (1920-1924), la organización de los trabajadores en la Federación Regional de los Trabajadores del Ecuador (FRTE), gracias al creciente descontento de los trabajadores del Ferrocarril Quito-Guayaquil, por incumplimiento en el pago de sus salarios, acompañada de artesanos y trabajadores guayaquileños se toman pacíficamente la ciudad, se interrumpieron los servicios públicos y las marchas de miles de trabajadores, hasta 30.000 o más, se sintió con derecho a solicitar cambios en la política del gobierno.

Para evitar distorsiones interesadas que pretendan minimizar las luchas de los trabajadores de nuestro país y lo acontecido en esta fecha lúgubre para el movimiento obrero, se incluyen transcripciones textuales de algunas publicaciones de los principales diarios de la época, en nada afín a los intereses de los gremios asalariados.

Diario El Telégrafo de Guayaquil: La tragedia del 15 de noviembre de 1922. En cuanto a los manifestantes, el parte dice que “pueden llegar a doscientos muertos”

La producción y exportación del cacao ecuatoriano empezó su declive en 1917, cuando las grandes plantaciones empezaron a reducir su producción a causa de una plaga, la “monilla”. Remató a esta plaga otra más dañina, la “escoba de bruja”. Y para que los productores sientan el peso de la crisis, aparecieron en el mapa mundial algunos países que hicieron la competencia. Esto, por un lado. Por otro, en 1922, el sucre tuvo su caída: el dólar, que valía 2,25 sucres, subió a 4.27. En fin, el inicio del gobierno de José Luis Tamayo, liberal de gran trayectoria y prestigio, enfrentaba una grave crisis económica, lo que motivó a las manifestaciones populares en Guayaquil, centro del movimiento comercial.

En octubre de 1922, los trabajadores del ferrocarril se declararon en huelga. A este foco de la pro-

testa social se sumaron otros gremios de trabajadores y artesanos: Luz y Fuerza Eléctrica, Carros Urbanos, Asociación del Astillero y la Sociedad de Tipógrafos. Todos estos gremios se dieron a la protesta en las calles bajo el mando de la Confederación de Obreros del Guayas, estructura laboral que llevaba el esfuerzo principal de las manifestaciones que clamaban su malestar por la carestía de la vida, sin que llegue a faltar el grupo de infiltrados que pretendían desestabilizar el gobierno de Tamayo.

Llegado el 14 de noviembre, la ciudad estaba controlada por las fuerzas gremiales, cuyos líderes no lograban contener el desorden y el caos, por lo que el gobernador Jorge Pareja, ordenó personalmente dejar en libertad a los presos de la Confederación Obrera, y así cumplir con uno de los puntos del pliego de peticiones.

¿Por qué se recuerda al 15 de noviembre de 1922 como un día fatal en la historia de las organizaciones gremiales? En ese día las protestas llegaron al máximo nivel. En plena calle fue asaltado -por un grupo de manifestantes- un pelotón de soldados del Ejército que cuidaba las mesas de elecciones municipales. ¡Otra facción marchó a las inmediaciones del cuartel de Policía gritando “¡El dólar a dos sucres!” , a lo que la guardia respondió con fuego; mientras que, en lados dispersos, otros manifestantes saqueaban almacenes, incluso buscando armas, opacando así el verdadero sentido de la protesta.

La convulsión social llegó a lo más crítico debido a que ciertas facciones de manifestantes llegaron a atacar los cuarteles del Ejército y de la Policía. Tal como consta en el parte del general Enrique Barriga, jefe de la Tercera Zona Militar, documento encontrado en el archivo de Universidad Andina, caja 25, carpeta de 1923 sobre informes del Ministerio de Guerra y Marina, ratifica el ataque de los huelguistas a las instalaciones del Ejército y la Policía, y la estrategia de este comandante, aplicada en la distribución de sus tropas en los puntos precisos para la represión. El documento revela que “otra inmensa muchedumbre se lanzaba sobre el cuartel Vencedores y fue rechazada por su tropa y por el refuerzo del batallón Montúfar”. Sobre el ataque al cuartel de Policía, enunciado en líneas anteriores, el parte dice que “los huelguistas avanzaron sobre la Policía, desarmaron a una escolta que guardaba el orden en la parroquia Ayacucho, y con esas mismas armas y municiones, carabinas y revólveres, dispararon sobre gendarmes y el Escuadrón”.

A las siete de la noche los manifestantes fueron dispersados luego de una represión armada que muchos historiadores califican como “brutal”. De la Fuerza Pública, el parte manifiesta que de sus filas hubo un muerto y 21 heridos, de estos, un oficial. En cuanto a los manifestantes, el parte dice que “pueden llegar a doscientos (muertos)”, a lo que se sumó “un gran número de capturados que saqueaban los almacenes y que fueron entregados a la Policía”.

Esta historia, de sangre y fuego, describe la reacción de un pueblo que luchó por los derechos laborales, el alto precio de la canasta familiar y la crisis económica del Ecuador y del mundo, pero también el nefasto papel de los infiltrados y sus saqueos. Aquella protesta social del 15 de noviembre, merece ser reconocida como la primera huelga de los trabajadores y obreros del Puerto Principal, sin dejar de lado el parte del general Barriga. (Bravo, 2020)

En consecuencia, las mayorías del país debían sobrevivir en pobreza, con limitaciones extremas en vivienda y salubridad, en educación y servicios de salud. Los pobres debían convivir con la desnutrición y las enfermedades, laborando en condiciones precarias y sin ninguna seguridad social o leyes que protejan a la fuerza de trabajo.

El Universo, diario guayaquileño, sintetiza así los sucesos: “La matanza obrera de hace 96 años aún estremece en Guayaquil. Los hechos del 15 de noviembre de 1922 marcaron la historia de la ciudad. Según el Gobierno de entonces, hubo 10; los obreros decían que fueron 90.

“El sacrificio de un pueblo”. Así se encabezó el texto en el que EL UNIVERSO reconoció una lucha obrera legítima desviada hacia la muerte, un sacrificio del pueblo, anotó el editorial que apareció el 16 de noviembre de 1922 en la portada de este Diario junto a la reseña de ese fatídico 15 de noviembre que se conmemora hoy.

Hace 96 años Guayaquil vivió uno de sus capítulos más trágicos: la matanza de obreros. El Gobierno de entonces dijo que fueron 10 y el gremio contó 90. Un aumento salarial y la aplicación de la ley de la jornada de 8 horas (1916) eran parte de los reclamos. Se registraron desafueros de los huelguistas, el desvío de su lucha y los enfrentamientos con la autoridad. “El pueblo ha sido sacrificado, pues, en aras de innominadas ambiciones”, escribió. (El Universo, 2018)

Diario El Comercio de Quito: 15 de noviembre de 1922. Enrique Echeverría.

Con pasión política de odio creciente, llegamos a una situación peligrosa, en parte por la intervención de noveles actuantes en las filas combatientes de organizaciones indígenas, sin experiencia en la lucha física y acatando las instrucciones de altos dirigentes también apasionados, cuál si se tratara de una guerra.

¿Qué pasó el 15 de noviembre de 1922?: “La clase obrera del Puerto Principal, que comenzaba a organizarse en sindicatos, dio el grito de alarma asesorada por elementos de conocida tendencia política”. Se inició un paro de los trabajadores eléctricos exigiendo aumento de salarios y otras garantías. “Durante una semana, la ciudad de Guayaquil vivió sin alumbrado y sin abastecimiento para su mercado” ... “Llegado el día, 15.000 huelguistas demandaban la libertad de compañeros apresados” ... “Coincidió la llegada de estos con un pequeño motín en una mesa de elecciones inmediatas y el disparo de unos tiros al aire” ... “La gente dispersada a balazos buscaba refugio y armas en tiendas y almacenes, el ejército los ultimaba sin piedad dentro y fuera de los locales; la masacre se prolongaba en plazas y calles. Algunos grupos ante la desesperación y la muerte se lanzaron al río y aun allí eran abaleados inmisericordemente” (Eduardo Muñoz Borrero. - En el Palacio de Carondelet).

El valioso novelista Joaquín Gallegos Lara, más tarde se refirió al suceso en su célebre novela “Las Cruces Sobre el Agua”.

Familiares de los que fueron abaleados en el río, año tras año, acudían a colocar un farol en el lugar que podía tenerse como tumba. Los faroles llevados por la corriente eran el homenaje a su sacrificio en la huelga.

Mucho se acusó al ejército que actuó en esa fecha. Para completar la realidad, quien en 1963 fue presidente de la Junta Militar, Gral. Marcos Gándara Enríquez, publicó el libro “La Semana Trágica de Guayaquil” con investigación detallada y revisión minuciosa de lo que la prensa publicó sobre la tragedia del 15 de noviembre, inclusive con fotografías. En dicho libro, recoge la versión del Diario quiteño El Día, según la cual ... “Los manifestantes atacaron y desarmaron a la Escolta de Policía; fueron para atacar al Batallón Vencedores, siendo rechazados; los soldados disparaban inicialmente al aire. Muchos manifestantes saquearon almacenes a pretexto de buscar armas para resistir a la tropa”. En el Diario el Universo estimaron que hubo 30.000 muertos; que desafiantes llevados por el odio social amenazaban a otras personas con señales de cortarles el cuello.

En 1922, un peón agrícola percibía salario de 10 centavos de sucre (un real). La pobreza de entonces era profunda y los... Elementos de conocida tendencia política, impulsando el odio de la masa popular, no advirtieron el peligro de una multitud en acción, de lo cual hablaremos en una próxima nota. (Echeverría, 2021)

Diario El Comercio de Quito: 15 de noviembre de 1922. Benjamín Rosales. Habían caído sin vida más de 500 huelguistas (Sacerdote Mercedario Carlos D. Cobo, 1923).

Mucho se ha escrito sobre el trágico día en que una gran cantidad de trabajadores murieron bajo el fuego de armas disparadas por nuestros soldados y policías. Hay controversia sobre la magnitud de la tragedia ocurrida en Guayaquil el 15 de noviembre de 1922, algunos dicen que los muertos fueron solo pocas docenas de personas, y otros que fueron acribillados miles de ciudadanos. Con el fin de aclarar los terribles sucesos, en los que según la novela ‘Las cruces sobre el agua’ para esconder la gravedad de la matanza, los cuerpos fueron arrojados al río Guayas, el miércoles pasado, aprovechando una corta visita a Roma, fui al Archivo Secreto Vaticano en busca de información.

Encontré el ‘Informe Reservado de la Huelga General de Guayaquil’ del sacerdote mercedario Carlos D. Cobo al delegado Apostólico en Lima, José Petrelli, fechado el 12 de abril de 1923, que da lo que puede ser una versión objetiva y equilibrada de los sucesos.

Según Cobo, el Gobierno consintió que unos 20 000 o 30 000 huelguistas recorrieran las calles de la ciudad los días 13, 14 y 15 de noviembre, llegando estos a enardecerse porque no se decretaba la incautación de giros como lo exigían. El 15 en la tarde, los manifestantes se habían dividido en dos grupos, uno encabezado por los síndicos Trujillo y Puig y directores de la Gran Asamblea, se dirigieron a la Gobernación en la calle Pedro Carbo para exigir la libertad de los apresados, y otro en la Av. Olmedo había desarmado a un gendarme y 14 soldados que custodiaban las urnas de las elecciones de consejeros municipales que ese día se realizaban.

Luego se reunieron los grupos y avanzaron donde se hallaban los presos, las tropas del Gobierno “creyendo, sin duda alguna, que los huelguistas trataban de tomarse el cuartel, disparan sobre la muchedumbre y la desconciertan con un ataque inesperado”. Se inició entonces el saqueo de almacenes en busca de armas y los dos mil hombres de la tropa se desplegaron disparando a los asaltantes y dispersando a tiros de fusilería a los huelguistas.

Dice el informe de los hechos: “A las seis de la tarde, las calles de la ciudad estaban desiertas, el Gobierno había triunfado en toda la línea; pero habían caído sin vida más de 500 *huelguistas* [énfasis agregado]. La Cruz Roja recogió los heridos, y de los muertos, unos fueron sepultados, otros incinerados y algunos arrojados al río Guayas”.

Sin duda esa trágica tarde ocurrió la mayor matanza de ecuatorianos en la historia, más grave aún en número de muertos que la ocurrida en Quito el 2 de agosto de 1810. Es sorprendente el parecido en las circunstancias de los dos terribles sucesos: pueblos enardecidos buscando la liberación de ciudadanos injustamente apresados y abusivos soldados disparando sin piedad contra desvalidas muchedumbres. (Rosales, 2009)

Matanza de cientos o miles de guayaquileños, cuyos cadáveres fueron arrojados al río Guayas. Nunca se estableció la cifra real.

(...) la Asamblea de Trabajadores del Ferrocarril del Sur, en Durán, resolvió presentar al gerente, J.C. Dobbie, un pliego de peticiones cuyas demandas centrales fueron:

- que se respete la ley de 8 horas de jornada diaria y la de accidentes de trabajo. La jornada de 8 horas fue decretada en 1916 y la Ley sobre Accidentes de Trabajo en 1921;
- aumento de salarios: mientras la remuneración mensual de los trabajadores era de unos 30 sucres, el sueldo de los jefes era de por lo menos 250 dólares, en momentos en que el dólar llegaba hasta a 4 sucres;
- considerar la semana de trabajo de 6 días: hasta entonces, la semana laboral era de 7 días;
- estabilidad laboral: a fin de no separar a cualquier trabajador sin causa justificada;
- otras: suprimir descuentos de los sueldos de los trabajadores para el hospital, un nuevo cirujano, botiquines en Durán, Bucay y Ambato, restituir en el puesto a varios trabajadores despedidos.

Al no recibir respuesta, los ferrocarrileros iniciaron la huelga, respaldada por la FTRE, la COG y la Asociación Gremial del Astillero. En los siguientes días, aumentó la solidaridad de otros gremios de trabajadores. La alarma que produjo la paralización del ferrocarril en el país, forzó al gerente Dobbie a entrar en arreglos con los huelguistas. El 26 de octubre las partes suscribieron el Acta en que se aceptaban los planteamientos de los trabajadores.

El éxito de los ferrocarrileros de Durán dio pie a numerosas reivindicaciones laborales de los guayaquileños. El 8 de noviembre, los trabajadores de la Empresa de Luz y Fuerza Eléctrica y de la Empresa de Carros Urbanos presentaron sus demandas a los patronos. El reclamo de los empleados, motoristas y conductores de los tranvías eléctricos incluyó, en lo esencial:

- la ley de 8 horas, y pago de sobretiempos;
- aumento de salarios;
- estabilidad laboral;
- cumplimiento estricto de la Ley de Accidentes de Trabajo;
- planteamientos específicos: regulación del número de vueltas, permisos, pasajes, carros, responsabilidades de los conductores, calamidad doméstica y otras.

Los operarios de los carros de tracción a mula coincidieron en establecer turnos cada 12 horas; pago de sobretiempos que excedan las 8 horas; cese de despidos; aumento de salarios; cumplimiento de la ley de seguro y accidentes. En los siguientes días, se sumaron a las huelgas los trabajadores del gas, verteros y conductores de carros urbanos, del taller de carrilanos, cascajeros, etc. Uno de los Manifiestos sostuvo: «Existe una ley que determina el tiempo de trabajo diario, en ocho horas como máximo, y, sin embargo, se nos obliga a trabajar 18 y 20 horas al día». El día 10 se sumaron a la huelga los trabajadores de las fábricas de Guayaquil. El 11, artesanos y constructores; el 13 los voceadores y nuevas fábricas; este día la FTRE declaró el paro general. El 14 Guayaquil fue una ciudad paralizada y sin luz.

El día 15 de noviembre, la gigantesca manifestación por las calles de Guayaquil fue reprimida a fuego abierto. Murieron centenares de obreros. (Paz y Miño, 2018a)

Tamayo ordenó al comandante de Zona de Guayaquil, mediante telegrama: “Espero que mañana a las seis de la tarde me informará que ha vuelto la tranquilidad a Guayaquil, cueste lo que cueste, para lo cual queda usted autorizado”. Entonces, se ejecuta la matanza de cientos o miles de guayaquileños, cuyos cadáveres fueron arrojados al río Guayas. Nunca se estableció la cifra real.

La situación era crítica en noviembre de 1922 y se agravó el 15 de ese mes. Miles de trabajadores se habían movilizado y tomado las calles de Guayaquil. Cientos de soldados, sin deseos de matar, tenían órdenes de hacerlo.

Figura 5. “El Bautismo de sangre” Movilización de los trabajadores. Guayaquil, 15 de noviembre de 1922



Nota: Fotografía tomada de *El Bautismo de Sangre, noviembre de 1922*, de G. Rodas, 2020 (<https://adhilac.com.ar/?p=17400>). De dominio público.

Las cruces sobre el agua de Joaquín Gallegos Lara

En 1946, Joaquín Gallegos Lara escribió la que es considerada la novela de Guayaquil, *Las cruces sobre el agua*, en la que se lee:

Centenares de botas golpearon, marcando el paso. En la esquina los distintos grupos se separaron, a sus rumbos asignados (...) En la avenida Olmedo, el oficial que mandaba dio el alto al pelotón. Desplegados, rodilla en tierra, prepararon y apuntaron. – Alerta a la orden de fuego... Arr! Al fondo (...) la gente se desbordaba. El sol, como curioso, bajaba ese rato a lustrar las copas verdosas de los ficos (...) Los de pata al suelo se venían (...) –¡Fuego! Trescientos desarrapados jadeantes, de rostros de ladrillo y actitud de perros apaleados, a treinta pasos, recibieron la descarga. (Gallegos Lara, 2003, pp. 240-241)

Era solo el principio.

Al salir, oyó las rachas de tiros. ¡Y era cerca! El agarrón parecía por el Paseo Montalvo. Los rurales colgaban a los peones de los dedos, quemaban las chozas (...) En un segundo se halló envuelto en los tropeles de fugitivos abaleados. Quiso gritar que no era huelguista, que no era de Guayaquil, que era del monte. ¿Quién iba a oírlo? Un tiro no dolía: era igual que una pedrada. Cayó redondo a tierra, sin un suspiro, sin un recuerdo más. (Gallegos Lara, 2003, p.242)

Luego de la masacre estratégicamente planificada en diferentes puntos de la ciudad, sucedió el atroz complemento:

A través del yute de los sacos, tocaba hombros, nalgas, narices, zapatos. Adelantó las manos y se le enredaron brazos y piernas elásticos. Parecían pretender aplastarlo, retenerlo. ¡Cadáveres! Como carnero sacó topando la cabeza entre sobacos de vellos ásperos y húmedos, faldas revueltas que hedían a lavanzas, carnes flácidas y de piel resbalosa, bocas heladas y babeantes en las que chocaba con la dureza repentina de los dientes.

Los ojos le rebozaron de luz. El soldado dijo: – ¡Hemos sudado, mi teniente, con estos pen-dejos! ¿Para botarlos al agua es que los hemos acarreado acá a la orilla? – ¡Claro, pues, bruto! ¿Para qué si no? Es por si acaso una hexumadera, no hallen tantos en el panteón. – Pero van a flotar. –¿No ve que, para eso, antes de largarlos, les abrimos la panza? Y aquí adelante hay poza (...)

Todo el final del muro del malecón, en la extensión, tal vez de una cuadra, estaba cubierto de amontonados cuerpos. Sobre ellos se inclinaban, como perros hurgadores, los milicos. Delante de cada uno, su brazo se quebraba en brusco gesto: así había visto, de chico, beneficiar chanchos en el camal (...) Quiso gritar. Gritó. –¡A mí no, que estoy vivo! Seguramente ahora tampoco sonaba su voz. Luceros lívidos le estallaron en la vista. La cabeza se desvanecía. El hielo de la punta del yatagán le penetró en el bajo vientre, cerca del ombligo y, desgarrando, corrió hacia el estómago, hacia el pecho. El dolor dividió su ser entero en un hachazo de negrura final.

(...) De repente, por el extremo de los muelles, más allá de las canoas y barcas, Alfonso vio recostarse escueto un grupo de cruces negras. Se erguían, flotando sobre boyas de balsa. Eran altas, de palo pintado de alquitrán. Las ceñían coronas de esas moradas flores del cerro, que se consagra a los difuntos. A su alrededor, el agua se hacía claridad líquida, pareciendo querer serles una aureola. (Gallegos Lara, 2003, pp.248-276)

Benjamín Carrión comentó a Joaquín Gallegos Lara, en relación con este triste suceso:

La novela *Las cruces sobre el agua*, nos ofrece un amplio mural de la vida caliente del trópico guayaquileño, en el cual, el personaje de fondo, el motivo central, es aquella fecha doloro-

sa, trágica y heroica del pueblo de su tierra baja, que constituye la inicial sacrificada de los trabajadores, en los inicios de las luchas sociales ecuatorianas: el 15 de noviembre de 1922. (Mora, 2012, p. 237)

La organización social continuó injusta e inequitativa como antes. Sin embargo, poco tiempo después pudo florecer nuevamente la esperanza para los desamparados. Se puede afirmar que la matanza de Guayaquil sembró el germen para la Revolución Juliana. La creciente inflación, la pobreza, la enfermedad, la insalubridad y el abandono gubernamental abonaron el proceso. Con estos dolorosos antecedentes sociales, la Revolución Juliana comenzó en 1925 y se mantuvo hasta 1931.

El Hospital San Juan de Dios y sus servicios médicos (1920-1925)

Servicios de Clínica, Clínica Quirúrgica y Sifilografía

El Hospital San Juan de Dios, tenía varios servicios para la atención de adultos y niños. Para el período 1920-1925 se dispone de información sobre los servicios de Clínica, Clínica Quirúrgica y Sifilografía en la Sala Santa Marta. Además, existía como consulta ambulatoria el Dispensario Infantil. En total, durante el período en estudio se atendieron a 2.163 pacientes en los tres servicios de hospitalización.

El mayor número de registros disponibles para este estudio proviene del servicio de Clínica Quirúrgica, por la orientación eminentemente quirúrgica del hospital, factor que contribuyó a la estructuración de su propia escuela quirúrgica.

Clínica de Mujeres (547 pacientes)

Para esta época, el servicio de Clínica de mujeres se realizaba en las salas de la Virgen, Santa Rita y en el pensionado de Santa Teresa (Pensionado). Se dispone una parte de los registros clínicos de estas salas. No se cuenta con registros de los pacientes varones que seguramente se trataban en la sala San Luis u otras.

Clínica Quirúrgica (1.556 pacientes)

Para el servicio de Clínica Quirúrgica de mujeres, estuvieron destinadas las salas de Santa Rosa y el pensionado de Santa Teresa. Para los hombres se contaba con la sala San José, sala San Juan y también podían ser internados en la sala Santa Teresa.

Los registros clínicos de los servicios de Clínica y Clínica Quirúrgica, correspondientes a 1920-1925, son la fuente primaria para la presente investigación.

Sifilografía (60 pacientes)

La sala Santa Martha se constituyó como servicio de Sifilografía para mujeres. Se dispone de los registros de pacientes de agosto de 1924 a marzo de 1925.

El Dispensario Infantil

En el artículo “Morbimortalidad en el Dispensario Infantil del Hospital San Juan de Dios de Quito en 1917” (Terán Puente, Terán-Puente & Gross-Albornoz, 2019) se describe la morbimortalidad de 1.716 niños atendidos en el dispensario infantil en 1917. Es un estudio descriptivo, retrospectivo, sobre fuentes primarias de información. La morbilidad principal fue por problemas digestivos, con 778 casos (45,3%) y por patologías respiratorias con 651 casos (37,91%). La mortalidad fue de 8,6%, con 140 decesos, debido principalmente a problemas digestivos, con 74 casos (4,31%) y 60 (3,50%) por problemas respiratorios. Las principales causas de mortalidad fueron la gripe con 52, enteritis con 33 y la gastroenteritis con 32 casos. Suman 117 casos (83,7%) de los 140 decesos. Se concluyó que la morbimortalidad en el dispensario infantil respondió a una interacción de la estructura social, étnicamente estratificada, con déficit de servicios básicos, limitada educación, pobreza e incipientes servicios de salud de la época, que orientaban las oportunidades para los individuos y la sociedad, de tener resultados positivos o negativos en salud.

Los paradigmas sobre la génesis de las enfermedades y el Hospital San Juan de Dios

Durante su existencia, el Hospital San Juan de Dios vivió la convivencia de diferentes paradigmas sobre el origen de las enfermedades. El paradigma microbiano podría haber predominado entre 1920 y 1925. Sin embargo, las concepciones paradigmáticas históricamente anteriores, la mágico-religiosa y la miasmática, no dejaron de coexistir.

Para abordar este tema, se presenta parte del artículo Entre el dogma y la razón: teorías epidémicas y representaciones sociales en la pandemia covid-19 en Ecuador. (Gross Albornoz, Terán Puente, & Terán-Puente, 2020)

Desde el enfoque epistemológico, de los paradigmas de la ciencia (Kuhn, 2004) se reconocen determinados períodos marcados por una explicación hegemónica o paradigmas de los fenómenos epidémicos. Su vigencia se mantiene hasta que su capacidad explicativa no alcanza a satisfacer la aceptación de la comunidad disciplinar debido al apareamiento y acumulación de anomalías o paradojas explicativas de nuevos fenómenos (enfermedades o condiciones); entonces, este paradigma entra en estado de crisis y se constituye en campo propicio para que, mediante procesos radicales de producción de conocimiento (revolución), se formulen, prueben, establezcan y consoliden nuevos paradigmas que sustituyen o complementan a los paradigmas anteriormente dominantes y ahora superados.

El nuevo paradigma emerge como resultado de un proceso revolucionario de ciencia y tecnología. Este proceso epistemológico contextualizado históricamente, permite identificar cuatro representaciones explicativas dominantes de las enfermedades y condiciones endémicas o epidémicas que afectan a las poblaciones:

- Paradigma mágico-religioso;
- Paradigma miasmático;
- Paradigma microbiano; y
- Paradigma de los factores de riesgo.

Paradigma mágico-religioso

La complejidad de los fenómenos naturales excedía la capacidad explicativa de las poblaciones afectadas por las epidemias en los orígenes de la humanidad. Su marco de explicación era lo sobrenatural, metafísico, mágico y religioso.

El politeísmo primitivo atribuía las enfermedades al castigo divino sobre los humanos que transgredían sus normas. Cuando la enfermedad atacaba, era necesario apaciguar a los espíritus descontentos. El monoteísmo, en los escritos de la Biblia, enfatiza que: “El Señor os castigará con la peste...; con la sarna y la comezón... os castigará con el frenesí, la ceguera y el furor... hará llover sobre vosotros todos los males y todas las llagas... hasta que os convierta en polvo” (Deuteronomio 21-61, como se encuentra citado en Gross-Albornoz, Terán Puente & Terán-Puente, 2020).

El Corán registra:

Y cuando Dios quiere el mal para un pueblo, nadie puede impedirlo y no tendrán amigo o protector, aparte de Él. Y la desgracia no cesará de afligir a quienes no creen... hasta que llegue el castigo acordado por Dios. En verdad, Dios no incumple lo prometido. (Corán, Cap. 13, 31, como se encuentra citado en Gross-Albornoz, Terán Puente & Terán-Puente, 2020)

La peste negra de Londres (1664-1665) fue asociada con hechos mágico-astroales, religioso-punitivos y proféticos. Estos castigos divinos provocaban un complejo de culpabilidad saturado de miedo, pánico, inseguridad y angustia: “Los médicos de la antigüedad se daban a la fuga cuando se desencadenaban las epidemias, pues sabían que no podían hacer nada”. (Ledermann, 2003).

En el *Diario del Año de la Peste* de Daniel Defoe, relata:

Una estrella flamígera o cometa apareció varios meses antes de la epidemia... Las viejas y los hipocondríacos (...) señalaron (en particular después de los acontecimientos) que esos cometas pasaron directamente sobre la City y tan cerca de las casas, que claramente significaban algo que concernía a la City sola. (...)Yo (...) fui capaz de ver en ellas los presagios y advertencias del juicio de Dios.

(...)El pueblo se mostró más adicto a las profecías, conjuros astrológicos, sueños y cuentos de comadres (...) algunos que ganaron dinero gracias a ellas, imprimiendo predicciones y pronósticos (...) También por varios libros que presumían de religiosos, uno titulado Sal de Ella, mi Gente, si no eres Partícipe de sus Plagas, otro llamado Clara Advertencia, otro, Recordatorio Británico (...)

(...) Los astrólogos sumaron a esto las historias sobre conjunciones malignas de planetas, de influencia dañina que anunciaban sequía, hambre y peste. (Defoe, 1722/2018)

La secuencia: vida disoluta-castigo y venganza divina, peste-arrepentimiento y reforma de la vida y costumbres, modelo interpretativo de las epidemias, se registra en una carta pastoral (1854) del arzobispo de Granada al clero diocesano, “exhortándolos a practicar una saludable reforma en vida y costumbres, como preservativo cierto de los males que son de temer en la invasión del cólera-morbo, azote con que la divina justicia aflige hoy a nuestra península” (De Reyes, 1854, p. 1). En casi todas y cada una de las 18 páginas de esta carta, se enuncian razones para la ira y el castigo divino, la venganza de Dios y la necesidad de arrepentimiento para lograr su clemencia.

Durante la civilización clásica y en la hegemonía medieval de la Iglesia católica (siglos III-XV), las concepciones mágicas religiosas que interpretaban la enfermedad y la salud como expresiones de castigo y perdón divinos se mantuvieron dominantes; sin embargo, las medidas empíricas de control de las infecciones siguieron desarrollándose, gracias a su impacto práctico y no necesariamente como inspiración sobrenatural.

Paradigmas miasmático y contagionista: era sanitarista

El paradigma del *miasma* consideraba que las emanaciones fétidas producidas por descomposición de sustancias orgánicas, originaban *per se* las enfermedades.

El *Tratado contra la peste* (1527) del Dr. Enrique de Ribera describe el pensamiento dominante del paradigma miasmático, sin embargo, los elementos mágicos y sobrenaturales, conviven con elementos racionales de la propuesta miasmática. En el capítulo primero, titulado “De las causas de la peste”, Ribera acude a los escritos de Avicena y menciona que la corrupción de los simples elementos por malos vapores que en ellos se juntan, corrompen el agua y el aire, “por algunas batallas campales do muchos caballos mueren y hombres que no fueron sepultados” (De Ribera, 1527).

Algunas veces por aguas hediondas de charcos, cuyo mal olor corrompe el aire por los vapores pésimos y hediondos que de ella salen. Otras veces por cosas no limpias como muladares o tenerías o pelambres existentes cerca de las villas, cuyo aire se corrompe por los malos vapores que de ellas salen y “así se causa la peste... Donde tanto ganado vacuno, ovejuno, cabruno, yeguas, asnos y caballos murieron y quedaron muertos por los campos de hambre a causa que ninguna yerba nació así se inficionó el aire” (De Ribera, 1527) provocando la muerte de las tres cuartas partes de dicho ganado.

Figuras 6 y 7. “Tratado contra la pestilencia” - Dr. Enrique de Ribera médico de la corte Imperial



Nota: Tomado de *Tratado cōtra pestilencia*, de E. De Ribera, 1527 (<http://hdl.handle.net/10481/16437>). Bajo licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0.

Este tratado señala, que:

El aire, que se ha impregnado de partículas malignas y venenosas, se comunica a los hombres con aquellas partículas, y corrompiendo todos los humores, y comunicándoles todas aquellas partículas de malignidad los disuelva o coagule, según la cualidad que contenga en sí, y excitando una total destrucción y corrupción produzca esta peste.

Los alimentos pútridos o el uso del pescado corrompido producen una masa de la sangre corrompida y depauperada de espíritus balsámicos, que con la mayor facilidad adquiere una corrupción en sumo grado, y produce la peste. (De Ribera, 1527)

Su texto incluye una serie valiosa de recomendaciones para la vida diaria, relativas a aseo, alimentación, ejercicio, cuidado con el agua que se consume, la cual debe ser cocida, lavado de manos con vinagre y el consumo del vino, para evitar las pestilencias.

Como mensaje para los médicos, cirujanos y aún barberos, propone:

Anden guarnecidos y armados con sus armas defensivas, e implorando aquella bendita y gloriosa madre de dios al tu hijo precioso quiera rogar con inestimable medicina les quiera amparar y guardar... Por su santa clemencia y piedad de nosotros quitarnos quiera nuestros pecados universales y particulares. (De Ribera, 1527)

Este tratado es una evidencia demostrativa de la conjunción de elementos razonados, que configuran la propuesta miasmática de las pestes, y los elementos mágicos (astrales) y religiosos, como posibles causas trascendentes, más allá de lo terrenal de las pestilencias, en medio de la intensa presencia del complejo de culpa *universal y particular*, así como la necesidad de las rogativas y ofrendas correspondientes.

La acumulación capitalista primitiva en Inglaterra, empujada por la revolución industrial, el apareamiento del ferrocarril y de la máquina de vapor, despojó de tierras comunales a los campesinos e impulsó su migración hacia ciudades industrializadas. Se generó un caótico proceso masivo de urbanización, marginalidad y exclusión, cuya impronta fue el hedor y la pestilencia, lo que abonó la creencia del potencial patológico miasmático.

La propuesta miasmática carecía de sustento experimental para su prueba. Se consolidó basándose en la asociación entre enfermedades infecciosas y variables socioeconómicas de los colectivos del proletariado británico. Esta asociación fortaleció una explicación causal entre enfermedad epidémica y marginalidad laboral. La hipótesis unívoca de los miasmas como

causas de la enfermedad fue superada con aportaciones teóricas y experimentales que permitieron su transición a nuevos estadios explicativos y modelos interpretativos de la enfermedad, como la teoría contagionista, se produce con las aportaciones filosófico-sociales de Federico Engels, y teórico experimental de algunos epidemiólogos de la etapa de la aritmética sanitaria, como Ignaz Semmelweiss, Rudolf, Virchow, John Snow y otros.

Espejo desbarata la teoría miasmática

La teoría miasmática estaba en boga en 1748, año en que Eugenio Espejo escribe sus *Reflexiones acerca de las Viruelas*. Uno de los principales autores que sostuvo esta teoría es el destacado médico inglés Tomás Sydenham (1624-1689). Se constituyó en uno de los referentes para la negación de la comunidad médica ante las evidencias de John Snow, quien en 1854 determinó la forma en que se difundió la epidemia de cólera en Londres, y señaló que el cólera se reproducía en el organismo humano y se transmitía mediante el agua contaminada.

En igual forma, la influencia de Sydenham se hizo presente para que no sean aceptadas las evidencias microscópicas de Filippo Pacini, anatomista italiano, quien, también en 1854 durante un brote de cólera en Florencia, identificó en las heces y en las lesiones intestinales de los fallecidos por cólera, millones de elementos a los que llamó vibriones. Sin embargo, poco o ningún caso se hizo a sus aseveraciones y se siguió considerando válida la teoría miasmática, hasta 1884 en que Koch identificó al *Vibrio cholerae*.

Es importante observar que John Snow (1813-1858) y Filippo Pacini (1812-1883) son posteriores a Eugenio Espejo (1747-1795) quien escribió sus *Reflexiones sobre las Viruelas* 106 años antes de los aportes que Snow y Pacini realizaron en 1854.

Espejo se refiere a Sydenham, expresando:

Acaso el único médico que habló con ingenuidad y generoso candor, asegura, cuando trata de la fiebre pestilencial y peste de los años de 1665 y 666, que ignora cuál sea la disposición del aire de que depende el aparato morbífico de las enfermedades epidémicas, con especialidad de las viruelas y peste, y venera la bondad misericordiosísima de Dios Omnipotente, que no queriendo sino raras veces la propagación mortífera de un aire venenoso y mal constituido, hace que sólo sirva éste a inducir enfermedades de menor riesgo. Es el caso que el sabio inglés atribuye la causa de las epidemias a la pésima constitución del aire, y de allí viene la admiración que le ocasiona ver que una misma enfermedad en cierta estación abraza a infinito número de gentes, haciéndose epidémica, y en otra solamente insulta a uno que otro individuo, sin pasar adelante con mayor ímpetu. (De Santa Cruz y Espejo, 1785, p. 71).

Sobre esta argumentación, Eugenio Espejo razona así:

Si atendemos a lo que han atribuido de daño o provecho al aire los médicos, puede decirse que, en solo este elemento y sus mutaciones, se debe hacer consistir la causa de las enfermedades epidémicas. Y a la verdad, la atmósfera, que nos circunda, debe tener un influjo muy poderoso sobre nuestros cuerpos para causarles sensibilísimas alteraciones [...] Ahora, pues, si a esta atmósfera se une una porción de vapores podridos, será inevitable que contraiga una naturaleza maligra y contraria a la constitución de la sangre.

La generación de las enfermedades contagiosas pide principios peculiares que las caractericen. De allí vienen las disenterías, las anginas, los cólicos, las peripneumonías y las fiebres que rápidamente ha acometido a la mayor parte de una ciudad. Una fiebre catarral benigna, casi un mismo día echó a la cama a toda la gente de Quito, en 1767. Después experimentamos un flujo de vientre epidémico, y anginas por el año de 1769. ¿Quién podrá comprender el misterio de que en semejantes ocasiones el aire venenoso dirija a ciertas partes del cuerpo, y no a otras, sus tiros perjudiciales?

De esta manera, toda la masa de aire no es más que un vehículo apto para transmitir en vago.

Luego el aire mismo no es la causa inmediata de las enfermedades; y esas partículas que hacen el contagio, son otros tantos cuerpecillos distintos del fluido elemental elástico que llamamos aire. (De Santa Cruz y Espejo, 1785, pp. 75-79)

Hipótesis de Espejo sobre los “atomillos vivientes”

Eugenio Espejo analiza un hecho que relató Plutarco sobre una ballena que, arrojada a una playa, luego de su putrefacción causó una peste muy porfiada y otro caso similar, relatado por Paulo Jovio y que sucedió en Génova, que infestó a sus regiones vecinas. Así mismo, en Roma, en el año 627, en el Consulado de Marco Fulvio Flacco, luego de una plaga de langostas en toda África, en las costas de Berbería, decía:

Se difundió una espantosa multitud de langostas por toda el África, o lo que hoy llamamos las costas de Berbería. Ellas roían no solamente las tiernas espigas, las plantas y las hojas de los árboles, sino también sus cortezas y aun los leños mismos. No está en esto que se acaba de decir lo singular, sino en que, habiéndolas llevado el viento al mar, se sumergieron, pero saliendo sus cadáveres por medio de las ondas a las orillas, formaban inmensos montones, y de tal suerte corrompieron el aire, que se encendió luego una enfermedad que inficionó a los hombres y a las bestias.

Si hemos de dar crédito a Orosio acerca de la prodigiosa mortandad que causó la peste, sube aquella al número de ochocientos mil en la Numidia, y doscientos mil en la provincia de Cartago.

Véase aquí como la infección que adquiere con las partículas extrañas que fluctúan dentro del aire, causan todos los estragos que se advierten en todas las epidemias. ¿Cómo hemos de saber qué figura tengan ellas o qué naturaleza?

En la casi infinita variedad de esos atomillos vivientes, se tiene un admirable recurso para explicar la prodigiosa multitud de epidemias tan diferentes, y de síntomas tan varios que se ofrecen a la observación. La dificultad más insuperable es la que causa la Viruela, acometiendo a casi todos los que no probaron su contagio, y perdonando también a casi todos los que la habían padecido.

En la casi infinita variedad de esos *atomillos vivientes* [énfasis agregado], se tiene un admirable recurso para explicar la prodigiosa multitud de epidemias tan diferentes, y de síntomas tan varios que se ofrecen a la observación. La dificultad más insuperable es la que causa la viruela, acometiendo a casi todos los que no probaron su contagio, y perdonando también a casi todos los que ya la habían padecido. ¿Dónde está el ingenio más luminoso que pueda penetrar estos arcanos? Aquí no hay sino humillarse a confesar nuestra debilidad y nuestra ignorancia. os cuerpecillos distintos del fluido elemental elástico que llamamos aire. (De Santa Cruz y Espejo, 1785, pp. 78-81).

Enrique Garcés Cabrera (1973) en su libro *Eugenio Espejo, Médico y Duende*, con su característico fervor por Eugenio Espejo pregona:

A veces cuando leo y releo a Espejo, me dan ganas de empujarle la mano para que escriba de una vez “Los Microbios” y deje de andarse por las ramas con eso de “atomillos, corpúsculos, partículas, etc.”

Qué injustos hemos sido los americanos y especialmente los ecuatorianos con esta excelsa figura del médico quiteño [...] cuando sesenta años después, Luis Pasteur y Roberto Koch hablaban con parecidos argumentos a los sostenidos por Eugenio Espejo, las Facultades de Medicina de París y Berlín les hicieron llorar [...] A Espejo, en el Cabildo Municipal de Quito, todos los médicos reunidos para oírle disertar sobre los microbios de la viruela, le dijeron desde “ignorante” para arriba”. (Garcés Cabrera, 1973, p. 199)

Cuando en Quito no se conocía el microscopio, el cual fue adquirido casi 110 años después por la Facultad de Medicina de la Universidad Central, Espejo señalaba: “El microscopio ha descubierto un mundo de vivientes que se anidan proporcionalmente en todas las cosas. El hombre es el más acometido de muchísimas castas y familias de estos huéspedes molestos, en todas, o las partes principales de su cuerpo” En este sentido, Espejo anhelaba –mas no disponía de los medios para seguir las investigaciones microscópicas de Malpigio, Reaumur, Buffon y Needham– profundizar los conocimientos sobre los “corpúsculos móviles” y descubrir cómo se producen y desarrollan; su forma, su hábitat y su vida; todo esto, para explicar las características de las enfermedades epidémicas, especialmente de la temida viruela.

Si se acoge la propuesta de Enrique Garcés, y se sustituye la expresión *atomillos vivientes* por *microbios*, actualizaríamos la hipótesis de Eugenio Espejo. Eugenio Espejo fue un investigador que supo plantear las preguntas precisas para determinar el objeto de su investigación. Sus razonamientos, lógicos y plausibles, son fruto de su erudición forjada mediante una apasionada entrega a los libros en su querida Biblioteca Pública o en su “casa de alto y bajo con techo de paja en la antigua calle del Mesón, actual Maldonado”, de la cual salía silenciosamente en las madrugadas, para pintar las consignas libertarias en la ciudad de Quito y donde “dedicaba doce horas diarias al estudio y a una lectura insaciable y desordenada de todo lo que cae en sus manos, confiando primero en su memoria, luego empleando en forma sistemática la pluma, para recoger los pasajes que despertaban mayormente su interés” (Peña Novoa, 2009, p. 93).

Paradigma microbiano: era sanitarista

El cambio de paradigma etiológico de la enfermedad se produce con el descubrimiento de los microorganismos como causa específica de las enfermedades infecciosas. Se constituye la teoría microbiana que desplaza y sepulta a la teoría miasmática. Hitos históricos determinantes en esta transición pueden considerarse, de acuerdo con las referencias propuestas por Milton Gross, a los siguientes elementos:

- 1) Identificación de mecanismos de transmisión: (a) contacto directo (rabia y lepra), (b) por fomites (ropas de enfermos) transportando los *seminaria contagiorum prima contagiorum* (semillas vivas capaces de provocar sífilis, por ejemplo) y (c) Inspiración del aire o miasmas infectados con los *seminaria* (tuberculosis) (Ionmimi, 2010).
- 2) Evidencia de resultados obtenidos en Europa por aislamiento y cuarentena, como mecanismos de control sanitario de los ejércitos y del comercio, implementados por la Iglesia católica entre los siglos XIV-XVII.
- 3) Descripción y clasificación de protozoos y bacterias (*animálculos*) por Leeuwenhoek (1676) y Hooke (1678) antes de relacionarlos con las enfermedades (Gómez Luz y González, 2010).
- 4) Postulados de Friedrich Henle (1840) y Robert Koch para determinar el origen microbiano de enfermedades infecciosas (Fresquet, 2001).
- 5) Aportes de Thomas Watson (1842), Oliver Holmes (1843), Robert Storrs (1843) e Ignaz Semmelweis (1848), quienes formularon la teoría contagionista de la fiebre puerperal y la implementación de medidas preventivas eficaces para evitar su contagio (Acevedo Díaz et al, 2016)
- 6) Desarrollo del método epidemiológico de John Snow (1813-1858), quien demostró que el cólera de la epidemia londinense (1854), se reproducía en el organismo humano y se transmitía por agua contaminada, aunque no identificó al microorganismo productor (Lippi y Gotuzzo, 2014).
- 7) Descubrimiento del *Vibrio cholerae* por Robert Koch (1884).
- 8) Consolidación de la teoría bacteriana y creación de las bases para la microbiología por

Louis Pasteur a mediados del siglo XIX.

9) Identificación de *Yersinia pestis* (Yersin y Kitasato) en la pandemia de Peste Negra (1885-1918), su conexión con pulgas y ratas en la transmisión de la epidemia.

La teoría microbiana adoptó un modelo biológico lineal de causalidad, teoría etiológica específica. Su consolidación y hegemonía se logra por su capacidad diagnóstica instrumental (laboratorio), acorde con los intereses de la American Medical Association (AMA), de la creciente industria del medicamento y del empresariado de la atención médica, que respaldó el nuevo enfoque de abordaje de las enfermedades (endémicas y epidémicas).

La hipótesis etiológica específica, en que cada enfermedad tiene como causa única un microorganismo, constituye una de las principales fuerzas de desarrollo de la medicina, “el equivalente biológico del determinismo económico de Marx y Engels, y del determinismo mecánico de Kelvin y Faraday, cada uno de los cuales, contribuyó, provocativa pero profundamente, a la difusión del racionalismo radical” (Stewart, 1968).

El entusiasmo desmedido en la capacidad de la medicina para controlar todas las enfermedades se ve opacado por las reflexiones de Dubos, quien escribe: “Son muy pocos los casos en que se ha podido descifrar enteramente las causas de la enfermedad. A pesar de los desesperados esfuerzos que se hacen, el origen del cáncer, de la arteriosclerosis, de los trastornos mentales y de otros grandes males de nuestro tiempo, sigue siendo una incógnita” (Dubos, 1986).

Nuevas patologías y condiciones vinculadas con la revolución industrial en Inglaterra, propician la emergencia de nuevas teorías etiológicas, cuestionadoras de las limitadas posibilidades de una teoría biológica microbiana unicausal. Los aportes de Joseph Goldberger, Thomas Mackeown y Emile Durkheim, sirvieron para la formulación y consolidación de teorías alternativas a la teoría microbiana dominante, considerando su simultaneidad temporal y la confrontación de sus hipótesis etiológicas fundamentales. (Gross Albornoz, Terán Puente & Terán-Puente, 2020, pp. 3-4)

Paradigma vigente: Epidemiología de los factores de riesgo (caja negra)

Como bien señalan, Gross Albornoz, Terán Puente y Terán-Puente (2020), las categorías socioculturales dentro de la epidemiología hoy en día son de utilidad para abordar a las epidemias desde la perspectiva hermenéutica a través del enfoque de las representaciones sociales:

Luego de una era de gloria, el paradigma microbiano acumuló anomalías explicativas de las enfermedades emergentes crónicas no transmisibles, responsables de la mayor carga de morbimortalidad poblacional, lo que produjo su crisis y sustitución por el modelo de la “caja negra”, base teórica de la epidemiología de los “factores de riesgo”. Este modelo metafórico postula la existencia de una red multicausal explicativa para cada proceso patológico, cuya compleja mecánica interna hace imposible descifrarla. Al ponderar el peso causal de cada factor en función de su proximidad con el efecto, eventualmente podemos romper la cadena causal del factor de riesgo, modificándolo (Susser y Susser, 1996).

La clasificación jerárquica de las causas de las enfermedades crónicas es superada por la red de causalidad de MacMahon, quien plantea que “para efectuar medidas preventivas no es necesario comprender los mecanismos causales en su totalidad [...]” y agrega que “incluso un conocimiento de un pequeño componente permite algún grado de prevención” ya que “allí donde la cadena es rota la enfermedad será prevenida”. “Nuestro conocimiento de la red causal que subyace al cáncer de pulmón, de la cual el humo del cigarrillo es un componente, es extremadamente limitado, pero está fuera de cuestión que el cáncer de pulmón sería reducido en alrededor de 1/10 de su frecuencia actual a través de la eliminación de la exposición al humo del cigarrillo (MacMahon & Trichopoulos, 1996)

El enfoque multicausal se asocia con la noción de susceptibilidad de la población ante una

determinada condición, pero tiene limitaciones al momento de explicar por qué la incidencia de enfermedad es distinta en grupos que tienen el mismo riesgo relativo en una misma población. Emerge, entonces, en la epidemiología, la consideración de las categorías socio-culturales como objeto de estudio en el proceso hermenéutico de los fenómenos epidémicos. (Gross Albornoz, Terán Puente & Terán-Puente, 2020, p. 4)

El Hospital San Juan de Dios y la formación médica

Inicios de la docencia en el San Juan de Dios

Figura 8. Calle García Moreno o de las Siete Cruces y el Arco de la Reina que llevan al Hospital San Juan de Dios



Nota: Tomada de *El segundo centro de salud del Ecuador se llamó Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo hoy llamado Hospital San Juan de Dios*, de N. Larenas, 2020 (<https://www.arqhospitalaria.com/2020/04/19/hospital-de-la-misericordia-de-nuestro-senor-jesucristo-quito-ecuador-hoy-llamado-hospital-san-juan-de-dios/>). Bajo Copyright.

El *Hospital de la Santa Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo de Real Patrocinio*, fundado el **9 de marzo de 1565**, fue regentado como obra de caridad por la Cofradía de la Hermandad de la Caridad y Misericordia durante los primeros 139 años de vida del hospital. No lograron responder a las demandas de atención a los enfermos y menesterosos, y de mantenimiento de su infraestructura. Por tal razón, en 1704, el presidente de la Real Audiencia de Quito, don Francisco López Dicastillo, trajo de Lima a los frailes Betlemitas para su administración. En 1705 cambió de nombre a *San Juan de Dios*. Los betlemitas lo regentaron hasta 1822. Luego fue dirigido por la Comunidad de San Felipe de Neri. Posteriormente, una Hermandad o Cofradía Cristiana dirigió el Hospital hasta 1870. En ese año fue entregado a las Hermanas de la Caridad, bajo control de la Asistencia Social como parte del Estado.

El Hospital San Juan de Dios mantuvo una simbiosis continua con la Cátedra de Medicina de Quito, fundada en 1693 como su hospital docente. Con la llegada de los betlemitas en 1705, el hospital tomó un nuevo rumbo en la calidad de la atención médica y de la actividad docente, la cual se robusteció en 1707 con Fray José del Rosario, fraile Betlemita, médico, boticario titulado y botánico, quien asumió la dirección del Hospital.

Fray José del Rosario llegó acompañado de su criado, Luis Chusig, nativo de Cajamarca, a quien encargó “curaciones y cirugía menor”. Luis Chusig, quien cambió su apellido por el de Santacruz y Espejo, ejerció como cirujano barbero, al amparo de Fray José del Rosario, su maestro y protector. El hijo de Luis, Francisco Javier Eugenio Santacruz y Espejo, también fue discípulo de Fray José del Rosario. **Eugenio Espejo se graduó de Doctor en Medicina el 22 de julio de 1767**, luego de los estudios médicos y prácticas hospitalarias en el Hospital San Juan de Dios.

Los Betlemitas o Betlemos o barbones, como se los conocía popularmente, estaban preparados en el quehacer médico y se los considera como fundadores de la escuela de cirujanos barberos y de enfermería, de Quito, según el médico e historiador Virgilio Paredes Borja (1963) en su obra *Historia de la Medicina en el Ecuador*, resalta que los Betlemitas fueron “Iniciadores de la enfermería organizada en el Ecuador, la nueva medicina, la farmacia, la botánica médica, la administración hospitalaria y la práctica de la cirugía menor”. (Paredes Borja, p. 371).

Bajo la tutela de estos frailes, la medicina del San Juan de Dios fue saliendo de sus prácticas medievales e hizo esfuerzos para tratar de guiarse por los conceptos, conocimientos y prácticas vigentes en Europa, aunque el abismo que las separaba era demasiado amplio y profundo.

Así, siguió el San Juan de Dios en una tradición de servicio y docencia para la formación médica hasta 1974 en que cerró sus puertas como hospital. Esta trayectoria la hizo de la mano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, como su primer hospital docente.

La Facultad de Medicina y su hospital docente

La primera **Cátedra de Medicina de Quito**, fue fundada el **13 de abril de 1693** por Fray Ignacio de Quezada y Fray Bartolomé García, frailes dominicos, con la **Real Universidad de Santo Tomás de Aquino** de la Orden de Predicadores de Quito. Inició sus funciones en el convento de San Fernando de la plaza de Santo Domingo. Esta naciente Facultad de Medicina formaba médicos, luego de un plan de estudios de 3 años, con la participación de dos profesores, doctores Antonio Montes de Oca y Juan de Alvarado, según Virgilio Paredes Borja. Desde luego, el hospital docente de la Cátedra de Medicina, era el Hospital San Juan de Dios:

Los iniciadores de los estudios médicos en el Ecuador supieron ver con claridad la necesidad de formar médicos, que buena falta hacían, mientras sobraban enfermos sin atención, intentaron superar al medio social en que vivían y trabajaron con afán y perseverancia ejemplares, dignos de elogio para la Facultad médica de Quito. (Estévez et al., 2018, p. 145).

En 1786 el Seminario Convictorio de San Fernando se transformó en la “**La Real Universidad de Santo Tomás de Aquino**”, de la Ciudad de Quito, regentada por los Dominicos. Esta universidad, luego de una larga y polémica disputa entre dominicos y jesuitas, absorbió a la **Universidad de San Gregorio Magno de los jesuitas**, creada en **1622** y extinguida por Cédula Real el 9 de julio de **1769**. El 23 de agosto de 1776 la junta determinó el traslado de la Universidad de Santo Tomás, con sus rentas y posesiones, al edificio del Colegio Seminario San Luis, declarándola como única oficial de la audiencia de Quito. El rey aprobó esta decisión en cédula del 4 de abril de 1786, en la que dispuso que la Universidad de Santo Tomás de Aquino se reorganizara conforme a las costumbres de las universidades de Lima y México (Meza Cepeda & Arrieta, 2006, p. 424).

Por decreto Real, el **9 de abril de 1788** se convierte en “**La Real Universidad Pública de Santo Tomás de Aquino**” la cual contaba con la **Cátedra de Medicina**, entre otras, que exigía 4 años de formación. A partir de 1794 se otorgan los grados de Bachiller. Luego de ejercer la medicina durante dos años de práctica se otorgaba el grado de Licenciado, que permitía impartir docencia. El grado de Doctor fue de carácter honorífico. El hospital docente asignado para prácticas médicas era el Hospital San Juan de Dios:

Durante el siglo XVIII la formación médica y la práctica de la medicina se realizan en La Real Universidad Pública y en el Hospital Real de la Misericordia San Juan de Dios. Existe una simbiosis entre la historia de la medicina quiteña, la Facultad de Medicina y el Hospital San Juan de Dios. (Ramírez Molina, 2018, p. 21).

La **Universidad Central del Ecuador fue creada el 18 de marzo de 1826**, por el congreso de Cundinamarca, que creó las Universidades Centrales de Cundinamarca, Venezuela y Quito. La Real Universidad Pública de Santo Tomás de Aquino se transformó en Universidad Central de Quito. El **26 de octubre de 1827** se constituyó la **Facultad Médica de la Universidad Central** que incluía Medicina, Cirugía y Farmacia. El Dr. Juan Manuel de la Gala fue su primer director. El plan de estudios duraba 6 años, los 3 primeros para obtener el grado de Bachiller y los 3 restantes para alcanzar el grado de Licenciado y Doctor.

Hasta el año de 1938, el Hospital San Juan de Dios era el único Hospital docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Con la apertura del **Hospital**

Eugenio Espejo el 24 de mayo de 1933 se dispuso de una nueva opción para los estudiantes de medicina y otras carreras afines. El Hospital San Juan de Dios continuó como hospital docente de la Facultad de Medicina hasta 1974, año de su clausura como hospital.

En este hospital se formaron numerosas generaciones de médicos quiteños y ecuatorianos. Enrique Garcés Cabrera considera que fueron más de tres mil los médicos formados por este centenario hospital. En sus servicios se formaron y fueron destacados médicos: Eugenio Espejo, Isidro Ayora, Aurelio Mosquera Narváez, Miguel Egas Cabezas, Gustavo Diez Arroyo, Virgilio Paredes Borja, Gualberto Arcos, Ricardo Villavicencio Ponce, Pablo Arturo Suárez, Manuel Jijón Bello, Enrique Garcés Cabrera, nuestra primera médica ecuatoriana, Matilde Hidalgo Navarro y muchos otros médicos, varones y mujeres, que forman parte de la historia de la medicina de nuestro país. En este estudio se puede vislumbrar parte de su labor.

Conclusiones

Entre 1920 y 1925, la situación social, cultural, económica y sanitaria de los habitantes de Quito y del Ecuador eran críticas, en este primer período plutocrático. La pobreza, la insalubridad general y de las viviendas, así como la precariedad de los servicios públicos eran notorios.

En Quito, los esfuerzos iniciales para superar las limitaciones de provisión de agua, servicios de alcantarillado y manejo de basuras, no lograban satisfacer la creciente demanda determinada por su crecimiento poblacional, enriquecido por las migraciones internas y magnificado por la expansión de la superficie de la ciudad hacia el norte y el sur.

El crecimiento de la ciudad de Quito no estuvo libre de repercusiones. El gran perdedor fue el centro de la ciudad, donde los pobres se hacían cada vez más y sus condiciones de vida se precarizaban rápidamente, en calidad de arrendatarios de viviendas decadentes.

La pobreza de las instituciones educativas relegadas en las agendas gubernamentales, no permitían disponer de personas que puedan autogestionar mejores condiciones de salubridad y de vida.

Los servicios de salud tampoco constituían una prioridad para los gobernantes plutocráticos, empeñados en asegurar los beneficios de sus bancos, haciendas, comercios e industrias, con el menor costo para sus recursos financieros y al mayor esfuerzo y sacrificio de las mayorías cada vez más pobres.

El conflictivo panorama internacional, más la situación política y económica del Ecuador, presidido por un grupo de banqueros y sus aliados, como únicos beneficiarios de las decisiones del gobierno, configuraron un denso panorama económico y social, con graves consecuencias para la salud y la vida de la mayoría de los ecuatorianos.

La masacre del 15 de noviembre de 1922 –hecho histórico incontrovertible, como lo demuestran documentos expuestos por la prensa ecuatoriana– no puede negarse y tampoco su consecuencia, la Revolución Juliana.

El Hospital San Juan de Dios debía buscar la forma de solucionar o al menos paliar los problemas de salud de sus pobres pacientes. Posiblemente, su mayor fortaleza estaba centrada en los médicos y personal anónimo de la institución. A pesar de las limitaciones de su formación académica, de los restringidos conocimientos médicos de la época y de la falta de recursos para el diagnóstico y el tratamiento, su entrega y dedicación debieron suplir estas falencias.

A partir de 1705, en que se instituyó bajo el nombre de Hospital San Juan de Dios a cargo de los Betlemitas, ha sido el hospital de la Escuela de Medicina quiteña, fundada inicialmente en 1693 en el Seminario Convictorio de San Fernando. En 1786 se transformó en la “Cátedra de Medicina de la Real Universidad de Santo Tomás de Aquino”. En 1788 pasó a ser la

Cátedra de Medicina de “La Real Universidad Pública de Santo Tomás de Aquino” y desde el 26 de octubre de 1827 en la Facultad Médica de la Universidad Central del Ecuador. Permaneció como hospital docente hasta el año de 1974 en que cerró sus puertas como Hospital San Juan de Dios.

Durante su existencia, el Hospital San Juan de Dios vivió los diferentes paradigmas para el cumplimiento de su labor sanitaria. El paradigma microbiano debería haber sido el predominante durante el período 1920-1925. De todas maneras, las concepciones paradigmáticas históricamente anteriores, la mágico-religiosa y la miasmática, no habían dejado de coexistir.

En esta prolongada trayectoria, el Hospital San Juan de Dios ha sido formador de numerosas generaciones médicas, con destacados exponentes de la Salud Pública, la Medicina Interna y la Cirugía. Tal es el caso de Eugenio Espejo, los reconocidos Higienistas como Manuel Jijón Bello, Pablo Arturo Suárez, Carlos Andrade Marín, Jaime Modesto Rivadeneira, Benjamín Wandemberg, el destacado gineco obstetra Dr. Isidro Ayora, el eminente cirujano Ricardo Villavicencio Ponce y más de 3.000 médicos, de gran valía personal y generadores de incomparables aportes a la sociedad.

Capítulo II

El Servicio de Clínica de Mujeres (1920-1925)

El Servicio de Clínica de Mujeres del Hospital San Juan de Dios (1920-1925), compila la información de las pacientes de la sala de La Virgen, donde estuvo la mayor parte de las enfermas, y de las salas Santa Rita y Santa Teresa. Esta última funcionaba como servicio pensionado.

La sala de Santa Rita

En 2018, Enrique Noboa Flores reseña la participación de la Sala de Santa Rita en la atención clínica de las mujeres y madres. Señala que, en medio de las controversias que matizaron la creación de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, esta sala estuvo a disposición del servicio y de la docencia. Constituyó la cuna, pobre y poco adecuada, para la creación de la Maternidad de Quito. Noboa transcribe a Silvia Benítez y Cecilia Ortiz, quienes en el tomo II de la *Historia del Antiguo Hospital San Juan de Dios*, explican:

En 1892 el rector de la Universidad solicitó a la superiora que permitiera a las alumnas de obstetricia practicar en el hospital, pedido que no fue bien recibido por las Hermanas (de la Caridad), aunque se accedió a que las estudiantes ejercieran en la pequeña y oscura sala Santa Rita (Noboa Flores, 2018, p. 354).

Igualmente, Noboa reseña que, Eloy Alfaro fundó el 11 de abril de 1898 la Casa de Maternidad anexa al Hospital San Juan de Dios. La Facultad de Medicina consiguió, luego de un mes, que la Casa de la Maternidad se constituya en Colegio de Maternidad como un espacio independiente del Hospital San Juan de Dios. Sus argumentos eran fundamentalmente sanitarios. Sin embargo, la Sala de Santa Rita siguió atendiendo a parturientas hasta el 1 de noviembre de 1899, fecha en que se inauguró el Colegio de Maternidad.

Características de las pacientes del Servicio de Clínica de Mujeres

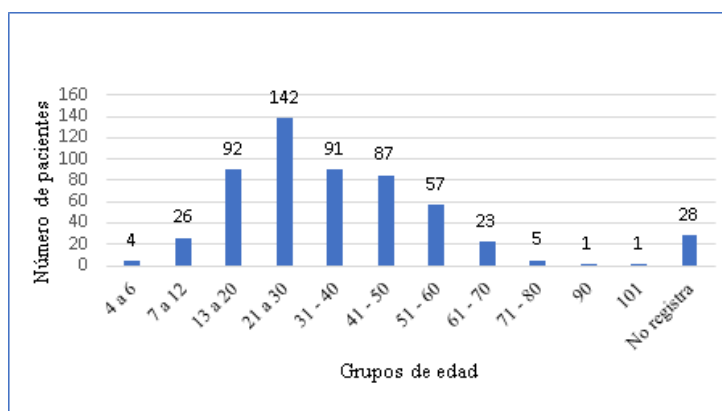
Durante el período en estudio, el Servicio de Clínica atendió a 547 mujeres, 525 en la sala de La Virgen. 11 en la sala de Santa Rita y 10 en la sala Santa Teresa (1921-1924).

Edad

El rango de edades fue de 4 y 101 años, con un promedio de edad de 35,3 años. Un total de 378 pacientes tuvieron entre 21 y 60 años de edad. Hubo una paciente de 18 años y otra de 19 años.

Se registró una paciente de 90 y otra de 101 años de edad. En la “Figura 1” se presenta la distribución por grupos de edad de las pacientes del servicio de Clínica de mujeres.

Figura 1. Distribución por edad. Clínica de Mujeres. HSJD 1920-1925



Raza

En este período subsiste la categorización de las pacientes de acuerdo a su “raza”, con menor frecuencia que en el grupo estudiado anteriormente (1916-1920).

En 333 pacientes no se registró la “raza”. Fueron categorizadas 224 pacientes: de raza mestiza 126, indígena 61, blanca 36 y mulata 1.

Ocupaciones

En este período, 399 pacientes tuvieron registrada su ocupación, como se puede observar en la “Tabla 1”. Más de la mitad de las pacientes se dedicaban a labores del hogar, propio o ajeno, en calidad de cocineras, planchadoras, domésticas o sirvientas y lavanderas. De las 547 pacientes, 148 no tuvieron registrada su ocupación.

Un grupo de mujeres realizaba artesanías y oficios variados. Existieron dos mujeres que trabajaban como albañiles, una como minera y una como zapatera, tareas asignadas generalmente a los varones. En este grupo hubo, además, 2 pordioseras. Se registró a dos enfermeras en calidad de pacientes.

Tabla 1. Distribución por ocupación. Clínica de Mujeres, HSJD 1920-1925

Área	Ocupación	Nº de pacientes	Área	Ocupación	Nº de pacientes
Hogar (232)	Cocinera	79	Trabajo de campo y otros (50)	Peona	19
	QQ.DD.	74		Agricultora	18
	Planchadora	26		Labradora	6
	Doméstica	20		Vendimiadora	3
	Sirvienta	17		Jornalera	3
	Lavandera	16		Obrera (fábrica)	1

Artesanías y otros oficios (54)	Panadera	7	Comercio (46)	Comerciante	12
	Sombrerera	4		Cargadora	4
	Albañil	2		Abacera	3
	Mendiga	2		Frutera	3
	Enfermera	2		Carbonera	2
	Tejedora	1		Fondera	2
	Chocolatera	1		Cigarrera	1
	Cigarrillera	1		Chichera	1
	Tintorera	1		Hotelera	2
	Minera	1		Carnicera	1
Zapatera	1	Sin registro de ocupación	148		
Educación (7)	Escolar	5	Total		547
	Catequista	1			
	Estudiante	1			

Procedencia

El área de influencia del hospital superó los límites de la ciudad de Quito, sus pueblos aledaños y otros de la provincia de Pichincha. Del total de 557 pacientes del servicio de Clínica de mujeres, se registró la procedencia de 479 pacientes, como se observa en la “Tabla 2”. Sin registro de procedencia hubo 68 casos.

Tabla 2. Distribución por procedencia. Clínica de Mujeres, HSJD 1920-1925

Provincia	Localidad	Nº Pacientes
Pichincha (364)	Quito	250
	Cercanías	106
	Cayambe	5
	Tabacundo	1
	Santo Domingo	1
	Tandapi	1
	Cotopaxi (León) (48)	Latacunga
Imbabura (20)	Pujilí	8
	Saquisilí	4
	Tanicuchí	2
	Mulaló	1
	Poaló	3
	Lasso	1
	Toacazo	4
	Ibarra	9
	Otavalo	7

Imbabura (20)	Atuntaqui	1
	San Antonio	3
Tungurahua (19)	Ambato	12
	Patate	1
	Píllaro	3
	Quero	1
	Pinllo	1
Guayas (15)	Rumipamba	1
	Guayaquil	15
Carchi (6)	Tulcán	3
	San Gabriel	3
Chimborazo (5)	Riobamba	3
	Alausí	1
	Huigra	1
Loja (1)	Loja	1
Orellana	Aguarico	1
Sin registro de procedencia		68
TOTAL		547

Características Gineco-obstétricas

Menarquia

La edad en que se presenta la menarquia, es trascendente en la vida de las mujeres. Su significación fisiológica, social y cultural, ha generado diferentes proposiciones culturales, dependiendo de las épocas, de las regiones y continentes, así como de las tradiciones y costumbres locales. La presencia de la menarquía induce, a la adolescente y a sus padres, a asumir actividades personales, familiares y sociales que fijan el comienzo de una nueva etapa en la vida de la mujer. Por tanto, la edad en que la niña “era reglada” era crucial para la vida de las adolescentes. El imaginario social, en aquel tiempo, estaba condicionado, además, por la esperanza de vida al nacer, significativamente menor que la actual.

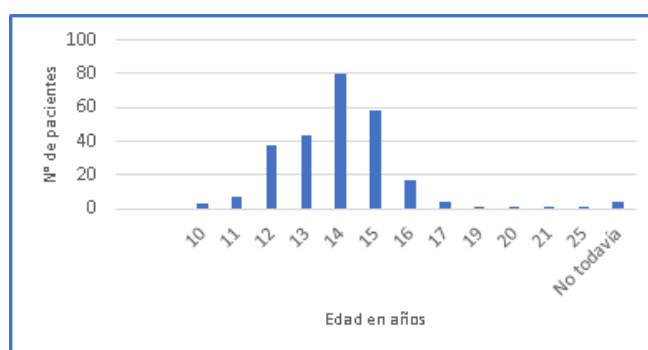
En la época que estamos estudiando, desde la perspectiva cultural, se consideraba que con la menarquia había llegado la edad para pensar en buscar una pareja para la nueva mujer. Como aparente excepción, entre las pacientes del servicio de Clínica del HSJD (1920-1925) se registró el caso de una niña que contrajo matrimonio a los 13 años, antes de presentar su menarquía, la cual se produjo a los 14 años. En el contexto social de entonces, la mujer que no había contraído matrimonio hasta los 20 años de edad, era candidata para “vestir santos”.

Entre las pacientes del Servicio de Clínica, la edad promedio de presentación de la menarquía fue de 14,09 años, establecido con los datos de la “Tabla 3” y de la “Figura 2”.

Tabla 3. Menarquia. Servicio de Clínica de Mujeres: Salas La Virgen, Santa Rita y Santa Teresa. HSJD, 1920-1925

Edad de la Menarquia	Nº de pacientes	Edad de la Menarquia	Nº de pacientes
10	3	19	1
11	7	20	1
12	38	21	1
13	43	25	1
14	80	No todavía	4
15	58	Subtotal	258
16	17	Sin registro	289
17	4	Total	547

Figura 2. Menarquia: edad. Servicio de Clínica, HSJD 1920-1925



Hernández y colaboradores (2007), en Chile, mencionan diversas edades promedio de la menarquia en varios estudios, como presenta la “Tabla 4”. Estos autores concluyen que hay un leve adelanto de la edad de la menarquia, que ellos lo relacionan con el aumento de peso como “un factor determinante en la presencia de menarquia temprana en algunas niñas”. Además, señalan que “el nivel socioeconómico no sería un factor importante por sí mismo” y que “la menarquia temprana es otro de los riesgos de la obesidad infantil, y otro motivo para estimular los programas de prevención de sobrepeso” (Hernández et al, 2007, p. 1434)

Tabla 4. Edad promedio de menarquia

Año	Autores	Edad promedio
1900	Díaz, Eloísa	16
1970	Roña y cols.	12.6
1979	Valenzuela y Avendaño	12.9
1979	Otros estudios	11.12

Nota: Datos tomados de *Edad de la menarquia y su relación con el nivel socioeconómico e índice de masa corporal*, de Hernández et al., 2007 (<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001100009>). De dominio público.

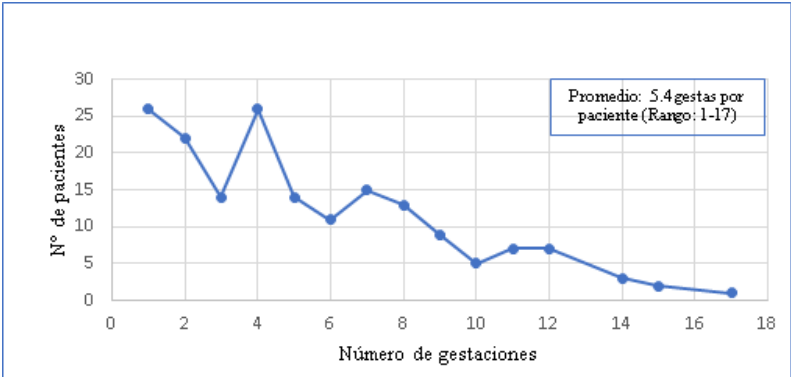
En México, también se ha demostrado la aparición de la menarquia a edades cada vez más tempranas, independientemente del nivel socioeconómico. Además, evidencian el diferente grado de influencia de los factores genéticos y medioambientales sobre la edad media de la menarquia (Aréchica et al., 1999).

Igual disminución se ha encontrado en Ecuador. Según Lepage y colaboradores, en Quito, en una población 2.095 mujeres de 9 a 16 años de edad, se encontró una disminución de la edad de la menarquia que va de 13.80 ($\pm 1,31$) años en 1999 a 13.50 ($\pm 1,40$) años en 2011 ($p < 0,05$). En 2011 y 2012 se encontró una similitud en la edad a la menarquia entre las poblaciones de la región andina y de la región Costa con un promedio aritmético de 13.50 ($\pm 1,59$), sin embargo, la población de la región amazónica registró una edad promedio de 12.06 ($\pm 1,55$) ($p < 0.001$) (Lepage et al., 2014).

Gestaciones

De las 557 pacientes del Servicio de Clínica, fue posible valorar en 182 mujeres el número de gestaciones. El promedio por paciente fue de 5.4 gestas, con un rango de 1 y 17 embarazos. “Figura 3”.

Figura 3. Distribución por número de gestaciones. HSJD-Clínica de Mujeres: Salas de La Virgen y Santa Rita. 1920-1925

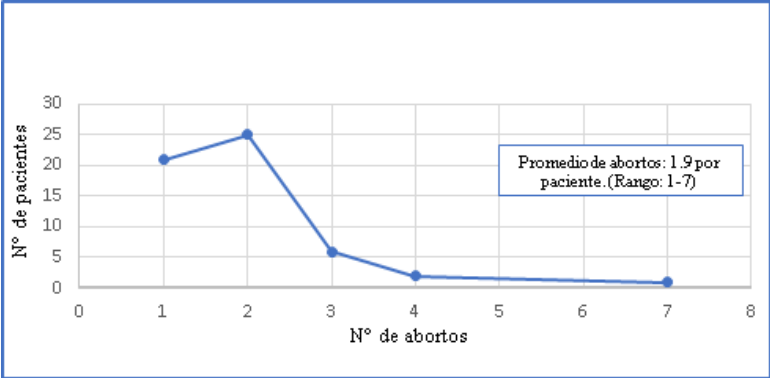


Los datos de este estudio presentan el comportamiento gestacional de un grupo limitado y seleccionado de pacientes, no adecuado para una generalización. Sin embargo, es un reflejo de lo que sucedía entonces.

Abortos

Un total de 58 pacientes reportaron al menos un aborto, con un promedio de 1.9 abortos por paciente. “Figura 4”. Dos abortos constituyeron el número más frecuente con casi la mitad de las pacientes, seguidas por 1 aborto en 23 casos. Un número menor de pacientes tuvo 3,4 y hasta 7 abortos. Entre éstos, hubo tres abortos incompletos que fueron recibidos inicialmente en el Servicio de Clínica, para ser transferidas a Cirugía para su atención definitiva, una vez establecido su diagnóstico.

Figura 4. Distribución por número de abortos. HSJD-Clínica de Mujeres: Salas de La Virgen y Santa Rita. 1920-1925



Hijos muertos

Un total de 60 pacientes reportaron 61 hijos muertos. “Tabla 5” y “Figura 5”. Casi la mitad de las pacientes, 29, tuvieron 1 o 2 hijos muertos. De 3 a 5 hijos muertos, reportaron 21 mujeres. Once pacientes tuvieron entre 7 y 11 hijos muertos.

Tabla 5. Número de madres e hijos muertos. Servicio de Clínica de Mujeres HSJD 1920-1925

Nº de madres	Hijos muertos	Nº de madres
14	1	29
15	2	
6	3	21
10	4	
5	5	
2	7	11
5	8	
2	9	
1	10	
1	11	
60	61	Promedio por paciente: 1,01

Figura 5. Distribución por número de hijos muertos. Servicio de Clínica, HSJD 1920-1925. Total: 60 madres y 61 hijos muertos.



Antecedentes patológicos personales

Los registros estudiados incluyen los antecedentes patológicos personales de las pacientes. El conjunto de patologías reportadas es amplio y variado. El consolidado de las patologías reportadas, “Tabla 6”, presenta un predominio de patologías comunes. Sin embargo, el detalle de esas patologías, “Tabla 7”, permite comprender mejor el tipo de enfermedades que habían sufrido en algún momento de su vida.

Tabla 6. Enfermedades anteriores por grupos de patologías . Clínica de Mujeres: Salas de La Virgen y Santa Rita. HSJD 1920-1925

Grupos de patologías	Número
Gastrointestinal	252
Respiratoria	143
Eruptiva viral	121
Otras infecciosas	114
Varias	53

Este era el panorama general de enfermedades anteriores que caracterizaba a las pacientes del servicio de Clínica. La mayoría de ellas procedentes de estratos empobrecidos de la ciudad y del país. En alguna forma, los sufrimientos de sus patologías son el reflejo de las condiciones de vida de la mayoría de la población.

Tabla 7.Detalle de las enfermedades anteriores. Clínica de Mujeres: Salas de La Virgen y Santa Rita. HSJD 1920-1925

Grupos de patologías	Enfermedades	Nº de menciones
Gastrointestinal (252)	Disentería/colerín/diarreas/ enteritis	102
	Tifoidea	58
	Ascariasis	42
	Cólico hepático	24
Gastrointestinal (252)	Cólicos intestinales	11
	Teniasis	10
	Constipación	5
Respiratoria (143)	Neumonía	88
	Grippe	37
	Tosferina o Coqueluche	10
	Anginas/amigdalitis	3
	Bronquitis	3
	Tuberculosis	2
	Eruptiva viral (121)	Sarampión
Viruela		39
Otras infecciosas (141)	Paludismo	50
	Fiebre	21
	Erisipela	14
	Absceso/flemón/forúnculos	7
	Fiebre amarilla	4
	Sífilis / Condilomas vulvares	7
	Hepatitis	3
	Oftalmía/ceguera	2

Otras infecciosas (141)	Gangrena y amputación	2
	Noma	1
	Meningitis	1
	Absceso Hepático	1
	Fiebre puerperal	1
Varias (53)	Reumatismo	26
	Epilepsia	8
	Dismenorrea	6
	Hidropesía / anasarca / edema	4
	Nefritis	3
	Traumatismo / caída de altura	2
	Metrorragia	2
	Jaqueca	1
	Paraplejia	1

Médicos del servicio de Clínica del Hospital San Juan de Dios

En los registros respectivos constan: Dr. Bastidas, Dr. Profesor Gallegos, Dr. J. Reinaldo Coronel y Dr. Virgilio Paredes Borja.

Internos: Abel Alvear, C. Alberto Delgado, Sr. Albornoz, Leonardo Salvador Larrea, M.A. Iturralde del R., Luis E. Correa, A. Almeida, Aurelio Ordóñez G., en repetidas ocasiones aparece la firma “J.C.”, Stacey, E. Alzamora, Manuel Guerrero G., E. Delgado G., Eduardo Batallas B., Ernesto Lafronte, Julio Enrique Paredes, Gualberto Arcos, L.F. Grijalva, A.E. Mosquera V., Jorge Mateus, Luis Domínguez y Silvio Sánchez G. Los nombres y apellidos se los ha transcrito como aparecen en los registros. Se dispone de información sobre algunos de ellos.

Enrique Gallegos Anda (1876-1936)

Fue un médico que además de sus pacientes recibía consultas específicas de problemas clínicos, principalmente de cardiológicos. Al parecer tenía un ascendente académico, pues se refieren a su opinión como muy importante y siempre dejaron constancia que se trata de la opinión del “Profesor Gallegos”, aunque no se menciona su nombre. Evidentemente se refieren al Dr. Enrique Gallegos Anda, quien fue jefe de la sala de La Virgen en aquella época. En la biografía del Dr. Julio Enrique Paredes, consta que el Dr. Enrique Gallegos Anda, como jefe de la Sala de La Virgen, invitó al estudiante Julio Enrique Paredes a desempeñarse como interno de la Sala. Al final, por petición de los estudiantes y del Dr. Villavicencio Ponce, se decidió el puesto por concurso.

El “Maestro de los Maestros de Clínica Interna”...Sigue los estudios médicos en la Facultad de Quito y como se destaca desde el comienzo, es designado ayudante del Anfiteatro Anatómico...En Julio de 1902 obtiene el grado Doctoral. En el año de 1907 regresa a la ciudad de Quito, pues es designado Profesor accidental de Clínica Interna. Al mismo tiempo es médico jefe de la Sala “La Virgen” del Hospital San Juan de Dios. A través de mucho tiempo, bajo su sabia tutela se van formando innumerables Clínicos que han hecho honor a la Escuela Médica Quiteña.

En 1911 es designado Cónsul en Lyon (Francia) en donde también efectuó estudios de especialidad, sobre todo de Laboratorio Clínico. En el año de 1916 otra vez en Quito, se pone al frente de la Cátedra de Clínica Interna a la cual da un giro total en la enseñanza práctica. En febrero de 1923 es nombrado Sub Decano de la Facultad y en octubre del mismo año es

designado Decano. Por segunda vez es Decano en el año de 1929. En el Hospital San Juan de Dios fundó el Laboratorio Clínico que hasta hoy funciona y que lleva su nombre. (Cevallos, 1973, pp. 31-32)

Refiriéndose a Enrique Gallegos Anda, el Dr. Luis Alberto Rivadeneira, en su discurso, decía:

Otro nombre que debo evocar. Perfeccionó sus estudios en Francia, adquiriendo conocimientos magníficos en centros de mayor cultura que el nuestro en aquella época. Amargado, a veces se quejó de la Sociedad y de sus Colegas, creyéndose aislado. Su afán de trabajar estaba obstaculizado, tal vez por su carácter algo terco; comprendió después el que en muchas ocasiones el enfermo más que una receta necesita una palabra suave, una voz de aliento, una esperanza, entonces cambió su temperamento y el público pudo apreciar su gran saber, su maravilloso juicio clínico. Fue el médico de consulta de todos; laboratorista prolijo e incansable, amigo sincero. Siempre lo recuerdo con gratitud y con admiración por su saber y su nobleza. (Rivadeneira, 1953, p. 169)

Gualberto Arcos

El Dr. Gualberto Arcos (1896-1941) se destacó desde que era estudiante por ser uno de los gestores de la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina. Aportó con obras de Literatura, Ensayos, Oratoria, Poesía, Ciencias aplicadas, Medicina, Ciencias humanas, Biografía, Educación e Historia. Publicó, entre otras obras, *La evolución de la Medicina en el Ecuador* que fue un aporte único a nuestra historia médica, al revisarla desde el período aborígen hasta el siglo XIX.

Virgilio Paredes Borja

El Dr. Virgilio Paredes Borja fue un relevante médico y profesor universitario. Su mayor contribución fue *La Historia de la Medicina en el Ecuador*, publicada por la Casa de la Cultura Ecuatoriana en 1963. Fue colaborador de la *Revista de la Asociación Escuela de Medicina* que se publicó desde 1943 a 1950. Publicó numerosos artículos, entre ellos: “Ambiente social y desarrollo de las ciencias”, “Por el arte colonial”, “La alimentación del indio”, “Mundo nuevo”, “Espejo y los Médicos”, “Espejo: médico quiteño del siglo XVIII”, “La Universidad Central del Ecuador: su pasado y su presente”, “Médicos y medicaciones en el Ecuador”, “La Anatomía en la medicina del Ecuador” y muchos escritos más publicados en la *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*.

Produjo varios escritos historiográficos médicos, como “La contribución del Ecuador a la materia médica: la quina” editada por la Casa de la Cultura Ecuatoriana en 1947.

El volumen 5 de la revista *Archivos de la Facultad de Ciencias Médicas* fue publicado en 1935 por el profesor Julio Enrique Paredes de la cátedra de clínica interna. En enero de 1950, comenzó la publicación de la *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)* que se mantiene hasta la actualidad, El volumen 1 estuvo a cargo de los profesores Miguel Salvador y Virgilio Paredes Borja.

En 1953 Virgilio Paredes Borja y la Editorial de la Universidad Central del Ecuador publicaron el libro *La capital del Ecuador desde el punto de vista médico-quirúrgico* de Etienne Gayraud y Dominique Domec.

Paredes Borja publicó un artículo titulado “Early History of Anesthesia in Ecuador” (Paredes-Borja, 1946). En este artículo menciona repetidamente al Hospital San Juan de Dios y resalta los buenos resultados de las cirugías realizadas con anestesia general en el hospital, desde que esta fue introducida por los médicos franceses E. Gayraud y D. Domec que aportaron con la administración de cloroformo mediante el aparato de Ricard y dejaron de utilizar la aplicación de cloroformo mediante compresa, como se hacía desde el siglo XIX.

Julio Enrique Paredes Cevallos (1897-1980)

Según Pérez Pimentel, el Dr. Julio Enrique Paredes Cevallos (Ambato, 1897- Quito, 1980) fue un destacado estudiante de medicina, especialmente en Anatomía, con valiosos aportes gráficos por su gran capacidad para el dibujo. Fue alumno de Víctor Mideros en la Escuela de Bellas Artes. Fue interno, ganador de concurso de la sala de la Virgen, “esa Sala legendaria que fue el emporio de Clínicos de la Escuela Quiteña. Compartió aulas de estudio con: Augusto Estupiñán, Rafael Terán Coronel, Eduardo Bejarano, Benjamín Bravo, Ricardo Badillo y otros” (Cevallos, 1973, pág. 43). Se graduó en 1922 de Doctor en Medicina con la tesis *La viscosidad Sanguínea* que preparó importando un viscosímetro de Sahlí y regresó a Ambato a instalar su consultorio. En 1924 ingresó a estudiar la especialidad de Medicina Interna en la Sorbona de París. Además, realizó prácticas de laboratorio, radiología y cancerología.

En 1926, instaló un centro de diagnóstico en Ambato con su hermano Eduardo y su colega y amigo, el Dr. Virgilio Paredes Borja. Trajeron de Francia una unidad de rayos X, microscopios, centrífugas, urómetros, vidriería, reactivos de laboratorio, contrataron personal auxiliar e instalaron una Clínica. Diagnosticó los primeros casos de peste bubónica en Tungurahua, en 1927. Su participación conjunta con el Dr. Benjamín Wandemberg de Guayaquil fue decisiva para controlar esta epidemia que “cobró más de doscientas víctimas”.

En 1929, se radicó en Quito y comenzó su labor académica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Fue profesor de Patología Interna, de Medicina Legal y luego de Farmacología y Toxicología. Desde 1931 hasta 1947, ejerció la cátedra de Clínica Interna luego de la renuncia de su maestro, el Dr. Enrique Gallegos Anda. Dictó clases inicialmente en el HSJD, luego en el Hospital Eugenio Espejo.

Fue diputado por la Provincia del Tungurahua. Fue subdecano de la Facultad de Medicina, vicerrector y luego rector de la Universidad Central, desde 1939, durante 12 años consecutivos. Fue un período de importantes realizaciones y significativa estabilidad. Inició la construcción de la Ciudadela Universitaria y se fundaron las Facultades de Pedagogía, Filosofía y Letras, Arquitectura y Odontología. Fue cofundador de la Federación Médica Ecuatoriana y su presidente. Fue presidente de SOLCA, núcleo de Pichincha.

¡Su buen humor era proverbial, a un Visitador médico de poca experiencia que le aseguraba que un medicamento aparentemente inocuo era la mano de Dios para todo mal, le dijo muy seriamente que conocía unas grajeas consideradas lo mejor para quitar la sed, pero que había que tomarlas con siete vasos de agua...! (Pérez Pimentel, 2021).

Falleció a los 83 años de edad. “Es considerado uno de los grandes realizadores del ideal de autonomía universitaria en el Ecuador”.

Conclusiones

El Servicio de Clínica atendió a 557 mujeres en las salas de La Virgen, Santa Rita y Santa Teresa. La mayor parte de las pacientes estuvieron hospitalizadas en la sala de La Virgen.

La edad de las pacientes osciló entre 4 y 101 años, con un conglomerado mayor entre 21 y 60 años. Se registró una paciente de 90 y otra de 101 años de edad, en una época en que la esperanza de vida al nacer era inferior a 50 años. La media para el mundo de la esperanza general de vida al nacer en 1960 era de 52,57 años, y para 2018 en Ecuador era de 77 años (World Bank, 2021).

La mayor parte de pacientes fueron catalogadas como mestizas, seguidas en frecuencia por indígenas, blancas y una mulata. Al parecer, la enfermedad y la pobreza acompañaban en su camino a los mestizos y a los indios, más que a los blancos.

Las ocupaciones más frecuentes estuvieron relacionadas con tareas del hogar, seguidas de lejos por las artesanías, labores del campo, comercio y educación. La presencia de pordioseras, refleja la condición inequitativa de vida de la ciudad que, además, no disponía de una institución para solventar los problemas de las personas empobrecidas y marginadas por la misma sociedad.

Hubo dos enfermeras en calidad de pacientes. En los registros estudiados desde 1916 hasta 1925, son los únicos registros de enfermeras como pacientes. Con relación a las enfermeras como personal del hospital, no existe mención a su trabajo en las historias clínicas o en las hojas de registro de signos vitales. Las enfermeras fueron invisibilizadas por la estructura jerarquizada de las instituciones hospitalarias, lideradas por los médicos, varones, todos. Las enfermeras eran parte de un trabajo intenso, de atención directa a los pacientes y a tiempo completo. Sin embargo, no fueron mencionadas como lo fueron los internos y externos, con sus nombres y apellidos. Resalta negativamente la discriminación existente para la mujer en sus labores de enfermería, como una evidencia más del machismo imperante y que no ha podido ser eliminado todavía en nuestra sociedad.

El trabajo de campo, con labores duras y que requieren mucho esfuerzo y aptitud física para su ejecución, fue ejercido por un grupo de mujeres. También trabajaban como jornaleras en diferentes áreas o como obreras de fábrica.

Existieron 3 vendimiadoras, procedentes de Quito (2) y de Latacunga (1), lo cual podría indicar la presencia de viñedos en los alrededores de Quito y Latacunga. Poco se ha conservado en el Ecuador el cultivo de la vid, que parece tuvo su mejor época durante la colonia. Al norte de Quito, la zona de Pomasqui estuvo dedicada al cultivo de la vid y a la producción de vino. Actualmente, en la Península de Santa Elena existe un extenso viñedo y su bodega productora de vinos.

La mayor parte de pacientes provenían de Quito y poblaciones cercanas, de la región interandina, desde el Carchi al norte y hasta la provincia del Chimborazo al sur. También hubo unas pocas de pacientes, del Guayas en la costa, de Loja en el extremo sur de la serranía y de Orellana en la región Oriental o Amazónica.

La menarquía tuvo como edad promedio los 14,09 años en las pacientes del Servicio de Clínica del Hospital San Juan de Dios, Estudios latinoamericanos establecen una tendencia a la disminución de la edad de la menarquía, con influencia variable de factores genéticos y medioambientales, entre ellos el incremento de peso, sobre la edad media de la menarquía. En Quito, se encontró una disminución de la edad de la menarquía que va de 13.80 ($\pm 1,31$) años en 1999 a 13.50 ($\pm 1,40$) años en 2011 ($p < 0,05$).

La multiparidad fue prevalente. El promedio de gestaciones fue de 5.4 hijos, con un rango de 1 y 17 gestaciones. En octubre de 2014, el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) presentaron los resultados de Demografía y salud sexual y reproductiva de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Según esta encuesta existe un descenso paulatino de la fecundidad en el Ecuador. Entre 1975 y 1979, cada mujer en edad fértil tenía en promedio 5,4 hijos. Para el período 2007- 2012, ese número se redujo a 3 hijos (Freire et al, 2015, p. 108). Este comportamiento se mantiene tanto a nivel urbano como rural. No así en la fecundidad adolescente (15 a 19 años) que registró un aumento de 111 nacimientos por cada mil mujeres entre los períodos 1999- 2004 y el 2007-2012 (Freire et al, 2015, p. 109).

En 58 pacientes se reportó al menos un aborto, con un promedio de 1.9 abortos por paciente.

Un total de 60 pacientes reportaron 61 hijos muertos. En los casos registrados, se indicó no uno, sino 11, 10, 9, 8, 7, 5, 4, 3, 2 y 1 hijos muertos. Una realidad muy grave para una sociedad en crecimiento y con un impacto psicosocial imperecedero. Las realidades sanitarias, la pobreza y las limitaciones de la medicina de entonces son parte de esta situación. La mayor

parte de las defunciones fueron producidas por enfermedades infecciosas, cuando los antibióticos todavía no habían entrado en el arsenal terapéutico del mundo. Estos datos inducen una reflexión negativa sobre la situación de la época. Si una familia sufriría en la actualidad, y seguramente entonces, la muerte de un hijo, estaría viviendo una tragedia grave, con consecuencias imborrables para la vida de todos los miembros de esa familia.

Como antecedentes patológicos personales, se mencionaron preferentemente a las enfermedades infecciosas. Fueron prevalentes las patologías gastrointestinales, seguidas por las respiratorias. Estas patologías tenían relación directa con las condiciones socioeconómicas-sanitarias y culturales de la época.

Los médicos del servicio fueron Profesor Dr. Enrique Gallegos Anda, jefe de la sala de La Virgen; Dr. Bastidas, Dr. J. Reinaldo Coronel y Dr. Virgilio Paredes Borja. Estuvieron acompañados por un numeroso grupo de internos, que posteriormente fueron destacados profesionales.

Fue especialmente destacada la trayectoria del Dr. Virgilio Paredes Borja, con sus numerosas publicaciones dentro y fuera del país y los aportes del Profesor Enrique Gallegos Anda, sobre todo en evaluación de pacientes con cardiopatías, quien contaba con un reconocimiento especial consignado en las Historias Clínicas, aunque no se consigna su nombre. También participó Julio Enrique Paredes Cevallos, de gran trayectoria profesional y universitaria en Medicina Interna, quien sería luego decano de la Facultad de Medicina y rector de la Universidad Central del Ecuador.

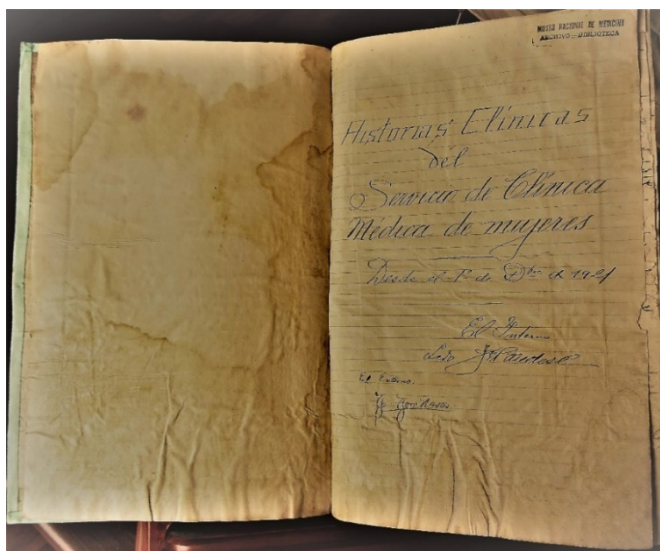
CAPÍTULO III

El servicio de Clínica de Mujeres (1920-1925)

El servicio de Clínica de mujeres estuvo constituido por las salas de La Virgen, Santa Rita y Santa Teresa. En este servicio se atendieron a 557 pacientes con problemas clínicos de diferentes aparatos y sistemas. Las particularidades de estas enfermas, por grupos de patologías, se desarrollan en los capítulos subsiguientes.

La “Figura 1” corresponde a la carátula de uno de los libros del Servicio de Clínica de Mujeres, con fecha 1 de diciembre de 1921, la cual incluye la firma del Lcdo. J.E. Paredes C., quien posteriormente sería rector de la Universidad Central del Ecuador. También consta la firma del Externo, T. Toro Navas.

Figura 1. Carátula de uno de los libros de Historias Clínicas del Servicio de Clínica. Médica de Mujeres. Hospital San Juan de Dios 1920-1925



Nota: El original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella”, Quito, Ecuador.

Se pretende conocer las características clínicas de las pacientes, el cuidado prodigado por el personal de enfermería (ignoto en estos registros) y por los médicos. Se considera también el resultado final de sus esfuerzos en un entorno de serias limitaciones de infraestructura, de conocimientos científicos y elementos tecnológicos.

Diagnósticos

Para este estudio, las distintas patologías fueron ordenadas, considerando el diagnóstico asignado y la frecuencia de su presentación, en enfermedades parasitarias; respiratorias, hepáticas, cardíacas, renales y otras, otras patologías abdominales, otras infecciosas, neuromusculares, diagnósticos varios y sin diagnóstico. “Tablas 1 y 2”.

Tabla 1. Grupos patológicos. Servicio de Clínica. Hospital San Juan de Dios, 1920-1925

Tipo de patología	Nº de casos	Proporción
Parasitarias e infecciosas intestinales	175	31.99
Respiratorias	97	17.73
Hepáticas, renales y cardíacas y otras	73	13.35
Otras patologías abdominales	16	2.93
Otras infecciosas	13	2.38
Neuromusculares	10	1.83
Diagnósticos varios	19	3.47
Sin diagnóstico	144	26.33
Total	547	100

Tabla 2. Detalle de diagnósticos. Servicio de Clínica. Hospital San Juan de Dios, 1920-1925

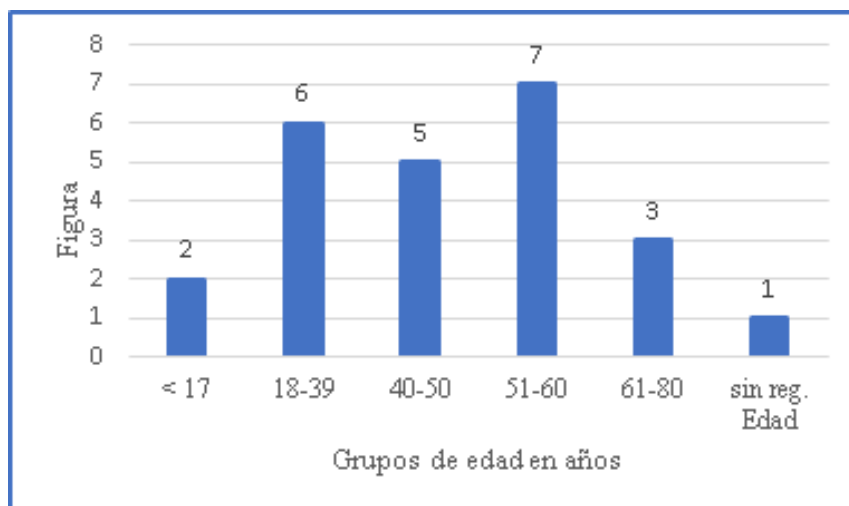
Patologías	Enfermedad	Número
Parasitarias e infecciosas intestinales (175) (31,42%)	Paludismo cotidiano, intermitente o tercianas; Tifo malárico	55
	Ascariasis / parásitos intestinales	42
	Disentería amebiana / amebiasis aguda o crónica	22
	Disentería	43
	Teniasis / Tenia solium	12
	Oxiuriasis	1
Respiratorias (97) (17,41%)	Gripe	29
	Gripe forma pulmonar	24
	Gripe forma hemorrágica	1
	Gripe forma gastrointestinal	1
	Neumonía / bronconeumonía	23
	Bronquitis	8
	Tuberculosis	6
	Induración pulmonar	2
	Bronquiectasias	1
	Pleuresía	1
	Enfisema pulmonar	1
Hepáticas, renales y cardíacas y otras (73) (13,10%)	Calculosis biliar / cólico hepático	38
	Hepatitis	10
	Insuficiencia mitral	5
	Estreches mitral	1
	Pericarditis seca	1
	Arritmia continua asistólica.	1
	Insuficiencia aórtica; Insuficiencia suprarrenal.	1
	Arterio-esclerosis.	1
	Nefritis aguda o crónica / Mal de Bright; Insuficiencia renal.	8
	Enfermedad de Addison	1
Cistitis (1 traumática)	6	

	Enteritis (6); Cólera nostra (1); Gastroenteritis (1)	8
	Peritonitis	2
Otras patologías abdominales (16) (2,87%)	Tumor abdominal	2
	Cólico apendicular	1
	Retención estercorácea. Obstrucción Intestinal	1
	Hernia crural	1
	Hernia inguinal izquierda.	1
	Sarampión	7
Otras infecciosas (13) (2,33%)	Sífilis	2
	Herpes zoster	1
	Blenorragia	3
Neuromusculares (10) (1,79%)	Neuralgia	2
	Hemiplejia / hemorragia cerebral	2
	Parálisis facial	1
	Parálisis pseudo bulbar	1
	Paraplejia	1
	Ciática	1
	Luxación vertebral	1
	Tortícolis del cuello.	1
Diagnósticos varios (18) (2,23%)	Reumatismo	6
	Bocio	2
	Hernia crural	2
	Púrpura hemorrágica	1
	¿Histeria?	1
	Ingestión de ácido nítrico	1
	Intoxicación etílica	1
	Urticaria	1
	Impétigo y liquen plano	1
	Aborto retenido	1
Artritis	1	
Embarazo	1	
Pacientes con diagnóstico (73.67 %)		403
Pacientes sin diagnóstico (26.33 %)		144
Total		547

Mortalidad

La mortalidad afectó a 24 (4,39 %) de las 547 pacientes atendidas en este servicio. La edad de las pacientes que fallecieron oscilaba entre 8 y 80 años. En la “Figura 2” se observa su distribución por grupos etarios. Hubo dos grupos etarios prevalentes: uno entre 18 y 39 años de edad y otro entre 51 y 60 años de edad. Las pacientes menores de 17 años constituyeron el grupo minoritario.

Figura 2. Defunciones y grupos de edad. Servicio de Clínica de Mujeres. HSJD 1920-1925



Causas de mortalidad

La mitad de las pacientes falleció por problemas respiratorios agudos o tuvieron asociada una patología respiratoria, como se observa en la “Tabla 3”.

Tabla 3. Causas de mortalidad. Servicio de Clínica, HSJD 1920-1925

Patologías		Nº de pacientes
Respiratorias 13 (54,16%)	Neumonía	8
	Bronquitis	2
	Gripe	2
	Hepatitis + tuberculosis	1
Varias 11 (45,84%)	Nefritis	3
	Disentería	3
	Cólico hepático	2
	Estrechez mitral	1
	Tifo malárico	1
Sin diagnóstico		1
Total		24

De las 24 pacientes fallecidas, 13 (54,16%) murieron por problemas respiratorios: neumonía (8) y problemas relacionados con la función pulmonar como bronquitis (2), gripe (2) y tuberculosis (1).

Nombres de las pacientes que fallecieron

Los siguientes son los nombres de las pacientes del Servicio de Clínica del HSJD (1920-1925) que fallecieron: Amelia Quishpe, Ana Almeida, Asunción Andrade, Carmen López, Carmen Monteros, Irene Gálvez, Josefa Indro, Josefina Cortez, Josefina Jara, Josefina Yáñez, Luz M. Cáceres, Margarita Pachucho, María Carmen Chicaiza, María Chicaiza, María Mon-

cayo, María Suárez, María Trinidad Enríquez, NN, Rafaela Hidalgo, Rosa María Endara, Rosa Oña, Trinidad Salas, Victoria Chiriboga y Zoila Salazar.

Historias clínicas de las pacientes fallecidas

A continuación, se transcriben, como se encuentran en los registros, los casos de las pacientes que fallecieron en el Servicio de Clínica del HSJD (1920-1925):

Amelia Quishpe (Falleció) Paciente de 24 años de edad, indígena. Ingresó el 24 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 5 embarazos, 3 abortos y tiene 2 hijos vivos. Ha tenido neumonía, fiebre. Continuos dolores del estómago, vinagreras, vómitos sin guardar relación con las comidas. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 5 días tiene calentura, calosfríos, vómito, diarreas, dolores epigástricos, sed, dolor generalizado de todo el cuerpo, cefalea. EXAMEN FÍSICO: Facies muy demacrada, ojos hundidos, nariz perfilada. Temperatura 38,5°, pulsaciones 96 x 1'; respiraciones 20 x 1'. Lengua saburral, seca. Pulso débil, ruidos cardiacos débiles. DIAGNÓSTICO: **Gripe forma gastrointestinal**. TRATAMIENTO: no se registra. Fallece el 27 de febrero de 1920.

Luz M. Cáceres (Falleció) Menor de 8 años de edad, indígena, Catequística, residente en Quito. Ingresó el 4 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace un día, empezando con fuerte dolor de cabeza, malestar general, escalofrío y fiebre. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, decúbito indiferente, facies congestiva. T° 39.2 pulso:140 por minuto; 34 respiraciones por minuto. Aparato Digestivo: lengua pastosa, seca, roja, anorexia, sed. Aparato Respiratorio: disnea, estertores crepitantes diseminados, sobre todo en el vértice derecho, tos frecuente que provoca una expectoración mucosa, poco abundante. En la base del mismo pulmón está un poco disminuido el murmullo vesicular. Órganos de los sentidos: catarro óculo nasal agudo. Ha tenido epistaxis pequeña. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Sarampión y Bronquitis**. TRATAMIENTO: Diaforético, purgantes, expectorantes, aceite alcanforado. Fallece el 7 de marzo de 1920. Firma J.C.

Josefina Cortez (Falleció) Paciente de 17 años, doméstica, residente en Quito. Ingresó el 9 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido tifoidea y sarampión. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace un mes presenta malestar general, cefaleas y dolor de extremidades inferiores. Luego epistaxis, dolor de pecho y espalda, tos intensa y pesadez en el estómago, diarreas amarillas intensas y de aspecto cuajoso. Resalta la sintomatología pulmonar con soplo tubárico. DIAGNÓSTICO: **Neumonía**. TRATAMIENTO: Píldoras con digital, escila y escamonea. EVOLUCIÓN: Persiste la tos, aparece hemoptisis, mantiene el soplo tubárico, edema distal leve y progresivamente creciente en la cara, ascitis. Hematuria. Fallece el 15 de marzo de 1923.

Rosa Oña (Falleció) Paciente de 28 años, ocupación quehaceres domésticos, procedente de Saquisilí. Ingresó el 24 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: La enferma es traída en estado agónico. Está deprimida y en estado de gran postración. EXAMEN FÍSICO: Aparato Respiratorio: zonas de matitez diseminadas en ambos pulmones. En esos sitios oyese soplo tubarico: en toda la extensión de ambos pulmones se oyen estertores crepitantes húmedos; el murmullo vesicular está casi abolido. Los demás aparatos sin importancia. DIAGNÓSTICO: **Bronconeumonía**. TRATAMIENTO: Oxígeno, expectorantes, estriquina, ergotina, aceite alcanforado. Revulsión. Muere el 26 de diciembre de 1921.

Carmen López (Falleció) Paciente de 29 años de edad, residente en Quito. (No existen fechas de ingreso ni de muerte) ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, viruela, fiebres gástricas, gripe. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 10 días escalofrío que duró una hora, después sudor, calentura y una punzada en el costado derecho que cuando tosía se le aumentaba intensamente. Tuvo esa misma noche calentura, fiebre. Después de dos días ingresó al hospital. EXAMEN FÍSICO: Estertores subcrepitantes en la base del pulmón derecho, no tenía expectoración herrumbrosa sino mucosa. T 40° por la tarde, por la mañana 39, 5°. DIAGNÓSTICO: **Neumonía gripal**. EVOLUCIÓN: Al día siguiente tenía soplo tubárico en el mismo pulmón y sitio de los estertores, y en el pulmón izquierdo respiración soplante. la expectoración seguía siendo mucosa. Al tercer día ya no se sentía el soplo, sino un silencio absoluto del pulmón derecho y en el izquierdo estertor en todo el pulmón. Por la tarde del 4° día falleció. Firma: Luis E Correa.

María Chicaiza (Falleció) De 45 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 20 de febrero de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Dese hace 8 días presenta calofríos intensos de duración prolongada, con punzada en el lado izquierdo del pecho. Temperatura alta, malestar general que obliga a la enferma a permanecer acostada. Este malestar va haciéndose más molestos y grave, y después de dos días pierde totalmente la coordinación de las ideas. Aparece tos seca, dolorosa, un día después expectora un poco y de color amarillo de ladrillo. EXAMEN FÍSICO: Ingresa al servicio con una postración absoluta, expectoración escasa y teñida de amarillo. En el pulmón derecho, lóbulo medio,

soplo neumónico clásico, matitez marcada y región dolorosa. Izquierdo, nada. Corazón: arritmia, pulso 68 por minuto. Estado disneico de postración absoluta, facies clásica, pómulos rojizos, fulgurosidades en los labios, lengua seca, sed intensa. DIAGNÓSTICO: **Neumonía del pulmón derecho, lóbulo medio**. EVOLUCIÓN: el 23 de febrero de 1923 el soplo neumónico se aprecia en el vértice del pulmón izquierdo, el estado es de gravedad. El 26 de febrero de 1922, fallece.

María Moncayo (Falleció) Paciente de 45 años de edad, ocupación Costurera, residente en Quito. Ingresó el 20 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 15 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 8 días presenta fuerte calofrío, dolor en el costado derecho, tos con expectoración muco sanguinolenta, hipertermia, disnea. EXAMEN FÍSICO: Facies angustiada, decúbito supino, T 39°, 130, 40. Matitez en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, submatitez en la base derecha. Soplo tubario y rales crepitantes en casi toda la extensión del pulmón izquierdo. En el derecho se oye en la base rales crepitantes y abolición del murmullo vesicular; en el vértice respiración anhelosa. Aparato Circulatorio: taquicardia, pulso débil y depresible. DIAGNÓSTICO: **Neumonía doble**. TRATAMIENTO: Estimulantes difusibles, expectorantes, revulsivos. Fallece el 23 de diciembre de 1921.

Trinidad Salas (Falleció) Paciente de 50 años, ocupación panadera, residente en Quito, ingresó el 20 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años, ha tenido 3 embarazos, dos abortos. Tuvo neumonía, fiebre (?), Continuos dolores del estómago, vinagreras, vómitos sin guardar relación con las comidas. ENFERMEDAD ACTUAL: desde hace 5 días tiene calentura, calosfríos, vómito, diarreas, dolores epigástricos, sed, dolor generalizado de todo el cuerpo, cefalea. EXAMEN FÍSICO: Facies muy demacrada, ojos hundidos, nariz perfilada. Temperatura 38,5°, pulsaciones 96 x 1', respiraciones 20 x 1'. Lengua saburral, seca. Pulso débil, ruidos cardiacos débiles. DIAGNÓSTICO: **Gripe forma gastrointestinal**. Falleció el 23 de diciembre de 1921

Victoria Chiriboga (Falleció) Paciente de 54 años de edad, raza blanca, quehaceres domésticos, residente en La Merced. Ingresó el 17 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo sarampión. Ictericia a los 40 años. Bronquitis crónica desde hace 18 meses. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 9 días antes del ingreso presenta accesos de tos, escalofríos, dolor en las espaldas y abundante expectoración mucosa. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, decúbito dorsal que frecuentemente lo cambia para sentarse, facies cianótica, T° 39.4°, pulso 110, respiraciones 35. Lengua y labios cianóticos. Estómago e intestinos normales. Aparato respiratorio: A la percusión sonoridad normal en ambos pulmones. Ruidos respiratorios normales. Estertores subcrepitantes y sibilancias que se encuentran diseminados en ambos pulmones. Los estertores son claramente espiratorios. Tos muy penosa, se presenta por quintas. Abundante expectoración muco-purulenta. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Bronquitis aguda («en el curso de una crónica» según consta en la hoja de signos vitales)** TRATAMIENTO: Ventosas secas, aguardiente alemán, expectorantes, tónicos. Fallece por síncope el 4 de febrero de 1920.

Margarita Pachucho (Falleció) Paciente de 57 años de edad, indígena, comerciante, residente en Quito. Ingresó el 15 de noviembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo sarampión, disenterías (3 veces), epilepsia. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace dos meses dolores abdominales, tenesmo, deposiciones diarreicas algo sanguinolentas. Hace 24 horas presenta fuerte calofrío acompañado de una fuerte punzada en el lado derecho. EXAMEN FÍSICO: Facies caquéctica, labios secos. Lengua ligeramente pastosa, bastante seca, anorexia, poca sed, deposiciones diarreicas repetidas. Hígado aumentado algo doloroso a la palpación. Bazo normal. Aparato Respiratorio: En la parte anterior del tórax en las regiones supra e infraclaviculares del lado derecho, a la percusión hay una macidez con resistencia al dedo. En la parte posterior, inspección normal, a la percusión en el vértice del pulmón derecho hay igualmente una macidez con resistencia al dedo. A la auscultación hay una disminución del murmullo vesicular, estertor crepitante, soplo tubario, broncofonía. Aparato Circulatorio: Pulso 120 x 1'. Temp: 37, 2°. Aparato Urogenital: orinas escasas. Órganos de los sentidos: parece tener cataratas en ambos ojos. DIAGNÓSTICO: **Neumonía y Disentería amebiana**. TRATAMIENTO: Inyección de Poligala 220g.; Ergotina de B 1gr; Sulfato de estricnina 1/4 de miligramo; jarabe de quina 30 gr. Fallece el 16 de noviembre de 1920. C. Velastegui. Hay una firma ilegible, algo así como: *Mmudy*.

Rafaela Hidalgo (Falleció) Paciente de 60 años de edad, raza mestiza, ingresó el 30 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Tuvo pneumonía y disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: 10 día antes del ingreso presenta fuertes accesos de tos, expectoración muco-purulenta abundante, dolor de las espaldas. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo desmejorado, decúbito indiferente. Facies anémica. T° 37; pulso 90 x 1'. respiraciones 35 x 1'. Aparato circulatorio: Fuerte arritmia del corazón, no se percibe ningún soplo. Pulso débil e irregular. Aparato respiratorio: a la percusión sonoridad normal, palpación ruidos respiratorios normales. Auscultación: estertores subcrepitantes espiratorios y sibilancias que se perciben en toda la extensión de los pulmones. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Bronquitis aguda, que se ha presentado en el curso de una afección crónica de los bronquios**. TRATAMIENTO: Expectorantes y tónicos. Fallece el 3 de febrero de 1920.

Ana Almeida (Falleció) Paciente de 60 años de edad, mestiza, ocupación quehaceres domésticos, procedente de Píllaro. Ingresó el 22 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Tuvo viruela, pneumonia, disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Referida del servicio de Santa Teresa donde fue operada de catarata. Presentó escalofrío único y solemne, fuerte dolor en el hipocondrio derecho, tos. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, decúbito prefiere pasar sentada, facies angustiada, cianótica. T: 38, 2º; FC: 110 x 1'; R: 42 x 1'. Aparato Digestivo: lengua roja, seca, bordes morados. Anorexia, sed. Aparato Respiratorio: Matidez en la base del pulmón derecho, vibraciones vocales aumentadas. Auscultación: estertores crepitantes inspiratorios en la base del pulmón derecho, respiración pueril en el vértice. Tos y expectoración herrumbrosa característica. Disnea intensa. Aparato Circulatorio: los ruidos cardiacos un poco velados por el anhelo respiratorio. Pulso débil, irregular, depresible. Aparato Nervioso: agitación, insomnio, a la noche cefalalgia. Aparato Urinario y genital: orinas escasas, subidas de color. Órganos de los Sentidos: disminución del oído. Ausencia del cristalino en el ojo derecho. Piel: cianosada, sobre todo en la cara y las extremidades superiores. Extremidades: un poco de edema en las inferiores. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Pneumonía franca. ¿Miocarditis?** TRATAMIENTO: Ergolina y estricnina. Toni cardiacos. Estimulantes difusibles. Aceite alcanforado. Esparteína. Fallece por síncope el 25 de febrero de 1920. Neumonía tratada en la misma forma que la anterior, fracasa. Aurelio Ordóñez González.

Josefina Jara (Falleció) Paciente de 65 años de edad, ocupación quehaceres domésticos, procedente de Puenbo. Ingresó el 13 de marzo de 1923. A.P. Reglada a los 14 años. Ha tenido 4 embarazos, tiene 4 hijos muertos. Tuvo tifoidea, pulmonía disentería varias veces. ENFERMEDAD ACTUAL: Inicia con un escalofrío intenso, prolongado, solemne, seguido de elevación térmica y de punta de costado a nivel de la glándula mamaria derecha, con irradiación a la parte posterior del tórax. Luego tos intensa, seca inicialmente, seguida pocas horas después de expectoración sanguinolenta. La tos exacerbaba el dolor del costado. EXAMEN FÍSICO: Aparato Respiratorio: el lado derecho del tórax respira menos que el izquierdo. La respiración es acelerada: 50 x 1'. Región anterior: matitez en las fosas supra e infra clavicular derechas. Aumento de las vibraciones vocales en las mismas regiones y en la axila derecha. Disminución del murmullo vesicular en la región infraclavicular derecha y rales crepitantes discretos al final de la inspiración, resonancia de la voz y de la tos; en la región axilar derecha se perciben con toda claridad rales crepitantes francamente inspiratorios. En las regiones correspondientes del lado izquierdo se percibe una respiración pueril, supletoria. Región posterior: Matitez en las fosas supra e infra espinosas derechas, lo mismo que en toda la región escapulo vertebral del mismo lado. Trasonancia torácica del lado derecho. Disminución del murmullo vesicular en las fosas supra e infraespinosas. Aumento de las vibraciones vocales y resonancia de la voz y de la tos en las mismas regiones, siendo esta resonancia mejor percibida a nivel de la zona inter escapulo vertebral derecha. En la misma región es muy clara la pectoriloquia áfona y se percibe un soplo tubárico bien neto inspiratorio y principalmente espiratorio. En los contornos de la región del soplo se oyen rales crepitantes bien claros y en los dos tiempos de la respiración, cuando se hace toser a la enferma. Respiración acelerada, 48 x 1'. Tos bastante frecuente seguida de expectoración espesa de aspecto herrumbroso. Aparato Circulatorio: pulso muy pequeño, 118 x 1', es regular, igual, depresible. Tensión disminuida. Miocardio: latidos normales pero acelerados. Aparato Digestivo: lengua seca, tostada, como de loro, cubierta en el centro de un barniz café amarillento. Abdomen meteorizado, doloroso a la presión; hígado normal. Bazo ligeramente aumentado de volumen. Evacuación normal de las heces fecales. Aparato Nervioso: cefalalgia, zumbido de oídos, insomnio. Aparato Génito Urinario: orinas escasas muy disminuidas, bastante pigmentadas. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de Orina: 3,51 de cloruros; mediano disco de albúmina y azúcar. DIAGNÓSTICO: **Neumonía del vértice y del lóbulo medio del pulmón derecho.** EVOLUCIÓN: 15-03: Depresión del estado general. En la región infraclavicular y axilar derechas, se perciben rales crepitantes inspiratorios, lo mismo que en la fosa supraespinosa del lado derecho. Además, desde esta región, casi hasta el nivel del ángulo inferior del omóplato se percibe n soplo tubario inspiratorio y espiratorio, siendo más neto, más fuerte y por lo mismo más claramente perceptible a nivel de la parte media de la región inter escapulo vertebral del lado derecho. El dolor de costado es menos intenso, la respiración es acelerada y un poco superficial. 15-03 a las 5 y 1/2 p.m. Decaimiento del estado general, angustia, agitación profunda. Ascensión de la temperatura a 39. 5º, el pulso está muy pequeño, el ruido del corazón presenta el ritmo fetal, late 130 veces al minuto. Indicaciones: Aceite alcanforado y digitalina V gotas. 16-03: Mejora una tanto el estado general, El pulso es mejor percibido. La agitación y la angustia desaparecen. Indicación: XLV gotas de digitalina. Régimen alimenticio declorurado; Acetato de amoníaco, alcohol y aceite alcanforado por vía subcutánea. Digitalina gotas (V y luego XLV). Fallece el 19 de marzo de 1923.

Rosa María Endara (Falleció) Paciente de 18 años, raza blanca, ocupación quehaceres domésticos, residente en Quito. Ingresó el 17 de mayo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido gripe y trastornos gastro-intestinales. Hace 6 meses tuvo un acceso de cólico hepático de mediana intensidad que duró solo un día. ENFERMEDAD ACTUAL: Son cinco días que se ha presentado un nuevo cólico, dolor intenso en la región de la vesícula, con propagación hacia el dorso, temperatura algo elevado, vómitos, estreñimiento, ictericia bastante notable, especialmente en las conjuntivas, sudores profusos, gran decaimiento, «amortiguamiento de los miembros inferiores». Orinas oscuras. EXAMEN FÍSICO: Ingresa con el siguiente cuadro revelador: estado casi soporoso, facies angustiada con las mejillas rosadas significando dolor, piel sudorosa y melosa. En la cama se halla recostada del lado derecho, las rodillas en flexión sobre el abdomen, la cabeza inclinada hacia adelante, respiración jadeante, disnea, labios ligeramente cianóticos. T 39º,3 P. acelerado, fuerte, 100 al minuto. Dolor intestinal, de un amargor que

es insoportable para la enferma, constipación, anorexia, sed intensa. Hígado: aún a la inspección se nota que la región vesicular se halla ligeramente levantada. El dolor, como dejamos dicho, está localizado en esta región desde donde se propaga a la espalda. Por la palpación se nota una vesícula grandemente aumentada de volumen, con los dedos se nota la fluctuación de una bolsa llena de líquido. El hígado, un poco distendido y no aumentado de volumen, ya que se toca su borde inferior, mientras que el superior se halla a nivel del 6to espacio. Ya hemos citado la ictericia marcada de los tegumentos y especialmente de las conjuntivas. Dependiente de esta ictericia se comprueba el signo de la xantopsia tan marcada que la enferma se queja por ello. Aparato Pulmonar: en perfecto estado. Aparato Circulatorio: aceleración del corazón y pulso, ligada a la temperatura. Aparato Nervioso: Hay hiperestesia superficial del abdomen. Aparato Urinario Genital: Orinas oscuras, densas. **DIAGNÓSTICO: Cólico hepático.** **TRATAMIENTO:** Se impone los colagogos y evacuentes más el estado de la enferma no mejora. La infección de las vías biliares es evidente ya que la temperatura sube a 40°, el dolor es intenso, la postración extrema. Subsiste el color de las orinas y deposiciones. Lo mismo que los caracteres químicos. Examen de laboratorio: indica la presencia de pigmentos y ácidos biliares. Deposición decolorada. Con el diagnóstico de Angiocolecistitis supurada se le traslada al servicio del Dr. Villavicencio Ponce para que sea operada. En él permanece 12 días sin que se haga ninguna intervención, la agravación de la enferma es evidente. Fallece el 13 de junio de 1920. **AUTOPSIA:** Se encuentra la vesícula dilatada, llena de bilis mezclada con pus, poco espeso, pútrido. En el hígado hay inflamación y una multitud de abscesos miliares por lo mismo se halla también infectado el conducto cístico y se comprueba el diagnóstico. Lamentablemente...

María Carmen Chicaiza (Falleció) Paciente de 24 años, indígena, ocupación quehaceres domésticos, residente en Latacunga. Ingresó el 19 de febrero de 1923. **ANTECEDENTES PERSONALES:** reporta haber sufrido sarampión, viruela, gripe, disentería. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Hace 3 semanas, luego de enfriamiento severo, presentó dolores lumbares, escalofríos, cefaleas, náuseas, vómitos y palpitations miocárdicas. Ingresó al servicio hace un mes egresando mejor. Hoy arriba nuevamente en un estado deplorable de asistolia (así dice el registro). **EXAMEN FÍSICO:** Anasarca ha invadido todos los miembros y tejidos: para ser exactos debemos decir que se asemeja a una esponja de agua. Duerme soporosamente. Los ojos se cierran al peso de los párpados edematosos. La cara se halla desfigurada, pálida y abotagada. Respiración disneica; 38 respiraciones al minuto. La radial se percibe con dificultad bajo la aponeurosis infiltrada del antebrazo. Falta el galope. El corazón late en el 5º espacio por fuera y algo debajo del pezón. La auscultación pulmonar deja oír rales gruesos y estertores finos, espiratorios e inspiratorios, por todas las zonas del aparato respiratorio. Peso: 59,5 kg. **DIAGNÓSTICO: Nefritis intersticial aguda.** **LABORATORIO CLÍNICO:** Indica un grueso disco de albúmina y 3,39 de cloruros; Fallece el 21 de febrero de 1923.

Zoila Salazar (Falleció) Paciente de 30 años, ocupación costurera, residente en Quito. Ingresó el 3 de diciembre de 1921. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Desde hace 14 días presenta deposiciones diarreicas mucosas-sanguinolentas, tenesmo rectal, dolores abdominales, decaimiento y postración. **EXAMEN FÍSICO:** Facies anémica, caquéctica. Lengua saburral, se ve gravemente enferma. Cursa el 7mo mes de embarazo. **DIAGNÓSTICO: Disentería, Parto prematuro.** **TRATAMIENTO:** emetina a pequeñas dosis: recibió dos dosis de emetina 0,02 c/u. Muere el 8 de diciembre de 1921.

Josefa Indro (Falleció) Paciente de 40 años de edad, procedente de Cotacollao. Ingresó el 1 de diciembre de 1921. **Llega en estado agónico.** Fallece el 2 de diciembre de 1921.

Irene Gálvez (Falleció) Paciente de 45 años, ocupación quehaceres domésticos, procedente de Chillotallo. Ingresó el 8 de febrero de 1920. **ANTECEDENTES PERSONALES:** reglada a los 14 años, ha tenido 4 abortos, tiene hijos. Tuvo sarampión. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Desde 9 días antes de ingresar a la sala de La Virgen procedente del servicio de observación del lazareto de tíficos, presenta cefalalgias frecuentes, escalofrío, postración, diarreas. **EXAMEN FÍSICO:** Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, facies terrosa - anémica. decúbito dorsal. T° 38; pulso 100 x 1'; respiraciones 28 x 1'. Aparato digestivo: lengua roja como resquebrajada, anorexia y sed intensa. Abdomen sensible a la presión, ligera hipertrofia del bazo, frecuentes y abundantes deposiciones diarreicas. Aparato circulatorio: pulso débil, regular y rápido. Aparato respiratorio: tos. No hay signos estetoscópicos. Aparato nervioso: postración, adinamia. **DIAGNÓSTICO: ¿Tifo malárica?** **TRATAMIENTO:** Toni-cardiacos, estimulantes generales. Fallece el 15 de febrero de 1920. Dr. Bastidas

Asunción Andrade (Falleció) Paciente de 55 años de edad, indígena, ocupación cocinera, residente en Quito. Ingresó el 17 de febrero de 1920. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Reglada a los 14 años. Tuvo sarampión, neumonía, hepatitis. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Desde hace 5 meses presenta dolores en la región hepática, irradiado al hombro y al epigastrio. **EXAMEN FÍSICO:** Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, facies anémica, piel manchas. Decúbito dorsal, T° 37; pulso 90 x 1'. Respiraciones 25 x 1'. Aparato digestivo: lengua saburral, seca, bordes rojos anorexia. Hígado grande, se lo palpa perfectamente a dos traveses de dedo del reborde costal, doloroso. Resto normal. **DIAGNÓSTICO: Hepatitis; Tuberculosis.** **EVOLUCIÓN:** Después la enferma presenta todos los síntomas de la tuberculosis. **TRATAMIENTO:** Adrenalina XV gotas; Emetina 6 dosis de 0,04; Extracto potásico de Kola XXX gotas; Emetina 3 dosis más; Lavado purgante. Solución de Bourget; Morfina 0,04 por 8 dosis en días sucesivos previos a la defunción. Fallece el 4 de abril de 1920.

Josefina Yáñez (Falleció) Paciente de 60 años de edad, mestiza, ocupación doméstica, residentes en Quito. Ingresó el 24 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. Ha sufrido de Pneumonía, gripe, disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace casi 2 meses presenta palpitaciones, calambres en las extremidades inferiores, orina escasa. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica, demacrada. T° 36,5°; pulso 90 x 1'. respiraciones 24 x 1'. Aparato Digestivo: lengua un poco saburral, anorexia, constipación. Aparato Respiratorio: tos ligera. Aparato Circulatorio: tendencia al galope. Hipertensión arterial: máxima 16 - mínima 12. Aparato nervioso: normal. Aparato Urinario: orina escasa, pequeña proporción de albúmina. No hay azúcar. Dolores lumbares. Genitales normales. Extremidades: fuerte edema en las inferiores. Piel y apéndices cutáneos normales. DIAGNÓSTICO: **Mal de Bright. Bronquiectasias.** LABORATORIO CLÍNICO: Examen de Orina: escasa cantidad, pequeña proporción de albúmina. No hay azúcar. TRATAMIENTO: Aguardiente alemán y diuréticos. Adrenalina XV. Digitalina: V, VIII, X. Estricnina 0,010 pcc. Fallece el 10 de marzo de 1920.

María Trinidad Enríquez (Falleció) Paciente de 60 años de edad, raza mestiza, residente en Quito. Ingresó el 24 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Regalada a los 15 años. En la infancia tuvo una oftalmía purulenta doble que le dejó completamente ciega. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde dos semanas antes del ingreso presenta fatiga, tos, palpitaciones, edema de los maléolos. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito indiferente, T° 36,5. Aparato Respiratorio: estertores de gruesas burbujas en la base del pulmón izquierdo. Tos, expectoración mucosa. Aparato Circulatorio: la punta late en el 5to espacio intercostal, área de matidez aumentada. El segundo ruido áspero, tendencia al galope. No hay soplos en ninguno de los puntos de auscultación. La vista completamente perdida. Extremidades inferiores edematosas. DIAGNÓSTICO: **Nefritis crónica.** TRATAMIENTO: Esparteína, Digitalina gotas, Lactato de estroncio, Diuretina y Caféina. Fallece el 26 de marzo de 1920.

María Suárez (Falleció) Paciente de 65 años de edad, mestiza, comerciante, residente en Quito. Ingresó el 14 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: ha tenido metrorragia, sarampión, viruelas, tifoidea. reumatismo articular agudo, con deformaciones de los dedos de las manos. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace un mes presenta malestar general, cefalea, decaimiento de fuerzas, calofríos, anorexia, retortijones y deposiciones diarreicas frecuentes, fétidas, verde amarillentas, muco sanguinolentas. EXAMEN FÍSICO: Facies abatida, con postración, tinte algo anémico. La demacración, el enflaquecimiento son bien notables. Aparato Digestivo: Lengua húmeda, saburral, blanquecina. Bordes y punta rojos. El abdomen está retraído, abarquillado, doloroso a la presión, principalmente en la fosa ilíaca derecha. Deposiciones diarreicas muco-sanguinolentas acompañadas de tenesmo. Tiene sed intensa. Aparato Circulatorio: Pulso pequeño, regular, igual, depresible, 124 x 1'. la tensión está disminuida. Miocardio: la punta late en el 5° espacio intercostal izquierdo debajo del mamelón. Las contracciones no tienen siempre la misma energía: unas veces son fuertes, otras débiles. El 2° ruido del corazón se lo percibe a veces velado, lejano. El primer ruido está desdoblado, desdoblamiento que se percibe mejor en el foco mitral. Me parece percibir un soplo diastólico en los focos aórtico y pulmonar y en la región del tórax en que el ventrículo izquierdo está en contacto. Aparato respiratorio: Región anterior: disminución del murmullo vesicular de las fosas supra e infraclaviculares. Resonancia de la voz en la región infraclavicular derecha. R. laterales: axilar derecha resonancia de la voz. Región posterior: gran emaciación muscular. Matidez de las fosas supra espinosas y de las regiones Inter escapulo vertebrales. Aumento de las vibraciones vocales en las fosas supraespinosas, siendo más notable en la fosa supraespinosa izquierda. Disminución del murmullo vesicular en las mismas regiones. Pectoriloquia áfona y resonancia de la fosa supraespinosa derecha. Aparato Génito Urinario: normal. Sistema nervioso: Cefalalgia, zumbido de oídos, insomnio. Todo lo demás normal. DIAGNÓSTICO: **Disentería amebiana.** EVOLUCIÓN: Empeora el estado general. Astenia profunda, pulso pequeñísimo, imperceptible; ruidos del corazón debilitados. Se suprime la emetina. Administración de suero cafeinizado 500cc. LABORATORIO CLÍNICO: Examen Coprológico: abundantes quistes de ameba histolítica y Balantidium coli. TRATAMIENTO: Emetina por vía hipodérmica y dieta rigurosa adecuada. Fallece el 14 de marzo de 1923.

Carmen Monteros (Falleció) Paciente de 80 años de edad, raza blanca, quehaceres domésticos, residentes en Quito. Ingresó el 25 de febrero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 10 días presenta fuertes dolores abdominales, tenesmo y asientos muco sanguinolentos. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica. T° 37; pulso 80 x 1'. respiraciones 20 x 1'. Aparato Digestivo: lengua saburral, anorexia. Dolores abdominales, tenesmo y frecuentes deposiciones muco sanguinolentas. Gorgoteo y dolor en la fosa ilíaca izquierda. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Disentería.** TRATAMIENTO: Emetina 3 dosis de 0,02 c. y sulfatos a dosis decrecientes. Adrenalina 0,50, XV y XX gotas. Suero Fisiológico 500. Fallece el 6 de marzo de 1920.

NN (Falleció) Esta escueta historia clínica tiene los siguientes datos: DIAGNÓSTICO: **Estrechez mitral.** TRATAMIENTO: Diuréticos, tónicos cardíacos y estimulantes. Fallece el 12 de diciembre de 1920. Firma: Virgilio Paredes Borja

Conclusiones

Las enfermedades del servicio de Clínica de Mujeres del HSJD (1920-1925), presentaron características dependientes de las condiciones de vida. Estas condiciones incluyeron la organización social, la discriminación racial, el empobrecimiento de las mayorías, las condiciones de trabajo, vivienda, salubridad, educación, desarrollo cultural y de los servicios públicos en la sociedad ecuatoriana de la época. Esto, incluye el ejercicio de tareas reservadas para los hombres, como peonas, obreras de fábrica y labores de campo.

En relación con los problemas respiratorios, productores de numerosos decesos, las condiciones de las viviendas, el hacinamiento y ventilación existentes en ellas, así como el estado nutricional de los pobladores fueron decisivos. La pandemia de gripe (1918-1920) dejó a la enfermedad como endémica y fue causa de morbilidad y mortalidad posteriores a la pandemia.

Entre las enfermedades hepáticas destaca la presencia de problemas vesiculares, obstructivos e inflamatorios, y hepatitis. A más de los factores genéticos, se conoce que una alimentación inadecuada fomenta la producción de patología vesicular.

La hepatitis, enfermedad infecciosa viral, depende de las condiciones de higiene y educación de la población. Los casos de hepatitis fueron tratados con emetina, considerando como posible etiología la amebiasis hepática.

La mortalidad tuvo como causa principal a los problemas respiratorios infecciosos: neumonía, bronquitis, tuberculosis y gripe. La tasa de mortalidad de 4,39 % se considera una tasa relativamente baja, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas, sanitarias y culturales de las enfermas y las limitaciones terapéuticas de la época y del hospital, las cuales ponían en mayor riesgo la supervivencia de las pacientes.

Otras causas de mortalidad fueron también infecciosas: disentería, tifo malárico y hepatitis.

Las demás causas de defunción obedecieron a problemas clínicos complejos para las limitaciones médicas de la época.

CAPÍTULO IV

Las enfermedades parasitarias

Durante mucho tiempo las parasitosis intestinales predominantes en América Latina han sido endémicas y aún constituyen un importante índice de contaminación fecal. Actualmente, su prevalencia en muchas regiones es similar a la que existía hace 50 años (Botero, 1981, p. 39).

Como parte de la endemia parasitaria de nuestros países, en el Servicio de Clínica de Mujeres del Hospital se registraron 129 diagnósticos de parasitosis, distribuidos así:

- **Plasmodios:** Casi la mitad de los casos corresponden a paludismo o malaria, producida por el Hematozoario de Laveran o *Plasmodium malariae*, con cuatro especies que afectan a los humanos: *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale* y *P. vivax*. El *P. falciparum* es el más patogénico y productor de mayor mortalidad. Existe un reporte de laboratorio que especifica la presencia de *P. falciparum*. En este grupo se incluye un caso catalogado en el respectivo registro como “Tifo malárico”.
- **Nematelmintos:** La mayoría de parasitosis intestinales fueron producidas por nematodos, en su mayoría *Ascaris lumbricoides* y un caso por *Enterobius vermicularis* u oxiuro.
- **Cestodos:** Otras parasitosis intestinales fueron producidas por nemátodos del grupo de los cestodos, con 8 casos de teniasis.
- **Protozoos:** Además, es significativo el número de infecciones por protozoos, que se presentaron en forma de disenterías, definidas usualmente como amebianas.

A continuación, se analizan estas parasitosis.

Paludismo

En el Servicio de Clínica de Mujeres del Hospital (1920-1925) hubo un total de 53 diagnósticos de paludismo, diagnosticados por las manifestaciones clínicas, el apoyo del Laboratorio Clínico y la estadía de las pacientes en zonas endémicas de paludismo. Entre los años 1916 y 1920, en el Hospital San Juan de Dios de Quito, hubo 33 pacientes con malaria.

A comienzos del siglo XX, Quito sufrió una endemia palúdica con base en sus valles, situados entre 2.000 y 2.500 msnm. El incremento de temperatura ambiental favoreció su presencia. El Hospital San Juan de Dios atendió, en hospitalización y ambulatoriamente, a niños y adultos con paludismo.

En el HSJD y su Dispensario Infantil, la atención de salud fue parte de la beneficencia gubernamental a los pobres, mas no como un derecho. La Constitución de 2008 en su Artículo 32, estableció a la salud como un derecho explícito: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos”, aunque falta mucho para su pleno cumplimiento.

En Ecuador, durante gran parte del siglo XX, las medidas sanitarias respondían más a la idea de ornato y beneficencia respecto al cuidado de la ciudad, la familia, los abastos y los medios de transporte, así como asistencia caritativa y cristiana a los pobres. El proceso salud/enfermedad, reflejado en las atenciones brindadas por el Hospital San Juan de Dios, aparece como un efecto del incipiente y desigual desarrollo de esa época y representa la interacción de múltiples factores socioeconómicos y culturales (Terán Puente, Terán-Puente & Gross Albornoz, 2019, p. 9)

Desde 1940 hasta 1950, el Servicio Antipalúdico del Valle de los Chillos logró la erradicación de la malaria en los valles cercanos a Quito. Los esfuerzos para la erradicación del paludismo a nivel nacional continuaron: en 1949 con el Servicio Nacional Antimalárico, en 1959 con el Plan de Erradicación de la malaria y otras actividades. Sin embargo, “no ha logrado aún el objetivo final, es decir, la total erradicación de la malaria” en Ecuador (Ramírez, 2017, p. 158).

La erradicación de la malaria, afronta problemas operacionales, administrativos y financieros y que “podrían desencadenar serios brotes epidémicos” (Palacios Freire, 1975, p. 385). Los cambios climáticos y la movilidad de las personas son factores adicionales. Las afecciones prioritarias para la salud pública tienen determinantes sociales básicos que inciden en la exposición a los riesgos, la vulnerabilidad a patógenos, el acceso a la atención y las complicaciones consecuentes (World Health Organization, 2009). Actualmente, las condiciones son óptimas para el retorno del paludismo a Quito y a sus valles de altura.

Características de las pacientes con paludismo en el HSJD (1920-1925)

Para el diagnóstico de los 53 casos de malaria, en este período, hubo importante apoyo del Laboratorio Clínico. El registro de **Mercedes Cruz**, quien ingresó el 11 de marzo de 1920, se constituyó en el primer reporte: “Examen de sangre: En el examen microscópico se encuentra hematozooario de Laveran, formas esféricas y en rosetón”.

Edad

Las pacientes con paludismo, tuvieron edades comprendidas entre los 7 y 68 años. De las 55 pacientes con ese diagnóstico, 40 tenían entre 22 y 65 años de edad. Eran mujeres en edades productivas que seguramente se movilizaban a los valles cercanos. Se podría pensar que la movilización de estas pacientes era hacia sus pueblos de origen o que viajaban con sus empleadores a los valles cercanos. Las condiciones de vivienda y trabajo en los lugares a los que iban, seguramente eran muy diferentes para los empleados y para las familias que los empleaban. Estas condiciones podrían ser un elemento clave para la infección por *Plasmodium*. El detalle de distribución por edad consta en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Edad de las pacientes con diagnóstico de paludismo. Servicio de Clínica de Mujeres HJSD, 1920-1925

Grupos de edad	Número de pacientes
7 a 13	6
15 a 20	7
22 a 30	12
31 a 45	15
50 a 65	13
68	1
Sin registro	1
Total	55

Raza

Se registró la “raza” en 8 pacientes: 4 mestizas, 3 blancas y una indígena. En las demás pacientes no se registró este dato. Aparentemente, había perdido importancia esta categorización.

Ocupación

Se tiene información de la ocupación de 33 de las 55 pacientes. “Tabla 2”.

Tabla 2. Ocupación de las pacientes con paludismo. Servicio de Clínica de Mujeres HJSD, 1920-1925

Ocupación	Nº de pacientes	Ocupación	Nº de pacientes
Cocinera	7	Doméstica	1
Quehaceres domésticos	6	Enfermera	1
Costurera	4	Frutera	1
Planchadora	4	Jornalera	1
Escolar	2	Lavandera	1
Peona	2	Obrera (fábrica de cigarros)	1
Agricultora	1	Vivandera	1

La mayoría de las pacientes trabajaban como cocineras y en quehaceres domésticos. Las demás pacientes tenían ocupaciones relacionadas con actividades domésticas y otras, inclusive una enfermera y una obrera de una fábrica de cigarros. En 22 casos no se señaló la ocupación.

Procedencia

La procedencia de las pacientes afectadas por paludismo se detalla en la “Tabla 3”.

Tabla 3. Procedencia de las pacientes con paludismo. Servicio de Clínica de Mujeres HSJD, 1920-1925

Provincia	Localidad	Nº pcte.	Provincia	Localidad	Nº pcte.		
Pichincha (45)	Quito	15	Pichincha (continuación)	Santo Domingo de los C.	1		
	Guayllabamba	4		Tandapi	1		
	Cayambe	5		Yaruquí	1		
	Cumbayá	3		Zámbiza	1		
	Chiche	2		Imbabura	Ibarra	1	
	Chillogallo	2	(3)	Atuntaqui	1		
	Pomasquí	2	Guayas	San Pablo del Lago	1		
	Tumbaco	1		Guayaquil	3		
	Calacalí	1		(3)	Carchi	San Gabriel	2
	Lloa	1	(2)	Cotopaxi		Saquisilí	1
	Nayón	1	(1)			Tungurahua	Ambato
	Pifo	1	(1)	Sangolquí			
	Puéllaro	1	(1)				
	San José de Minas	1	(1)				
	Sangolquí	1	(1)				

La mayor frecuencia se presentó en los valles de los alrededores de Quito. De estos, Guayllabamba, según los relatos de las pacientes, fue la localidad más significativa para la adquisición de la enfermedad, especialmente en los casos de viajeros que pernoctaban en ella antes de arribar a Quito.

Relatos de los pacientes con paludismo y posible ubicación geográfica de sus contagios

Los relatos de la enfermedad actual de las pacientes con paludismo establecen las circunstancias y entorno que generó la enfermedad. Cumbayá y sus alrededores (Tumbaco, Chiche, Cunuc-Yacu), Guayllabamba, otras localidades de cercanías a Quito y algunos pueblos interandinos y del litoral son mencionados directamente como los recintos donde adquirieron la enfermedad.

Cumbayá, Tumbaco y el Chiche:

- Hace 3 meses más o menos que salió de su aldea (Nayón) a Cumbayá, donde permaneció 2 días. Ocho días después aparece el siguiente cuadro sintomatológico: “dolor ligero en la región renal, luego fuerte rodeando la cintura, calofrío intenso que el enfermo manifiesta que da brincos en la cama, cefalea intensa, dolor del cuerpo íntegro, luego calentura, dolor al hígado y bazo. Este estado dura de 4 a 5 horas y luego sudor copioso espeso, este dolor se presenta cada día al principio, no tiene hora fija, después de 15 días aparece a las 7 a.m.”.
- “Hace seis días, habiendo residido en Cumbayá solo dos, tuvo el primer acceso palúdico, con su sintomatología típica, el que se repitió al día siguiente y así sucesivamente se ha repetido cotidianamente hasta que ingresa al servicio”.
- “Ha permanecido 18 días en Cumbayá donde ha tomado paludismo, cuyo primer acceso característico fue hace 2 días, el que se repitió el día de ayer con igual intensidad”.
- Hace dos meses fue a trabajar a la hacienda Cunuc-Yacu a orillas del río San Pedro. “A los 15 días de permanecer allí, aparece el siguiente cuadro sintomatológico: fuertes dolores en la región lumbar que se irradian al abdomen, formando un cinturón; luego el dolor se generaliza a los miembros, aparecen cortamientos del cuerpo, enseguida calofrío intenso con castaño de dientes; sed intensa; este estado dura más o menos 20 a 30 minutos, reaparece calentura fuerte y la enferma permanece en ese estado de tres a cuatro horas. Concluye el cuadro con sudor copioso, meloso, que cubre todo el cuerpo; la orina es escasa; los accesos aparecen cada dos días sin variar la hora (3 a.m.)”.
- Ha comenzado hace 10 días (después de haber permanecido 15 en Cumbayá) “con un acceso palúdico de muy fuerte intensidad, ya que la temperatura fue elevadísima. La adinamia posterior completa. El acceso se ha repetido pasando un día con igual intensidad”.
- Por haber permanecido en Tumbaco varios meses, relata que “Desde hace 4 meses comenzó con fuerte calofrío, hipertermia. Estos accesos se repiten diariamente. Ahora tiene náuseas, vómitos, cefalalgias, raquialgias, dolores artrálgicos en los miembros”.
- Desde hace 15 días comenzó la enfermedad, luego de haber pasado 9 días en el Chiche, “con malestar general, cefalalgia. Ahora 6 días sintió escalofríos seguidos de hipertermia y sudoración. Estos accesos se repiten todos los días al medio día”.
- Luego de permanecer 6 semanas como albañil en la construcción del Ferrocarril a Imbabura, sección Chiche, “a la VII semana aparece el siguiente cuadro: calofríos intensos, calentura, dolor del cuerpo durante 30 o 40 minutos, en que el enfermo volvía al estado normal; todos los días a las 9 am, anotando que el acceso concluía sin sudor ni postración; además manifiesta que son apenas 3 días de la enfermedad; durante el acceso tenía sed intensa y diuresis abundante, orinas color de Cognac”.
- “Luego de permanecer 6 semanas como albañil en la construcción del Ferrocarril a Imbabura, sección Chiche, presenta cuadro compatible con Paludismo”.

Guayllabamba:

- Hace 1 mes presenta fiebres palúdicas cotidianas. “La enferma dice que se infectó en **Guayllabamba** una noche que tuvo que dormir en aquel lugar. Ocho días después de haber estado en ese sitio siente fuertes escalofríos, fiebre, dolor de cabeza, sudor abundante. La fiebre se repite diariamente por las tardes. Luego observa que los pies se hinchan. Medicación química sin mejoría apreciable”.
- “Hace 8 días antes pernoctó una noche en **Guayllabamba**. A los 8 días aparece la sintomatología típica”.

- “Hace 28 días emprendió viaje a **Guayllabamba** en donde permaneció 8. Regresando a la ciudad 15 días después aparece el siguiente cuadro sintomático: a las 7 pm de cierto día aparece un dolor en la región renal que va avanzando a los lados hasta localizarse en la cintura, fuerte; cefalea intensa. A las 6 am del día siguiente aparecen cortamientos ligeros del cuerpo; media hora después aparece calofrío intenso, que la enferma indica semejaba a una pelota de caucho cuando se da contra el suelo; enseguida dolor generalizado del cuerpo, luego calentura intensa. Sed intensa, lengua seca, boca amarga, orinas de color café; los objetos parecían que estaban teñidos de amarillo; la temperatura continuaba hasta las 3 o 4 pm con un acceso diario, copioso sudor meloso cerraba el cuadro clínico”.
- Hace dos meses durmió una noche en **Guayllabamba**. “A los 20 días tuvo el primer acceso palúdico a las 2 de la tarde, los que se han repetido diariamente de 2 a 4 p.m. sin interrupción. Durante las mañanas estaba en apirexia. Dolor esplénico y hepático”.
- “4 días después de haber permanecido unas horas en **Guayllabamba**, presenta sintomatología típica de Paludismo”.
- “Luego de pasar por **Guayllabamba** presenta sintomatología típica de Paludismo”.
- “Hace 5 meses viajó a Imbabura, permaneciendo 5 meses en Atuntaqui. Una vez fue a Caranqui entre las 5 am y las 4 pm. Al siguiente día presenta cefalea intensa, dolor del cuerpo, temperatura alta desde las 12m hasta las 6 pm. (Julio de 1922). Se recupera y estaba bien. Vino a Quito y pernoctó en **Guayllabamba** de 8 pm a 5 am. Llega a Quito sin problema. El 12 de octubre, esto es 4 días antes del ingreso, presenta dolor de las piernas, caderas y cabeza. Al siguiente día presenta a las 12m cortamientos del cuerpo, calentura que persiste hasta el amanecer. Esta sintomatología se repite diariamente hasta que ingresa al servicio”.
- Son dos meses que vino a esta ciudad desde Ibarra, “pasando por **Guayllabamba**. A los 2 días de llegada tuvo un escalofrío palúdico, de mucha intensidad y el que se repitió todos los días, con igual fuerza y a la hora determinada (11 am) con dolor esplénico y hepático. Sin medicación específica ha estado durante 54 días sufriendo consecutivamente el escalofrío malárico; el que, como es natural, iba acompañado de gran aumento de temperatura, “la que disminuía paulatinamente, pero sin desaparecer por completo hasta el escalofrío siguiente”
- Hace 6 días que pasó por **Guayllabamba**. “Al otro día cefalea, calofrío, temperatura, síntomas que se suceden pasando un día”.

Pomasqui y Perucho:

- **En Pomasqui:** “Hace 12 días, sin haber salido de la jurisdicción de **Pomasqui**, ha tenido el primer acceso de paludismo con bastante intensidad, el que se repitió cotidianamente y a la misma hora (2 pm). Epistaxis”.
- **En Perucho:** “Hace 6 días fue a la hacienda Pinto a orillas del río Perucho (Prov. Pichincha) a cosechar café. Permanece varios días, una mañana aparece la sintomatología siguiente: a la 1 de la mañana, más o menos, aparece un dolor al principio lento luego fuerte en la zona de los riñones, que avanza hacia la base del cerebro, sintiendo a necesidad de extenderse para atrás, sed intensa, cefalea intensa, luego aparecía calofríos cortos, que poco a poco se instalaban en toda plenitud, con castaño de dientes; “el cuerpo temblaba como con ataque”, luego calentura fuerte, sudor copioso y pegajoso cerraba el cuadro; el acceso se repetía indistintamente, así mismo la intensidad del accidente variaba; 8 días después la hora de aparición se localiza a las 4 pm hasta las 8”.

Provincia de Imbabura:

- Desde hace un tiempo no determinado, presenta “luego de travesía por **El Chota**, cefalalgia, malestar del cuerpo, sudoración profusa y elevación de la temperatura; este cuadro se repite diariamente”.
- De viaje hasta esta ciudad “ha pasado por **El Chota**, experimentando el primer acceso palúdico hace 3 días. Los accesos eran de bastante intensidad y se repetían cotidianamente por la tarde”.

Santo Domingo de los Colorados:

- Ha permanecido en clima palúdico (**Santo Domingo de los Colorados**) y “ha experimentado el primer acceso característico hace 5 meses. El escalofrío era intenso con vómito, se repetía pasando un día. Tenía remisiones de 8 a 15 días. Han reaparecido con regularidad en los últimos días hasta que ingresa al servicio”.
- Hace 4 meses emprendió viaje a **Santo Domingo de los Colorados**, Alluriquín, donde permaneció 60 días, después de los cuales regresa a su casa. “Diez días después aparece el siguiente cuadro sintomático: Dolor de estómago, cefalea y calentura durante dos días que obligan al enfermo a guardar cama, es tratado entonces con quinina en el hospital. Egresada de este, dos días después aparece el acceso nuevo: aparece dolor ligero en la región renal sin irradiación, escalofrío intenso que el enfermo tiembla, cefalea fuerte, calentura intensa, sudor intenso y espeso; este cuadro duraba 12 horas justas”.

Provincia del Chimborazo:

- Cuando estaba en **Bucay**, desde “hace 10 días sintió “descomponerse el cuerpo” (sensación de malestar), luego enfriamiento rápido, acompañado de fiebre, cefalea, dolor de la cintura, calofrío, sudor copioso y muy denso. Accesos diarios de 9 1/2 a.m. hasta las 11 a.m.”

Provincia del Guayas:

- Ha trabajado en el Ingenio Valdez de **Milagro**, donde presenta sintomatología típica.
- Después de permanecer dos meses en **Guayaquil**, regresa a la capital hace 8 días. “La noche anterior presentó un ligero escalofrío. Al día siguiente presenta quebrantamiento de todo el cuerpo, dolor de las extremidades y un escalofrío acompañado de calentura. Estas molestias duran 3 días y en el hospital presenta además ansiedad en el estómago, náuseas y sialorrea. El estado de ánimo estaba muy debilitado y casi no se daba cuenta de lo que le rodeaba, teniendo, en cambio, ilusiones y alucinaciones oculares y auditiva”.
- Hace 5 meses fue a **Naranjito**, provincia del Guayas, donde permaneció 3 meses. “Regresó a Saquisilí y cuatro días después presenta el siguiente cuadro sintomatológico: una mañana sintió ligeros calofríos como cortamientos del cuerpo, que aumentaron hasta que el enfermo manifiesta parecían como ataque, así mismo aparecen dolores fuertes en la región renal que irradia hasta el occipital y toda la espalda, cefalea, vómitos biliosos, dolor de todo el cuerpo, luego calentura intensa seguida de sudor intenso, denso, este acceso comenzaba a las 8 de la mañana y concluía a las 3 p.m. diariamente”.
- “Enferma desde hace 2 meses empezando con malestar general, anorexia, lasitud, escalofrío, fiebre y sudores. Estos accesos se han repetido pasando 2 días, regularmente, hasta el día en que ingresa a este servicio. La enferma ha permanecido hasta últimamente en **Guayaquil**”.
- “Desde hace dos meses en **Guayaquil** presenta accesos palúdicos, muy intensos, a horas indistintas del día, con mucha elevación posterior de temperatura, la que ha disminuido paulatinamente, pero sin llegar a la normal. Los accesos llegan pasando un día durante los quince primeros de la enfermedad; luego se volvieron cotidianos, así mismo con fiebre remitente, abundantes sudores nocturnos y gran postración”.
- “Dice que luego de haber permanecido algunos días en **Guayaquil** presenta Paludismo. Desde hace dos días tiene cefalalgia intensa, raquialgia, dolores en los brazos”.

Gestaciones

En 11 pacientes se registró el número de gestaciones. No se ha registrado este dato en 38 pacientes.

Tabla 4. Número de gestaciones en pacientes con paludismo. Servicio de Clínica de Mujeres HSJD, 1920-1925

Número de pacientes	Número de Gestaciones
2	1
1	3
2	4
1	5
1	7
1	9
1	11
1	14

Como se observa, hubo multiparidad, con la presencia cuatro pacientes con 5 o más gestaciones, habiendo alcanzado una de ellas hasta 14 gestaciones. Con los pocos datos disponibles, el promedio aritmético fue de 4.9 gestaciones por paciente.

Estadía hospitalaria

En cuatro pacientes que hay las fechas de ingreso y egreso, se constató una estadía de 5, 6, 7 y 31 días.

Enfermedades anteriores

Por las historias clínicas de las pacientes del Servicio de Clínica de Mujeres del Hospital, internadas por diferentes patologías, se conoce que 49 pacientes reportaron paludismo en sus antecedentes personales. De las pacientes diagnosticadas con paludismo, siete de ellas mencionaron haber padecido episodios de paludismo en el pasado. Las patologías mencionadas como anteriores por 27 de las 55 pacientes con diagnóstico de paludismo, constituyen un amplio espectro de enfermedades principalmente infecciosas, tal como sucede en el conjunto de las 557 pacientes del Hospital San Juan de Dios, entre 1920 y 1925.

Nombres de las pacientes con paludismo

Las pacientes con paludismo, tenían los siguientes nombres: Ana María Hidalgo, Ambrosia Traves, Filomena Palacios, Concepción Lincango, Agripina Guerrero, Ana María Ajon, Lus María Nieto, Carolina Soria, Concepción Utreras, Zoila L. Obando, Elena Torres, Teresa Idrovo, Rosa Tipantasig, Delfina Gálvez, Carmen Yáñez, Juana Taboada, Rosa M. Villegas, Salomé Villagómez, Zoila Tobar, Juana Tabanga, Rosa de Proaño, Manuela Noboa, María Dolores Díaz, Florentina Tituaña, Antonia Salazar, Elena Llerena, Teresa Martínez, Tránsito Inguil, Celia Vergara, Mercedes Giménez, Rosario Negrete, Josefa Cazar, Alegría Sampedro, Alejandrina Andrade, María Ángela Telelema, María Pesa, Cecilia Arguero, Luz María Espinosa, Lucila Corral, Victoria León vda. de Guerrero, Mercedes Romero, María Isabel de la Peña, María Rodríguez, Natividad Rivera, Antonia Barba, Antonia Alomoto, Zoila Rosa Medina, Encarnación Alvarado, Felisa Soto, Cecilia Agüero, Lucinda Catota, Rosa María López, Rosa Rodríguez, Mercedes Flores e Irene Gálvez.

Historias Clínicas de las pacientes con paludismo

Se presenta en detalle la transcripción completa de varias historias clínicas de pacientes con paludismo, su diagnóstico, el tratamiento utilizado, su evolución y la condición final.

Estas historias tienen algunos elementos en común: la mayoría de pacientes estuvieron en zonas endémicas o vivían en ellas. La sintomatología fue variada, con elementos coincidentes, especialmente en la descripción de los calosfríos, fiebre y sudoración, descrita como melosa, y en la descripción escrita en el examen físico. Además, los síntomas de afectación general fueron similares.

En el diagnóstico de esta patología se utilizó el Laboratorio Clínico, en casi todos los casos. Generalmente, se reportó la presencia del Hematozoario de Laveran, especificando ocasionalmente la presencia de formas jóvenes y macrogametos. En algunos casos se afinó más el diagnóstico microscópico determinando el tipo de hematozoario, especialmente de *Plasmodium falciparum*, la forma maligna de paludismo, por sus complicaciones.

El criterio clínico se utilizó para la caracterización del paludismo en cotidiano o cuotidiano, como consta en los registros, o fiebres tercianas o intermitentes. En 2019, en el primer volumen, publicamos 35 casos de paludismo, correspondiente a los años 1916-1920. En estos casos, el microscopio se utilizó por excepción, y solamente a partir de 1918.

El tratamiento empleado fue similar al que registramos entre 1916-1920: Método Laveran con quinina y Arrhenal, compuesto arsenical. En contraste con los registros del período anterior, en las historias clínicas de 1920-1925, se encuentra detallada la dosificación de estos medicamentos. Se puede constatar la efectividad de estos tratamientos. Casi todas las pacientes consiguieron su curación y solo hubo un deceso por “tifo malárico”. En algunos casos se utilizó medicamentos adicionales como purgantes, y santonina para tratamientos antihelmínticos, especialmente en caso de ascariasis concomitante.

A continuación, se transcriben algunos casos de pacientes con diagnóstico de Paludismo:

Mercedes Cruz (Curación) Ingresó el 11 de marzo de 1920. De 35 años, raza indígena, ocupación panadera. Procedencia Pifo. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 5 días, empezando con malestar general, presenta fuerte dolor de cabeza, un muy fuerte escalofrío seguido de fiebre muy alta y sudor abundante, accesos que se han repetido todos los días. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo regular, decúbito indiferente, facies anémica, Temperatura 40,5°, Pulso 124 x minuto, Respiraciones 28 x minuto. Ap. Digestivo: lengua saburral, anorexia, sed intensa. Ap. Nervioso: mucha pereza. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de sangre: En el examen microscópico se encuentra hematozoario de Laveran, formas esféricas y en rosetón. DIAGNÓSTICO: **Paludismo cotidiano**. EVOLUCIÓN: Los accesos de escalofrío, fiebre y sudor se repiten diariamente por la tarde. TRATAMIENTO: Laveran 1 g, 3 días. Arrhenal + reposo, 4 días. Solución de Bourget una vez. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 19 de marzo de 1920. Firma J.C.

Zoila Amaya (Curación) de 20 años de edad, raza mestiza, ocupación, quehaceres domésticos. Procede de Calacalí. Ingresó el 21 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 13 años. Tuvo un embarazo y tiene un hijo vivo. Ha tenido sarampión. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 6 meses antes del ingreso presenta escalofríos, temperatura y sudores, que aparecían algunas semanas seguidas, para desaparecer tras otras tantas. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo un poco desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica. Temperatura 37°, pulso 85, respiraciones 20. Ap. Digestivo: lengua saburral, anorexia. Bazo grande doloroso. Piel: melanodermia. Resto normal. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de Sangre: disminución de los glóbulos rojos (4.500.000) DIAGNÓSTICO: **Paludismo forma cotidiana**. TRATAMIENTO: Método Laveran: Inyección de quinina. Arrhenal. Santonina. Dos dosis más de quinina 30 cm. Jarabe tónico 4 últimos días. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 25 de febrero de 1920.

Rosa Calderón (Curación) De Ibarra, 24 años de edad, raza mestiza, ocupación cocinera. Ingresó el 10 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 días empezó con fuerte escalofrío, dolor de cabeza, fiebre y sudores. Estos síntomas han desaparecido para volver a presentarse al otro día. EXAMEN FÍSICO: Estatura alta, estado nutritivo desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica. Temperatura 37,5°, pulso 104 respiraciones 25 por minuto. Ap. Digestivo: lengua saburral, anorexia, sed intensa. Ap. Nervioso: cefalea intensa, lasitud. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Paludismo forma cotidiana**.

Por la curva de la temperatura se ve que se trata de Paludismo, forma cuotidiana. TRATAMIENTO: Laveran 1 g, 3 días. Arrhenal + reposo, 4 días. Clorhidrato de quinina 80 (dos sellos) por tres días. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 21 de marzo de 1920. Firma J.C.

Alegria Cisneros (Curación) Procedente de Guayllabamba. Ingresó el 29 de marzo de 1920. Tiene 62 años de edad, raza mestiza, ocupación hotelera. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace 3 días, empezando con malestar general, dolor de cabeza, anorexia, escalofrío intenso, fiebre y sudor abundante. Estos accesos de escalofrío, fiebre y sudor se han repetido pasando un día. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica. T° 37, pulso 100, respiraciones 26 por minuto. Ap. Nervioso: cefalea intensa, pereza, somnolencia. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de sangre: Al examen microscópico de la sangre se encuentra al Hematozoario de Laveran. DIAGNÓSTICO: **Paludismo forma terciaria.** TRATAMIENTO: Quinina 0,80, una vez, 3 días seguidos. Arrhenal. Laveran 60. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 7 de abril de 1920. Firma J.C.

Dolores Suárez (Curación) Edad 16 años, raza mestiza, ocupación doméstica. Procedencia Cayambe. Ingresó el 29 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace 4 meses empezando con cefalea intensa, malestar general, escalofrío, fiebre y sudores abundantes. Estos accesos de escalofrío, fiebre y sudor se han repetido todos los días a la misma hora. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica. T° 38,6, pulso 120, respiraciones 24 x minuto. Ap. nervioso: cefalea intensa, decaimiento, pereza. DIAGNÓSTICO: **Paludismo forma cuotidiana.** TRATAMIENTO: Purgante salino. Laveran 1 por 3 días consecutivos. Quinina en inyección 0,25. Arrhenal 3 días. Laveran - Arrhenal último día. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 5 de abril de 1920. Firma J.C.

Rosario Cruz (Curación) Residente en Quito. De 50 años de edad, raza mestiza, ocupación cocinera. Ingresó el 13 de abril de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 15 años. Ha tenido 14 embarazos, tiene 3 hijos vivos y han muerto 11 de sus hijos. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace 2 meses empezando con malestar general, anorexia, lasitud, escalofrío, fiebre y sudores. Estos accesos se han repetido pasando 2 días, regularmente, hasta el día en que ingresa a este servicio. La enferma ha permanecido hasta últimamente en Guayaquil. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo desmejorado, facies anémica, decúbito indiferente. Temperatura 37°, pulso 90 por minuto, respiraciones 26 por minuto. Ap. Digestivo: hígado un poco aumentado. DIAGNÓSTICO: **Paludismo forma cuartana.** TRATAMIENTO: Purgante, Laveran 1 g cada día x 3 días. Arrhenal 3 días. Clorhidrato de Quinina 0,80 g cada día x 3 d. Arrhenal 4 días. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 27 de abril de 1920. Firma J.C.

Rosa Calderón (No registró la condición final) Ingresó el 30 de abril de 1920. De 22 años de edad, raza mestiza, ocupación cocinera. Procedencia Atuntaqui. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión, viruela (con estigmas en el rostro). ENFERMEDAD ACTUAL: Son dos meses que vino a esta ciudad desde Ibarra, pasando por Guayllabamba. A los 2 días de llegada tuvo un escalofrío palúdico, de mucha intensidad y el que se repitió todos los días, con igual fuerza y a la hora determinada (11 am) con dolor esplénico y hepático. Sin medicación específica ha estado durante 54 días sufriendo consecutivamente el escalofrío malárico; el que, como es natural, iba acompañado de gran aumento de temperatura, la que disminuía paulatinamente, pero sin desaparecer por completo hasta el escalofrío siguiente (el subrayado consta en el original). EXAMEN FÍSICO: Es una enferma que entra en estado de decadencia, que casi llega a la astenia. Está muy anémica, de color amarillo-terreo característico, gran decaimiento, ojos vidriosos, conjuntivas amarillas, azulosas. Bazo, antes era doloroso, espontáneamente. Hoy lo es a la palpación y percusión. No hay a la inspección signo de hipertrofia. No se le palpa. A la percusión se constata un aumento de 4 veces + o - su volumen. Hígado no se palpa su borde inferior. Por arriba se halla aumentado, más a nivel de las líneas axilar y escapular que de la anterior. No es doloroso. Ap. circulatorio: pulso débil traduciendo la anemia. No se perciben soplos inorgánicos. Ap. Génito urinario: se ha suspendido la regla desde que cayó enferma. Piel normal. DIAGNÓSTICO: **Paludismo tipo cotidiano, remitente.** TRATAMIENTO: Laveriano, con Arrhenal intercalado. CONDICIÓN FINAL: No se registra condición final ni fecha de alta.

Rosa Elena Castillo (No registró la condición final) Ingresó el 10 de mayo de 1920. Cargadora de Sangolquí de 15 años de edad, raza indígena, ANTECEDENTES PERSONALES: Fiebre, gripes. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace dos meses durmió una noche en Guayllabamba. A los 20 días tuvo el primer acceso palúdico a las 2 de la tarde, los que se han repetido diariamente de 2 a 4 p.m. sin interrupción. Durante las mañanas estaba en apirexia. Además, presenta dolor esplénico y hepático. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo maluco, piel de color amarillo característico, facies ilegible, ojos brillantes, conjuntivas amarillas, melosas. Bazo no se palpa. A la percusión hay mancha esplénica que indica un aumento de más o menos dos veces y media del normal. Doloroso ligeramente. Hígado no es doloroso sino a la presión intensa. Se toca su borde inferior que rebasa unos 4 traveses de dedo del borde costal. El borde superior se halla poco aumentado, pero en total existe una hipertrofia del órgano. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Paludismo, forma cotidiana intermitente.** CONDICIÓN FINAL: No hay información adicional.

Mercedes Suárez (No registró la condición final) De 16 años de edad, raza mestiza, trabaja como doméstica y vive en Guayaquil. Ingresó el 12 de mayo de 1920. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padre epilepsia. ANTECEDENTES PERSONALES: No se ha presentado la menarquia todavía. Desde hace 4 años ha tenido ataques epilépticos, los que han disminuido de intensidad y número. Hace 4 años disentería, la cual pasó a estado crónico, desapareciendo los síntomas solo hace pocos días. Así mismo, desde niña ha tenido paludismo. Los accesos palúdicos desaparecían con el tratamiento para reaparecer en cuanto suspendía el tratamiento. La forma era cotidiana (regularmente por la tarde) e intermitente. EXAMEN FÍSICO: Estado general desmejorado, piel anémica, decaimiento, ojos y conjuntivas amarillo azulosas, mucosas blanquecinas. Bazo (el subrayado es original): se toca por palpación. A la percusión denotase un notable aumento de volumen, lo menos en cuatro veces. Es doloroso a la percusión. Hígado: llama la atención su pequeño volumen, pues no se puede coger su borde inferior y el superior desciende hasta el sexto espacio. Es lo mismo que el bazo doloroso a la percusión. Pulmones: ha tenido desde hace 3 años tos seca, repetida, sudores profusos, acusa mucho enflaquecimiento. Inspección: ligera depresión supra e infraclavicular y espinosa. El lado derecho del tórax tiene un movimiento más amplio que el otro. Palpación: aumento de vibraciones vocales en el vértice del propio pulmón. Percusión: macidez en los vértices, siendo más marcado en el derecho. Auscultación: Disminución del murmullo vesicular a nivel del vértice derecho, respiración laboriosa en las bases y en los vértices, espiración resoplante, inspiración ligeramente entrecortada. Ap. Circulatorio: hay un eretismo cardíaco y es como algo muy especial un pulso bigeminado. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Paludismo cotidiano intermitente e Induración tuberculosa del vértice pulmonar derecho**. No hay más datos.

Judith Sornoza (Curación) De 23 años de edad, raza blanca, ocupación costurera. Nacida en Ibarra, última residencia Guayaquil. Ingresó el 12 de mayo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 14 años. Ha tenido fiebre tifoidea y sarampión. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace dos meses en Guayaquil presenta accesos palúdicos, muy intensos, a horas indistintas del día, con mucha elevación posterior de temperatura, la que ha disminuido paulatinamente, pero sin llegar a la normal. Los accesos llegan pasando un día durante los quince primeros de la enfermedad; luego se volvieron cotidianos, así mismo con fiebre remitente, abundantes sudores nocturnos y gran postración. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, estado nutritivo regular, facies anémica. Conjuntivas amarillas azulosas. La enferma presenta por debajo del párpado inferior derecho una pigmentación negra azulada en forma de media luna. Bazo no es doloroso, imperceptible a la palpación. A la percusión se constata una hipertrofia de más o menos el doble de su volumen. Hígado ligeramente hipertrofiado, en su borde inferior no es doloroso. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Paludismo remitente (forma mixta)**. TRATAMIENTO: Sulfato de sodio 30 g Laveran 1 gr 3 días seguidos; Arrhenal 3 días seguidos; Sulfato de quinina 0.80 g tres días seguidos. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 22 de mayo de 1920.

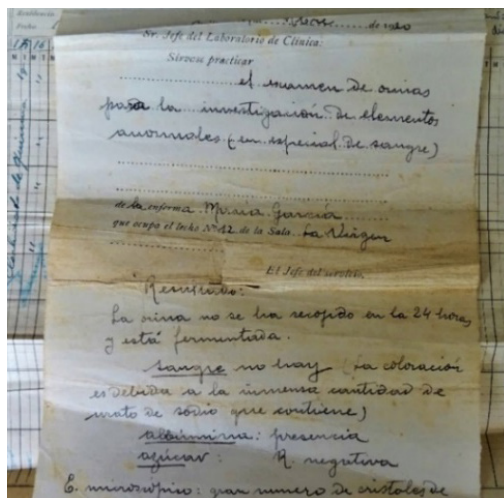
Mercedes Flores (Curación) Escolar de 7 años de edad, mestiza, residente en Quito. Ingresó el 5 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 8 días antes del ingreso presenta fuerte dolor de cabeza, escalofríos repetidos, fiebre, anorexia y mucha sed. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo desmejorado, decúbito indiferente, facies congestionada. T° 36,6 pulso 100 por minuto; respiraciones 44 por minuto. Ap. Digestivo: lengua cargada, anorexia, sed intensa, 2 asientos diarreicos al día. Ap. Respiratorio: a la palpación, aumento de vibraciones, a la percusión submatitez en ambos pulmones y en especial en la base, a la auscultación rales crepitantes diseminados. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Bronquitis y Paludismo**. TRATAMIENTO: Revulsivos y Quinina. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta: 10 de marzo de 1920. Firma J.C.

Irene Gálvez (Curación) Paciente de 45 años de edad, ocupación haceres domésticos, residente en Chillotallo. Ingresó el 8 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Ha eliminado lombrices. ENFERMEDAD ACTUAL: Dice que luego de haber permanecido algunos días en Guayaquil presenta Paludismo. Desde hace dos días tiene cefalalgia intensa, raquialgia, dolores en los brazos. EXAMEN FÍSICO: Normal. DIAGNÓSTICO: Gripe, Paludismo. TRATAMIENTO: Purgantes, sudoríficos. Laveran 1 g, 3 días. Luego, Arrhenal 3 días. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta: 15 de febrero de 1920.

María García (Posible curación) De 27 años de edad, soltera, mestiza, ocupación cocinera. Residente en Huigra. Ingresó al servicio el 15 de noviembre de 1920. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: A los 14 años aparece la menstruación, duran cuatro días, son normales. Hace un año se le presentó cierta enfermedad que se sospecha una ictericia por los datos que arroja al interrogatorio, permaneció un mes en coma; en el transcurso de esta última enfermedad hasta el principio de la actual el estado general ha sido bueno. ENFERMEDAD ACTUAL: El 5 de noviembre del presente año sintió «descomponerse el cuerpo» (sensación de malestar), debiendo anotarse que en Bucay se presentó la enfermedad; esta se presenta por un enfriamiento rápido e intenso del cuerpo, después un aumento de la temperatura con amortiguamiento de las extremidades, estallando el acceso que consiste en cefalea aguda, dolor de cintura, calofrío intenso, sudor copioso y muy denso. La enferma queda en profunda postración después de cada acceso, este es diario, empieza a las 9 1/2 a.m. concluye a las 11 a.m. EXAMEN FÍSICO: Facies icterica, desnutrida. Boca: mucosas anémicas, sabor amargo, sed intensa. Lengua pastosa, seca, con sensación de grosor. Estómago: Inspección, etc., etc. normal. La enferma manifiesta tener eructos. Intestinos: Inspección, etc. normales. Deposición en las 24 horas. Hígado, Inspección: nada anormal. Percusión: au-

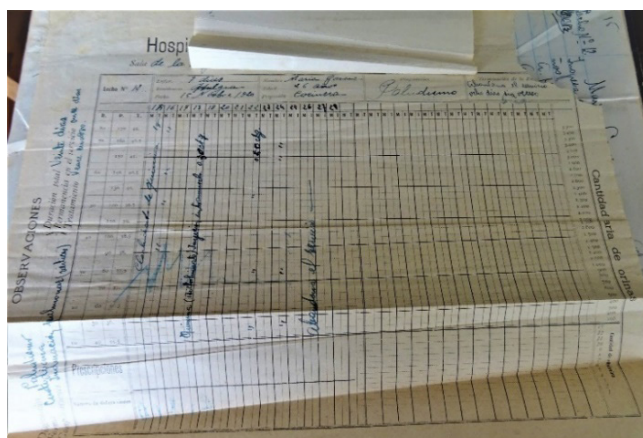
mentado de volumen, en los diámetros vertical y horizontal. Palpación: el reborde inferior se palpa por debajo de lo normal, está doloroso a la presión (de borde cortante) en el espacio comprendido entre el punto vertical y el borde interior, cara anterior. Bazo ligeramente aumentado de volumen. Doloroso a la presión. Ap. Circulatorio: corazón, auscultación normal. Inspección etc. normal. Pulso id. Ap. Respiratorio: Pulmones: región posterior Inspección: normal. Palpación: vértices disminución de las vibraciones. Auscultación: vértices, abolición del murmullo vesicular, aumento del tono de la voz, resto normal. Región anterior: Fosas supraclaviculares deprimidas, dolorosas a la presión. Percusión, etc. normales. Ap. Génito-Urinario: Orinas escasas subidas de color semejan hematuria, dejan sedimento de color café claro. "véase el cuadro". LABORATORIO CLÍNICO: Transcripción del informe del examen de LABORATORIO CLÍNICO: *Edo. Batallas B.* Quito, 19 de noviembre de 1920. Sr. jefe de Laboratorio de Clínica: Sírvese practicar examen de orinas para la investigación de elementos anormales (en especial de sangre) de la enferma María García que ocupa el lecho N° 12 de la Sala La Virgen. El jefe de Servicio (sin firma). Resultado: la orina no se ha recojido "[sic]" en las 24 horas y está fermentada. Sangre no hay (la coloración es debida a la inmensa cantidad de urato de sodio que contiene). Albúmina presencia. Azúcar negativa. Examen Microscópico: gran número de cristales de uratos y fosfatos. Muchas células pavimentosas, no hay glóbulos rojos, ni cilindros. R. Bravo A. "Figura 1". DIAGNÓSTICO: **Paludismo, forma cuotidiana.** TRATAMIENTO: Nbre 18: Inyección intramuscular de hidro clorhidrato de quinina, una ampolleta de 0,025 g. Nbre 22: En los días anteriores no aparece el acceso; hoy se le inyecta otra ampolleta igual a la del día 18. Las orinas empiezan a perder el color rojo observado al principio, se transforman a color normal, así mismo no dejan sedimento; el hígado está indoloro, los diámetros van normalizándose; el estado general se hace bueno; prescribese la dieta rigurosa. En la hoja de registro de temperatura consta la administración de 5 dosis de clorhidrato de quinina: 2 de 1 g; 1 de 20 g; 2 de 0,50 g. CONDICIÓN FINAL: Nbre 26: Abandona el servicio: son 8 días que no han aparecido los accesos de paludismo, el estado general es satisfactorio. "Figura 2".

Figura 1. Informe de Laboratorio Clínico, paciente María García. Sala La Virgen, Hospital San Juan de Dios, 1920



Nota: El documento original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina "Eduardo Estrella" en Quito, Ecuador.

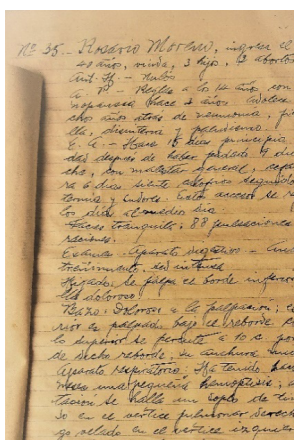
Figura 2. Registro de temperatura paciente María García. Sala La Virgen, Hospital San Juan de Dios, 1920



Nota: El documento original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, Ecuador.

Rosario Moreno (Curación). “Figura 3”. Ingres el 2 de diciembre de 1921. 40 años. Viuda, 3 hijos, 2 abortos. Residente en Quito. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Nulos. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años, con cólicos. Menopausia hace 3 años. Adolece ahora muchos años atrás de neumonía, fiebre amarilla, disentería y paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días principia la enfermedad después de haber pasado 9 días en Chiche, con malestar general, cefalalgia. Ahora 6 días siente escalofríos seguidos de hipertermia y sudoración. Estos accesos se repiten todos los días al medio día. EXAMEN FÍSICO: Facies tranquila, 88 pulsaciones, 40 respiraciones. Ap. Digestivo: anorexia, estreñimiento, sed intensa. Hígado se palpa el borde inferior que se encuentra doloroso. Bazo doloroso a la palpación. El polo inferior se palpa bajo el reborde costa. El polo superior se percute a 10 cm por encima de dicho reborde; su anchura mide de 9 a 11 cm. Ap. Respiratorio: ha tenido hace unos dos meses una pequeña hemoptisis; a la auscultación se halla un soplo de timbre cavernoso en el vértice pulmonar derecho y otro algo velado en el vértice izquierdo. Broncofonía en ambos vértices. Los demás aparatos normales.

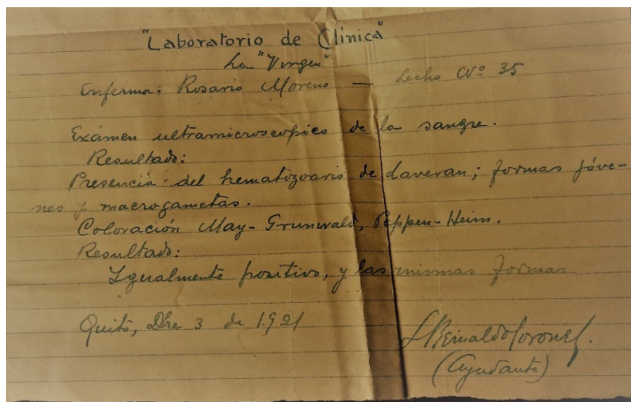
Figura 3. Registro clínico paciente Rosario Moreno. Sala de la Virgen. Hospital San Juan de Dios, 1920-1925



Nota: El documento original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, Ecuador.

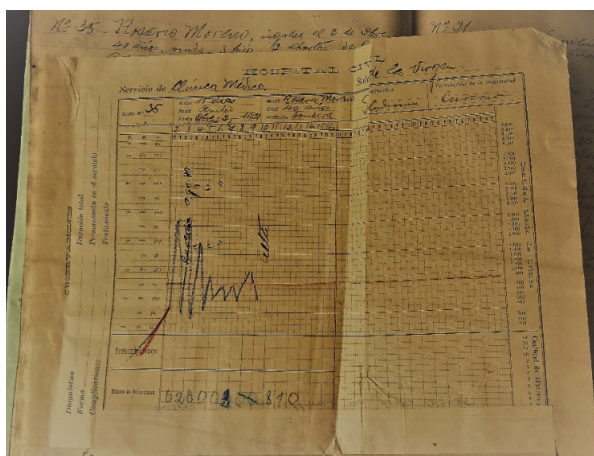
LABORATORIO CLÍNICO: Examen de la sangre: «Laboratorio de Clínica» Enferma Rosario Moreno - Lecho N° 35. Examen ultramicroscópico de la sangre. Resultado: Presencia de **Hematozooario de Laveran**; forma jóvenes y macrogametos. Coloración May Grunwald, Pappen – Heim, Resultado: Igualmente positivo, y las mismas formas. Quito, Dbre 3 de 1921 Firma: Reinaldo coronel (Ayudante). “Figura 4”. DIAGNÓSTICO: **Paludismo forma cotidiana**, Tuberculosis pulmonar. TRATAMIENTO: Serie de Laveran 0, gr 80 cada dosis, por 4 días seguidos. Arsénico, según la curva de registro térmico. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 10 de diciembre de 1921. “Figura 5”.

Figura 4. Resultado de exámenes paciente Rosario Moreno. Sala de la Virgen. Hospital San Juan de Dios, 1921



Nota: El documento original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, Ecuador.

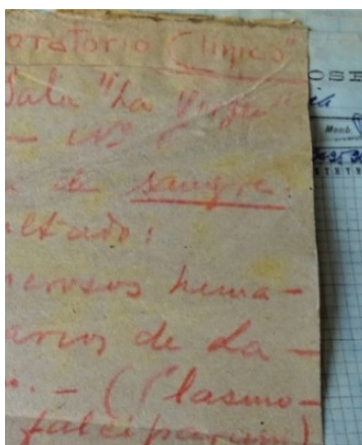
Figura 5. Curva térmica. Paciente Rosario Moreno. Sala de la Virgen Hospital San Juan de Dios, 1921



Nota: El documento original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, Ecuador.

Rosa María Valenzuela (No registró la condición final) Ingresa el 16 de octubre de 1922. Natural de San Pablo del Lago (Imbabura). Residente en Quito (Santa Prisca). Soltera de 20 años de edad, vivandera. Lecho N° 6. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 16 años de edad, cada cuatro semanas 6 días de duración. Hacen cinco años pulmonía. Hace 5 meses que viajó a Imbabura, permaneciendo en Atuntaqui 5 meses; yendo una vez a Caranqui entre las 5 am y las 4 pm. Al siguiente día cae enferma con el siguiente cuadro: cefalea intensa, dolor del cuerpo, temperatura alta desde las 12m hasta las 6 pm. (Julio de 1922); Después de esta enfermedad no experimenta ninguna otra. Es de anotar que el aparato digestivo funciona bien. ENFERMEDAD ACTUAL: Hacen tres semanas que regresa a Quito, pasando por Guayllabamba, llega a las 8 pm a 5 am. Del día siguiente. Permanece en la ciudad sin disturbio notable, el día 12 de octubre amanece enferma de la regla, con dolor de las piernas, caderas y cabeza (primera vez que aparece así). Al siguiente día aparece el cuadro siguiente: a las 12 m. cortamientos del cuerpo, dolores del cuerpo, enseguida calentura que permanecía hasta el amanecer 4 a.m. Esta sintomatología repetiase diariamente hasta que ingresa al servicio. EXAMEN FÍSICO: Estado actual: Piel con ligero tinte amarillento. Ap. Digestivo: lengua ligeramente saburral, húmeda. Estómago e intestino normales. Hígado aumentado de volumen en las líneas anteriores mamarias, en la axilar anterior, costo escapular, mide 6 traveses de dedo. Borde superior en la 5ta costilla, borde inferior no se toca, no es doloroso. Líneas posteriores normales en volumen. No se aprecia disturbio por funcionamiento hepático. Bazo no se toca. Aparato Circulatorio: normal. Aparato Respiratorio: normal. Aparato Urinario: normal. Sistema Nervioso: normal. Transcripción del informe del examen de sangre: LABORATORIO CLÍNICO: Sala “La Virgen”. Enf.-N° 6. Resultados: Numerosos hematozoarios de Laveran (*Plasmodium falciparum*) Quito -17-22. Firma JR Coronel. “Figura 6”.

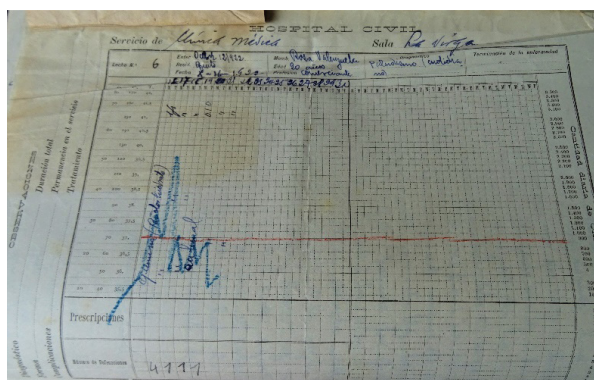
Figura 6. Informe de Laboratorio Clínico, paciente Rosa María Valenzuela. Sala La Virgen, Hospital San Juan de Dios, 1922



Nota: El documento original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, Ecuador.

DIAGNÓSTICO: Paludismo por *Plasmodium falciparum*. **TRATAMIENTO:** Clorhidrato de quinina 1gr diario los 3 primeros días, luego Arrhenal 0,10 gr diarios los siguientes 3 días.

Figura 7. Curva térmica, paciente Rosa María Valenzuela. Sala La Virgen, Hospital San Juan de Dios, 1922



Nota: El documento original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, Ecuador.

EVOLUCIÓN: “Figura 7”. Día 16 – Presentase el acceso a las 5 am. La enferma duerme tranquila. A esta hora se recuerda quejándose de fuertes dolores de las piernas, dolor de la cintura y sensación de calofrío, media hora después. **CONDICIÓN FINAL:** No existe más información en el registro de esta paciente.

Zoila Argüello de Chávez (Curación) Ingresa al servicio el 8 de noviembre de 1922. De 50 años de edad. Natural de Riobamba y residente en Quito. Casada. Vivandera. **ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** Sin importancia. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Reglada a los 15 años, normales. 8 hijos, viven 4, abortos otros cuatro. Enfermedades anteriores no recuerda. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Hace 28 días emprendió viaje a Guayllabamba en donde permaneció 9. Regresando a la ciudad 15 días después aparece el siguiente cuadro sintomático: a las 7 pm de cierto día aparece un dolor ligero en la región renal que va avanzando a los lados hasta localizarse en la cintura, fuerte; cefalea intensa. A las 6 am del día siguiente aparecen cortamientos ligeros del cuerpo; media hora después aparece calofrío intenso, que la enferma indica semejaba a una pelota de caucho cuando se da contra el suelo; enseguida dolor generalizado del cuerpo, luego calentura intensa. Sed intensa, lengua seca, boca amarga, orinas de color café; los objetos parecían que estaban teñidos de amarillo; la temperatura continuaba hasta las 3 o 4 pm. acceso

diario, copioso sudor meloso cerraba el cuadro clínico. EXAMEN FÍSICO: Piel sub icterica, húmeda, melosa; Ap. Digestivo.: constipación; estómago normal. Hígado doloroso a la presión, aumentado de volumen en las líneas costo esternal y mamaria; en el 5to espacio intercostal; volumen normal; borde inferior no se toca porque la enferma defiende con el abdomen. Bazo doloroso a la presión, aumentado de volumen. Los demás aparatos normales. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de Sangre: Sala de La Virgen. N° 3. Investigación de Hematozoario: Resultado positivo. Quito, 8 de noviembre de 1922. Firma: El ayudante, JR Coronel. DIAGNÓSTICO: **Paludismo cotidiano**. TRATAMIENTO: Clorhidrato de quinina 1gr diario los 3 primeros días, luego Arrhenal 20 diarios los siguientes 4 días. Luego, quinina 0,08 gr. CONDICIÓN FINAL: Evolución favorable. Alta 17 de noviembre de 1922.---

Marta Baldeón (Curación) De 35 años, residente en Tumbaco. Ingresó el 20 de noviembre de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace dos meses fue a trabajar a la hacienda «Cunuc-Yacu» a orillas del río San Pedro y en los linderos de la parroquia Trapiche; a los 15 días de permanecer allí, aparece el siguiente cuadro sintomatológico: fuertes dolores en la región lumbar que se irradian al abdomen, formando un cinturón; luego el dolor se generaliza a los miembros, aparecen cortamientos del cuerpo, enseguida calofrío intenso con castaño de dientes; sed intensa; este estado dura más o menos 20 a 30 minutos, reaparece calentura fuerte y la enferma permanece en ese estado de tres a cuatro horas. Concluye el cuadro con sudor copioso, meloso que cubre todo el cuerpo; la orina es escasa; los accesos aparecen cada dos días sin variar la hora (3 a.m.). DIAGNÓSTICO: **Paludismo**. EVOLUCIÓN: Favorable al tratamiento con quinina. CONDICIÓN FINAL: Alta: 25 de noviembre de 1922 por curación.

María Granda (Curación) De 25 años, ocupación quehaceres domésticos, residente en Puéllaro, ingresó el 1 de diciembre de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 6 días fue a la hacienda Pinto a orillas del río Perucho (Prov. Pichincha) a cosechar café. Permanece varios días, una mañana aparece la sintomatología siguiente: a la 1 de la mañana, más o menos, aparece un dolor al principio lento luego fuerte en la zona de los riñones, que avanza hacia la base del cerebro, sintiendo la necesidad de extenderse para atrás, sed intensa, cefalea intensa, luego aparecía calofríos cortos, que poco a poco se instalaban en toda plenitud, con castaño de dientes; «el cuerpo temblaba como con ataque», luego calentura fuerte, sudor copioso y pegajoso cerraba el cuadro; el acceso se repetía indistintamente, así mismo la intensidad del accidente variaba; 8 días después la hora de aparición se localiza a las 4 pm hasta las 8. DIAGNÓSTICO: **Paludismo (cotidiano) Laveriano: Malaria (coloración Giemsa)**. EVOLUCIÓN: Favorable al tratamiento con Biclorhidrato de quinina 1g diario por 3 días y 3 días más de Arrhenal B. CONDICIÓN FINAL: Alta por curación el 7 de diciembre de 1922.

Espíritu Anaguano (Curación) De 35 años, comerciante, vive en Nayón. Ingresó el 1 de diciembre de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 meses más o menos que salió de su aldea (Nayón) a Cumbayá, donde permanece 2 días. Ocho días después aparece el siguiente cuadro sintomatológico: dolor ligero en la región renal, luego fuerte rodeando la cintura, calofrío intenso que la enferma manifiesta que da brinco en la cama, cefalea intensa, dolor del cuerpo íntegro, luego calentura, dolor al hígado y bazo. Este estado dura de 4 a 5 horas y luego sudor copioso espeso, este dolor se presenta cada día al principio, no tiene hora fija, después de 15 días aparece a las 7 a.m. DIAGNÓSTICO: **Paludismo (cotidiano) Laveriano: Malaria (coloración Giemsa)**. EVOLUCIÓN: favorable con quinina 0,50 gr el 1er día; Cacodilato sódico 0,10 gr el segundo día; Así se repite el tratamiento durante 4 veces (8 días). CONDICIÓN FINAL: Alta: el 10 de diciembre de 1922, por mejoría.

Figura 8. Bromhidrato de Quinina



Nota: Imagen tomada de *Historia de la Medicina*, de J. Fresquet, 2015b (https://www.historiadelamedicina.org/Instrumentos/instrumento_602.html). Bajo Copyright.

El Hematozoario de Laveran

Hasta 1896 se conocía el cuadro clínico, la terapéutica efectiva, mas no la etiología de la enfermedad. Con los estudios de Laveran, se estableció categóricamente que “El agente patógeno de la malaria es un animáculu unicelular perteneciente a la clase de los Esporozoarios. Esta es una verdad indiscutible hoy en la Ciencia” (Dominici, 1896).

Charles Louis Alphonse Laveran (1845-1922), médico parisino contemporáneo de los médicos que ejercieron en el Hospital San Juan de Dios (1920-1925), recibió el premio Nobel de Medicina en 1907, por su descubrimiento del *Plasmodium* o Hematozoario de Laveran en 1880. En *Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme. Description d'un Nouveau parasite trouvé dans le sang des maladies atteints de fièvre palustre* (París, 1881) describió:

pequeños elementos, que miden apenas la sexta parte de un hematíe y que no contienen más que uno o dos granos de pigmento, y que no parecen representar sino una de las fases de cuerpos esféricos más grandes; tanto libres como adosados a los hematíes, se encuentran a veces tres o cuatro de ellos sobre un mismo hematíe, y presentan a la temperatura ordinaria movimientos ameboides (Laveran, 1881, como se encuentra citado en Ledermann, 2008, p. 217)

Laveran donó la mitad de su premio al Instituto Pasteur, donde era jefe de Servicio Honorario desde 1897, para remodelar y equipar el Laboratorio de Enfermedades Tropicales. **Ronald Ross**, microbiólogo británico, en 1897 demostró que la picadura de los mosquitos del género *Anopheles* transmitía el parásito de la malaria. En 1902 recibió el premio Nobel por su descubrimiento (Ledermann, 2008, p. 216).

Tratamiento del paludismo

Las condiciones de vida, en proceso de deterioro progresivo para la mayoría de la población, la carencia de un sistema nacional de salud en el Ecuador y la limitada capacidad de gestión del organismo rector, constituyen una poderosa barrera que impedirá alcanzar las metas soñadas para la erradicación del paludismo (Terán Puente & Terán-Puente, 2022).

Pedro Leiva, cacique de la provincia ecuatoriana de Loja, en 1630 curó con un preparado de quina al jesuita Juan López, quien tenía fiebre terciana o paludismo. Las virtudes de la quina contra el paludismo se difundieron en Loja y en el Perú. En 1639 los jesuitas exportaban la corteza de quina a Europa. Así comenzó la explotación incontrolada de los bosques de quina.

Diego de Herrera, primer médico graduado en la Universidad Santo Tomás de Aquino de la ciudad de Quito, publicó *De Cortice Chinae-Chinae, et de Loxa; etsi diversorum arborum uniformis virtutis* (Quito, 1699), cuyo manuscrito utilizó **Charles M. de la Condamine** para publicar *Descripción del Árbol de Quina* (Lima, 1737). **Eugenio Espejo** en *Voto de un ministro Togado de la Audiencia de Quito* (Quito, 1792) propuso la creación del estanco de la cascarilla. **Carl von Linné** creó el género *Cinchona* en 1742. En 1820, los franceses **Pierre Joseph Pelletier** y **Joseph Bienaimé Caventou** aislaron dos alcaloides activos de la quina: la quinina y la cinchonina (Crespo Burgos, 2019).

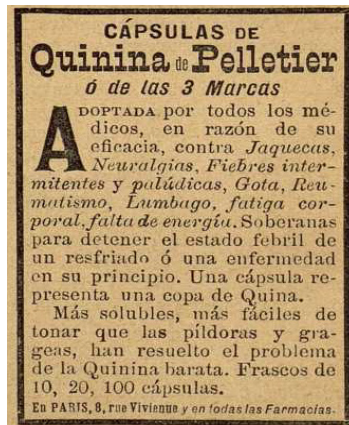
En 1940 se organizó el Servicio Antipalúdico de los Chillos en la población de El Tingo, a 20 km al sur oriente de Quito. Con una campaña intensiva se logró la erradicación de la malaria hacia 1950, en Quito y sus valles. De todas maneras, la malaria sigue siendo un grave problema sanitario mundial. Mayores detalles sobre la quinina se encuentran en el primer volumen de esta investigación. Actualmente, las resistencias de los hematozoarios a destinos productos farmacéuticos han inducido nuevamente a su utilización.

Francisco de Paula Montello Nadal, en su *Obra destinada para que sirva de testo [sic] para los alumnos del quinto año de Filosofía* (Granada, 1846), dice:

La quinina da lugar con el ácido sulfúrico a dos sulfatos, uno neutro y otro básico; ambos poseen propiedades anti periódicas, y se administran como febrífugos—Además, se conocen el nitrato, yodato, clorato, fosfato, arseniato, cloridrogenato, el citrato y el acetato de quinina: hace pocos días que tratando la quinina por una sustancia grasienta he conseguido un margarato que se incorpora bien con el aceite de almendras dulces (Montells Nadal, 1846, p. 117).

A finales del siglo XIX, la quinina era popular y se utilizaba para varias patologías:

Figura 9. Periódico de Barcelona, 1897



Nota: Anuncio tomado de *El Salón de la Moda*, de Pelletier, 1897 (<https://digibug.ugr.es/handle/10481/5414>). De dominio público.

En 1888, la Escuela de Medicina en Sevilla publicó el caso de un trabajador procedente de Huelva, con “Paludismo intermitente inveterada” (Romero Pedreño, Romero Villeta & Villota, 1887-1888). El tratamiento con quinina era similar al utilizado en el HSJD. En 1894, se propuso otros usos para la *Quinina Dulce Martínez* como “anti febrífugo e insustituible para combatir la Tos Ferina” que estaba a la venta Al por mayor en la Sociedad Farmacéutica Española, Barcelona.

En el Ecuador, en el año 2020, al comienzo de la pandemia de Covid-19, mucha gente usó la corteza del árbol de cascarilla, *Chinchona officinalis*, para preparar tisanas pensando prevenir o tratar Covid-19. “La ilusión amenazó con extinguir los pocos árboles de cascarilla que todavía existen” (Alarcón, 2020, p. 32). Desde tiempos prehispánicos, “el secreto de su bondad (de la quina) permanece en la memoria colectiva... fabricaban con ella remedios caseros para combatir las gripes y las fiebres” (Larreategui & Lafuente, 2013, p. 7). Así, se han mantenido presentes las bondades de la quina en el imaginario social.

Figura 10. El memorándum, Revista Quincenal, 1894



Nota: Anuncio tomado de *El Memorándum*, de Sociedad Farmacéutica Española, 1894 (https://bibliotecavirtual.ranf.com/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=4023308). De dominio público.

La Malaria en Quito y en el Hospital San Juan de Dios

“A mediados del siglo XVII la malaria representaba una amenaza para la salud pública, en los valles de Tumbaco y Guayllabamba, en los alrededores de Quito” (Austin, 1991/1996).

En el siglo XVIII, los Andes fueron saqueados por ingleses, holandeses y norteamericanos, quienes recolectaron millones de semillas, hicieron viveros en terrenos adquiridos cerca de Ambato y Riobamba y enviaron plántulas de cascarilla por barco. El inglés Richard Spruce lideró una de estas grandes misiones de saqueo. Recogió centenares de miles de semillas y esperó por el jardinero londinense R. Cross, desde Inglaterra, “para hacer germinar algunas plantas y transportarlas por alta mar in vivo” (Larreategui & Lafuente, 2013, p. 5). El presidente García Moreno pretendió –sin mayor éxito– controlar el tráfico de cascarilla. El problema terminó en 1994, cuando Robert Woodward, Nobel de Química, sintetizó la cloroquina (Larreategui & Lafuente, 2013, pp. 6-7).

El Hospital San Juan de Dios (HSJD) y su Dispensario Infantil (DI) trataron exitosamente a los pacientes afectados por la malaria con quinina, en algunos casos asociada con arsenicales. La quinina se utilizó en forma de sales de hidro-clorhidrato de quinina, biclorhidrato de quinina o quinina. Se aplicaba el método de Laveran, validado desde el siglo XVII contra diferentes especies de *Plasmodium*.

En 1908, según el doctor **Leopoldo Izquieta Pérez**, comienza el movimiento de la salud pública en el país. En Guayaquil, la campaña de desratización, la desinfección urbana y marítima fueron acciones claves en el proceso de lucha contra las enfermedades prevalentes. Había mucho que hacer, dice Izquieta Pérez: proveer de agua segura en suficientes cantidades a Quito y Guayaquil. Guayaquil necesitaba urgentemente la nivelación de las irregularidades de su terreno para evitar la recolección de aguas estancadas como criaderos de mosquitos y otras importantes acciones (Izquieta Pérez, 1941, p. 1282). El recién creado Instituto Nacional de Higiene deberá asumir, explica, la campaña contra la malaria, contra la tuberculosis y crear dispensarios para tratar la anquilostomiasis (Izquieta Pérez, 1941, pp. 1282-1285).

A partir de 1908 comienza en Guayaquil la lucha contra el anofeles. Fueron los gestores de esta lucha el entomólogo **Paul Rivet** (francés) y los entomólogos y parasitólogos **F. R. Campos**, **Luis A. León** y **J. Rodríguez** (ecuatorianos). Instalaron mosquiteros y mallas en ventanas y puertas, procurando la destrucción del hábitat de las larvas de anofelinos.

En *Malaria in Highlands of Ecuador since 1900* se relata que, en 1905, los estudiantes de la Universidad de Guayaquil identificaron los valles andinos en los que la malaria era endémica: en Imbabura: Chota y Pimampiro; en Pichincha: Tumbaco y Guayllabamba; en Tungurahua: Patate; y en Azuay; el valle de Yunguilla. Estos valles, excepto Patate, se consideraron zonas endémicas de malaria en la década de 1940, usualmente por *Plasmodium vivax* y como vector el mosquito *Anopheles pseudopunctipennis* (Pinault & Hunter, 2012, p. 617). Además, atribuyeron a la presencia del ferrocarril en la serranía como vehículo para la malaria hacia los valles de las tierras altas. Ventajosamente, la malaria no se propagó directamente a la ciudad de Quito por su altura sobre los 2800 msnm. La propagación de la malaria a los valles de El Tingo y Alangasí puede atribuirse al éxodo de ciudadanos de Guayllabamba durante la máxima incidencia de la enfermedad en 1917. Llegó a ser la segunda causa de muerte en Ecuador después de la tosferina (Pinault & Hunter, 2012, p. 616).

Con la “cooperación” de la Fundación Rockefeller y su División Médica, para erradicar la fiebre amarilla, desde 1917 hasta 1937, se decidió sanear la región de epidemias. La malaria obstaculizaba el comercio de materias primas y productos agrícolas como banano y cacao, aprovechando además la nueva ruta del canal de Panamá que se inauguró en 1914. El rol geoestratégico de este programa sanitario tuvo impacto económico e implicaciones en la desigual relación de mercadeo de productos. Lo que se observa es una tendencia de carácter utilitaria descrita por McKinlay & Little “para generar desarrollo en países de bajos ingresos

y para promover los intereses de política exterior de los donantes” (Aguas, Alvarado, Silva, Sánchez & Delgado, 2018, p. 100).

En 1940, **Henry Hanson** identificó como el único vector a *Anopheles pseudopunctipennis*, cuyo hábitat se había estimado entre 2500 y 2700 m de altura, sin embargo, lo encontró hasta 3200 m de altitud. El incremento de temperatura, en promedio 0,5 °C en el día y 1,3 °C en la noche, que vivió la zona entre 1900-1930, habrían contribuido a la presencia de malaria en tierras altas andinas. En 1943, **Levi Castillo** coleccionó larvas de *Anopheles pseudopunctipennis* a lo largo de vías férreas hasta una altitud de 1250 m, y en 1944, recolectó larvas en charcas asociadas a ríos en las localidades de Huigra y Sibambe, provincia del Chimborazo. Las condiciones climáticas contribuyeron al mantenimiento de la malaria en los valles de Quito, foco principal de las infecciones maláricas registradas en este período. La presencia del mosquito *Anopheles* en estos valles de altura se mantuvo gracias a las condiciones limitadas de salubridad, especialmente en el manejo de aguas residuales y la presencia de aguas estancadas como criaderos de los mosquitos.

Durante la segunda guerra mundial la dependencia latinoamericana de los EEUU mediante préstamos, mercados para sus productos primarios, ciencia y tecnología alcanzaron niveles récord. Entre otros, el Programa Cinchona, fue organizado en la década de 1940 por agencias estadounidenses en América Latina. En lo que se refiere a este programa, Nicolás Cuvi escribió:

This program for the extraction of a single medicinal plant, apart from representing a new model of scientific imperialism (subsequently renamed “scientific cooperation”) was the most intensive and extensive scientific exploration of a single medicinal plant in the history of mankind. [Este programa para la extracción de un solo medicamento planta, además de representar un nuevo modelo de imperialismo científico (posteriormente renombrado «Cooperación científica») fue la explotación científica más intensa y extensa de una sola planta medicinal en la historia de la humanidad.] (Cuvi, 2011, p. 183)

A partir de 1940 el Servicio Antipalúdico de los Chilllos, con **Jaime Modesto Rivadeneira**, **Carlos Andrade Marín** y **Benjamín Wandemberg**, instalaron un laboratorio de campo en San Pedro de Tingo para realizar una inspección sistemática del hábitat de las larvas de todo el valle. El Servicio Antipalúdico de los Chilllos drenó los charcos de agua y los rociaron con petróleo crudo mezclado con queroseno y ocasionalmente con DDT. Rellenó con tierra las piscinas más pequeñas y los residentes recibieron repelentes químicos para uso personal. La campaña se consideró un éxito y se consiguió la erradicación de la malaria en Quito y sus valles (Pinault & Hunter, 2012, p. 618).

Ya en siglo XX, en el Dispensario Infantil del Hospital San Juan de Dios, entre enero de 1918 y abril de 1920, se registraron 54 casos de malaria. De estos, 50 fueron de la provincia andina de Pichincha: 48 de Quito, uno de Cayambe y uno de Guayllabamba. Además, uno de Guayaquil y otro de Urcuquí en el norte de la serranía (Terán-Puente & Figueroa, 2020, p. 2).

Posible retorno del paludismo a los valles cercanos de Quito

Como explica Orestes Rodríguez en su tesis de doctorado, la malaria:

Es una enfermedad, endémica en gran medida, mediada por componentes climáticos, dependiente de la organización social. Por ello, los éxitos y fracasos en el control de la malaria no han sido fruto solamente de intervenciones médicas o técnicas, sino dependientes de factores socioeconómicos concomitantes (Rodríguez, 2015, p. 333).

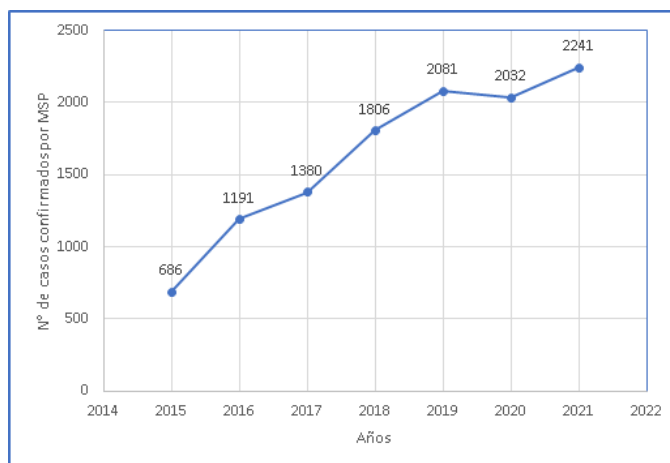
Donato Fuejo, en 1943, afirmó que: “Las clases pudientes sufren paludismo leve y se curan fácilmente por estar bien alimentadas, mientras que la gente pobre se cura mal, sufren recidivas y no curan nunca su paludismo” (Fuejo, 1943, como se cita en Herrera & Marín, 2021, p. 21).

En 2017, la Organización Panamericana de la Salud reportó un incremento de casos de malaria en el Ecuador:

Se notificaron 1.279 casos de malaria, de los cuales 72 % correspondieron a *P. vivax* y 28 % a *P. falciparum*. El número de casos notificados en 2017 es superior a lo notificado en 2016 con 926 casos. Las cuatro provincias con mayor número de casos durante 2017 fueron Morona Santiago (489), seguida de Orellana (240), Pastaza (223), y Esmeraldas (215) (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2018^a, p. 2).

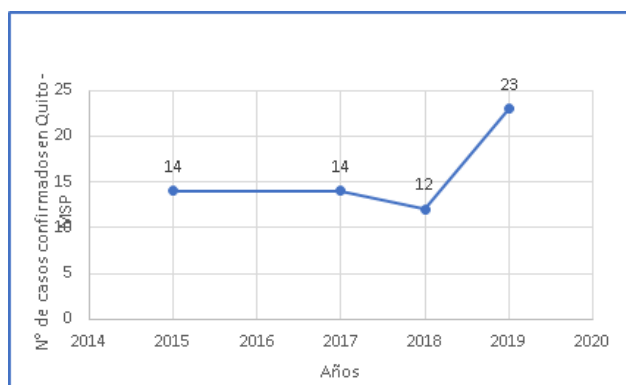
Entre los años 2007 y 2016, los casos de malaria en Ecuador disminuyeron en un 99 % (Jadán-Solís et al., 2019). Sin embargo, desde 2016 han aumentado, y la tendencia es creciente, como demuestra la “Figura 11” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Figura 11. Casos de malaria en Ecuador, 2015-2021. Gacetas Vectoriales, MSP



Las Gacetas Vectoriales del MSP notificaron para el país 686 casos confirmados en 2015, con una tendencia creciente hasta 2021, con 2.241 casos, “Figura 11”. La mayoría de las provincias que reportan casos están ubicadas en zonas tropicales y subtropicales de la Sierra, Costa y Amazonia. En el año 2017, se reportaron 14 casos en Quito, en los barrios de La Mariscal, La Magdalena, Carcelén, Centro Histórico, Itchimbía, Quitumbe, San Juan y Turubamba; y cerca de Quito, en Nanegal. En 2018, hubo 12 casos en el Cantón Quito, distribuidos en Amaguaña, Calderón (Carapungo), Conocoto, Cotocollao, Guamaní, La Ecuatoriana, Llano Chico, La Mariscal, Quitumbe y Solanda; y en el Cantón cercano San Miguel de los Bancos, “Figura 12”. Los reportes de otros años carecen de este detalle. Los años 2020 y 2021, reportan información por confirmar. Hasta el 27 de mayo de 2022 se han reportado 817 casos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

Figura 12. Casos de malaria en Quito, 2015 - 2019. Gacetas Vectoriales, MSP



Los determinantes sociales son decisivos para la prevalencia de malaria y limitan su erradicación. Una mayor equidad para la población es necesaria para mejorar sus condiciones de vida, facilitar el control y lograr la erradicación de la malaria, como se logró el siglo pasado.

La situación climática, la movilidad humana y la creciente morbilidad por paludismo, así como el deterioro de la salud pública, son condiciones que posibilitarían el retorno del paludismo autóctono a los valles de Quito.

La Escuela de Medicina de Sevilla publicó en 1888 un caso de paludismo, calificado como intermitente inveterado. Hubo un manejo terapéutico similar del paludismo en Sevilla, España y en el Hospital San Juan de Dios de Quito. La Quinina fue administrada en esquemas similares, aunque al parecer en el caso sevillano la respuesta al tratamiento no fue óptima.

La Salud Pública y los medicamentos para el paludismo

Esta enfermedad no es solo un problema de salud pública, es también una plaga contra el desarrollo social y económico. No es extraño que ya en 1780, según la relación mandada por las autoridades de Castillejo de Iniesta (Cuenca), con motivo de una grave epidemia de fiebres palúdicas, se afirmase que “más que la quina haría el buen puchero y el ningún trabajo” para curarla. Esta idea fue manifestada también por el famoso especialista italiano Giovanni Battista Grassi cuando señaló que “el problema del paludismo estaba en la cazuela”, repitiendo las palabras de un viejo proverbio italiano. La cazuela sin duda era la metáfora de unas condiciones económicas más justas, de unas viviendas adecuadas, de una buena alimentación, de una mejor educación y evidentemente de unos servicios de salud dignos. Si la lucha contra el paludismo llega a ser efectiva, deberá tener en cuenta ese marco general y deberá procurar oportunidades justas a toda la población del planeta (Buj Buj, 2000).

En 1948, Martin D. Young y Don E. Eyles publicaron “The Efficacy of Chloroquine, Quinacrine, Quinine and Totaquine in the Treatment of Plasmodium Malariae Infections (Quartan Malaria)”. Las conclusiones de este trabajo fueron las siguientes:

- Se probó la eficacia de cloroquina, quinacrina, quinina y totaquina contra 79 infecciones inducidas por *Plasmodium malariae*.
- La cloroquina produjo los mejores resultados. La quinacrina fue mejor que la quinina. Totaquine dio los peores resultados.
- *Plasmodium malariae* respondió con relativa lentitud a todos los fármacos probados.
- Con regímenes similares de cloroquina, el *Plasmodium vivax* fue eliminado completamente en la sangre periférica más rápidamente que los de *Plasmodium malariae*, aunque las densidades de los parásitos de *Plasmodium vivax* fueron varias veces mayores al comienzo del tratamiento.
- No se encontró evidencia de que una mayor cantidad de inmunidad adquirida ayude a los medicamentos contra la malaria a eliminar más rápidamente los parásitos del torrente sanguíneo.

En esta misma época, en la Amazonía brasileña se experimentaban estrategias combinadas: fumigación, drenaje de criaderos y distribución masiva de “sal cloroquinada” a las familias. Se denominó método Pinotti, y resultó exitosa hasta que aparecieron plasmodios resistentes a la cloroquina (Hochman, Bandeira de Mello & Dos Santos, 2002, pág. 253).

Artemisinina y sus derivados

En la actualidad, para el tratamiento de estos hematozoarios, se han incorporado nuevos medicamentos como la artemisinina y sus derivados, cuyos descubrimientos están considerados como los más significativos de la medicina tropical del siglo XX.

Sin embargo, la resistencia de los plasmodios a la artemisinina se presentó en 2021: “In the six Southeast Asian countries that make up the Greater Mekong Subregion, *Plasmodium falciparum* has developed resistance to derivatives of artemisinin, the main component of first-line treatments for malaria.” [En los seis países del sudeste asiático que componen la subregión del Gran Mekong, *Plasmodium falciparum* ha desarrollado resistencia a los derivados de la artemisinina, el principal componente de los tratamientos de primera línea para la malaria] (Balikagala et al., 2021, p. 1163).

David Valero (2018) en *La controvertida historia del descubrimiento de la artemisinina: el anti-malárico más efectivo del planeta* describe la historia ancestral de la artemisinina, producto de la planta *Artemisia annua*. Los principales hitos de esta historia son los siguientes:

- Se la ha usado desde el año 200 a.C. por la dinastía Han.
- Consta en el Manual de prescripciones del erudito chino Ge Hong (siglo IV) descubierto en 1973.
- En 1967, Mao Zedong dispuso la ejecución del Proyecto 523, para encontrar un tratamiento adecuado para la malaria. La doctora Tu Youyou, médica y química farmacéutica, redescubrió las propiedades antimaláricas de la artemisinina, sirviéndole como guía los anteriores textos milenarios de la medicina tradicional China. Una de las casi 500 medicinas tradicionales chinas estudiadas fue la artemisinina. Además de la artemisina, el desarrolló una cantidad de productos que pueden ser utilizados junto a este principio activo, incluyendo lumefantrina, piperaquina y pironaridina. En 1979, los resultados fueron publicados en el Chinese Medical Journal.
- En 1990, Novartis compró una nueva patente china para un tratamiento combinado con arteméter y lumefantrina, proporcionando las primeras terapias combinadas basadas en la artemisinina a precios reducidos para la Organización Mundial de la Salud.
- En 2006, con la artemisinina como el tratamiento de referencia mundial para la malaria, la OMS pidió administrar en combinación con otros medicamentos y derivados de la artemisinina contra la malaria, para evitar el desarrollo de resistencias.
- En 2011, Tu Youyou fue premiada con el Premio Albert Lasker por Investigación Médica Clínica por su papel en el descubrimiento y desarrollo de la artemisina, y en 2015 con la mitad del Premio Nobel de Fisiología o Medicina, que compartió con los científicos Satoshi Omura y William Campbell, los cuales habían descubierto un nuevo compuesto, la ivermectina, capaz de curar infecciones como la oncocercosis y la filariasis linfática causadas por pequeños parásitos. (Valero, 2018).

Existen actualmente otras opciones de tratamiento como pirimetamina con sulfadoxina, combinadas o con amodiaquina o cloroquina, u otros fármacos como pironaridina, artesunato y mefloquina,

Vacuna contra la malaria

En marzo de 2020, la OMS afirmó que la vacuna **RTS, S** de su programa de implementación de la vacuna contra la malaria (MVIP) es la única vacuna que ha demostrado que puede reducir significativamente la malaria y la malaria grave potencialmente mortal en los niños africanos pequeños (World Health Organization, 2020). Con esta vacuna se han realizado ensayos clínicos de fase 3, desde 2009 a 2014, con 15000 lactantes y niños del África subsahariana (Ghana, Kenia y Malawi).

Entre los niños de 5 a 17 meses que recibieron 4 dosis de RTS, S, la vacuna previno aproximadamente 4 de cada 10 (39 %) casos de malaria durante 4 años de seguimiento y aproximadamente 3 de cada 10 (29 %) casos de malaria grave, con reducciones significativas también observadas en los ingresos hospitalarios generales, así como en los ingresos por malaria o anemia severa. La vacuna también redujo en un 29 % la necesidad de transfusiones de sangre, que son necesarias para tratar la anemia por malaria que amenaza la vida. (World Health Organization-WHO, 2020).

En el Ecuador, la malaria es un problema significativo. Su control requiere de una reforma total del incipiente sistema de salud, con énfasis en la estructuración de un sistema de Atención Primaria de Salud, con Vigilancia Epidemiológica que incluya la participación comunitaria, en un contexto de importantes cambios en lo socioeconómico y cultural. Además, generar igualdad de oportunidades para que todos puedan acceder a servicios de salud de calidad, como un derecho constitucional, no como una dádiva gubernamental o como un privilegio para quien pueda alcanzarlo.

Conclusiones

En el servicio de Clínica de mujeres del HSJD (1920-1925) se registró la utilización frecuente del Laboratorio Clínico para diagnóstico de la malaria. En este período se diagnosticaron 53 casos de paludismo. Entre 1916 y 1920, hubo 33 casos, en los cuales, por excepción se realizó el diagnóstico microscópico, y solamente a partir de 1918.

En el HSJD, el diagnóstico no estandarizado de paludismo propuso las siguientes categorías: paludismo cotidiano, cotidiano intermitente, fiebres tercianas, cuartanas o intermitentes.

Los esquemas de tratamiento empleados concuerdan con los tratamientos utilizados en esa época en otras latitudes, especialmente España. El tratamiento fue similar al registrado entre 1916-1920.

El tratamiento del paludismo con quinina fue exitoso en 48 de los 49 casos. Solo una paciente falleció con el diagnóstico probable de “tifo malárico”.

A comienzos del siglo XX, Quito y sus valles andinos, situados entre 2.000 y 2.500 msnm, sufrieron una epidemia palúdica. El incremento de temperatura ambiental favoreció su presencia. El Hospital San Juan de Dios atendió en hospitalización y ambulatoriamente, a niños y adultos con paludismo adquirido en los valles próximos a Quito. Desde 1918, inicia la utilización progresiva del laboratorio clínico para diagnóstico de la malaria. La quinina fue exitosa en todos los casos. Ocasionalmente se utilizaron derivados arsenicales.

La presencia del mosquito *Anopheles* en los valles de altura cercanos a Quito, el clima, las condiciones de vida y salubridad, se constituyeron en determinantes sociales de la enfermedad. Estos elementos favorecieron la patogenicidad del *Hematozoario*, el cual arribó desde Guayaquil cuando el tren llegó a Quito en 1908. En 1917 el paludismo era endémico en los valles cercanos a la capital.

Entre 1940 y 1950, Jaime Modesto Rivadeneira, Carlos Andrade Marín y Benjamín Wandemberg, con el Servicio Antipalúdico de los Chillos, consiguieron la erradicación del paludismo de los valles cercanos a Quito.

La atención de salud en el HSJD y su DI se otorgó como parte de la beneficencia gubernamental a los pobres, mas no como un derecho.

Los reportes del Ministerio de Salud del Ecuador, con casos confirmados de malaria en Quito y sus valles, desde 2017 hasta la actualidad, presentan una tendencia creciente. La situación climática, la movilidad humana y la creciente morbilidad por paludismo, así como el deterioro de la calidad de vida y de los servicios de salud pública, son condiciones que posibilitarían el retorno del paludismo autóctono a los valles de Quito.

Los determinantes sociales del paludismo son decisivos para su prevalencia y limitan su erradicación. Una mayor equidad para la población es urgente para mejorar sus condiciones de vida, facilitar el control y lograr su erradicación, como se logró el siglo pasado. Por ejemplo,

Ecuador ha ratificado su compromiso para acelerar la eliminación de la malaria conforme las metas establecidas en el Plan Nacional Estratégico de Malaria 2021-2025. La estrategia nacional comprende varias acciones para fortalecer el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno

y seguimiento de todos los casos; fortalecer la vigilancia epidemiológica y entomológica, y promover la participación de distintos sectores, instituciones y comunidad organizada para implementar las acciones previstas. (Edición Médica, 2021)

Igualmente, tanto las autoridades ecuatorianas como los representantes de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) han elaborado la hoja de ruta del país para avanzar hacia la eliminación de esta enfermedad (Edición Médica, 2021).

CAPÍTULO V

Helmintiasis: ascariasis, oxiuriasis y teniasis

Las helmintiasis reportadas en las pacientes de las Salas de La Virgen y Santa Rita suman un total de 73 diagnósticos. Estos helmintos se distribuyeron en la siguiente forma: Ascariasis: 42, Oxiuriasis: 1 y Teniasis: 12.

A continuación, se presenta el análisis de estos tres grupos de parasitosis.

Ascariasis

En el servicio de Clínica del HSJD (1920-1925) se registraron 73 casos de pacientes cuyo diagnóstico principal fue ascariasis.

Ascaris y ascariasis

Los *Ascaris lumbricoides* son parásitos de distribución geográfica universal, especialmente en las zonas tropicales. Fueron conocidos por Hipócrates como parásitos de los lactantes. Los romanos lo conocían y lo identificaban con la lombriz de tierra, confusión que se mantuvo hasta 1863, en que los estudios de anatomía comparada del médico británico Edward Tyson permitieron diferenciarlas.

Se han encontrado referencias documentales y huevos de *Ascaris lumbricoides* en momias o residuos intestinales ancestrales del Perú, China, Corea, Egipto y países árabes. Una de las particularidades más importantes de este parásito es su ciclo vital en el ser humano, que incluye una fase migratoria larvaria por los pulmones del huésped y otra parte de su ciclo vital transcurre en la tierra.

Para conocer el detalle del ciclo vital de este parásito, debieron transcurrir muchos años. Estudiosos pioneros de la Parasitología se prestaron, por voluntad propia, para conocer las fases de vida de este nematodo, sobre la base de preguntas claves: ¿Cómo llega el parásito al interior del organismo humano? ¿Dónde se encuentra a gusto dentro del huésped? ¿Cuándo sale, por dónde y en qué forma? ¿Qué caminos recorre dentro del organismo humano? ¿Qué daños provoca en su interior? Estas y otras preguntas son la semilla del conocimiento, la epistemología que direcciona al *episteme* o ciencia de Platón. El conocimiento científico del ciclo vital de los *Ascaris* sigue un proceso que duró muchos años y se realizó por etapas. ¡Qué estimulante sería para los estudiantes de ciencias de la salud conocer que hubo seres humanos entregados con toda su energía intelectual y corporal al descubrimiento del conocimiento científico! Esta es una de las razones importantes para el estudio de la Historia de la Medicina, la cual debería estar incluida en los procesos de aprendizaje de todas las ciencias.

Las evidencias que permitieron conocer el ciclo de vida del *Ascaris lumbricoides* son, en síntesis, las siguientes:

- En 1896, el médico francés **Casimir Davaine**, apoyado por el naturalista italiano **Giovanni Battista Grassi**, quien ingirió huevos del parásito y los recuperó luego en sus heces; demostró que la infección se efectuaba mediante la ingestión de los huevos (Cox, 2002, p. 597).
- En 1915, **Stewart** describió el ciclo vital del helminto y poco tiempo después el médico italiano **Francesco Redi**, describió a estos parásitos el paso del parásito por los pulmones en su libro *Osservazioni Intorno Agli Animali Viventi che si Trovano Negli Animali Viventi*.
- En 1922, **Shimesu Koino**, pediatra japonés, estableció el ciclo completo de los *Ascaris* en el organismo humano. Para esto, ingirió 2000 huevos de *Ascaris lumbricoides*, 11 días después encontró larvas en su esputo, y días después eliminó 667 gusanos por las deposiciones al administrarse un antihelmíntico (Despommier, Gwadz & Hotez, 1995).

En consecuencia, este parásito necesita condiciones medio ambientales adecuadas para la reproducción y conservación de sus huevos, así como su ingesta por parte del ser humano en alimentos o agua contaminados, para iniciar su ciclo vital. Estas condiciones se cumplían entonces y lamentablemente se cumplen todavía en muchos lugares de nuestro país. Esta parasitosis y otras enfermedades se mantendrán en tanto las condiciones del medio y la relación del ser humano con su entorno no sean las adecuadas para interrumpir su ciclo de vida.

Características de las pacientes con ascariasis en el servicio de Clínica

De las 42 pacientes con ascariasis, la mayoría tenían como motivo de consulta síntomas relacionados con la presencia de estos helmintos en su tracto intestinal. Unos pocos tenían como diagnóstico principal otras patologías como paludismo, bronquitis, enteritis y otras. A continuación, se presentan las características más relevantes de las pacientes con ascariasis.

Edad

La edad de las 42 pacientes diagnosticadas con ascariasis registró un rango de 11 a 66 años. La distribución por edades se presenta en la “Tabla 1”, con mayor frecuencia en los grupos de menor edad.

Tabla 1. Edad de las pacientes con ascariasis. Servicio de Clínica, HSJD 1920-1925

Grupos de edad	Nº de pacientes
11 a 20	10
21 a 30	10
31 a 40	8
41 a 50	6
51 a 70	2
Sin registro	6
Total	42

Procedencia

La mayoría de pacientes procedían de Quito y sus alrededores, como Pintag, Puéllaro, San Antonio de Pomasqui y Tumbaco. Sin embargo, también se registraron pacientes procedentes de Aguarico, Ambato, Guayaquil, Ibarra, Latacunga, Otavalo y Píllaro.

Ocupación

La mayoría de ocupaciones se relacionaban con actividades domésticas como cocineras, quehaceres domésticos y sirvientas, relacionadas directamente con el manejo de alimentos. Así mismo, aparecen otras ocupaciones como costureras, planchadoras, algunas peonas, una cargadora y una comerciante. El abanico de ocupaciones es basto y contradice el imaginario de “la mujer de su casa”.

Raza

Se registró la “raza” en 19 pacientes, distribuidos así: mestiza (13), indígena (5) y blanca (1).

Antecedentes patológicos personales

La mayoría había sufrido varias enfermedades, entre ellas sarampión (11), viruelas (6), paludismo (3), coqueluche (2), tifoidea (2) y menciones de un episodio de meningitis, epilepsia, neumonía, gripe, disentería, erisipela, fiebre puerperal y reumatismo articular agudo. Hay quienes indican que han arrojado uno o más áscaris, por el ano o por la boca.

Duración de la enfermedad

Es muy variable la duración relatada por las pacientes con ascariasis. La mayoría refiere un comienzo agudo de pocos días. Hay quienes refieren desde un mes, varios meses y hasta uno o dos años de enfermedad parasitaria.

Estadía hospitalaria

En 21 de los 42 pacientes con ascariasis se registraron las fechas de ingreso y egreso. De estos, 15 tuvieron el alta a las dos semanas, 4 entre dos y cuatro semanas, una a los 38 días y otra a los 73 días de hospitalización. El promedio fue de 17,9 días de hospitalización, con un rango entre 7 y 73 días.

Laboratorio Clínico: Exámenes Coproparasitarios

Para el diagnóstico de ascariasis entraron en juego dos constataciones básicas: una, el relato de las pacientes en la enfermedad actual o la constatación en el Servicio de la eliminación de *Ascaris*. Otra, la presencia de huevos de *Ascaris lumbricoides* en el examen coproparasitario, denominado coprológico.

A partir de 1920, es evidente la participación del Laboratorio Clínico en el diagnóstico de varias patologías, entre ellas las parasitarias. La presencia de síntomas que sugieren otras parasitosis, como amebiasis, y la presencia de otros parásitos en los exámenes coproparasitarios, aumentaban la magnitud del problema. Fue frecuente encontrar huevos de *Ascaris canis*.

Tratamiento de ascariasis en el HSJD

Para el tratamiento de la ascariasis, o de las parasitosis asociadas a ésta, se utilizaron los siguientes medicamentos:

- Santonina.
- Extracto etéreo del Helecho macho: en los casos en que se diagnosticó teniasis, se acompañó el tratamiento con, preparación previa con un purgante.
- Sulfato de sodio a dosis decrecientes, utilizado como purgante.
- Emetina en casos asociados a manifestaciones disintéricas atribuidas a amebiasis.
- “Fermentos lácticos toma 4 tabletas diarias”.
- Agua lactosada, por su posible acción laxante.
- Quenopodium, medicamento laxante actualmente en desuso, a la dosis de 0,09 g por 4 días.
- Dieta Severa.
- Limonada láctica.

Santonina

El tratamiento clínico de las ascariasis fue realizado con santonina, producto farmacéutico que se obtenía de la *Artemisia coerulescens* o tomillo blanco, a la dosis de 0,10g r + Calomel 0,10gr diario durante 3 días. Calomel es un compuesto de mercurio, tóxico por su naturaleza, que se usaba para molestias gastrointestinales. El manejo de santonina era complicado. El paciente debía encontrarse en ayunas, antes y después de su administración. Debía evitar el consumo de grasas durante 2 o 3 días antes del tratamiento, para disminuir la absorción de la

santonina y sus efectos tóxicos. Además, luego de tomar santonina era necesario administrar un purgante para eliminar los helmintos.

El esquema para la administración de Santonina, propuesto por el Dr. Víctor de la Maza del Hospital Roberto del Río de Santiago de Chile (De la Maza, 1953, p. 353) es el siguiente: un centigramo por año de edad hasta 10 centigramos (adultos 15 centigramos). La dosis total se divide en 3 porciones iguales. Recomienda dar Santonina y Calomel en 3 dosis: la primera a las 7 de la tarde, la segunda a las 11 de la noche y la tercera a las 7 de la mañana siguiente; dos horas más tarde purgante salino. En los lactantes, por la mayor facilidad de ingestión, se usa sin inconveniente aceite de ricino de 1 a 2 cucharaditas.

Hasta 1955, la santonina se comercializaba en combinación con cáscara sagrada, como purgante. Sus efectos tóxicos son graves y pueden ser mortales. La Directiva del Consejo 65/65 de la Comunidad Económica Europea (CEE) (en relación con productos farmacéuticos y preparados naturopáticos) ha declarado oficialmente que los preparados de santonina tienen una relación riesgo-beneficio «inaceptable» y los preparados que contienen santonina ya no pueden registrarse en los países de la UE (Howard, 1955).

El caso de **Esperanza Valarezo**, de 15 años, procedente de Guayaquil, es significativo. Se registró: “descubrió que había arrojado ascáridos”. Tenía el “hígado doloroso a la percusión, predominantemente en la región de la vesícula biliar, también había un aumento de volumen, se concluyó con el diagnóstico de cólico hepático ascaridiano. Fue tratada con santonina 3 días y luego aceite de ricino como laxante. Su curación fue completa”.

La Revista del Centro de Estudiantes de Medicina y el tratamiento antiparasitario

Los aportes de la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, con la participación de profesores de la Facultad y estudiantes de medicina, abordaban temas importantes para la formación y ejercicio profesional. Así, el **Dr. Carlos Velasco M.**, en el número 8 de enero y febrero de 1920, aborda el tema “Parásitos intestinales”.

Comienza refiriéndose a las ascariasis:

Los áscaris producen todos los síndromes imaginables en el aparato digestivo y sus anexos... desde las pequeñas diarreas hasta las oclusiones intestinales, recorren una gama de cuadros para cuyo conocimiento e interpretación hay que estar prevenido y siempre alerta al parasitismo ascaridiano.

Nada raro es observar pequeños, pálidos, desnutridos, perezosos, faltos de apetito, atacados de continuas diarreas a quienes se les prescribe en la consulta, hierro, tónicos, todo, menos lo necesario; menos los antihelmínticos.

Si a nuestro servicio de clínica ingresa una enferma en esas condiciones, de regla mandamos a examinar las heces, seguros de que algo tendremos que hacer con los parásitos; ... Casi todas son portadoras de huevos de áscaris. (Arcos, 1920, p. 276)

Señala que las niñas del Buen Pastor o de San Diego que iban a su consulta, casi siempre estaban parasitadas. Clasifica a las infecciones por ascaris en tres formas intestinales: diarrea, dolorosa y parética.

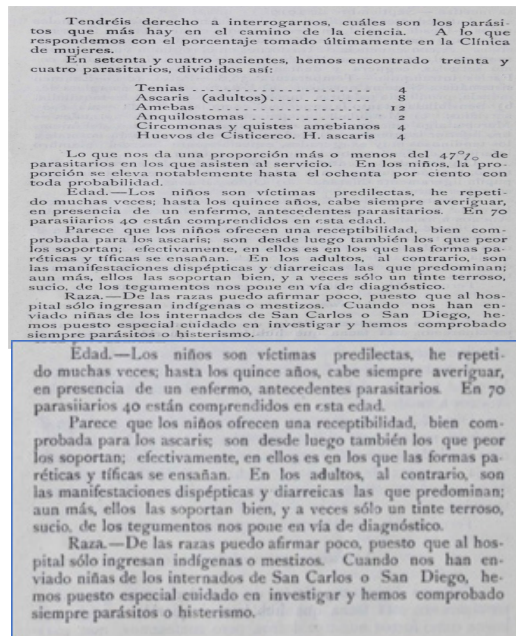
Para el tratamiento de la ascariasis intestinal diarreaica, recomendaba:

Santonina, calomel y aceite; dieta estricta, hasta la hídrica, si fuere necesario. La adinamia se combatirá con suero, mientras no repongamos el agua perdida, todo tonicardíaco será inútil. Los alcohólicos, debidamente prescritos y a dilución conveniente y bien espaciados, sirven a título de estimulantes difusibles y fuente de calórica. Las aplicaciones calientes son

indispensables, en las enfermas que tienen tendencia a la hipotermia. Tratamiento sucesivo: Ha de ser dirigido a la anemia consecuente, bien entendido que una alimentación selecta y sana ha de ser la base de la restitución orgánica. (Arcos, 1920)

Luego de explicar el tratamiento, el Dr. Carlos Velasco describió varios casos de ascariasis. Entre ellos uno de invasión parasitaria al colédoco y otro de oclusión intestinal ascariano. Además, señalaba, como se observa en las “Figuras 1 y 2”:

Figuras 1 y 2. Parásitos intestinales. Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, Dr. Carlos Velasco M, 1920



Nota: Imágenes tomadas de *Actualidad Médico-Quirúrgica*, de G. Arcos, 1920. De dominio público.

La exposición del Dr. Carlos Velasco, abundante en razonamientos y casos clínicos, permite confirmar la forma en que se manejaba la ascariasis, esto es con purgantes, santonina y calomel. El éxito del tratamiento con santonina es indudable, su toxicidad es la que discontinuó su uso a nivel mundial.

En un balance de los tratamientos realizados en Colombia por Luis Patiño Camargo en las campañas sanitarias entre 1920-1935, se describe la utilización de timol, tetracloruro de carbono, tetraclorotileno, aceite esencial de quenopodio, santonina. Considera que estos antihelmínticos son “buenos y eficaces si se administran debidamente. Es decir, después de examen clínico total y cuidadoso y de coproanálisis cualitativo, dando la dosis adecuada al peso y estado del individuo”. En más de 3 millones de tratamientos, hubo 99 casos de intoxicación, con 33 defunciones. La mayoría de defunciones estuvo determinada por la ingestión de alcohol con tetracloruro de carbono y quenopodio. Dos decesos se produjeron por migración de los áscaris con tetracloruro de carbono. Un niño murió por haber recibido una dosis tóxica de santonina, “suministrado conforme a la propaganda comercial del desventurado producto” (Patiño-Camargo, 1953, p. 106).

Patiño Camargo describe, además, el uso de los siguientes medicamentos:

La leche de higuerón. Es el látex fresco de *Urticidaeas-artrocarpacetis*, especies del género ficus, especialmente para tricocéfalos: de 20 a 60 y hasta 100 gramos, sin contradicciones ni moles-

tias mayores, “pero a condición de usarla recientemente recogida del árbol lechero”. (Patiño Camargo, 1953, p. 106)

Aceite esencial de quenopodio. Es un aceite, obtenido del paico *Chenopodium ambrosodes* en infusión contra los áscaris. (Patiño Camargo, 1953, p. 106)

Tetracloruro de carbono. Era la sustancia más utilizada en las campañas sanitarias. Se administraba la dosis fraccionada en 10 días, asociado a quenopodio, a esencias de eucaliptus y menta, cloroformo y aceite puro de ricino, para tomar una cucharadita en la mañana con no más de tres gotas de tetracloruro. (Patiño Camargo, 1953, p. 107)

Hexilresorcinol. Es el 1:3 dihidroxi-d-hexilbenzol, especialmente contra áscaris. Para evitar irritación de la boca se suministra en píldoras queratinizadas. Diez centigramos diarios para niños y veinte para adultos. (Patiño Camargo, 1953, p. 107)

El Dr. Víctor De La Maza, pediatra del Hospital Roberto Del Río de Santiago, realiza importantes consideraciones higiénicas, dietéticas y farmacológicas: Insistía en la necesidad de comenzar por eliminar el *Ascaris lumbricoides*, a fin de evitar migraciones peligrosas. Luego describe el tratamiento con **hexilresorcinol, santonina, dietilcarbamazina, pepas de zapallo**. La presencia de *Ascaris* muertos dentro del intestino suele provocar cuadros clínicos de la mayor gravedad: temperaturas, simulando cuadros tíficos, síntomas tóxicos, delirio, exitus. En estos casos recomienda la combinación con **Sulfato de magnesia, Sal inglesa, Sal de Inglaterra, Sulfato de sodio, Sal de Glauber u otras**.

Nombres de las pacientes con ascariasis

Estos son los nombres de las pacientes que tuvieron como diagnóstico ascariasis:

Ana María Sandoval, Buenaventura Salinas, Carmen Guerra, Carmen Valencia, Cecilia Proaño, Celia Flores, Concepción Cortez, Dolores Paredes, Dolores Salas, Juana Larrea, Juana Laso, Lucinda Jaramillo, Luz Ma. Echeverría, Margarita Chacón, María Acuña, María Ángela Gallegos, María Concepción Galarza, María Naica, María Quishpe, Mariana Cruz, Mariana Nieto, Marta Baldeón, Martina Moreta, Mercedes Correa, Mercedes Mantilla, Pancha Vinuesa, Rosa Aguilar de Albuja, Rosa Elena Yáñez, Rosa Segovia, Rosario Guerra, Ursulina Santamaría, Virginia Villalba y Zoila Vargas.

Historia Clínicas de las pacientes con ascariasis

Los siguientes casos de ascariasis ilustran el quehacer médico en el servicio de Clínica de Mujeres del Hospital San Juan de Dios en las Salas de La Virgen y Santa Rita entre los años 1920 y 1925, ante este problema sanitario.

Rita Muñoz (Curación). Ingresó el 26 de febrero de 1920. Tiene 9 años, estudiante, mestiza, procedente de Quito. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace algún tiempo vino a este servicio de donde salió sana después de arrojar 2 lombrices (Según ella dice). Desde hace un mes sufre fuertes dolores abdominales, diarreas muco-sanguinolentas, anorexia, sed intensa y fiebre. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo desmejoradísimo, decúbito indiferente, facies encendida. T° 38, pulso 124, respiraciones 22. Ap. Digestivo: lengua saburral, dolores abdominales, anorexia, sed intensa, 2 deposiciones al día, sanguinolentas, un poco de timpanismo abdominal, bazo percutible. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Parásitos intestinales**. TRATAMIENTO: Santonina, purgante oleoso. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 3 de marzo de 1920. Firma J.C.

Leonor Rosero (No registra desenlace) Tiene 14 años de edad, es de raza blanca, escolar, de Quito. Ingresó el 30 de abril de 1920. E.A: Desde hace meses ha tenido dolores intestinales, retortijones, eructos inodoros, prurito anal después de las deposiciones. Son 4 días que ha seguido con dolores intestinales vagos, se presentó una diarrea profusa con 6 a 8 deposiciones diarias, sanguinolentas, airosas y con una especie de baba. Tenía tenesmo notable al defecar. Aumentaron los retortijones y dolor intestinal, malestar general, anorexia, ineptitud para el trabajo. EXAMEN FÍSICO: Lengua saburral. El estado general es bueno. Todos los demás aparatos se hallan en muy buen estado. No hay anemia. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de heces: Se practica examen coprológico constatándose huevos de ascárides lumbricoides. DIAGNÓSTICO: **Disentería y Ascárides lumbricoides**. Hasta aquí la información.

Esperanza Valarezo (Curación). Procedente de Guayaquil, ingresó el 1 de marzo de 1921. Tiene 15 años de edad. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión, paludismo varias veces en la costa. Luego vivió 4 años en la provincia de León, donde tuvo un acceso de paludismo que fue tratado con inyecciones de quinina y curó. ENFERMEDAD ACTUAL: Tres días antes del ingreso al Hospital presentó dolor en la región epigástrica, sin localización fija, además ha tenido vómitos amarillo-verdosos, mezclados con materias alimenticias, inmediatamente después de las comidas. Estos vómitos iban acompañados de dolor que no desaparecía después de los vómitos. Interrogada la causa de estos vómitos y dolor se descubrió que había arrojado ascárides, entonces me condujo a un diagnóstico fijo. EXAMEN FÍSICO: Hígado doloroso a la percusión, predominantemente en la región de la vesícula biliar, también había un aumento de volumen. Bazo: algo hipertrofiado. Ap. Circulatorio: Pulso algo acelerado, 85 pulsaciones por minuto. Corazón normal. Ap. Respiratorio normal. Ap. Renal: orinas oscuras y albuminosas. DIAGNÓSTICO: **Cólico hepático ascariano**. TRATAMIENTO: Santonina 0,10 centigramos durante 3 días. Al cuarto día 40 gramos de aceite de Ricino. CONDICIÓN FINAL: Evolución favorable. La enferma quedó completamente curada. L. Salvador Larrea. Alta el 6 de marzo de 1921.

Eloísa León (Curación). De 40 años de edad, ocupación quehaceres domésticos, procedente de Puéllaro. Ingresó el 14 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 16 años. Tuvo meningitis (9a), paludismo, y ataques epilépticos. Ha tenido 9 embarazos, todos vivos. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 meses acusa dolores lumbares y de los miembros inferiores, con localización especial en la articulación coxofemoral. Dolores que se hacían más agudos con el frío y en las madrugadas. Dichos dolores han desaparecido con fricciones de esencia de mostaza y agua florida. Casi por la misma fecha se presentan deposiciones frecuentes, sanguinolentas, mucosas, acompañadas de retortijones y tenesmo, con dolores abdominales, especialmente en el colon transversal. Arroja numerosos áscaris. EXAMEN FÍSICO: Presenta bocio grande. Hígado normal, bazo algo aumentado de volumen. FC 67 x 1'. Orinas escasas, sanguinolentas en ocasiones. LABORATORIO CLÍNICO: Examen Coprológico: Laboratorio de Clínica de la Universidad Central, Quito-Ecuador Sala de La Virgen N° 12 Eloísa León. Examen coprológico – Resultado: Abundantes huevas de *Ascaris canis* y *Ascaris lumbricoides*. Quito 14 de febrero de 1923. DIAGNÓSTICO: **Ascariasis, Bocio bastante desarrollado**. TRATAMIENTO: Santonina, Calomel. Evolución: En la hoja de signos vitales se registra: «20-02-1923: arroja 3 áscaris». CONDICIÓN FINAL: Curación de la ascariasis. Alta el 21 de febrero de 1923. Dr. Gallegos, E.; Delgado G.

Trinidad Quezada (Curación). Vendedora, de Quito, tiene 75 años de edad, mestiza. Ingresó el 25 de febrero de 1923. A:P: Reglada a los 16 años. Ha tenido dos partos buenos. Sus dos hijos viven. Ha tenido sarampión, erisipela, parasitosis intestinal (eliminó parásitos por la boca). ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace dos días tiene dolores abdominales y diarreas. Las deposiciones son difíciles y con gran dolor intestinal. EXAMEN FÍSICO: Dolor abdominal difuso. Resto normal. LABORATORIO CLÍNICO: Ex. Coprológico: Laboratorio de Clínica de la UCE: «Abundantes huevos de *Ascaris lumbricoides* y *a. canis*. Quiste de *a. coli* comuni y glóbulos rojos. II-27-23. Firma Reinaldo Coronel». DIAGNÓSTICO: **Ascariasis**. TRATAMIENTO: Santonina 0,10g 3 días. EVOLUCIÓN: Al tercer día de tratamiento con Santonina «Arroja numerosos *Ascaris*». CONDICIÓN FINAL: Alta el 11 de marzo de 1923.

María Naica (Curación) Paciente de 20 años de edad, indígena, ocupación peona. Residente en Aguarico. Ingresó el 22 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 6 días presenta cefalea, calofríos, malestar general. Temperatura oscilante entre 38° - 40°. Mucha cefalalgia, tos con expectoración mucosa. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, normal, decúbito dorsal, facies grippe. Aparato Digestivo: lengua pastosa, diarrea ocasionada por calomel y santonina. Aparato Cardiovascular: pulso algo débil y frecuente, 120 pulsaciones por minuto. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Grippe, Helmintiasis**. Evolución: El 25 de noviembre arroja áscaris lumbricoides. TRATAMIENTO: Diaforéticos, purgantes. Se sospechó helmintiasis y se administró santonina y calomel. CONDICIÓN FINAL: Alta el 30 de enero de 1920. Firma de M. A. Iturralde del R.

Pancha Vinuesa (Curación). Paciente de 11 años de edad, mestiza, trabaja como doméstica. Ingresó el 26 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión. ENFERMEDAD ACTUAL: Ocho días antes del ingreso presenta cefalea, quebrantamiento general, alza de temperatura. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito lateral derecho. Facies grippe. T° 38 pulso 90 x 1'. 26 respiraciones por minuto. Aparato Digestivo: lengua ligeramente saburral y un poco resquebrajada. Anorexia y sed intensa. Aparato Respiratorio: tos que se presenta sobre todo a la noche. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Grippe, Ascariasis (eliminó una ascáride)**. TRATAMIENTO: Diaforéticos, purgante, bromuro y antipirina. Tónicos. Santonina. CONDICIÓN FINAL: Curación. No consta la fecha de alta.

Conclusiones

A lo largo del tiempo, los aportes de numerosos investigadores han permitido conocer las características del ciclo vital de los *Ascaris lumbricoides* y su impacto en la salud de las personas.

Esta parasitosis intestinal afectó a pacientes de todas las edades, la mayoría residentes en Quito y sus alrededores. Hubo también pacientes de ciudades distantes de la costa y de la sierra.

Sus ocupaciones eran muy variadas. La mayoría estaban relacionadas con la preparación de alimentos, como los haceres domésticos, las cocineras, las denominadas domésticas y sirvientas. Además, hubo vendedoras, costureras, planchadoras, una cargadora y una labradora con ascariasis. Por las condiciones de vida imperantes, es altamente probable que estas pacientes contribuían a diseminar y mantener esta parasitosis.

Fue importante la actividad académica desarrollada por estudiantes de medicina y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador mediante la Revista del Centro de Estudiantes. Se la utilizó como medio para difundir los conocimientos actualizados sobre temas médicos, con aportes de publicaciones externas.

La mayoría de diagnósticos de ascariasis se realizó por el relato de las enfermas o por la evidencia de eliminación de vermes, por diferentes vías. En pocos casos hubo el aporte del Laboratorio Clínico.

El tratamiento de la ascariasis en nuestro medio y en otros países, durante el período estudiado, se realizaba principalmente con santonina, asociada a laxantes. La terapéutica con santonina era efectiva, pero altamente tóxica, tanto que actualmente se la ha proscrito del arsenal terapéutico.

Los determinantes sociales de la salud-enfermedad condicionan la presencia de estas infecciones parasitarias en los seres humanos.

Oxiuriasis o enterobiasis

En los registros estudiados existe un caso de oxiuriasis que se reproducirá a continuación.

Enterobius vermicularis y oxiuriasis

El nematodo *Enterobius vermicularis* u oxiuro tiene una amplia distribución en el mundo. Su afectación es mayor en la edad infantil. Los huevos de *Enterobius vermicularis* ingresan al intestino del huésped por vía oral. La hembra madura copula y migra en la noche desde el colon hasta el ano y la región perianal, donde deposita sus huevos. El ciclo de reinfección se cierra mediante el rascado anal por el prurito que producen los huevos de oxiuro y sus larvas; el contacto de la mano con la boca configura el ciclo denominado ano-mano-boca. Las larvas de la región perianal pueden migrar por el ano al recto y provocar una retro infección. El tiempo desde la ingesta del huevo y la primera ovoposición es de un mes. Estos parásitos infectan animales vertebrados, invertebrados y plantas (Ayllón-Llamas, 2016, p. 4).

La primera evidencia de infección por oxiuros se remonta al Egipto ocupado por los romanos (30 a. C.-395 d. C.), y los huevos de oxiuros conocidos más antiguos se han encontrado en coprolitos humanos que datan del 7800 a. C. en Danger Cave, Utah. También se ha encontrado referencia a oxiuros en los antiguos escritos de Hipócrates, que se remontan al 430 a. C. Se han producido antiguos hallazgos de oxiuros en una variedad de sitios arqueológicos. En 2002, la mayoría provino de coprolitos de sitios en los EE. UU., dos de Chile y uno de Perú, México, Alemania, Dinamarca y Argentina, así como un hallazgo en una momia de la dinastía Han en China (Yang & Smith, 2007).

Especial mención merece el paleontólogo canadiense Patrick David Horne (1945-2008) miembro fundador de la *Paleopathology Association*. Describió los primeros casos de enterobiasis, aspergillosis y dracunculiasis en momias egipcias, luego de participar en las autopsias de la momia Aleutiana HUM (1971) y de las momias egipcias PUM-I (1972), PUM-II (1973) y ROM-I (1974). Estas autopsias fueron pioneras en el desarrollo de la investigación interdisciplinaria en paleopatología con especialistas médicos y antropólogos. El Dr. Horne realizó el estudio paleopatológico del cuerpo del Niño del Cerro El Plomo en Chile en 1982. Demostró la presencia de lesiones causadas por virus papiloma, así como otras patologías. Sus aportes fueron de gran significación científica. (Castro, 2008, pp. 243-244)

Un caso de oxiuriasis en el Hospital San Juan de Dios

Isabel Cárdenas (Curación) Paciente de 20 años de edad, mestiza, ingresa el 17 de febrero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 2 días presenta dolores abdominales tipo cólico, acompañados alguna vez de diarrea. Prurito rectal y anal muy fastidioso. Recuerda que arrojó en cierta ocasión un pequeño verme (¿oxiuro?). EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito indiferente, facies un poco anémica. Temperatura 36°, Pulso 75, Respiraciones 19 por minuto. Ap. Digestivo: lengua ligeramente saburral, dolores abdominales intermitentes, prurito del recto y del ano. Resto normal. LABORATORIO CLÍNICO: Examen coprológico: presencia de quistes amebianos. DIAGNÓSTICO: Oxiuriasis. CONDICIÓN FINAL: Curación. Aurelio Ordóñez González

El diagnóstico de la parasitosis de esta paciente fue clínico. En el caso expuesto, el examen coproparasitario solo identificó quistes amebianos no especificados. El diagnóstico microscópico de la enterobiasis se efectúa mediante la técnica de la cinta de Graham (cinta adhesiva) para la observación al microscopio de huevos de *Enterobius vermicularis* o sus larvas.

Tratamiento

Tampoco existe información sobre el tratamiento administrado, aunque si se señala que su estado final fue de “curación”. Es probable que se haya utilizado santonina para su tratamiento. El estudio del Dr. De la Maza del Hospital Roberto del Río de Santiago de Chile para la Oxiuriasis expone las medidas higiénicas a implementar y recomienda:

El problema consiste en evitar que el niño acumule huevos de oxiuros bajo sus uñas, al rascarse por la noche y los ingiera posteriormente. Como el verme adulto vive solamente pocas semanas, la infestación podría curarse espontáneamente con solo evitar la reinfestación, para lo cual se aconseja:

- a. El uso de un pijama cerrado en forma que le sea imposible al niño rascarse la región anal durante el sueño;
- b. Hervir diariamente el pijama y las sábanas de la cama;
- c. Colocar un enema cada noche o noche por medio;
- d. Uso de unguento mercurial perianal (colocado con guante de goma);
- e. Mantener las unas recortadas y escobillar los dedos del niño después de cada visita a la toilette;
- f. Ducha diaria y lavado anal antes que el niño vaya al colegio, y
- g. En ésta, como en todas las enteroparasitosis, conviene investigar y tratar a todos los miembros de la familia que resulten parasitados para evitar reinfestaciones.

Las medidas antedichas son engorrosas y no se pueden cumplir en un ambiente proletario, pero se justifican frente a la rebeldía de esta enfermedad en algunos enfermos.

Deben tratarse solo los niños parasitados que presenten síntomas. (De la Maza, 1953, págs. 354)

Asimismo, De la Maza recomienda la utilización de Santonina, en las dosis usuales: violeta de genciana, en cápsulas por vía oral; ester carbamínico del P-oxidifenil metano; y, oxiquinolín sulfato de aluminio. En todos los casos el tratamiento debe repetirse en una semana (De la Maza, 1953, págs. 354).

Conclusión

En el único caso de enterobiasis el diagnóstico fue clínico. No existe descripción del tratamiento efectuado. Sin embargo, el Dr. Aurelio Ordóñez González dejó constancia de la curación de la paciente en el libro de registros.

La enterobiasis, igual que otras parasitosis intestinales, responde a las condiciones de vida y salubridad de la población.

Teniasis

En el Servicio de Clínica de Mujeres del Hospital San Juan de Dios se registraron 12 pacientes con diagnóstico de teniasis, solo o asociado a otras patologías.

Taenias y teniasis

Según Booth, cuatrocientos años antes de nuestra era, Hipócrates de Cos, médico de la antigua Grecia, padre de la medicina, denominó a estos parásitos “gusanos planos” (Booth, 2011). Igual denominación aplicaron a las *Taenias* el griego Aristóteles, padre de la filosofía occidental y Teofrasto, filósofo y botánico griego, en la misma época de Hipócrates. Posteriormente, Cayo Plinio Segundo, conocido como Plinio el viejo, historiador y enciclopédico romano del siglo I, al igual que Galeno de Pérgamo, conocido como Galeno, médico y filósofo griego del siglo II, así como Celso, filósofo griego, del siglo II, todos ellos destacados personajes del Imperio Romano, describieron a la Tenia o *taenia* y la llamaban *lumbricus latum*, esto es, gusano ancho. Es muy probable que en Egipto las Tenias fueran *Taenia saginata* porque los egipcios no comían carne de cerdo que puede infectarse con *Taenia solium* (Booth, 2011).

En las historias clínicas en estudio, se lee los términos *azahares, cucurbitinas o anillos de tenia*. Los antiguos árabes consideraban que cada proglótide de las Tenias era un parásito individual y los llamaban “cucurbitineos” por su parecido con las semillas de la calabaza, que además fueron utilizadas para el tratamiento de la teniasis (Booth, 2011).

Edward Tyson, médico inglés pionero de la anatomía comparada, en 1683, descubrió y describió la cabeza de las Tenias; asimismo, en 1864, Redi publicó ilustraciones de Tenias de perros y gatos. Después de dos siglos se pudo entender la anatomía completa de la Tenia, así como su organización e individualidad.

En 1558, Rumler fue el primero en informar un caso de cisticercosis humana, describiéndolo como un tumor en la duramadre de una persona epiléptica. La enfermedad no se identificó claramente como parasitaria hasta que el médico italiano Marcello Martillion Malpighi (1628-1694), conocido como Malpighi, descubrió, entre otros elementos biológicos importantes, la naturaleza animal de estos quistes y describió el escólex de las Tenias. El Zoólogo alemán Johann August Goeze (1731-1793), de manera independiente, volvió a examinar a los cisticercos de cerdo y reconoció su naturaleza helmíntica (Booth, 2011).

Friedrich Küchenmeister¹ (1821-1890) médico, naturalista y botánico alemán, demostró en 1855 que las Tenias se desarrollan a partir de cisticercos. Para esto alimentó a un prisionero condenado a muerte con comida que contenía cisticercos y después de su muerte encontró Tenias incipientes en su intestino. En los siguientes años, Heller le dio cisticercos a un paciente que murió poco después; Leuckart infectó a un varón joven que fue tratado después de expulsar proglótides; posteriormente Humbert y Hollenbach produjeron infecciones en sí mismos.

La ética de estos estudios fue cuestionada y los resultados no siempre fueron publicados. Además, se intentó infectar conejos, gatos, perros, cerdos, ovejas y monos con cisticercos obtenidos de cerdos, pero todos fueron en vano y se aceptó que los humanos eran el único hospedero definitivo de *Taenia solium*.

En 1853, Van Beneden demostró el desarrollo de cisticercos en cerdos cuando alimentó a uno con segmentos que contenían huevos de *Taenia solium* y encontró numerosos cisticercos en los músculos después de la necropsia. La formación y desarrollo temprano de los cisticercos en cerdos fue estudiada por Yoshino en 1933, quien describió con gran detalle histológico y precisión el desarrollo temprano de los cisticercos en los cerdos. El ciclo de vida incluye el adulto, el huevo y la larva comúnmente denominada cisticerco. Cuando una persona ingiere carne de cerdo cruda o semicocida con cisticercos, los parásitos permanecen vivos y el escólex evaginado

se adhiere a la pared intestinal y, entre 3 y 4 meses, se transforma en una Tenia completamente desarrollada. El parásito adulto mide varios metros de longitud y está constituido por un escólex o cabeza que tiene una doble corona de ganchos utilizados para unirse a la mucosa intestinal. El escólex continúa con el cuello, de donde se forma el estróbilo, que parece un listón blanquecino formado por cientos de proglótides inmaduros, maduros y grávidos o fecundados. (Flisser, 2017).

En *Yoshino's experimental infections with Taenia solium tapeworms: An experiment never to be repeated*, de Akira Ito y colaboradores (Ito et al., 2020) se describen en detalle estos experimentos, que produjeron teniasis animales y en voluntarios.

En América Latina y el Caribe, se estima 14.9 millones de personas con neurocisticercosis, y entre 450,000 y 1,35 millones de personas sufren de epilepsia debido a esta enfermedad. En el ser humano hay tres especies que la causan: *Taenia solium* (Tenia porcina), *Taenia saginata* (Tenia bovina) y *Taenia asiática*, si bien solamente Tenia solium es la especie que causa problemas graves de salud. Los portadores humanos de Tenias adultas excretan segmentos de la Tenia o los huevos en las heces y contaminan el medio ambiente cuando defecan al aire libre. Las vacas y los cerdos se infectan al alimentarse en áreas contaminadas con heces humanas que contienen huevos de tenia. (Organización Panamericana de la Salud, 2018b)

Las infecciones por *Taenia saginata* ocurren en especial en Europa oriental, Rusia, África oriental y América Latina. La teniasis por *Taenia solium* también se observa en los Estados Unidos. La Tenia asiática se halla solamente en Asia, principalmente en la República de Corea, China, Taiwán, Indonesia y Tailandia. Cuando se ingieren los huevos de *Taenia solium*, puede sobrevenir una enfermedad llamada cisticercosis. Las personas que no practican una buena higiene y que tienen teniasis, con o sin síntomas, pueden eliminar los huevos de la Tenia en sus heces y contaminar el ambiente sin querer. Esto puede llevar a que se contagien de cisticercosis ellas mismas o que contagien a los demás. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2013).

Características de las pacientes con teniasis en el Hospital San Juan de Dios

Estas son las características de las 12 pacientes con diagnóstico de teniasis, sola o asociada a otras patologías.

Edad

Las 12 pacientes tenían desde 13 años (1) hasta 90 años (1) de edad. Hubo jóvenes de 18 a 30 años (6) y adultos de 40 a 50 años (4).

Procedencia

La mayor parte de pacientes (6) procedían de Quito. Una era de Pasto, Colombia, sin embargo, trabajaba “en la hacienda *San Jorge* de la montaña occidental” cuya ubicación no es clara. Las demás pacientes provenían de Ambato (1), Calacalí (1), Ibarra (1) y Machachi (1). En un caso no se determina la procedencia.

Raza

Se distribuyeron así: mestizas 5, indígena, una y sin registro de “raza” 6 pacientes.

Ocupación

Las actividades de las pacientes también fueron variadas: quehaceres domésticos (2) y cocina (1); costureras (2) y una planchadora. Hubo una agricultora, una carbonera, una comerciante y una panadera. En dos casos no se estableció ocupación.

Diagnóstico

El diagnóstico fue clínico, partiendo del relato de las pacientes. En unos casos tuvo como base la eliminación de segmentos de tenia y consta el diagnóstico como Teniasis, como *Tenia* únicamente, o como *Tenia solium* en un caso y en otro como *Tenia solium* y *saginata*. En un caso se diagnosticó como helmintiasis y se registró que había tenido “En las deposiciones cucurbitinas de tenia” y después de tratada eliminó cucurbitinas de *Taenia*.

Tratamiento de la teniasis en el HSJD

Extracto etéreo del helecho macho

La sintomatología previa fue prolongada en varios casos. En uno fue de meses y en otro de dos años. El extracto etéreo del helecho macho fue el tratamiento indicado. La solución terapéutica fue rápida con el helecho macho, acompañada con la administración de aceite de ricino como purgante. La hospitalización fue más bien corta. En el primer volumen se describe al extracto etéreo del helecho macho en las pp. 342-343.

Nombres de las pacientes con teniasis

Sus nombres fueron: María Quishpe, Alegría Acuña, Natalia López, Zoila Vargas, Zoila Amaya, Juana Bosmediano, Mercedes Pozo de Proaño, Rafaela Castillo, Buenaventura Salinas, M. Elisa Garcés, Avelina Torres y Rosa María Merchán.

Historias Clínicas de las pacientes con teniasis

A continuación, se transcriben los doce casos de teniasis.

María Quishpe Edad 13 años. Indígena, ocupación, quehaceres domésticos. Residente en Quito. Ingresó el 16 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión y coqueluche. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 24 horas eliminó un *Ascaris lumbricoides*. En el hospital arroja una *Taenia* después de la administración del Helecho macho. DIAGNÓSTICO: **Ascariasis y Tenia**. TRATAMIENTO: Extracto etéreo del Helecho macho. CONDICIÓN FINAL: Alta el 25 de marzo de 1920. No hay más información.

Alegría Acuña Paciente de 50 años. Agricultora residente en Quito. Ingresó: 10 de febrero de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Arroja continuamente anillos de tenia; fiebre. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 12 días presenta fuertes dolores de estómago, pujo, tenesmo. Un fuerte calofrío abrió la escena seguido luego de elevación de la temperatura. Las deposiciones han sido diarreicas, muco-sanguinolentas, glerosas. EXAMEN FÍSICO: Facies demacrada, pulso 96 por minuto, respiraciones 30 por minuto, temperatura 38°. Lengua saburral. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Disentería amebiana; Teniasis**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 27 de febrero de 1922.

Natalia López Edad 50 años. Raza mestiza. Ocupación carbonera. Procedente de Pasto y residente en la hacienda «San Jorge» de la montaña occidental. Desde hace 12 años ha trabajado en la preparación de carbón y últimamente cardando lana, ocupaciones que son necesarias tomarlas en cuenta para el diagnóstico. Ingresó el 9 de mayo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo 8 embarazos. Tiene 4 hijos vivos y 4 hijos muertos. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 9 días antes del ingreso presenta dolores epigástricos paroxísticos con irradiados abdominales. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, estado nutritivo satisfactorio, decúbito indiferente. T° 36,8; pulso 70 por minuto; 20 respiraciones por minuto; Aparato Digestivo: Dolor epigástrico intenso, que se presenta por crisis, las que no tienen ninguna relación con el tiempo de las comidas. Irradiaciones abdominales. El punto máximo de dolor se encuentra en un punto equidistante entre el apéndice xifoideo y el ombligo. Náuseas, pero casi nunca se presenta el vómito. Ligera constipación. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Litiasis biliar, Teniasis**. Evolución: Arrojó una *Taenia* incompleta luego de recibir el tratamiento con extracto etéreo de Helecho macho. No existe más información.

Zoila Vargas Tiene 18 años de edad. Raza mestiza. Procedente de Quito. Ingresó el 30 de abril de 1925. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido dos embarazos y tiene un hijo vivo. Ha presentado fiebre. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace mucho tiempo que tiene dolores epigástricos irradiados hacia el reborde costal izquierdo, ha tenido algo de ictericia y ha arrojado ascárides y azahares. EXAMEN FÍSICO: Lengua algo húmeda. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Parasitismo: ascariasis y teniasis**. No hay más información.

Zoila Amaya De 20 años de edad, mestiza, ocupación quehaceres domésticos. Procedente de Calacalí. Ingresó el 21 de febrero de 1920. A.P: Reglada a los 13 años. Desde hace 2 años más o menos viene sufriendo de mucho dolor a los pulmones y tos; hace un año arrojó después de un acceso de tos una bocanada de sangre, y con frecuencia ha notado pintas de sangre en la expectoración. En la infancia tuvo sarampión y viruelas. ENFERMEDAD ACTUAL: Empezó desde hace 6 días empezando con un dolor muy fuerte de las espaldas, mucha tos y fiebre sobre todo por las tardes. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, decúbito indiferente, facies anémica. T° 37,1; pulso 84 x 1'. Respiraciones 36 x 1'. Aparato respiratorio: tos seca muy frecuente sobre todo por las noches. A la percusión se nota la sonoridad disminuida en el vértice izquierdo, en el cual la respiración es apagada y se oye estertores mucosos muy diseminados. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Posiblemente Tuberculosis pulmonar. Teniasis.** EVOLUCIÓN: Ha arrojado azahares. TRATAMIENTO: Se le administra helecho macho y arroja una Tenia el 26 de marzo de 1920. LABORATORIO CLÍNICO: Examinados los esputos al microscopio no se encuentra el bacilo de Koch que se buscaba. CONDICIÓN FINAL: Alta: 25 de febrero de 1920. Sale mejor. Firma J.C.

Juana Bosmediano Paciente de 40 años. Ocupación panadera. Residente en Quito. Ingresó el 1 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión, varicela, paludismo. Ha arrojado ascárides. ENFERMEDAD ACTUAL: Siente dolores abdominales, cefalea, náuseas, vómitos. EXAMEN FÍSICO: Sin manifestaciones anormales. DIAGNÓSTICO: **Tenia solium.** TRATAMIENTO: Purgantes, Helecho macho. Evolución: No arroja segmentos de Tenia, pero mejoran los síntomas subjetivos. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 6 de marzo de 1923.

Mercedes Pozo de Proaño Paciente de 30 años de edad, costurera, residente en Quito. Ingresó el 2 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Neumonía, dolores de cabeza desde hace un año. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace meses ha tenido gastralgias y enteralgias continuas y agudas. Ha eliminado azahares en las deposiciones, anemia. Estos síntomas se han intensificado, los dolores intestinales y retortijones son fuertes, hay eructos ruidosos. Por esto y los azahares de las deposiciones se diagnostica una Taenia Solium. DIAGNÓSTICO: **Tenia Solium.** TRATAMIENTO: Helecho macho. CONDICIÓN FINAL: Alta el 30 de abril de 1923. No hay más información.

Rafaela Castillo Tiene 90 años de edad. Ocupación costurera. Residente en Machachi. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión, angina. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace un tiempo presenta dolores gastrointestinales antes de las comidas, estos dolores calman con la ingestión de alimentos. Tiene constipación. En las deposiciones se encuentran, por información de la paciente, anillos de Tenias. Dolores de cabeza fuertes. EXAMEN FÍSICO: Todo es normal. DIAGNÓSTICO: **Teniasis.** No hay más información.

Rosa María Merchán. Mestiza de 22 años de edad, ingresó el 23 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 15 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 15 días antes del ingreso presenta dolores abdominales, vómitos y anorexia. Arroja cucurbitinas de tenia en las deposiciones. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo bueno, decúbito indiferente, facies normal. T° 36, pulso 75, respiraciones 20 x minuto. Ap. Digestivo.: legua saburral, dolores abdominales intermitentes, vómito. En las deposiciones cucurbitinas de tenia. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Helmintiasis intestinal.** TRATAMIENTO: Extracto etéreo del helecho macho, previa preparación con un purgante. Luego del tratamiento arroja 6 cucurbitinas de tenia. Solicita el alta al día siguiente del ingreso.

Avelina Torres De 28 años de edad, mestiza, planchadora, residente en Quito. Ingresó el 17 de junio de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Neumonía, dolores de cabeza desde hace un año. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace meses ha tenido gastralgias y enteralgias continuas y agudas, azahares en las deposiciones, anemia. Estos síntomas se han intensificado, los dolores intestinales y retortijones son fuertes, hay eructos ruidosos. Por esto y los azahares de las deposiciones se diagnostica una Tenia Solium. DIAGNÓSTICO: **Tenia Solium.** TRATAMIENTO: Helecho macho. No hay más información en este registro.

M. Elisa Garcés Cocinera, de 18 años de edad, procedente de Ibarra. Ingresó el 21 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión, angina. ENFERMEDAD ACTUAL: Dolores gastrointestinales antes de las comidas, estos dolores calman por la ingestión de alimentos; además, tiene constipación. En las deposiciones se encuentran, por información de la paciente, anillos de tenia. Dolores de cabeza fuertes. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Teniasis.** CONDICIÓN FINAL: Alta el 25 de febrero de 1923.

Buenaventura Salinas. Comerciante de Ambato, tiene 45 años de edad. Ingresó el 26 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 15 años, ha tenido 11 embarazos, tiene 9 hijos vivos y dos muertos. Tuvo sarampión, viruelas, fiebre puerperal, reumatismo articular agudo. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace dos años comienza arrojar azahares o fragmentos de tenia, unos con las deposiciones y otros en la cama, ropa, etc. insensiblemente. Acusa haber tenido dolores de cabeza, dolores abdominales, pulmonares, vómitos. En este estado ingresa al hospital el 26 del presente. EXAMEN FÍSICO: Se queja de dolores abdominales al palpar todo el trayecto del colon. Atrofia del ojo izquierdo. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Parásitos intestinales, Tenias solium y saginata.** TRATAMIENTO: Extracto etéreo de helecho macho, con el cual arrojó una Taenia. CONDICIÓN FINAL: Alta el 1 de marzo de 1923.

Como se observa en los registros clínicos de las pacientes con teniasis, este platelminto estuvo acompañado en un caso por disentería amebiana y en dos casos por ascariasis. También coexistió con el diagnóstico de litiasis biliar, en un caso y de posible tuberculosis, en otro.

Conclusiones

Los casos de teniasis fueron diagnosticados sobre la base del testimonio de las propias pacientes, por haber eliminado segmentos de tenia, en ocasiones acompañados de lombrices. En un caso se indica la presencia simultánea de *Taenia solium* y *Taenia saginata*, sin que conste el reporte del estudio coproparasitario.

El tratamiento aplicado fue con extracto etéreo del helecho macho previa preparación intestinal con un purgante, tal como se acostumbraba internacionalmente en aquella época. Los detalles de su administración no constan en los registros clínicos.

La efectividad del tratamiento se constataba en el Hospital mediante el reporte de la eliminación de segmentos de tenia en general, y en uno de los casos, únicamente por la mejoría clínica y del estado general de la paciente.

Nuevamente, el aporte de quienes hacían la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, permitió tener opiniones médicas producidas en otros países, para el tratamiento de esta parasitosis.

El contexto fundamental para la producción de estas infestaciones en el ser humano es su hábitat. Los animales, como el cerdo, son los huéspedes intermediarios de esta parasitosis. Por tanto, la insalubridad y la posibilidad de la transmisión de teniasis a los seres humanos por el consumo de carnes mal cocidas o condiciones lamentables de vida, son los causantes directos de estas patologías parasitarias.

CAPÍTULO VI

Amebiasis, disentería amebiana y disentería

Se registraron 65 enfermas con amebiasis, disentería amebiana y disentería. Por carencia de estandarización de los diagnósticos se adjudicaron diferentes denominaciones diagnósticas. Existe un denominador común que es el tratamiento con emetina. Los diagnósticos asignados fueron: Disentería amebiana, amebiasis aguda o crónica, con o sin disentería, en 22 pacientes. Disentería aguda o crónica, en 43 registros.

Amebas y amebiasis

Las infecciones por amebas se presentan especialmente en función de las condiciones socioeconómicas y sanitarias. El único huésped de las amebas es el ser humano. Su transmisión es fecal-oral. Los quistes de *Entamoeba histolytica* ingeridos con alimentos o agua contaminados, sobreviven en el contenido ácido del estómago y se transforman en trofozoítos que se alojan en el colon. La infección puede ser sintomática o asintomática. Las personas asintomáticas excretan quistes que podría generar nuevas infecciones. Algunas personas, más lábiles, sufren invasión de la mucosa colónica, lo cual puede generar disentería con diarreas muco sanguinolentas. En muy pocos casos invaden la mucosa del colon y alcanzan la circulación de la vena porta y llegan al hígado u otros órganos.

La amebiasis, conocida como “flujo de vientre” por Celso e Hipócrates (460 a 377 a.C.), fue descrita en la Biblia y en la Medicina Interna china de Huang Ti (140 a 87 a.C.) como disentería: del griego *dys* = disfunción, alteración; y *enteron* = intestino. Su distribución es mundial. Produce manifestaciones diversas, como disentería amebiana, recto colitis aguda, colitis no disentérica crónica, ameboma; absceso hepático amebiano, absceso cerebral, enfermedad genitourinaria y cutánea. En 1783, Joaquín Pío Eguía describió las “fiebres malignas biliosas” y recomendó la intervención quirúrgica para su tratamiento. En el siglo XIX, en México, Miguel Jiménez estableció la indicación de la punción y drenaje del absceso hepático, ya que “ofrecían una gran ventaja las punciones hechas con trocar por los espacios intercostales para dar salida al pus del absceso” (Pinilla, López & Viasus, 2008, p. 119).

En 1873, el médico ruso Fedor Lösch relacionó la clínica de la amebiasis con la *Entamoeba histolytica*. En 1891, Councilman y La Fleur asociaron a *Entamoeba histolytica* con la disentería y el absceso hepático en humanos. En Egipto, Koch (1886) encontró amebas en las úlceras de la submucosa intestinal y demostró la presencia del parásito en lesiones hepáticas; casi simultáneamente, en El Cairo, Esteban Kartulis (1886) realizó 150 autopsias de pacientes que habían fallecido por disentería y observó la presencia de úlceras colónicas descritas por Lösch y Koch. En 1890, Osler y sus colaboradores describieron el absceso hepático amebiano y la colitis. En 1893, Quincke y Roos descubrieron al parásito en su forma de quiste. En 1903, Fritz Schaudinn (1871-1906) diferenció entre *Entamoeba histolytica* y *Entamoeba coli* y decidió llamarla *histolytica* por ser productora de lisis tisular. Murió a los 35 años de edad por complicaciones secundarias a una amebiasis adquirida por autoinfección. En 1913, Walter y Sellards determinaron la transmisión por quistes y no por trofozoítos, desde portadores asintomáticos. En 1914, Izar desarrolló la técnica de fijación de complemento para determinar la presencia de anticuerpos en pacientes con amebiasis. En 1925, Emile Brumpt sugirió que había dos especies: una patogénica, la *Entamoeba histolytica*, y otra inocua, la *Entamoeba dispar*. Estas proposiciones fueron comprobadas en 1993 por datos bioquímicos, inmunológicos y genéticos. Louis Diamond et al (1961) cultivaron *Entamoeba histolytica* en medio axénico (sin asociación con bacterias) para realizar estudios in vivo e in vitro, y las pruebas inmunológicas para el diagnóstico de la amebiasis (hemoaglutinación indirecta, inmunodifusión, fijación del complemento, contraelectroforesis, inmunofluorescencia indirecta, ELISA y Western Blot) (Imbert et al., 2019).

Características de las pacientes con amebiasis y disentería

A continuación, se presentan las características relevantes de las pacientes con esta patología.

Edad

Las 65 pacientes con diagnósticos de amebiasis, usualmente con disentería amebiana, tuvieron edades en el rango de 4 a 80 años. La mayoría de los pacientes (41) tuvieron entre 22 y 50 años. El detalle se encuentra en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Edad de las pacientes con amebiasis y disentería. Servicio de Clínica, HSJD 1920-1925

Grupos de edad	Nº de pacientes
6 a 13	4
15 a 20	12
22 a 30	21
35 a 50	20
54 a 60	6
68 y 80	2
Total	65

Procedencia

Se dispone de registro de la procedencia de 59 pacientes. La mayoría, 39 pacientes, eran de la provincia de Pichincha: 28 pacientes de Quito y localidades que actualmente son parroquias de Quito, como Cotacollao (3), La Magdalena (1) y Cumbayá (2); Otros de localidades cercanas a Quito como Tambillo (1), Yaruquí (1) y Puéllaro (2). Además de la zona subtropical de Tandapi, en la provincia de Pichincha (1). Los demás pacientes residían en Cotopaxi (Latacunga 6 y Pujilí 2): 8; Imbabura (Ibarra 4): 4; Carchi (San Gabriel 2 y Tulcán 1): 3; Guayas (Guayaquil 3): 3; Chimborazo (Huirra 1): 1; Loja (Loja 1): 1.

Ocupación

La mayor parte de las pacientes con amebiasis y que tuvieron disentería se dedicaba a labores relacionadas con manejo de alimentos, como cocinera, quehaceres domésticos, doméstica, sirvienta, abacera, vivandera, panadera y despostadora de chanchos. De las 60 pacientes con registro de su ocupación, 37 pacientes manejaban alimentos en sus actividades diarias, como se observa en la “Tabla 2”. Las posibilidades de contagio de amebiasis y otras patologías a familiares y personas cercanas, al manipular los alimentos, son evidentes.

Tabla 2. Procedencia de las pacientes con amebiasis y disentería. Servicio de Clínica, HSJD 1920-1925

Ocupación	Nº pacientes	Ocupación	Nº pacientes
Cocinera	19	Vendedora	2
Quehaceres domésticos	10	Abacera	1
Peona	7	Despostadora de chanchos	1
Planchadora	4	Enfermera	1
Agricultora	3	Panadera	1
Doméstica	2	Vivandera	1
Costurera	2	Sombrerera	1
Lavandera	2	Escolar	1
Sirvienta	2	Total	60

Estadía hospitalaria

Se posee información, con fechas de ingreso y egreso, de 59 de las 60 pacientes. El rango de permanencia en el servicio fue de 2 a 62 días, con un promedio de 10,4 días por paciente.

Gestaciones

En 15 pacientes se conoce que tuvieron entre 1 y 14 gestaciones. De estas, 7 pacientes tuvieron de 1 a 4 embarazos; 6 pacientes tuvieron de 5 a 8 embarazos y tres pacientes tuvieron 9, 11 y 14 hijos. El promedio corresponde a 6 gestaciones en estas 15 pacientes.

Enfermedades anteriores

33 pacientes refirieron como enfermedades anteriores las siguientes: disentería: 11; tifoidea: 10; sarampión: 10; viruelas: 3; ascariasis: 3; neumonía: 1; enteritis: 1; teniasis: 1.

Condición final

El desenlace de las pacientes de este conjunto se resume así: Curación: 32 pacientes. Muertes: 3 pacientes. Una de las pacientes fallecidas tenía asociada una cardiopatía. Pase a Cirugía: 1 paciente. Alta solicitada: 1 paciente. Sin registro de condición final: 26.

Laboratorio Clínico

En 7 casos existen reportes de exámenes coproparasitarios. Se presentaron como "Examen Coprológico" realizado en el Laboratorio de Clínica de la Universidad Central del Ecuador, con los siguientes resultados:

Quistes de ameba coli común y teratógena; abundantes hematíes. Comprueba la presencia de amebas. Abundantes quistes de ameba histolítica y *Balantidium coli*. Muchísimas cercomonas y glóbulos rojos. III-1-23. Firma Reinaldo Coronel. Numerosos hematíes y algunos quistes amebianos. R.B.A. Numerosísimos bacilos de Koch. Firma: R.B.A. Huevos de ascárides lumbricoides.

Como se observa, también se confirmó un caso de tuberculosis y la presencia de otros parásitos intestinales.

Tratamiento

En 55 pacientes se reportó el tratamiento utilizado. Para 34 de ellas, el medicamento principal fue la emetina. En pocas pacientes se utilizó adrenalina, sulfato de sodio como purgante u otros purgantes no detallados. Se registró la administración de Tintura de opio y Tintura tebaica en gotas a un paciente.

- En una paciente se administró emetina diarios x 5 d. Sulfato 25, 15, 10 g. Limonada Clorhídrica 2 días. Ácido láctico. Solución de Bourget. Poción tónica. Glicerofosfato de calcio, sulfato de estricnina. adrenalina XV gotas los dos últimos días.
- En otra, a este esquema se añadió santonina.
- En otra paciente, con un esquema similar al anterior, se añadió: Agua h 200, bromuro de sodio 20 grm, antipirina 0,50 j.c.n., un día; Sulfato de sodio 15 grm. J. de canela. Solución de Bourget 200. Emetina 0,04 tres días.
- También se utilizó la administración de emetina 0,04: 7 dosis, aceite de ricino 15 gm, 3 veces. Quinina 0,50 cent, dos dosis. Solución de Bourget 200.
- En otra paciente se administró emetina 0,04, 10 días. Solución de Bourget 200 3 días. Aceite de Ricino 40 g, Glicerina 30 gr. 4 días. Gotas carminativas 2 días.
- Emetina por vía hipodérmica y dieta rigurosa adecuada.

El uso de emetina se realizó por 7 a 10 días en la mayor parte de casos. Sin embargo, existieron casos en los que se la administró por 2, 3, 5 o 6 días. La dosis usual era de 0.04-0.05 gr diarios. Casi siempre estuvo acompañada de diferentes tipos de purgantes y, en los casos graves, de adrenalina como cardiotónico.

Se evidencia la efectividad del tratamiento con emetina para las diferentes clases de amebiasis. Se utilizó a dosis decrecientes y acompañada de un purgante (Sulfato de sodio).

Ipecacuana y emetina

Diferentes historiadores coinciden en señalar al humanista y cronista de Indias, italiano Pietro Martire d'Anghiera (1457-1526), conocido en España como Pedro Mártir, quien trabajó para la corona española, como la persona que llevó de América a España la ipecacuana, como remedio útil para tratar la disentería.

Entre otros importantes aportes científicos del médico y botánico español José Celestino Mutis (1732-1808), en 1803 informó del tratamiento para disentería con quina e ipecacuana. Celestino Mutis vivió en Bogotá y estudió la Botánica colombiana. Envió en 1777 una colección de plantas disecadas al Jardín Botánico de Madrid y otra a Linneo, con quien mantenía correspondencia.

Figura 1. *Cephaelis ipecacuana*



Nota: Imágenes tomadas de *iStock*, de THEPALMER, 2017 (<https://www.istockphoto.com/es/vector/grabado-de-1857-bot%C3%A1nico-de-ipecacuana-gm678324214-124280013>). Bajo licencia estándar.

Celestino Mutis formó una biblioteca con seis a ocho mil volúmenes y, entre ellos, más de tres mil ejemplares de Botánica. Desde su base en Santa Fe de Bogotá, publicó el libro *El arcano de la quina* en el que diferenció cuatro especies de quina: anaranjada, roja, amarilla y blanca, las cuales distinguió unas de otras según las reglas botánicas y su aplicación médica. (Fernández & Tamaro, 2004).

Emetina

La emetina obtenida de la ipecacuana, *Cephaelis ipecacuanha* o “raíz del Brasil”, se empleó como amebicida desde 1912 cuando Vedder demostró su eficacia *in vitro*, desde entonces se usó por su eficacia en amebiasis intestinal y extraintestinal.

Según Neal J. Conan Jr., en 1948, existían dos clases de fármacos para tratar las amebiasis: yodohidroxiquinolinas y arsenicales, caracterizadas por “su acción curativa y la falta de toxicidad”. De todas maneras, explicaba que son ineficaces contra la amebiasis extraintestinal, especialmente hepática. Añadía que, para el tratamiento de estas lesiones, “la emetina era muy eficaz, aunque no ejerce regularmente una actividad curativa sobre la infección intestinal”. Además, señalaba que la emetina tiene como desventaja su toxicidad que se expresa como miocarditis y miositis graves, así como diarrea, náuseas y vómitos (Conan, 1948).

En el primer volumen de esta investigación se expone detalladamente las características de la emetina, en las pp. 110-112. La emetina siguió en uso para la amebiasis, especialmente disintérica y sus formas extraintestinales, hasta cuando los nitroimidazólicos: metronidazol, ornidazol, nimorazol y secnidazol demostraron mayor eficacia y menor toxicidad.

La Revista del Centro de Estudiantes de Medicina y el tratamiento de la disentería amebiana

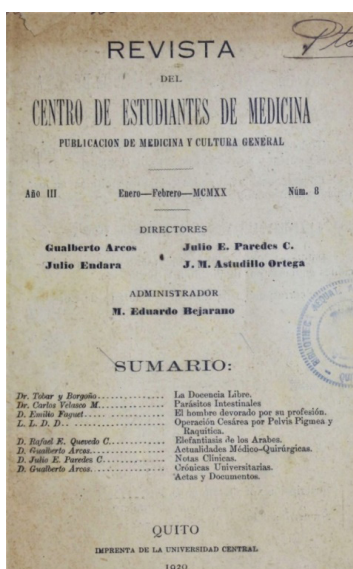
Otra de las contribuciones del Dr. Gualberto Arcos, como estudiante de medicina, se concretó en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*. En la sección "Actualidad Médico-Quirúrgica" de esta revista (1920), presentó la traducción de varios artículos, entre ellos algunos relacionados con el tratamiento de la disentería amebiana como forma para mantenerse al día en los avances médicos.

- De la revista *Presse Medicale* N° 5, de 1918, el artículo escrito por Guglielmetti titulado "Toxicidad del Clorhidrato de Emetina" explica que la intoxicación puede ser acumulativa o masiva cuando se administra repetidamente la sustancia y falta eliminación. La dosis tóxica masiva en el ser humano no se conoce, pero se considera entre 0,06 y 1,20 g. Para prevenir toxicidad, se recomienda no pasar de las siguientes dosis:

- » 0,15 g. en tratamientos de 5 a 6 días.
- » 0,10 g. en tratamientos de 8 a 10 días.
- » 0,05 g en tratamientos de 10 a 20 días.

- De *Medicina Ibera* N° 18, de marzo de 1918, presenta la propuesta de A. C. Lambert: "El tratamiento de la disentería amebiana con emetina y yoduro de bismuto" en los casos resistentes, con resultados satisfactorios.
- De *París Médical* N° 47, de diciembre de 1918 explica el tratamiento descrito por Carles: "Disentería amebiana crónica y yoduro doble de emetina": Cuando en la amebiasis crónica falla el clorhidrato de emetina, se deberá administrar 12 días de 0,18 g. diarios de yoduro doble de emetina y de bismuto, en tres cápsulas que contienen la dosis fragmentada, una en cada comida.
- De *París Médical* N° 33, de agosto de 1919, presenta el artículo escrito por P. Ravant y Charpín: "Tratamiento mixto de la amebiasis intestinal crónica, por las pastas de carbón-bismuto-ipeca y los comprimidos de Novarsenobenzol". En función de varias observaciones clínicas, los autores proponen, especialmente en formas caquéticas de disentería crónica, utilizar cápsulas de Novarsenobenzol de 0,10 g. de una a dos al día, y de dos a diez cucharadas de café, en las 24 horas. Dicen los autores que las deposiciones mejoran, las diarreas disminuyen y el peso aumenta. El tratamiento debe realizarse alternando las cápsulas de Novarsenobenzol y la pasta de ipeca, que se mantiene por 12 a 20 días, para obtener la curación.

Figura 2. Carátula de la Revista. del Centro. de Estudiantes de Medicina, enero, febrero 1920



Nota: Imagen tomada de la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, No. 8, enero-febrero 1920. De dominio público.

Con esta información, es posible verificar con claridad cómo la medicina que se ejercía en el Hospital San Juan de Dios y en Quito se nutría también por las prácticas de médicos de Europa, con la importante participación de los estudiantes de medicina que mantuvieron durante varios años la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*. Fotocopias de gran parte de estas revistas se puede encontrar en la Biblioteca Aurelio Espinosa Pólit, de la ciudad de Quito. El Dr. Gualberto Arcos y otros profesionales de su época hicieron historia en el ejercicio de la medicina y de la docencia.

En los siguientes decenios se seguiría utilizando la emetina. En Colombia, Luis Patiño Camargo presentó las directrices para el tratamiento de disentería amebiana con clorhidrato de emetina y del absceso hepático con la punción evacuadora asociada a cloroquina y emetina. (Patiño-Camargo, 1953).

Mortalidad por amebiasis y disentería

Hubo 2 decesos cuyos registros se presentan luego:

- **María Suárez**, de 65 años, era una mujer múltipara con 12 hijos, de los cuales 4 murieron. Sus condiciones de salud eran gravemente deficitarias. Recibió emetina y falleció.
- **Zoila Salazar** de 30 años de edad, embarazada, quien recibió emetina y falleció a los 5 días de su ingreso.

Nombres de las pacientes con amebiasis y disentería

Las pacientes que constan en los registros del Servicio de Clínica del HSJD, en las salas de La Virgen, Santa Rita y Santa Teresa, con diagnósticos de amebiasis, disentería amebiana o disentería, fueron las siguientes: Adela Rivera, Adelaida Santander, Alegría Acuña, Ana M. Arauz, Ana M. Medrano, Balbina Lavanda, Clotilde Delgado, Dolores Maldonado, Dolores Sánchez, Edelmira López, Elisa Araujo, Eloísa León, Esperanza Valarezo, Felisa Cerda, Isabel Cárdenas, Isabel Chiriboga, Jesús Yánez, Josefa Pullas, Josefina Concha, Judith Espinosa. Luz María Puenaná, Maclovia Chávez, Marcelina Rodríguez, Margarita Olmedo, Margarita Velazco, María A. Recalde, María

Asunción Tipantuña, María Burbano, María Carmen Fierro, María Erazo, María Estrella, María García, María Jácome, María Jurado, María L. Cevallos, María Martínez, María Rosario Calvache, María T. Lema, María Terán, María Teresa Luna, Mercedes Gálvez, Mercedes Mantilla, Mercedes Rodríguez, Micaela Olivos, Natividad Maila, Nicolasa Analuisa, Plácida Casares, Rosa Ginés, Rosa Narváez, Rosa Nicolalde, Rosa Peñaherrera, Rosa Peñaherrera, Rosa Pilataxi, Rosario Aguirre, Rosario Freire, Rosario Nieto, Rosario Tipanluisa, Sabina Guerrero, Sabina Taipe, Sebastiana Proaño, Sofía Andrade, Virginia Portilla, Viviana Zapata, Zoila Ortega y Zoila Pacheco.

Historias Clínicas de las pacientes con amebiasis y disentería

A continuación, se transcriben los registros clínicos de algunas de las pacientes con amebiasis o disentería:

María Suárez (Falleció) Mestiza de 65 años de edad, comerciante, vive en Quito. Tuvo 12 embarazos. Viven 8 hijos, 4 de sus hijos murieron. No registra la fecha de ingreso. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo una metrorragia. De pequeña tuvo sarampión, viruelas, tifoidea. Reumatismo articular agudo, con deformaciones de los dedos de las manos. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace un mes presenta malestar general, cefalea, decaimiento de fuerzas, calofríos, anorexia, retortijones y deposiciones diarreas frecuentes, fétidas, verde amarillentas, muco sanguinolentas. EXAMEN FÍSICO: Facies abatida, con postración, tinte algo anémico. La demacración y el enflaquecimiento son bien notables. Aparato digestivo: Lengua húmeda, saburral, blanquecina. Bordes y punta rojos. El abdomen está retraído, abarquillado, doloroso a la presión, principalmente en la fosa ilíaca derecha. Deposiciones diarreas muco sanguinolentas acompañadas de tenesmo. Tiene sed intensa. Aparato cardio circulatorio: Pulso pequeño, regular, igual, depresible, 124 x 1'. La tensión está disminuida. Miocardio: la punta late en el 5° espacio intercostal izquierdo debajo del mamelón. Las contracciones no tienen siempre la misma energía: unas veces son fuertes, otras débiles. El 2° ruido del corazón se lo percibe a veces velado, lejano. El primer ruido está desdoblado, desdoblamiento que se percibe mejor en el foco mitral. Me parece percibir un soplo diastólico en los focos aórtico y pulmonar y en la región del tórax en que el ventrículo izquierdo está en contacto. Aparato respiratorio: Región anterior: disminución del murmullo vesicular de las fosas supra e infraclaviculares. Resonancia de la voz en la región infraclavicular derecha. Regiones laterales: axilar derecha resonancia de la voz. Región posterior: gran emaciación muscular. Matitez de las fosas supra espinosas y de las regiones inter escapulo vertebrales. Aumento de las vibraciones vocales en las fosas supraespinosas, siendo más notable en la fosa supra espinosa izquierda. Disminución del murmullo vesicular en las mismas regiones. Pectoriloquia áfona y resonancia de la fosa supraespinosa derecha. Aparato génito-urinario: normal. Sistema nervioso: Cefalalgia, zumbido de oídos, insomnio. Todo lo demás normal. LABORATORIO CLÍNICO: Examen Coprológico: abundantes quistes de *Ameba histolítica* y *Balantidium coli*. DIAGNÓSTICO: **Disentería amebiana**. TRATAMIENTO: Emetina por vía hipodérmica y dieta rígorosa adecuada. EVOLUCIÓN: Empeora el estado general. Se suprime la emetina. Administración de suero cafeinizado 500 cc. Astenia profunda, pulso pequeñísimo, imperceptible; ruidos del corazón debilitados. CONDICIÓN FINAL: 14 de marzo: fallece.

Zoila Salazar (Falleció) Tiene 30 años de edad, ocupación costurera, residente en Quito. Ingresó el 3 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde Hace 14 días presenta deposiciones diarreas mucosas-sanguinolentas, tenesmo rectal, dolores abdominales, decaimiento y postración. EXAMEN FÍSICO: Facies anémica, caquética. Lengua saburral, se ve gravemente enferma. Cursa el 7mo mes de embarazo. DIAGNÓSTICO: **Disentería. Parto prematuro**. TRATAMIENTO: Emetina a pequeñas dosis: 2 dosis de emetina 0,02 c/u. CONDICIÓN FINAL: Falleció el 8 de diciembre de 1921.

María Rosario Calvache (Curación) Tiene 30 años de edad, raza mestiza, ocupación cocinera, residente en Quito. Ingresó el 15 de noviembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 14 embarazos, de los cuales viven 9. Desde hace 20 años parálisis de los miembros inferiores, origen no explicado. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 20 días diarreas, fuertes dolores abdominales, calor, diarreas con mucosas, con membranas blanquecinas y tenesmo, con restos alimentarios de maíz (deposición lientérica) de 12 a 15 al día. DIAGNÓSTICO: **Amebiasis aguda**. TRATAMIENTO: Sulfato de sodio 30,20,10 g; Tintura de opio; Tintura tebaica XV gotas, jarabe simple. EVOLUCIÓN: 9 de noviembre: Desaparecen las deposiciones sanguinolentas; 20 de noviembre: aparece un nuevo brote disentérico, con deposiciones sanguinolentas, sin dolor abdominal. La deyección disentérica cambia de aspecto, el número igualmente, el estado de la enferma mejora notablemente; en el tratamiento no se emplea «Emetina»; observando dieta rígorosa. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 23 de noviembre de 1920.

Lorenza Chauca (Curación) De 42 años de edad, vivandera de Turubamba. Ingresó el 5 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 7 embarazos, tiene 3 hijos vivos y 4 fallecidos. Ha tenido disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 15 días presenta fuertes dolores abdominales, pujo, deposiciones diarreas glerosas y muco-sanguinolentas, tenesmo rectal. Facies demacrada, Temperatura 37°, pulso 68, respiración 44 por minuto. DIAGNÓSTICO: **Disentería**. TRATAMIENTO: Sulfato de Sodio a dosis decrecientes; Emetina Clorhidrato 0,04 cada día por 6 días. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 12 de diciembre de 1921.

Rosa Ginés (Curación) Panadera de 40 años, residente en Quito. Ingresó el 19 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 10 embarazos. Tiene 5 hijos vivos y 5 hijos muertos. Tuvo disentería, neumonía. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 8 días presenta dolores abdominales y deposiciones diarreas muco-sanguinolentas y tenesmo rectal. EXAMEN FÍSICO: Facies anémica, demacrada, decúbito indiferente. Temperatura 38°, pulso 92, respiraciones 20 por minuto. Lengua empastada, seca. Abdomen algo meteorizado, ligeramente doloroso a la palpación. DIAGNÓSTICO: **Disentería**. TRATAMIENTO: Sulfato de Sodio, dosis decrecientes, Emetina 0,05 gr 6 días. Curación. Alta el 26 de diciembre de 1921.

Conclusiones

La amebiasis en sus diferentes presentaciones afectó a pacientes de todas las edades, la mayoría procedente de Quito y lugares cercanos. Hubo también pacientes de otras ciudades y provincias.

Las ocupaciones fueron diversas, sin embargo, un alto porcentaje de pacientes se dedicaba a manipular alimentos, con las consiguientes probabilidades de contagio de esta parasitosis a otras personas.

En la mayoría de los casos de amebiasis, la base para el diagnóstico fue la clínica y principalmente las características disintéricas de las deposiciones, con sangre, moco y tenesmo rectal, sintomatología que se repite en todas estas pacientes.

Fueron pocos los casos que confirmaron el diagnóstico con examen coproparasitario.

La mayor parte de casos de amebiasis disintérica se realizó con emetina y fue exitoso. Hubo dos decesos en 65 pacientes con esta patología.

Los aportes de los estudiantes de la Facultad de Medicina, quienes asistían también en calidad de internos o externos al Hospital San Juan de Dios, fue importante para mantener al día los conocimientos relacionados con el tratamiento de esta patología, gracias a la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina.

Las condiciones sanitarias y socioculturales de las pacientes configuraron los determinantes sociales de estas patologías parasitarias.

Conclusión general sobre las enfermedades parasitarias

La frecuencia de las enfermedades parasitarias estaba determinada por las condiciones socioeconómicas, de salubridad y de vida en que se desenvolvían las personas.

Las limitaciones en el acceso y la calidad del agua, el alcantarillado, la disposición y manejo de los desechos; el riego de los productos agrícolas con aguas contaminadas con excrementos animales o humanos, así como la falta de control y faenamiento adecuado de los animales de consumo humano eran, y todavía son, elementos sustantivos para perpetuar estas parasitosis.

Las limitaciones en educación y conocimientos de la población sobre estas enfermedades, así como las prácticas higiénicas, los hábitos para preparación y consumo de los alimentos y, desde luego, el acceso a los servicios descritos anteriormente, contribuían a mantener esta y otras infestaciones parasitarias.

Estas condiciones de vida se reflejan también en las enfermedades anteriores sufridas por las pacientes hospitalizadas. Se reportaron 672 eventos patológicos. De estos 201, casi la tercera parte fueron problemas parasitarios: disentería/colerín/diarreas/enteritis (100), paludismo (49), ascariasis (42) y teniasis (10).

CAPÍTULO VII

Enfermedades respiratorias

En el servicio de Clínica de Mujeres (1920-1925) hubo 97 pacientes con enfermedades respiratorias. Estas patologías ocuparon el segundo lugar, por frecuencia, luego de las enfermedades parasitarias. Para el estudio de las patologías respiratorias se conformaron dos grupos, como se observa en la “Tabla 1”:

1. Gripe (que incluye diagnósticos de gripe) con 55 casos.
2. Otras enfermedades respiratorias bajas con 42 pacientes.

Tabla 1. Pacientes con enfermedades respiratorias, total 97 enfermas. Servicio de Clínica, HSJD 1920-1925

Gripe		Otras enfermedades respiratorias bajas	
Gripe	29	Neumonía	19
Gripe pulmonar	24	Bronquitis	11
Gripe hemorrágica	1	Tuberculosis	7
Gripe gastrointestinal	1	Induración pulmonar	2
		Pleuresía	1
		Bronquiectasias	1
		Enfisema pulmonar	1
Total	55	Total	42

Gripe y Grippe

En los años 1920-1925, la gripe estaba vinculada a la pandemia de gripe española de 1918-1919. Aún estaban frescos sus tristes recuerdos y las ausencias provocadas estaban presentes, aunque la bruma del tiempo intentaba borrarlas.

En lo que se refiere a esta patología, se encontraron descritas dos formas diagnósticas: una registrada como “gripe” y otra como “*grippe*”. Esta última escritura, en francés, fue utilizada en Quito en el Hospital San Juan de Dios, en Chile y seguramente en otras ciudades, para denominar a los casos de gripe española durante la pandemia. El diagnóstico gripe o *grippe* –registrado entre 1920-1925– aparece como prolongación de lo que fue la pandemia de gripe española.

En La Medicina del San Juan de Dios –Volumen I, pp. 274-285–, se analizaron aspectos generales de la gripe española. En el presente volumen, profundizamos en su estudio, incluyendo estudios publicados en nuestro medio.

La pandemia de gripe española

Al término de la segunda guerra mundial, en 1918, se presentó la pandemia producida por el virus de la gripe o influenza, variedad A tipo H1N1. Se ha generalizado la opinión de su origen en granjas de Kansas, luego en cuarteles de Estados Unidos y posteriormente su globalización. La curva mundial de mortalidad por la pandemia de influenza, según Nicholls, tuvo su pico epidemiológico entre el 10 de octubre y el 7 de noviembre de 1918. Mantuvo su presencia hasta marzo de 1919 y cursó con otro pico, bastante menos pronunciado, a finales de febrero de 1919. Por la difusión que los medios españoles realizaron de esta epidemia se la conoció como “gripe española”.

La gripe española asoló el mundo durante dos años, de marzo de 1918 a finales de 1919. Unos autores afirman que los fallecidos fueron 25 millones, otros entre 50 y 100 millones. Estas cifras correspondían al 2,5-5 % de la población mundial de entonces. En la Primera Guerra Mundial, murieron 17 millones de personas; en la segunda, 60 millones. La mortandad de la gripe española podría haber superado a las dos guerras juntas.

La gripe española en Ecuador

La pandemia de gripe española llegó al Ecuador a finales de 1918 y comienzos de 1919. Los meses de diciembre de 1918 y enero de 1919 fueron especialmente devastadores para Quito. En el Ecuador se ha aceptado la afectación de 14.367 y el fallecimiento de 497 personas por esta pandemia, entre 1918 y 1919. (Grijalva, 2017).

El Hospital Militar de Quito fue el centro de referencia en esta epidemia, sin embargo, cuando se saturó este hospital y luego la Maternidad de Quito, se hospitalizaron mujeres en el Hospital San Juan de Dios. Las historias clínicas del Hospital San Juan de Dios demuestran que solamente en este Hospital, entre el 15 de enero de 1919 y el 5 de febrero de 1920, durante 14 meses, se registraron 83 pacientes con diagnóstico de *grippe*. De éstas, 71 pacientes no tuvieron complicaciones, 11 presentaron complicaciones neumónicas y una tuvo una complicación gastrointestinal. Una de las pacientes falleció en octubre de 1919 con el diagnóstico de “grippe con neumonía” (Terán-Puente, Recalde & Crespo, 2019, p. 48).

Como en todas las pandemias, epidemias y enfermedades sufridas por los seres humanos a lo largo de su historia, la gripe española responde a un contexto con peculiaridades socioeconómico-culturales y de conocimientos y facilidades sanitarias, siempre supeditados a las condiciones de vida. En estas circunstancias, los más pobres han sido y siguen siendo las víctimas mayoritarias de las enfermedades. Además, las pandemias descubren las verdades estructurales de los sistemas de salud.

Las condiciones de pobreza de la población y la mínima infraestructura sanitaria del país y de Quito, más el frío de los meses de diciembre y enero, encontraron el medio propicio para la proliferación de la gripe española. La epidemia ingresó por el sur del país, desde el Perú. Llegó a Quito desde Guayaquil transportada por soldados de dos batallones. Se señala que infectó a los dos tercios de una población calculada en alrededor de 80.000 habitantes. Por tanto, más de 50.000 personas habrían sufrido la enfermedad, superando largamente los informes oficiales.

Las disposiciones sanitarias aplicadas antes y durante la epidemia son descritas por Germán Rodas en su libro *Pensamiento Médico*. Resalta el papel significativo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, su Comisión Médica presidida por el Dr. Isidro Ayora Cueva, los aportes de su pensamiento y sus propuestas sanitarias. Las recomendaciones higienistas, emitidas antes de la presentación del primer caso en Quito, constituyeron una guía orientadora para las autoridades gubernamentales, municipales y para la población.

La *Cartilla sobre la gripe* y el documento *Proyecto de defensa*, emitidos por las autoridades, contienen las disposiciones de salud pública que se aplicaron antes y durante la epidemia. El accionar de Isidro Ayora en beneficio de la salud influyó en el Municipio de Quito para explicar conjuntamente a la ciudadanía los peligros de la gripe y la forma de impedir su contagio. Se programó la atención organizada de los médicos, en calidad de autoridades sanitarias, en los barrios quiteños afectados por la gripe. Las autoridades edilicias asumieron la subvención de los medicamentos para los enfermos, “constituyéndose en puntales para que la enfermedad fuera confrontada adecuadamente. Los cuerpos de Policía Sanitaria y los Celadores de Policía estuvieron obligados, conforme el ‘proyecto de defensa’, a cumplir órdenes de los médicos de la ciudad” (Rodas Chaves, 2017, p. 65).

La perspectiva de los estudios sobre esta epidemia ha transitado desde lo epidemiológico hasta lo histórico local, adquiriendo enorme importancia el contexto humano en el que tuvo lugar. Superada la idea de intentar establecer cifras globales de mortalidad, en la actualidad se prefiere estudiar este suceso a partir de estudios locales (González García, 2013, p. 309).

Las acciones gubernamentales, municipales y universitarias fueron de carácter preventivo e informativo para la comunidad, Consiguieron minimizar el impacto de la epidemia en Quito, comparativamente con otras ciudades como Bogotá, Santiago o Lima. El liderazgo médico en el proceso sanitario, con la participación subordinada de los cuerpos policiales a las decisiones sanitarias propuestas por los médicos, aseguró el éxito de la campaña contra la pandemia de gripe.

La gripe española y todas las patologías tratadas en el Hospital San Juan de Dios respondían a un contexto, con peculiaridades propias del entorno y del conocimiento médico de la época. Por tanto, es importante analizarlas sin desconocer el contexto socioeconómico del Ecuador y el proceso de atención médica hospitalaria.

Estudios relacionados con la gripe en nuestro medio

Morbimortalidad en el Dispensario Infantil del Hospital San Juan de Dios de Quito en 1917 –José María Terán Puente, Carlos Terán Puente, Milton Gross Albornoz–

Este estudio fue publicado en 2019 en la *Revista Temperamentvm* de España. Constituye un texto descriptivo, retrospectivo, construido con fuentes primarias de información constituidas por los registros de atención del Dispensario Infantil (DI) del HSJD, entre agosto y diciembre de 1917, conservados en el Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella” de Quito. Se estudiaron 1.716 registros de la bitácora de atención ambulatoria del Dispensario. Los datos se analizaron con tres enfoques: morbimortalidad por entidades patológicas, por grupos de edad y, finalmente, en sus determinantes sociales. La gripe afectó a 542 niños (31,59%) y fue la patología más frecuente. Produjo 52 fallecimientos, que corresponden a 37,14% del total de 140 fallecimientos entre los pacientes del DI en 1917. Los menores de 5 años fueron los más afectados. Los lactantes menores, entre 1 y 12 meses de edad, sufrieron una mayor letalidad. (Terán Puente, Terán-Puente, & Gross Albornoz, 2019)

La medicina del San Juan de Dios, 1916-1920 y la gripe española, Volumen I –José María Terán Puente, Susana Recalde Revelo, Antonio Crespo Burgos–

Este estudio analiza la atención de salud en el HSJD entre 1916-1920. En medio de un mosaico de numerosas enfermedades, apareció la denominada inadecuadamente como “gripe española”. La organización de la sociedad para afrontar la pandemia de gripe española definió un accionar responsable, aunque limitado, del Estado frente a las contingencias y demandas de la pandemia. En el San Juan de Dios se registraron 87 casos: 23 en los tres primeros meses de 1919; luego, 9 casos en el segundo trimestre; aumentaron a 39 casos en el tercer trimestre; decrecieron a 8 casos en el último trimestre de 1919. En los dos primeros meses del siguiente año, 1920, hubo 8 casos. (Terán Puente, Recalde & Crespo, 2019)

Gripe española y otras enfermedades en el Dispensario Infantil de Quito, Ecuador (1918-1919) –José María Terán Puente, Johana Figueroa–

El Dispensario Infantil de Quito, anexo al Hospital San Juan de Dios, atendió a 8.882 niños entre enero de 1918 y abril de 1919. Se contabilizaron 2.780 casos de gripe (31,29%). Fue la patología más frecuente en los niños atendidos en este período. En 1918, se presentó el mayor número de casos de gripe. El pico epidemiológico, fue desde noviembre de 1918 hasta marzo de 1919, y registró 1.088 casos (39,13 %) de los 2.780 casos de gripe (Terán Puente & Figueroa, 2020).

Historia de la “gripe española” que llegó a Quito en 1918 –Germán Alfredo Rodas Chaves–

Entre otros aspectos, resalta la participación del ministro de gobierno y sanidad, abogado José María Ayora Cueva, de su hermano Dr. Isidro Ayora Cueva, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador y concejal del Municipio de Quito y del Dr. Carlos Miño, subdirector de Sanidad. Se utilizó la “La Cartilla sobre la gripe” redactada por Isidro Ayora y los profesores de la Facultad y las “precauciones para prevenir la mayor propagación de la gripe” propuestas por la Oficina de Sanidad, del Dr. Miño. El 1 de diciembre de 1918 se nombró la Comisión Científica que presentaría en forma urgente las medidas a tomar. Producto del “Plan de Emergencia” elaborado por la comisión científica se ejecutaron importantes acciones. Los médicos de asistencia pública que atendieron directamente la emergencia eran los doctores Alarcón, de La Torre, Darquea, Peñaherrera, Guzmán, Salvador, Rodríguez y Campos, quienes estaban ubicados estratégicamente en las calles Chimborazo, García Moreno y en el Barrio La Tola y sus recetas fueron despachadas por las boticas en base al convenio con el Municipio, de acuerdo a lo que se comunicó el 17 de diciembre de 1918 a las boticas, reiterando su compromiso para cubrir el valor de las recetas.

En las calles, todos los médicos estaban obligados a llevar la escarapela visible de la Facultad de Medicina con el fin de ser distinguidos con facilidad. Los cuerpos de Policía Sanitaria y los Celadores de Policía estuvieron obligados, conforme el *Proyecto de defensa* a cumplir órdenes de los médicos de la ciudad. Se cerraron establecimientos de educación y servicio públicos. El 18 de diciembre de 1918, la Subdirección de Higiene presentó la propuesta de un afiche que bajo el título de *La Gripe Epidémica* y con el subtítulo de *Medios que recomienda la Subdirección de Sanidad de Pichincha, para Prevenir y Evitar su Propagación* se imprimió inmediatamente y circuló profusamente en Quito. El afiche presentaba diez recomendaciones concretas. Este informe resume el problema señalando que “La “gripe española” llegó a Quito en diciembre de 1918. Se extendió hasta enero de 1919; provocó en ese lapso alrededor de 15.000 casos de contagio y 185 muertos”. (Rodas Chaves, 2015)

La Gripe Española en el Ecuador 1918-1919 –Christian Grijalva–

Destaca la labor de la comisión científica presidida por el doctor Isidro Ayora con el doctor Luis G. Dávila y el doctor Aurelio Mosquera Narváez, quienes elaboraron el Plan de Emergencia para enfrentar la epidemia y, sobre todo, para que la gripe no se propagara en el Ecuador. Reitera la existencia del Plan de Emergencia con los compromisos mencionados anteriormente. Además, todas las recetas que tenían la anotación *despáchese gratuitamente* debían ser subsidiadas por el Municipio de Quito. Las que poseían la indicación *a precio de costo* debían ser despachadas por las boticas sin recargo económico alguno al precio original de entrega de los medicamentos a las boticas, como parte del compromiso de estas con el Estado.

También se organizó el servicio de despacho de los alimentos. Pues estos tendrían que ser preparados con mínimos nutrientes y, en el caso de los indigentes, distribuidos hasta su completo restablecimiento. Los costos de este servicio correrían a cargo del Gobierno, la Municipalidad y las Juntas de Beneficencia. Los lugares previstos para que se instalaran los puestos de funcionamiento de las llamadas *cocinas gratuitas* fueron los siguientes: Convento del Buen Pastor, La Maternidad, Hospital Civil San Juan de Dios, San Carlos, Convento de la Merced, Monasterio del Carmen Bajo, Monasterio de Santa Catalina, Casa de los Salesianos, Escuela de los Hermanos Cristianos (San Blas) y en Hospital Militar. La distribución de la alimentación estaría a cargo de la policía sanitaria.

En noviembre de 1918 la Dirección de Sanidad ordenó la impresión de 10.000 afiches para pegarlos estratégicamente en las principales ciudades del país y la publicación de su contenido en los periódicos del Ecuador. La información de los afiches, en síntesis, era la siguiente: La gripe Se propaga por medio de gotitas que esparcen la nariz y la garganta. Para toser o estornudar, cúbrase la boca o nariz con el pañuelo. Se propaga por contacto. Evite las aglomera-

raciones de personas. No escupa en el suelo, las calles o las aceras. No ocupe ni vasos ni toallas de uso común. Evite la fatiga excesiva. Si se siente enfermo acuéstese y haga llamar al médico.

El 18 de diciembre en Quito comenzó la pandemia con 15 casos en una fábrica de tejidos de Sangolquí, luego Machachi con 20 casos en los hoteles del pueblo. Luego las cifras de personas contagiadas subirían por miles y comenzarían a reportarse los primeros decesos. En los primeros días de enero de 1919 se internaron en el Hospital Militar a 145 personas. Se presentan los siguientes datos de morbilidad por gripe española en el Ecuador en la “Tabla 2”.

Tabla 2. La Gripe Española en Ecuador. 1918-1919

Período	Nº casos	Nº Fallecidos
Diciembre 1918	8	189
Enero 1919	6	265
Febrero 1919	367	43
Total	14.367	497

Nota: Datos tomados de *La Gripe Española en el Ecuador 1918-1919*, de C. Grijalva, 2017. Bajo copyright.

Según los datos disponibles, la epidemia terminó oficialmente en enero de 1919, sin embargo, Grijalva la prolonga un mes más, hasta febrero de 1919. Grijalva sostiene que:

El índice de morbilidad se estableció en el 17,5% que indica un porcentaje similar al de la media mundial que fue de 22%, y el índice de morbilidad fue de 0,6%, por debajo de la media mundial que fue de 1,5%”. “De manera súbita, entre el 15 y el 18 de enero de 1919 la incidencia de la enfermedad bajaba a niveles insignificantes, en relación con los presentados en el mes anterior. (Grijalva, 2017)

En síntesis

A manera de inventario, la “Tabla 3” presenta los datos relacionados con los diferentes estudios sobre la gripe española. Si bien no son comparables entre ellos, por los diferentes enfoques y tipo de estudios, permiten visualizar en forma conjunta lo que se ha producido al respecto en nuestro medio.

Tabla 3. Gripe española 1918-1920. Referencias bibliográficas y morbilidad en Quito y Ecuador

Referencias / localidad / tipo de estudio	Período	Nº personas con gripe	Nº de decesos por gripe
Rodas, Germán / Quito 1918 - 1919 / Historia	Diciembre 1918 - enero 1919	15.000	185
Grijalva, Christian /Ecuador 1918-1919/ Historia	Diciembre 1918 - febrero 1919	14.367	497
Terán Puente J. M, & Figueroa J. / Dispensario Infantil HSJD 1918-1919 / Historiográfico médico	Enero 1918 - marzo 1919	2.780	1
Terán Puente, J.M. / HSJD: 1916-1920 / Historiográfico médico – Volumen I	Enero 1919 - febrero 1920	83	1
Terán Puente, J.M. / HSJD: 1920-1925 / Historiográfico médico – Volumen II	Marzo 1920 - diciembre 1922	55	2

Las tres primeras referencias señalan tres meses distintos de una posible terminación de la pandemia en 1919: enero, febrero o marzo de 1919.

Impacto de la gripe española en varias ciudades de Latinoamérica

Quito

La tasa de mortalidad en Quito, con 80.000 habitantes y 497 fallecidos, correspondería a 621 por 100.000 habitantes. Esta tasa fue inferior a la de otras ciudades latinoamericanas, como Bogotá. El menor impacto en Quito se atribuye a las acciones gubernamentales, en asociación con la Facultad de Medicina y la Municipalidad de Quito, a pesar de las condiciones socioeconómicas de la población. La morbimortalidad por gripe española en diferentes países fue más agresiva que en Quito.

Guayaquil

En Guayaquil, donde las condiciones de vida y de salubridad también eran deficitarias y el empobrecimiento de la población era el denominador común, el impacto de la pandemia de gripe española fue totalmente diferente. Germán Rodas Chaves señala que

Los casos de gripe que aparecieron en Guayaquil fueron abundantes, tuvieron corta duración y no provocaron desenlaces fatales. La circunstancia de haberse instalado la enfermedad, inicialmente, en una ciudad caliente y al nivel del mar imposibilitó el desarrollo del virus, pues la experiencia médica en donde se había producido la “gripe española” fue que el enfermo que en las primeras 24 horas no modificaba el cuadro de salud a una situación de mayor deterioro, entraba, por el contrario, a un proceso de recuperación. Aquello ocurrió, particularmente en las ciudades o localidades que fueron consideradas como cálidas. De allí que la “gripe española” en la ciudad portuaria de Guayaquil no causó muertes. (Rodas Chaves, 2015)

Bogotá

En Bogotá, con 125.000 habitantes, la tasa de mortalidad fue de 1.009 por 100.000 habitantes y se registraron 1.262 fallecidos. La gripe afectó las zonas

donde se concentraba la mayor cantidad de población en condiciones de hacinamiento, pobreza y falta de servicios públicos, convivencia con animales, son consideradas, de acuerdo con la documentación existente de la época, como los mayores factores de riesgo para la morbilidad, mortalidad y letalidad por gripe de 1918, para Bogotá. (Carvajal Estupiñán et al., 2006, p. 31)

Boyacá

En Boyacá, Colombia, entre 1912-1927, el 51,7% de la mortalidad infantil fue producida por enfermedad respiratoria aguda (36,5%), por gripe (8,5%) especialmente entre 1918-1919 y por tosferina (6,7 %). “En general, las enfermedades infecciosas, se comportaron acorde con el patrón característico de las regiones con bajo grado de desarrollo socioeconómico” (Manrique Abril, Martínez Martín & Meléndez Álvarez, 2012, p. 28). Según este estudio, en Boyacá, la pandemia de gripe generó una mayor mortalidad en menores de cinco años y en mayores de sesenta.

Santiago de Chile

En abril y mayo de 1918, aparecieron los primeros casos de influenza en Chile, lo que naturalmente no constituía ninguna novedad. Los médicos estaban acostumbrados a diagnosticar esta enfermedad acerca de la cual existía numerosa experiencia clínica. A fines de agosto de 1918, a los hospitales llegaban pacientes muy graves y febriles, con gran compromiso del psiquis y exantema petequial generalizado, muchos de los cuales fallecían, sin que se pudiera efectuar

un diagnóstico cierto. Una comisión de la Facultad de Medicina y médicos de los hospitales de Santiago estudiaron el problema a fondo. Concluyeron que coexistieron dos epidemias, la de gripe o influenza (que además la escribieron con doble p como en los casos del Hospital San Juan de Dios de Quito) y de tifus exantemático (Laval, 2003). El Anuario Estadístico de la República de Chile respecto a la mortalidad que produjo la gripe, establece que se tradujo en 40.113 vidas perdidas en entre los años 1918 y 1921 (López & Beltrán, 2013).

Buenos Aires

La tasa de mortalidad por 10.000 habitantes en Buenos Aires en 1918 fue de 2,06 y en 1919 de 7,00. Las cifras más altas se dieron en una de las provincias más pobres de Argentina, la provincia de Salta: en 1918 fue de 9,81 y en 1919 de 118,68 por 10.000 habitantes. La pandemia tuvo como epicentro Buenos Aires, sin embargo, ésta presentó menor mortalidad. Las provincias más desprotegidas tanto material como sanitariamente tuvieron mayor mortalidad. La epidemia de gripe desnudó las falencias de un Estado, la impotencia de la medicina y el desequilibrio económico y geográfico de la sociedad. La mortalidad porcentual por gripe entre 1917 y 1919, fue así: 1917: 0,7%; 1918: 4,3%; 1919: 20,7% (Carbonetti, 2010).

México

En México, la epidemia se presentó en el Norte de ese país y se extendió al resto con gran velocidad. Las cifras que se registraron a finales de octubre fueron de alrededor de 60.000 contagiados en el país. En ciudad de México, el impacto fue moderado con relación a la incidencia anterior de las enfermedades respiratorias en la capital. Como ya se mencionó, la prensa registraba entre 150 y 200 muertes diarias, lo que daría un total máximo de 6.000 defunciones al mes. La población del Distrito Federal apenas llegaba a 906.063, y la de la ciudad era de cerca de 615.367. El grupo de edad más afectado fue el de los jóvenes adultos. También se señaló que el impacto fue mayor entre las clases desprotegidas. (Márquez Morfin & Molina del Villar, 2010).

Sucesos en algunas localidades españolas

Burgos, España

El Gobernador de la Provincia de Burgos, en Castilla y León, publicaba en El Boletín Oficial Extraordinario de la provincia de Burgos, lo siguiente:

Asimismo, recuerdo que la infección se propaga por las gotitas de saliva que despiden el que habla, tose, etc. a nuestro lado, al ser respiradas por los que le rodean, si está enfermo o convaleciente. Que se abstengan, en consecuencia, de permanecer en locales cerrados, mal ventilados, donde se reúne mucha gente, como tabernas, cafés, etc. Que se extreme la limpieza de las casas. Que se tengan abiertas todo el día las ventanas de los dormitorios y se ventilen con frecuencia los locales donde permanezcan durante el día. Estar en el campo el mayor tiempo posible que el aire libre, el agua y la luz son los mejores desinfectantes en esta ocasión. Tener mucha limpieza de la boca y, en una palabra, seguir los consejos del Médico y decir a los ignorantes que os invitan a beber alcohol o consumir tabaco como remedios preventivos por ser sus efectos en esta ocasión más nocivos que nunca. Burgos, 4 de octubre de 1918. El Gobernador, Andrés Alonso López.

Cuenca, España

En Cuenca, España, durante la epidemia de gripe, fueron evidentes las deficiencias en infraestructura, los focos insalubres, las malas condiciones del alcantarillado de los barrios desfavorecidos y la falta de apoyo estatal a los servicios sanitarios (González García, 2012).

Cádiz, España

La mortalidad en Cádiz por gripe, resalta “la importancia de los factores culturales y sociosanitarios”, que “las enfermedades nutricionales infantiles son muy importantes

en el origen de las muertes infantiles” y que “la gripe fue la principal causa de crisis de mortalidad” (Rodríguez, 2015).

Cantabria, España

En Cantabria, en 1999, los factores de riesgo para hospitalización en los dos primeros años de vida, eran “pertenecer a una familia de etnia gitana, las inadecuadas condiciones de vivienda, haber requerido ayuda del asistente social” entre otros (Pardo, 1999).

Gripe en el Hospital San Juan de Dios entre 1920-1925

En el Servicio de Clínica del Hospital San Juan de Dios, período 1920-1925, se atendieron 55 casos de gripe, cuyas características se presentan a continuación. 18 fueron escritos con doble “pp” y 37 con una sola “p”.

Características de las pacientes con Gripe y Grippe (1920-1925)

Entre las 55 pacientes con diagnóstico de gripe, dos fallecieron, una con *gripe forma pulmonar* y otra con *gripe forma gastrointestinal*. Se diagnosticó un caso de forma hemorrágica de gripe, mas no existe sustento clínico escrito en el respectivo registro. Igual cosa sucede con el diagnóstico de grippe forma gastrointestinal. En los casos de gripe forma pulmonar o torácica, existen, en la mayor parte de los casos, descripciones semiológicas que sustentan dicho diagnóstico. A continuación, se presentan las características de las pacientes con esta enfermedad.

Edad

La edad de 43 pacientes con registro de edad y diagnóstico de gripe o grippe tuvo un rango de 4 a 80 años. Su distribución por grupos de edad se presenta en la “Tabla 4”.

Tabla 4. Edad de las pacientes con gripe. Servicio de Clínica HSJD 1920-1925

Grupos de edad	Nº de pacientes
4 a 12	6
17 a 29	11
32 a 40	5
42 a 50	9
54 a 60	9
65 a 80	3
sin registro	12
Total	55

La mayor frecuencia de gripe se presentó en pacientes jóvenes y adultos, en edades comprendidas entre 17 y 50 años, con un total de 25 enfermas. De 54 a 80 años de edad se registraron 12 pacientes.

Procedencia

Se dispone del registro de procedencia de 36 de las 55 pacientes. La mayor parte de las pacientes vivían en Quito (23) y sus alrededores (10). Además, 3 pacientes procedían de Ibarra, Latacunga y Píllaro.

Raza

El calificativo racial fue asignado en 31 de las 55 pacientes, en la siguiente forma: mestiza: 14 pacientes; indígena: 9 pacientes; blanca: 7 pacientes; mulata: 1 paciente y sin registro: 24 pacientes.

Ocupación

De las 55 pacientes con gripe, se registró su ocupación en 28 casos, como se presenta en la "Tabla 5".

Tabla 5. Ocupación de las pacientes con gripe. Servicio de Clínica HSJD 1920-1925

Ocupación	Nº pacientes	Ocupación	Nº pacientes
Quehaceres domésticos	9	Costurera	2
Cocinera	3	Estudiante	1
Comerciante	3	Panadera	1
Doméstica	2	Planchadora	1
Sirviente	2	Campesina	1
Agricultora	2	Catequista	1

Predominaban las tareas del hogar o las relacionadas con ellas, aunque también hubo pacientes con actividades de campo, de escuela e iglesia, así como comerciantes y trabajadores de la tierra.

Estadía hospitalaria

Se registraron fechas de ingreso y egreso en 39 de las 55 pacientes con gripe. Su hospitalización fue más bien corta. 25 pacientes permanecieron de 1 a 7 días; 10 pacientes de 8 a 14 días; 2 pacientes de 15 a 26 días; y 2 enfermas tuvieron una estadía de 47 a 61 días. El promedio de estadía hospitalaria de las pacientes con gripe fue de 9,4 días.

Gestaciones

En 16 pacientes se registró el número de gestaciones, que fue de 1 a 9. Once pacientes tuvieron de 1 a 4 embarazos. El promedio fue de 2.6 gestaciones por paciente. El detalle en la "Tabla 6".

Tabla 6. Número de embarazos de 16 pacientes con gripe. Servicio de Clínica, HSJD 1920-1925

Nº de embarazos	Nº de pacientes
1	3
2	4
4	4
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1

Solamente en 9 pacientes se estableció el número de hijos muertos. Cuatro pacientes tuvieron 1 hijo muerto cada una; una paciente, 2 hijos muertos; 2 pacientes tuvieron 4 hijos muertos cada una; y, 2 pacientes tuvieron 6 hijos muertos cada una.

Enfermedades anteriores

En 24 pacientes con gripe se registraron sus antecedentes patológicos personales. Las enfermedades anteriores que constan en sus registros fueron las que se exponen en la “Tabla 7”.

Tabla 7. Enfermedades anteriores de 24 pacientes con gripe. Servicio de Clínica. HSJD 1920-1925

Patologías	Nº de relatos	Patologías	Nº de relatos
Diarreas	12	Cólico hepático	2
Fiebre	8	Teniasis	1
Paludismo	7	Coqueluche	1
Neumonía	6	Sarampión	1
Ascariasis	5	Bronquitis	1
Viruelas	3	Tifoidea	1

Excepto los dos casos de cólico hepático, los demás corresponden a patologías infecciosas, con predominio de las infecciones intestinales, como disentería, *cólera nostra* o simplemente diarrea, en la mitad de las pacientes de este grupo.

Nombres de las pacientes con gripe

Las siguientes son las pacientes que tuvieron gripe o grippe: Ángela Soria, Amelia Quishpe, Ana Almeida, Ana María Díaz, Andrea Morales, Antonina Salazar, Asunción Andrade, Carmen Amelia Sánchez, Carmen Carreara, Carmen Dávila, Carmen López, Carmen Monteros, Clara Morales, Clodomira Rivadeneira, Dolores Jarrín, Dolores Troncoso, Elena Moreno, Gabriela Peñafiel, Gualdina Carhuachin, Irene Gálvez, Josefina Indro, Josefina Cortez, Josefina Jara, Josefina Yáñez, Juana Tamayo, Julia de la Rue, Lola Paleta, Lorenza Vargas, Luz M. Cáceres, Margarita Pachucho, María Carmen Chicaiza, María Chicaiza, María L. Pillaño, María Mena, María Moncayo, María Suárez, María Trinidad Enríquez, Melchora Castrejón, Rafaela Hidalgo, Rosa Elena Pulla, Rosa María Endara, Rosario Albán, Rosario Paredes, Trinidad Salas y Victoria Chiriboga,

Historias Clínicas de las pacientes con gripe

A continuación, se exponen algunas de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de gripe o grippe. Excepto una historia, la mayoría de ellas –las que se registran aquí y aquellas que reposan en los libros– son incompletas, especialmente en lo que respecta al tratamiento. El diagnóstico es totalmente clínico. Es significativa la presencia concomitante, o en los antecedentes patológicos personales, de parasitosis, especialmente ascariasis, y un caso de teniasis.

Carmen Amelia Sánchez (Curación) Paciente de 21 años de edad, mestiza. Ingresó el 21 de enero de 1919. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace dos días empezando con catarro nasal, tos, cefalea intensa, malestar general, escalofrío y fiebre. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo regular, decúbito indiferente, facies gripe. T° 39; pulso 112 x minuto; respiraciones 24 por minuto. Aparato Digestivo: lengua saburral, constipación, anorexia, sed intensa. Aparato Respiratorio: Tos intensa, ningún signo físico. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Gripe**. TRATAMIENTO: Solución de Bourget, purgante, diaforético. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 25 de enero de 1919. Firma J.C.

Gualdina Carhuachin (Curación). Paciente de 48 años, mestiza. Ingresó el 28 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 4 días presentó calofríos, cefalalgia, raquialgia, dolor generalizado en todo el cuerpo; epistaxis frecuentes, tos con expectoración muco sanguinolenta; coriza agudo. EXAMEN FÍSICO: Facies disneica, 100 x 1, 48

x 1, 38,9 °C. **Decúbito supino. Aparato Respiratorio: Disminución del murmullo vesicular en todo el pulmón derecho. En el pulmón izquierdo respiración compensadora. Aparato Digestivo: lengua saburral. Resto normal. DIAGNÓSTICO: Gripe forma hemorrágica. DIAGNÓSTICO:** Purgantes, antitérmicos y sudoríficos. **CONDICIÓN FINAL:** Curación. Alta el 4 de febrero de 1920.

María L. Pillajo (Curación) Indígena de 12 años de edad, procedente de Sangolquí, ingresó el 30 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 8 días antes del ingreso presenta cefalea, quebrantamiento general, alza de temperatura. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito lateral derecho. Facies gripe. T° 38, pulso 90, respiraciones 26 por minuto. Ap. Digestivo: lengua ligeramente saburral y un poco resquebrajada. Anorexia y sed intensa. Ap. Resp: tos que se presenta sobre todo a la noche. Resto normal. **DIAGNÓSTICO: Gripe. Ascariasis (eliminó una ascáride).** TRATAMIENTO: Diaforéticos, purgante, bromuro y antipirina. Tónicos. Santonina. **CONDICIÓN FINAL:** Curación. Alta el 8 de febrero de 1920.

Amelia Quishpe (Falleció). Paciente de 24 años de edad, indígena. Ingresó el 24 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 5 embarazos, 3 abortos y tiene 2 hijos vivos. Ha tenido neumonía, fiebre. Continuos dolores del estómago, vinagreras, vómitos sin guardar relación con las comidas. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 5 días tiene calentura, calosfríos, vómito, diarreas, dolores epigástricos, sed, dolor generalizado de todo el cuerpo, cefalea. EXAMEN FÍSICO: Facies muy demacrada, ojos hundidos, nariz perfilada. Temperatura 38,5°, pulsaciones 96 x 1'; respiraciones 20 x 1'. Lengua saburral, seca. Pulso débil, ruidos cardiacos débiles. **DIAGNÓSTICO: Gripe forma gastrointestinal.** TRATAMIENTO: no se registra. **CONDICIÓN FINAL:** Fallece el 27 de febrero de 1920.

Elena Moreno (Curación). No se señaló la edad. Se la registró como mestiza, de ocupación costurera, Procedente de San Antonio de Ibarra. Ingresó el 11 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 9 días antes del ingreso presenta cefalalgia, malestar y quebrantamiento general, tos, dolores de las extremidades inferiores. Pequeños escalofríos. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito indiferente, facies de gripe. T° 37,8 pulso 80 x 1; respiraciones 24 x 1'. Aparato Digestivo: lengua roja, seca, anorexia. Aparato Respiratorio: tos, no hay signos a la auscultación. Ap. Nervioso: cefalalgia, dolores lumbares, quebrantamiento general, insomnio. Resto normal. **DIAGNÓSTICO: Gripe.** TRATAMIENTO: Diaforéticos, purgantes, bromuro y antipirina. **CONDICIÓN FINAL:** Curada. Alta el 12 de marzo de 1920. Firma G.P.

Melchora Albuja (Curación). De 38 años de edad, raza indígena, ocupación sirviente, residente en Quito. Ingresó el 12 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace 5 días empezando con cefalea intensa, escalofrío, fiebre, náuseas y dolor abdominal. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo desmejorado, decúbito supino, facies gripe. T° 39, pulso 100, respiraciones 32 por minuto. Ap. Digestivo: lengua bastante cargada, anorexia, sed, dolor abdominal. Ap. Respiratorio: tos intensa, estertores crepitantes diseminados, el murmullo vesicular está bastante disminuido en la base del pulmón derecho, la tos provoca una expectoración "[sic]" abundante, muco purulenta; también hay uno que otro esputo un poco sanguinolento. Resto normal. **DIAGNÓSTICO: Gripe forma pulmonar.** TRATAMIENTO: Agua h 200, bromuro de sodio 2 grm, antipirina 0,50 f.c.n., un día; Agua h 200, sulfato de sodio 20 grm. **CONDICIÓN FINAL:** Curación. Alta el 18 de marzo de 1920. Firma J.C.

Rosario Tipanluisa (Curación). De 35 años, vendedora, procedente de Latacunga. Ingresó el 1 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 15 años. Ha tenido fiebre. Indica que ha arrojado áscaris en gran cantidad. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 4 días presenta dolor generalizado del cuerpo, cefalalgia, vómitos biliosos, deposiciones diarreas, tos, afonía, dolor de costado. EXAMEN FÍSICO: T°:38,6 °C, **120 pulsaciones, 32 respiraciones. Ap. Resp: Dolor laríngeo, sequedad, ardor de la faringe, expectoración muco-sanguinolenta,** tos, disfagia. Macidez en la base del pulmón derecho, con abolición del murmullo vesicular. Espiración ruda, algo prolongada. Pulmón izquierdo, respiración compensadora. Aparato Digestivo: deposiciones diarreas y serosas. Todos los aparatos normales. **DIAGNÓSTICO: Gripe con laringitis y una congestión de la base del pulmón derecho.** TRATAMIENTO: Purgantes, sudoríficos. **CONDICIÓN FINAL:** Curación. Alta el 4 de diciembre de 1921.

Josefina Concha (Curación). Es una sirviente de 15 años de edad, vive en Quito. Ingresó el 1 de junio de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 15 años. No registra ninguna enfermedad hasta la edad puberal. ENFERMEDAD ACTUAL: Hacen, aproximadamente, quince días le asaltó un malestar insidioso, con decaimiento de fuerzas, depresión, abatimiento, sensación de picazón, ardor y dolor en los ojos, oscurecimiento de la vista, anorexia, sed viva, que impiden continuar con sus quehaceres habituales. En la noche del día de la afección sobrevino fiebre y sueño intranquilo, interrumpido por sofocaciones y pesadillas. El mismo proceso de síntomas se continúan sin ninguna agravación, a pesar de haberse expuesto a la lluvia. Sin encontrar mejoría en casa, solicita la hospitalización. EXAMEN FÍSICO: Aspecto general bueno. Decúbito indiferente. Piel seca. No hay edemas. Facies tranquila. Examen de los grandes aparatos: Aparato digestivo: Lengua húmeda saburral. Ligera rubicundez del istmo de las fauces que pone al descubierto una erosión del pilar posterior derecho. Abdomen normal. Hígado y bazo normales. Deposiciones normales, no hay constipación. El embarazo gástrico, la sed y la inapetencia del principio van desapareciendo gradualmente. Aparato respiratorio: Región anterior: inspección, palpación y auscultación normales. Se cuentan de diecinueve a veinte respiraciones por minuto. Región posterior: vibraciones vocales más perceptibles en la región posterior izquierda, a la palpación. La percusión es mate y submate en las fosas supra e infraespinosas izquierdas. A la auscultación se percibe un apagamiento del murmullo vesicular en la fosa supra espinosa izquierda, en este mismo punto. La espiración es más ruidosa,

lo mismo que la voz. Las regiones axilares se demuestran claras. Aparato circulatorio: inspección normal: latidos de la punta invisibles. La observación del cuello descubre la pulsación de los vasos. Palpación y percusión no revelan nada de importante. La auscultación no demuestra más que una debilitación en la intensidad de los ruidos, proporcionalmente al espesor de la glándula mamaria, a través de la cual se escucha. Pulso lleno, regular, no depresible. Cuéntanse 85 pulsaciones al minuto. Aparato Urogenital: Hacen tres meses que aparecieron sus menstruaciones. No cabe anotar ninguna alteración. Mas, tratándose de una muchacha que ha vivido en ambiente social, parece que sus reglas se han retardado bastante. Los riñones permaneces indoloros e impalpables. La orina cargada de uratos, de color oscuro y espumosas, no contienen albúmina ni azúcar. Las regiones ováricas no son sensibles a la presión. Aparato Nervioso: Reflejos tendinosos normales. Somnolencias, depresión y decaimiento. Reflejos laríngeo y conjuntival ligeramente disminuidos. Aparato Muscular: fuerza conservada y pereza muscular. Temperatura: véase cuadro (Nota: lamentablemente no hay el cuadro térmico). Aparato Glandular: sudores nocturnos. Mucosas: labios ásperos, resquebrajados. Tinte sub icterico de las conjuntivas. Órganos de los sentidos: Sensibilidad normal. Pereza pupilar. Oídos normales. DIAGNÓSTICO: **Grippe**. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 8 de junio de 1923.

La Facultad de Medicina, el Centro de Estudiantes de Medicina: sus contribuciones

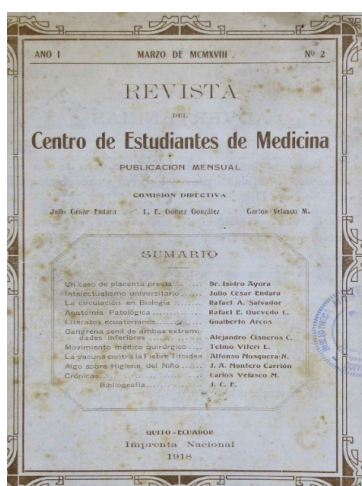
Las acciones de las autoridades de salud y de los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador tuvieron resonancia en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, número 2 de 1918 y números 3 y 4 de 1919, esto es durante y después de la epidemia de Grippe.

La Revista del Centro de Estudiantes, N° 2 de marzo de 1918: “La gripe y los nuevos métodos para su tratamiento”

El Dr. Telmo Viteri Lafronte, escribió el artículo “La gripe y los nuevos métodos para su tratamiento” (1918) con algunas propuestas terapéuticas obtenidas de la traducción de revistas médicas de Francia. Entre ellas: Cacodilato de Guayacol inyectable como “profiláctico”, “abortivo” o “curativo” para la gripe, solo o con estricnina o con aceite alcanforado como vehículo de la inyección.

Suero Alcanforado, consistente en 20 a 35 g. de polvo de alcanfor diluido en un litro de suero de Hayem. (Mayores detalles en el Volumen I, página 213). Suero de Gauthier Antigrippal especialmente para casos graves y principalmente para niños, estaba constituido por Clorhidrato de Quinina y Dimethylarsinato sódico diluidos en “Suero Fisiológico al 8% 400 cent.” con óptimos resultados. Suero Terapia específica o para-específica para Grippe: El suero de caballos en convalecencia de pasteurelosis, una enfermedad clínicamente similar a la gripe, que hayan sufrido bronconeumonía como complicación, inyectado a los pacientes con gripe, permitía obtener “asombrosos” resultados. (Viteri-Lafronte, 1918, pp. 226-227)

Figura 1. Carátula de la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina. N° 2, marzo de 1918

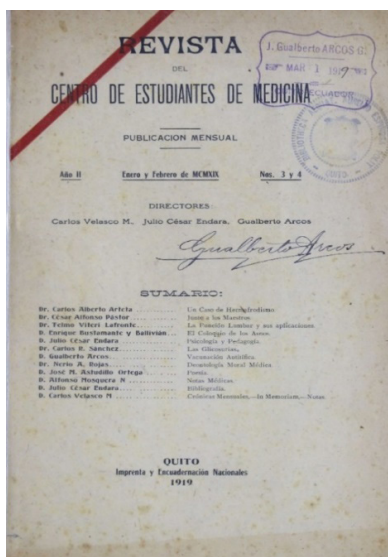


Nota: Imagen tomada de la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, 1918. De dominio público.

Revista del Centro de Estudiantes, N° 3-4 de enero y febrero de 1919: “La Gripe y sus consecuencias”

En la sección Notas Médicas, el artículo *La Gripe y sus consecuencias*, de Alfonso Mosquera N. denota sensibilidad ante los acontecimientos y la situación sanitaria de la población, así como la presencia simultánea de la gripe y de la tifoidea que afectaban a la ciudad. Además, alertaba sobre un posible recrudecimiento de la tuberculosis, de la mano de la pobreza y la disminución de defensas provocada por la gripe. Plantea la necesidad de ejecutar acciones significativas para “emprender la lucha antituberculosa con más energía y entusiasmo, quizá que para la fiebre tifoidea” (Mosquera, 1919).

Figura 2. Carátula de la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina N° 3 y 4, enero y febrero de 1919



Nota: Imagen tomada de la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, No. 3 y 4, 1919. De dominio público.

Propone, la creación de un sanatorio, mejorar las condiciones de vida del obrero con apoyo a su alimentación y limitaciones a la explotación de la fuerza laboral. Considera la necesidad de proporcionar medicación gratuita, alimentos suficientes y educación sanitaria a los pacientes con tuberculosis. Es una propuesta sanitaria integral para la lucha antituberculosa.

Tratamiento de la gripe: “La Cartilla sobre la Gripe”

Esta cartilla, elaborada por la Comisión Científica de la Facultad de Medicina, destacó los siguientes elementos en relación a la gripe:

- Sulfato de cobre: mantiene su uso como antiséptico de frutas y verduras.
- Biclورو de mercurio no se utiliza como antiséptico en la actualidad. Se lo puede encontrar en pilas y baterías secas. Esta sal de mercurio es altamente tóxica.
- Ácido acetilsalicílico: producto del sauce blanco (*Salix alba*), es actualmente un producto sintético de alto consumo. Su administración en niños o adolescentes, con influenza o varicela, especialmente, podría tener consecuencias graves como el síndrome de Reye, afectación de alta letalidad.
- Los jarabes mentolados, tienen poco o ningún espacio en la prescripción actual.

El tratamiento de la gripe en el período 1920-1925, en el HSJD, se realizó con:

- Diaforéticos como la borraja y la escorzonera común;

- Purgantes salinos y aceite de ricino;
- Antipirina o fenazona;
- Bromuro de sodio;
- Sulfato de sodio.

Las características de estos medicamentos se hallan en el *volumen I*.

Conclusiones

Antes y durante la pandemia de gripe española, los organismos oficiales sumaron capacidades y esfuerzos, procuraron minimizar la magnitud de la pandemia en Quito y en el Ecuador, lograron sus objetivos y la dieron por finalizada en 2 meses, alcanzando un impacto inferior al de otras ciudades a pesar de las limitaciones socioeconómicas, culturales y sanitarias.

Hay evidencia de 1.088 casos, de adultos y niños, registrados desde 1918 hasta marzo de 1919, por tanto, es muy probable que la epidemia en Quito se extendiera hasta marzo de 1919, seguida de un proceso de transición hacia la endemia.

La presencia de la gripe española en el HSJD fue significativa, tanto que 55 de los 91 pacientes con enfermedades respiratorias tuvieron gripe (55). Dos pacientes fallecieron por complicaciones, una pulmonar y otra gastrointestinal.

Los determinantes sociales definen las características de las enfermedades y el impacto en los distintos segmentos de la población. El mayor impacto de la pandemia se produjo en las familias de menores recursos y peores condiciones de vida, más expuestas al hacinamiento y contagio, con menores condiciones nutricionales y de salud que las proteja del virus.

Las pacientes afectadas fueron en mayoría jóvenes y adultos jóvenes. El rango de edades fue de 4 a 80 años de edad. La mayoría de afectadas residían en Quito y sus alrededores. Solo 3 pacientes procedían de otras ciudades, relativamente cercanas.

Las ocupaciones más frecuentes giraban alrededor de las tareas del hogar o las relacionadas con ellas, aunque también hubo pacientes con actividades de campo, de escuela e iglesia, así como comerciantes y trabajadores de la tierra.

La mitad de las pacientes relata haber tenido como enfermedades anteriores infecciones intestinales, ya sea disentería, *cólera nostra* o simplemente diarrea.

La estadía hospitalaria fue más bien corta, con un promedio de 10,4 días.

Los relatos de la enfermedad actual son consistentemente similares en todos los casos de pacientes con gripe.

Las condiciones climáticas, como la baja temperatura ambiental, pudieron favorecer el desarrollo de la enfermedad y la diseminación del virus en Quito, en contraposición con lo sucedido en Guayaquil.

En la epidemia de gripe española, fue fundamental la gestión de la Comisión Científica Médica presidida por el Dr. Isidro Ayora. Propició una sinergia estructurada y debidamente planificada de actividades sanitarias, gubernamentales, municipales y de la Facultad de Medicina para atender a los enfermos de gripe.

En acciones preventivas y de información a la comunidad participaron, con éxito, los profesores y los estudiantes de la Universidad Central de Ecuador. La suma de estas acciones consiguió minimizar el impacto de la epidemia en Quito, comparativamente con otras ciudades como Bogotá, Santiago o Lima.

El liderazgo médico en el proceso sanitario, con la participación subordinada de los cuerpos policiales a las decisiones sanitarias propuestas por los médicos, aseguró el éxito de la campaña contra la pandemia de gripe española.

Los aportes para el tratamiento de la gripe –realizados por profesores y estudiantes de medicina desde la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*– fueron altamente significativos.

Durante la pandemia de gripe española, La Cartilla sobre la Gripe y el documento Proyecto de defensa, emitidos por las autoridades, dispuso el uso de sustancias antisépticas, como el sulfato de cobre o el bicloruro de mercurio, y medicamentos como ácido acetilsalicílico y jarabes mentolados.

Estudios historiográficos médicos de los centros de referencia durante la pandemia podrían aportar mayor información para comprender la magnitud e impacto de la gripe española en Quito.

CAPÍTULO VIII

Neumonía, bronquitis y otras enfermedades respiratorias

Un total de 97 pacientes tuvieron enfermedades respiratorias, de las cuales 42 mujeres fueron hospitalizadas por patologías respiratorias bajas (IRB) –neumonía, bronquitis y otras– como se presenta en la “Tabla 1”. Doce de las 42 pacientes fallecieron. Los 55 casos restantes, analizados ya, fueron de gripe.

Tabla 1. *Patologías de las pacientes con IRB. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925*

Patología respiratoria	Nº de pacientes
Neumonía o bronconeumonía	19
Bronquitis	11
Tuberculosis	7
Bronquiectasias	1
Pleuresía	1
Enfisema pulmonar	1
Induración pulmonar	2
Total	42

Los registros clínicos de las pacientes del Servicio de Clínica de Mujeres, reflejan los inicios del proceso de sistematización de la historia clínica y actualización del trabajo médico en nuestro medio.

Ettiene Gayraud y Dominic Domec

El aporte de los médicos franceses Ettiene Gayraud y Dominic Domec contratados por el presidente de la república Gabriel García Moreno, en 1873, incidieron directamente en la reforma de la formación médica, especialmente en Anatomía, Fisiología y Técnica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central y en el Hospital San Juan de Dios de Quito, su hospital docente, donde ejercían. Gayraud fue profesor de cirugía, cirujano del San Juan de Dios y decano de la Facultad de Medicina en 1873. (Terán Puente, Recalde & Crespo, 2019, p. 239).

Entre otros aportes internacionales, consta el del holandés Hermann Boerhaave (1681-1738) fue quien desarrolló la historia clínica “natural” de la enfermedad y del enfermo como parte su escuela médica. Sus aportes fueron adoptados oficialmente, en 1788, por la Facultad en su plan de estudios de Medicina de la Universidad Pública. (Estrella & Crespo, 2009, pp. 172-178).

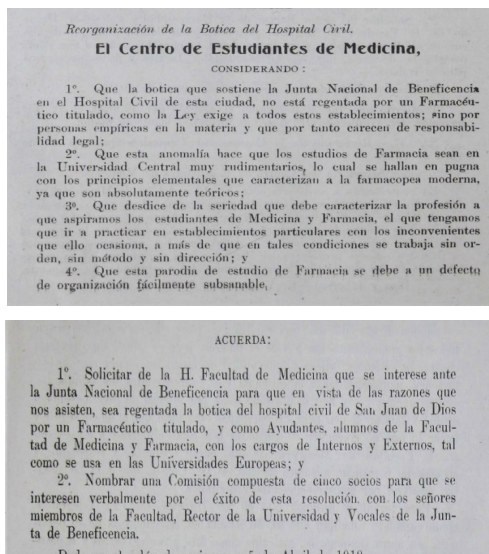
La influencia que ejercieron Gayraud y Domec fue notable, ... Alcanzaron a modificar tendencias, introducir nuevos conocimientos y técnicas, como en ninguna otra época de la historia de nuestro desenvolvimiento médico. La objetividad, individualización y realismo del Positivismo Naturalista entraba en el conocimiento médico. (Paredes-Borja, 1963, p. 252)

Este cambio de época en el quehacer médico tuvo especial importancia en la formación médica que se realizaba en el Hospital San Juan de Dios como hospital docente de la Facultad de Medicina. Los médicos del HSJD eran importantes catedráticos de la Facultad y compartían sus conocimientos, actitudes, destrezas e inquietudes a los futuros médicos.

Una evidencia de este trabajo sinérgico se tiene en la solicitud, publicada el 5 de abril de 1919 en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*. Los estudiantes, representados por Gustavo Endara, vicepresidente, y Gualberto Arcos, secretario, piden la reorganización de la Botica del Hospital Civil (Hospital San Juan de Dios).

Consideraban que esta Botica, de la Junta Nacional de Beneficencia, debía disponer como regente de un profesional Farmacéutico y no de un empírico, para cumplir con las disposiciones legales. Reclamaban la necesidad evitar ir a establecimientos (Boticas) privados para sus prácticas de Farmacia. Cuestionaban la calidad de su formación en el ámbito Farmacológico y Farmacéutico. Planteaban la necesidad de disponer como ayudantes de la Botica a estudiantes de medicina, en calidad de internos y externos. El texto de la solicitud se presenta a continuación en las Figura 1.

Figura 1. Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, N° 6, abril de 1919



Nota: Imagen tomada de la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, No. 6, 1919. De dominio público.

Neumonía

Epidemiología

La mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad se encuentra en los primeros lugares en diferentes series. Es especialmente alta en menores de 1 año y mayores de 65 años, con tendencia creciente, según varios autores. El 20% de los pacientes afectados requieren hospitalización por la gravedad de la enfermedad y por la presencia de comorbilidades, deficiencia inmunitaria, consumo de tabaco y alcohol, y contaminación ambiental. Constituye un problema de salud pública con impacto humano y económico por los costos relacionados especialmente con la utilización de unidades de cuidados intensivos (Valdivia, 2005).

En el Ecuador, el análisis de 24.180 decesos de adultos mayores por neumonía, desde 2008 a 2017, presenta una tendencia sostenida de crecimiento de la mortalidad. Los diagnósticos de neumonía y bronconeumonía “sin especificar” suman el 75% de todas las causas de defunción por neumonía a nivel nacional. El mayor número de casos de mortalidad por neumonía en adultos mayores se reportó en el año 2017 con 2.843 casos. La tasa más alta se registró en el 2012, con un valor de 2,59 y con incremento de mortalidad entre 2008 y 2017. El incremento más alto ocurrió entre 2010 y 2011, con un 25,9% de incremento. En conclusión, los casos de muerte por neumonía en adultos mayores, entre los años 2008 a 2017, tendía a incrementar. (Villalba Egas, 2019).

En niños ecuatorianos, el diagnóstico neumonía, según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) en 2017, ocupó el tercer puesto en morbilidad general y el cuarto puesto en mortalidad. En el Servicio de Pediatría del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca, Ecuador, durante el año 2013, se encontró que la neumonía adquirida en la comunidad fue más frecuente en niños de 1 a 4 años. Su prevalencia, tasa de mortalidad y

complicaciones concuerdan con las presentadas por otros estudios (Sigüenza, Webster, Martínez & Córdova, 2016).

Microbiología

La neumonía adquirida en la comunidad en el mundo, es producida por el *Streptococcus pneumoniae* o neumococo, en alrededor del 50%. Este germen fue descubierto en 1881 por Louis Pasteur. La mayoría de las muertes producidas por la pandemia de gripe española entre 1918-1919 se debieron a una infección neumónica bacteriana secundaria causada por bacterias comunes del tracto respiratorio superior, especialmente neumococo, estreptococo y estafilococo (Morens, Taubenberger, & Fauci, 2008, pp. 962-963)

La mortalidad por neumonía ha disminuido gracias a la antibioticoterapia. Desde el descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming en 1928 y su disponibilidad en el mundo a finales de la década de 1940, se ha logrado minimizar su patogenia y complicaciones.

En los últimos años se ha documentado la presencia de cepas resistentes a la penicilina y otros antimicrobianos. Entre 1994 y 2003 se analizaron 1.817 cultivos de neumococo causantes de neumonía correspondientes a 44 centros de EEUU, encontrándose 34,2% de resistencia a penicilina. Además, se encontró cifras crecientes de resistencia para macrólidos, cifras decrecientes para sulfametoxazol-trimetoprim, cifras bajas para las quinolonas (< 1%) y resistencia para la cefuroxima (Chirino, Brito & Niederman, 2007). Diferentes estudios realizados en otros contextos presentan perfiles similares de resistencia del neumococo a los antimicrobianos, con sus propias particularidades.

La ausencia de antibiòticoterapia en el HSJD en el período en estudio, permitía conservar la sensibilidad de los microorganismos a los mecanismos inmunes de los pacientes, única arma efectiva para superar estas infecciones.

Prevención

La vacuna contra el neumococo protege contra 23 de sus cepas, fue aprobada por la *Food and Drug Administration* (FDA) en 1977 e incorporada a los esquemas de vacunación a partir del año 2000. La enfermedad y sus complicaciones, como meningitis o septicemia, han disminuido desde la utilización de esta vacuna. En Francia, durante un período de 17 años, hubo una reducción general en la incidencia de la enfermedad neumocócica invasiva con más de 44.000 casos evitados. Sin embargo, hubo un aumento significativo de la enfermedad debido a serotipos no vacunales entre 2015 y 2017, tanto en niños como en adultos. Existen datos similares en Reino Unido, Alemania y Suecia, que sugieren que los esfuerzos para reducir la enfermedad neumocócica invasiva están comprometidos por la presencia de nuevos serotipos (Klugman & Rodgers, 2020).

Características de las pacientes con neumonía y otros problemas respiratorios

Edad

Las edades de las 42 pacientes con IRB presenta una distribución equilibrada “Tabla 2”.

Tabla 2. Edad de las pacientes con IRB. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925

Grupos de edad	Nº de pacientes
4 a 11	4
12 a 18	5
19 a 20	5
21 a 30	6
31 a 40	6

41 a 50	6
51 a 60	6
61 a 78	4
Total	42

Raza

En este grupo hubo: mestizas: 17, indígenas: 9; blancas: 6 y 10 pacientes sin registro.

Ocupación

Las ocupaciones de las pacientes con infecciones respiratorias bajas constan en la “Tabla 3”.

Tabla 3. Ocupación de las pacientes con IRB. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925

Ocupación	Nº de pacientes	Ocupación	Nº de pacientes
QQDD	5	Abacera	2
Cocinera	4	Costurera	1
Peona	3	Comerciante	1
Agricultora	3	Frutera	1
Escolar	3	Hotelera	1
Planchadora	2	Tejedora	1
Doméstica	2	Catequista	1
Lavandera	2	Sin registro	8
Abacera	2	Total	42

Procedencia

La mayoría de pacientes, 28 en total, provenían de Quito (19) y poblaciones cercanas (9), a saber: Cumbayá (3), Chillogallo (2), Chiche (1), Cotacollao (1), Machachi (1) y Pomasqui (1). Fuera de la provincia hubo pacientes de Latacunga (2), Pujilí (2), Saquisilí (1), Ambato (1), Píllaro (1), Guayaquil (1), Santo Domingo de los Colorados (1) y San Gabriel (1). En los demás casos no se conoció su procedencia.

Estadía hospitalaria

El rango de permanencia –en 16 casos en los que se contaba con fechas de ingreso y egreso– fue de 3 a 23 días, con un promedio de 10,18 días de permanencia en el servicio de Clínica.

Condición final

En la “Tabla 4” se presenta la condición final de las pacientes con IRB. Hubo 12 decesos.

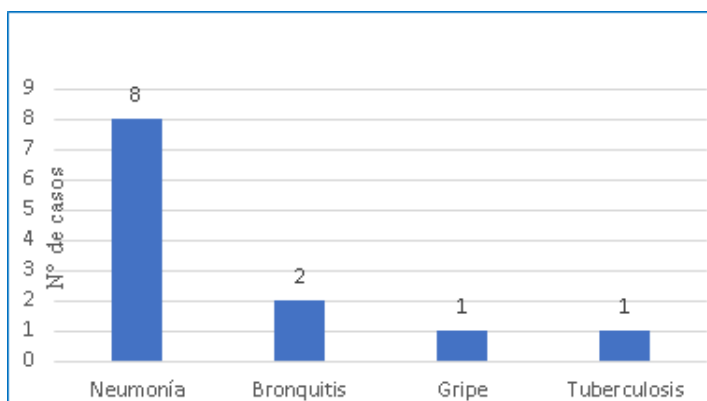
Tabla 4. Condición final de las pacientes con IRB. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

Condición final	Nº de pacientes
Fallecieron	12
Curación	10
Transferencia a otras salas	3
Alta	2
Sin registro	15
Total	42

Mortalidad por infecciones respiratorias bajas

De las 557 pacientes ingresadas en el período en estudio, 24 mujeres fallecieron por diferentes causas. Doce de las defunciones (50%) se produjeron por IRB “Figura 2”. La paciente que tuvo gripe falleció por una complicación neumónica.

Figura 2. Mortalidad por Infecciones Respiratorias Bajas. Clínica de Mujeres. HSJD 1920-1925. Total: 12 decesos



El microscopio en Quito y en el Hospital San Juan de Dios

El microscopio fue determinante para descubrimiento de los agentes infecciosos en el siglo XVII. Los aportes para la evolución y posicionamiento del microscopio en la microbiología y más ciencias, provienen de los albores de nuestra era.

Las lentes y sus propiedades ópticas fueron descritas por *Euclides*, *Ptolomeo* y *Alhazen* en tiempos tempranos. En el siglo XVI *Leonardo Da Vinci* y *Francisco Maurolico* también las estudiaron; a finales de este siglo, *Hans* y *Zacharias Janssen* construyeron el primer microscopio compuesto. *Galileo Galilei* fue uno de los primeros en utilizarlo en la ciencia al igual que *Athanasius Kircher*. En 1665 el físico inglés *Robert Hooke* realizó descubrimientos físicos y biológicos con un microscopio. Los primeros microscopistas del siglo XVII fueron el anatomista *Marcello Malpighi*, *Anthony Van Leeuwenhoek* y otros que detallaron células, tejidos y bacterias. En el siglo XIX *Pasteur* y *Koch* enrumbaron la Microbiología y los microscopios perfeccionados por *Amici*, *Brewester*, *Chevalier*, *Lister*, *Abbe*, *Kohler* se utilizaron cada vez más en este campo. A Cuba llegó con *Finlay* en 1855. (Sánchez-Lera & Oliva-García, 2015, p. 369).

Con los aportes de Robert Hooke, quien perfeccionó el microscopio entre 1663-1665, el holandés Anton van Leeuwenhoek (1623-1723) fabricó en 1676 un microscopio simple. Se lo caracterizó como sigue:

El holandés Anton van Leeuwenhoek (1623-1723), basado en el microscopio de Hooke, fabricó en 1676, un microscopio simple, con un solo lente (...); el lente era pulido meticulosamente (1 mm de espesor), lo cual le permitió aumentos de hasta 270X, sin dañar su nitidez, tal que pudo ver las estructuras de insectos, cabellos, sangre, plantas y especialmente una gota de agua estancada, donde observó “bacterias, levaduras y protozoarios”, por lo que es considerado el precursor de la Microbiología, Bacteriología, Protozoología y Parasitología en el mundo. (Travieso, 2020, pp. 104-105)

Figura 3. Microscopio fabricado por la firma Nachet en 1860



Nota: Imagen tomada de *Colección Historicomédica de la Universidad de Valencia*, de J. Fresquet, 2010b (https://www.uv.es/fresquet/Expo_medicina/index.html). De dominio público.

El microscopio llegó a Quito

El primer microscopio llegó a la Real Audiencia de Quito a finales del siglo XVIII para el Padre Juan Bautista Aguirre, profesor de Física de la Universidad. En Quito, en 1889, el bacteriólogo Gustavo von Lagerheim formó, con su propio microscopio, al primer bacteriólogo ecuatoriano, Dr. Lino Cárdenas (Estévez, 2004).

En el Hospital San Juan de Dios, el primer estudio microscópico conocido fue realizado en 1917. Esto es 258 años después de la invención del microscopio óptico en 1665 por Robert Hooke. Se diagnosticó Mal Rouge de Cayenae, por la presencia de “*abundantes bacilos de Hansen*”. El detalle consta en el volumen I, página 161 de este estudio.

Es muy probable que se hubieran ejecutado otros estudios, de los cuales no existe constancia en el fondo documental del Museo de la Medicina “Eduardo Estrella” de Quito. Por esta razón tiene importancia el primer diagnóstico de neumonía neumocócica efectuado en el Servicio de Clínica de mujeres del Hospital, en 1923.

Primer diagnóstico de neumonía neumocócica confirmada microscópica y radiológicamente en el Hospital San Juan de Dios de Quito (1923)

Entre las infecciones diagnosticadas como neumonía, un caso icónico motivó su publicación en la revista internacional *Temperamentvm*, 2021, vol. 17, vinculada a las Universidades de Murcia y Granada, e indexada en *Scielo*, *Cuiden*, *Miar*, *Latinindex*, *Hemeroteca Cantárida*, *Cuiden Citacion*, *Dialnet*, *Dulcinea*, *Google Scholar Metrics*, *Cibere*. Se puede acceder a este artículo por el enlace <http://ciberindex.com/p/t/e17023>. Por su interés didáctico y como ejemplo de las posibilidades de publicación en revistas indexadas, se lo presenta a continuación:

Primer diagnóstico de neumonía neumocócica confirmada microscópica y radiológicamente en el Hospital San Juan de Dios, Quito, Ecuador (1923)

José María Terán Puente,¹ Carlos Terán-Puente², Milton Gross Albornoz³.

Introducción

El avance de la microbiología en los diferentes países de América fue disímil y modesta en referencia al logrado por esta disciplina en Europa. (Priego, 2009).

Los progresos en la aplicación de la microbiología en Quito, por otra parte, fueron pocos y tardíos a pesar de que el manejo de la teoría microbiana para las enfermedades infecciosas fue precoz. La Universidad de San Gregorio Magno, fundada en 1622 por los jesuitas en Quito, contaba en su biblioteca con 16 mil volúmenes, una imprenta y marcó el paso del pensamiento escolástico–mágico-religioso, al conocimiento científico y defensa de la teoría microbiana. La expulsión de los jesuitas de la Real Audiencia de Quito en 1776 repercutió negativamente (Núñez, 2010).

En 1873, los médicos franceses Ettiene Gayraud y Dominic Domec, contratados para la Universidad Central y el HSJD “modificaron tendencias, introdujeron nuevos conocimientos y técnicas, como en ninguna otra época de la historia de nuestro desenvolvimiento médico. La objetividad, individualización y realismo del Positivismo Naturalista entraba en el conocimiento médico” (Paredes, 1963).

El primer microscopio llegó a la Real Audiencia de Quito a finales del siglo XVIII para el Padre Juan Bautista Aguirre, profesor de Física de la Universidad (Fierro, 2005). En Quito, en 1889, el bacteriólogo Gustavo von Lagerheim formó al primer bacteriólogo ecuatoriano, Lino Cárdenas (Estévez, 2004). En el HSJD, el primer estudio microscópico conocido fue realizado en 1917, 258 años después de la invención del microscopio óptico en 1665 por Robert Hooke. Se diagnosticó Mal Rouge de Cayenae, por la presencia de “abundantes bacilos de Hansen”. En 1917, Pablo Arturo Suárez instaló en Quito el primer equipo médico de radiología, que servía también a los pacientes del HSJD (Terán, 2019).

El caso de Florentina Tituaña

Este caso permite conocer la evolución natural de la enfermedad, la utilización de la microscopía y la radioscopia como exámenes complementarios. Su registro clínico es el siguiente:

“Florentina Tituaña. Ingresa el 25/04/1923

De 30 años. Natural de Machachi, residente en Tumbaco.

Ocupación: jornalera. Es casada. Ha tenido 2 hijos.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Menarquía: 16 años, menstruaciones normales.

Enfermedades anteriores: disentería hace 4 años. Ha tenido 8 neumonías.

Enfermedad actual: Hace dos días como consecuencia de un enfriamiento brusco sintió un escalofrío intenso con castañeteo de dientes, el que fue largo y único. A este escalofrío siguió luego un violento dolor de costado que es exacerbado con la tos la que es muy penosa. A las 12 horas de este escalofrío asomó una expectoración sanguinolenta, viscosa y adherente.

Examen Físico: Aparato respiratorio: Respiraciones 40 x 1'. Palpación: aumento de vibraciones vocales en la base derecha con submatitez a la percusión y ligera rudeza respiratoria de la base derecha.

1 Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”, Proyecto Historiográfico Médico Hospital San Juan de Dios. Quito, Ecuador. Correspondencia: ppteranp@gmail.com

2 Universidad Estatal de Milagro, Facultad de Ciencias de la Salud. Milagro, Ecuador.

3 Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina. Quito, Ecuador.

Figura 1. Primer equipo de Rayos X



Nota: Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella", Quito-Ecuador

Aparato digestivo: lengua cubierta de un barniz blanco; las encías fuliginosas (oscurecidas, ennegrecidas), reporta sabor amargo persistente, anorexia absoluta, sed viva. Tiene constipación pertinaz. Hígado aumentado de volumen, doloroso a la presión. Bazo no se palpa.

Aparato urogenital: Orina escasa, de color encendido con retención de cloruros 4,38 gms/L y disco medio de albúmina.

Aparato nervioso: reflejos normales. Cefalalgia intensa.

Aparato circulatorio: Corazón normal. Pulso tenso, lleno, regular, late 110 veces por minuto.

DIAGNÓSTICO: Neumonía neumocócica

Evolución:

26/04/1923: Persistencia de síntomas del día anterior; FR: 40x 1, FC: 110 x 1, T° 40°C.

27-04-1923: T° 40° C. pulso 130, respiraciones 45. 28-04-1923: ningún signo físico.

30-04-1923: T° 39,6° C. P 98; R 37; Matitez en la fosa supraclavicular e infraclavicular derecha. Percusión dolorosa y con resistencia. Palpación: aumento de las vibraciones vocales. Soplo espiratorio axilar y rales mucosos abundantes después de la tos.

2-05-1923: T° 39,6°C, P 110, R 42 por minuto. Sin cambios. Se recibe resultado de examen de esputo y se realiza radioscopia.

3-05-1923: T° 36,8°C, P 78, Respiraciones 34.

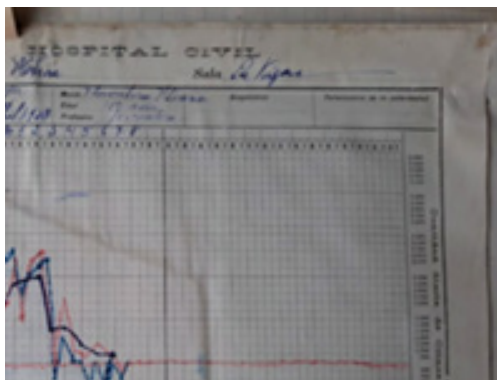
Exámenes complementarios:

2-05-1923

Laboratorio de Clínica de la Universidad Central, Quito. "La Virgen". Enf. N° 7.

Examen de esputo: No se encontró B. de Koch; Numerosos neumococos. V-2-23. Firma: Sr Coronel.

Figura 2. Evolución de temperatura, pulso y respiraciones de Florentina Tituaña



"Historias Clínicas del Servicio de Clínica de Mujeres, 1923". Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella", Quito-Ecuador

Figura 3. Informe de Florentina Tituaña, LABORATORIO CLÍNICO Universidad Central.



"Historias Clínicas del Servicio de Clínica de Mujeres, 1923" Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella" Quito-Ecuador

Radioscopia: Endurecimiento del vértice derecho, visible tanto en la cara anterior como posterior del tórax en la misma intensidad".

Tratamiento: no consta en su registro.

Condición final: no se registró.

Discusión

El registro de Florentina Tituaña, refleja el manejo de la historia clínica en el HSJD en 1923.

En el mundo, la neumonía comunitaria neumocócica corresponde aproximadamente a 50% de casos. La mayoría de las muertes de la pandemia de gripe española (1918-1919) se debieron a infección neumónica secundaria por bacterias comunes del tracto respiratorio superior, especialmente neumococo, estreptococo y estafilococo (Morens, Taubenberger, y Fauci, 2008).

La mortalidad por neumonía comunitaria es especialmente alta en menores de 1 año y mayores de 65, con una tendencia creciente. 20% requiere hospitalización y se agrava por comorbilidades (Valdivia, 2005), especialmente en población con pobre acceso servicios de salud (Gil, Fernández y Sabbagh, 2005).

Desde 1940, la penicilina minimizó complicaciones y mortalidad, con importante reducción global de la enfermedad neumocócica invasiva limitada en algunas series por la emergencia

creciente de nuevos serotipos (Klugman y Rodgers, 2020). Las cepas resistentes a la penicilina y otros antimicrobianos es creciente. (Chirino y Niederman, 2007).

En Ecuador, la mortalidad por neumonía en 24.180 adultos mayores, desde 2008 a 2017, demostró una tendencia sostenida de crecimiento (Villalba, 2019). En 2017, el diagnóstico neumonía en niños ecuatorianos, según el Instituto Nacional de Estadísticas, ocupó el tercer puesto como causa de morbilidad general y es la cuarta causa en mortalidad.

En el caso de Florentina, semiológicamente, la neumonía estaba en la base derecha y la descripción radioscópica en el vértice derecho, posiblemente por un episodio anterior, pues la resolución de los infiltrados radiográficos a menudo ocurre semanas o meses después de la mejoría clínica.

Los tratamientos en el HSJD consistían en diaforéticos, purgantes, antipirina, quinina, teobromina, pociones pectorales, ventosas u otros de eficacia incierta. La evolución favorable de Florentina correspondería a su respuesta inmune. Su historia no describe tratamiento y ni desenlace.

El estudio de caso reliva la introducción de la microbiología e imagenología como apoyo para una práctica clínica más académica, en el escenario de un hospital de referencia de los excluidos de la sociedad quiteña. Este evento marca una transición del pensamiento escolástico –mágico-religioso, al conocimiento científico y un encuadre paradigmático en la teoría microbiana de las enfermedades infecciosas en la práctica hospitalaria.

Referencias

- Chirino, A., Brito, V. & Niederman, M. (2007). Qué hay de nuevo en Neumonía Adquirida en la Comunidad. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 7(1), 10-18. <https://www.redalyc.org/pdf/3821/382138369003.pdf>
- Estévez, E. (2004). *El arte de curar y enseñar. Noción*.
- Fierro, R. (2005). *Eugenio Espejo y el Microscopio*. Abya-Yala.
- Gil, R., Fernández, P., & Sabbagh, E. (2005). Diagnóstico clínico-radiológico de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista chilena de infectología*, 22(Supl 1), S26-S31. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182005000400004>
- Klugman, K, & Rodgers, G. (2020). Time for a third-generation pneumococcal conjugate vaccine. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(1), P14-16. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30513-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30513-2)
- Morens, D., Taubenberger, J., & Fauci, A. (2008). Predominant role of bacterial pneumonia as a cause of death in pandemic influenza: implications for pandemic influenza preparedness. *The Journal of Infectious Diseases*, 198(7), 962-970. <https://doi.org/10.1086/591708>
- Núñez, B., (2010). El pensamiento microbiológico de los jesuitas de la Universidad de San Gregorio Magno en la real Audiencia de Quito. *Acta Médica Peruana*, 27(1), 65-73. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172010000100012&script=sci_arttext&lng=pt
- Paredes, V. (1963). *Historia de la Medicina en el Ecuador*. Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Priego, N. (2009). *Ciencia, Historia y Modernidad: La Microbiología en México durante el Porfiriato*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Sigüenza, T., Webster, E., Martínez, F., & Córdova, F. (2016). Estudio Transversal: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños. *Revista del Hospital José Carrasco Arteaga*, 8(1), 25-

29. <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/285> Terán, J. M. (2019). La Medicina del San Juan de Dios, 1916-1920. Centro de Publicaciones Pontificia Universidad Católica del Ecuador, PUCE.

Valdivia, G. (2005). Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista Chilena de Infectología*, 22(Supl 1), S11-S17. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182005000400002>

Villalba, J. C. (2019). Tendencia de mortalidad por Neumonía en adultos mayores en Ecuador, 2008 a 2017 [Tesis Doctoral, Universidad Pontificia Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16725>

El Dr. Pablo Arturo Suárez (1889-1945) y sus aportes al combate a la tuberculosis en el Ecuador

A propósito de las enfermedades pulmonares, resulta pertinente destacar, en apretada síntesis, la figura del Dr. Pablo Arturo Suárez, quien aportó en varios campos de la Salud Pública y del ejercicio de la medicina, incluyendo el referido a la tuberculosis.

Después de su formación académica en el Ecuador y fuera del país, asumió como director de Sanidad del Ecuador de 1926 a 1927; en 1926 fue a Washington como delegado a la Conferencia Internacional de directores de Sanidad, en donde tuvo una destacada actuación presentando su estudio sobre “la enfermedad azul del Valle de los Chillos”. Integró el cuerpo médico del Hospital de la Misericordia, luego San Juan de Dios; de 1931 a 1932 fue Decano de la Facultad de Medicina, luego Rector de la Universidad Central de 1932 a 1934. (Cevallos, 1973, p. 38)

El pionero de la radiología en Quito fue el Dr. Pablo Arturo Suárez, quien luego de haber obtenido su grado en la Universidad Central del Ecuador, estudió en Lyon y París, Francia; en Lausana, Suiza; residió un tiempo en Barcelona y luego en Berlín se especializó en 1916 en Electrocardiología, Higiene, Fisioterapia y Fisiología. Con este bagaje, en 1917 retornó al Ecuador. En 1918 en Berlín hizo construir por “Siemens” su propio equipo radiológico que instaló en 1919 en su casa, diagonal al Convento del Carmen Bajo, por tanto, muy cerca del Hospital San Juan de Dios. En siete grandes habitaciones de la planta baja, puso su consulta privada con gabinete de Rayos X, otros servicios clínicos y fisioterapia.

En 1935, publicó en la imprenta de la Universidad Central del Ecuador su *Contribución al estudio del Problema, la Tuberculosis en el Ecuador*, para combatir la denominada Peste Blanca. Entabló correspondencia con el Dr. Alfredo Valenzuela Valverde, de Guayaquil, y juntos emprendieron una campaña nacional para recaudar fondos en el Congreso y fundar la **Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA)** y el **Centro de Estudios de la Tuberculosis**, favoreciendo la preparación de las primeras vacunas de B.C.G. en el país (Vélez & Cifuentes, 2018).

El Dr. Pablo Arturo Suárez fue editor de la revista *Archivos de la Facultad de Ciencias Médica* en 1932, 1933 y 1935, cuando ejercía la cátedra de Higiene de la Facultad.

Tratamiento de las enfermedades respiratorias bajas

En el Hospital San Juan de Dios, entre 1920 y 1925, para las IRB se utilizaron los medicamentos registrados entre 1916 y 1920, y nuevos medicamentos “Tabla 5”.

Tabla 5. Terapias utilizadas en el HSJD para IRB. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD (1916-1920) y (1920-1925)

Período 1916 – 1920 Medicamentos utilizados para IBR	Período 1920 – 1925 Nuevos medicamentos para IRB
Aceite alcanforado, Acetato de amoníaco, Adrenalina, Benzoato de sodio, Bromuros, Cataplasma, Codeína, Cognac, Diaforéticos, Digitalina, Ergotina, Estricnina, Expectorantes, Lobelia, Purgantes, Revulsivos, Sal de Seignette, Terpina, Tonicardíacos, Tónicos y estimulantes, Glicero fosfato de cal y Ventosas.	Aceite de hígado de bacalao, Aguardiente alemán, Alcohol y aceite alcanforado por vía subcutánea, Arsénico, Benzoato de Sodio, Citrato de sodio, Esparteína, Infusión Jaborandi, Licor amoniacal, Oxígeno, Píldoras con digital, escila y escamonea, Polvos de Ferri y Quinina.

Varios de los preparados medicinales que se utilizaron en las pacientes del Servicio de Clínica (1916-1920) fueron descritos en el primer volumen, en las siguientes páginas:

- Yoduro de potasio (Volumen I, p. 133)
- Benzoato de Sodio (Volumen I, p. 220)
- Ventosas secas (Volumen I, p. 300)
- Expectorantes: ergotina o Ergolina, estriquina y tónicos (Volumen I, p. 303)
- Aceite alcanforado (Volumen I, p. 304)
- Revulsivos (Volumen I, p. 304)
- Aguardiente alemán (Volumen I, p. 306)
- Tonicardíacos (Volumen I, p. 309)
- Arrhenal (Volumen I, p. 324)
- Estimulantes difusibles (Volumen I, p. 378)

A continuación, se presentan las características terapéuticas de los nuevos medicamentos empleados entre 1920-1925.

Arsénico

En los registros de esta época no se especifica el compuesto de arsénico se usó. No se podría atribuir al arsénico y sus derivados, propiedades útiles para el tratamiento de neumonía. Entre 1916-1920 se utilizó Arrhenal (metilarsonato disódico o metarsenato) un preparado arsenical. Una sal de arsénico, el trióxido de arsénico, actualmente “se usa en combinación con la tretinoína para tratar la leucemia promielocítica aguda en algunas personas.” (Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU., 2019).

Citrato de sodio

También utilizaron citrato de sodio, posiblemente como laxante. Una de las primeras acciones del personal del hospital, cuando llegaba una paciente, era administrar un purgante o laxante. Su uso se mantiene hasta la actualidad. El citrato de sodio se usa también como un anticoagulante en los tubos usados para tomar sangre en ciertos exámenes de laboratorio. Se utiliza también como antioxidante y regulador de la acidez en gelatinas, jamones, helados, bebidas gaseosas, vinos, quesos procesados, entre otros productos (“Citrato de Sodio”, 2019).

Esparteína (*Cytisus scoparius*)

La esparteína es un alcaloide aislado de varias plantas de la familia de las fabáceas, pertenecientes a los géneros *Lupinus*, *Cytisus*, *Baptisia*, *Genista*, *Pelargonium*, *Sophora* y *Ammodendron*. La esparteína es un agente antiarrítmico y bloqueador de canales de sodio. Se menciona que puede quelar iones de calcio y magnesio. No está aprobado por la FDA como antiarrítmico.

Figura 4. *Cytisus scoparius*, retama negra o escoba rubia: planta, flores e ilustración



Nota: Imágenes tomadas de *Cytisus scoparius*, de Wikipedia, 2019 (<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Esparte%C3%ADna&oldid=120690198>). Bajo licencia de documentación libre de GNU y licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 3.0 Unported.

Tradicionalmente, se utilizaba la flor como diurético y para el tratamiento de los trastornos circulatorios (la presencia de flavonoides explica este uso). Este alcaloide posee diferentes propiedades farmacológicas y recomiendan para “eretismo cardíaco”, como oxitócica que aumenta las contracciones uterinas, es abortivo de manera potencial y contraindicado en casos

de hipertensión arterial. La sobredosis de esparteína provoca vómitos, depresión cardiaca y el sistema nervioso central, hipotensión, paro cardiaco como la coníina de la cicuta. A la planta se le atribuyen propiedades afrodisíacas por la esparteína, los extractos muestran actividad similar a los estrógenos femeninos (“Esparteína”, 2019).

La esparteína puede obtenerse también como alcaloide de las plantas del género *Lupinus*. Estas plantas poseen actividades bioplágicas y farmacológicas y se las conoce bajo el nombre de **lupino, chocho, lupín, altramuz o tremosos**. Tienen usos en alimentación humana y animal, así como sus flores en ornamentación. Son originarias de la región Andina y se han expandido a gran parte del mundo. La esparteína fue utilizada para el tratamiento de arritmias cardiacas y para inducir contracciones uterinas. Produce depresión de sistema nervioso central y efectos hipotensores, diuréticos y antiinflamatorios. Los alcaloides lupanina y esparteína se utilizan en la actualidad como pesticidas orgánicos y como hipoglicemiantes naturales.

Figura 5. *Lupinus perennis*



Nota: Imagen tomada de *Flores e Folhagens. Lupinus perennis*, de C. Braga, 2018. (<https://www.floresefolhagens.com.br/lupinus-lupinus-perennis/>). De dominio público.

Baldeón y colaboradores han demostrado el efecto hipoglicemiante de *Lupinus mutabilis* cocinado y sus alcaloides y administrando los chochos en personas con diabetes tipo-2. Los resultados indican que el consumo de *L. mutabilis* cocido o de sus alcaloides purificados disminuyeron las concentraciones de glucosa e insulina en sangre (Baldeón et al., 2012).

Benítez Loza a sistematizado los estudios sobre la reducción de riesgo cardiovascular de *Lupinus sp.* Señala que la proteína **gamma conglutina** de *Lupinus angustifolius* parece ser la causante de los efectos hipotensores, hipolipemiantes e hipoglicemiantes observados en los diferentes estudios. El *lupinus* cumple con el concepto teórico de la poli-píldora, al proporcionar en un solo alimento diferentes efectos biológicos: en presión sanguínea, perfil lipídico y glucosa en sangre (Benítez Loza, 2016).

Infusión Jaborandi (*Pilocarpus jaborandi*)

Figura 6. *Pilocarpus jaborandi*



Nota: Imágenes tomadas de *Plantas Medicinales I. Pilocarpus Jaborandi*, de R. Piatkowska, 2013 (<https://www.larutanatural.eu/i-pilocarpus-jaborandi/#respond>). De dominio público.

Las tribus nativas de Sur América conocen y manejan el *Pilocarpus jaborandi* en la medicina tradicional, por las propiedades terapéuticas de los preparados producidos con sus raíces, para mordeduras de serpientes y otros envenenamientos. La principal característica de la infusión de esta planta es la intensa sudoración y salivación que produce. Por tanto, los médicos del Hospital San Juan de Dios la catalogarían como planta sudorífica. Produce también bradicardia e hipotensión.

El principio activo de *Pilocarpus jaborandi* es la pilocarpina, definida como el más potente diaforético de la naturaleza. Su descubrimiento se atribuye al médico brasileño **Coutinho**, quien efectuó los primeros experimentos en 1874. Al año siguiente, fue aislado el alcaloide pilocarpina. La pilocarpina tiene especial significación para la comprensión del mecanismo de acción de los fármacos, como base para la estructuración del concepto de los receptores farmacológicos. Fue John Langley (1878) quien al estudiar los efectos antagónicos de la atropina en la salivación inducida por pilocarpina y observó que “existe cierta sustancia o sustancias en las terminaciones nerviosas o las células glandulares con las que pueden formar compuestos tanto la atropina como la pilocarpina” (Brunton, Lazo & Parker, 2007, p. 23). Posteriormente, llamó a este factor “sustancia receptora”.

Oxígeno

Únicamente el registro de Rosa Oña, de 28 años de edad, registraba la administración de oxígeno, sin detalles de la forma de su administración. La paciente permaneció dos días en el Servicio y falleció el 26 de diciembre de 1921. Su diagnóstico fue bronconeumonía y su tratamiento se realizó con oxígeno, expectorantes “[sic]”, estriquina, ergotina, aceite alcanforado. Para la epidemia de gripe, el profesor Armando Gauthier, según consta en la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, utilizaba “inhalaciones de Oxígeno” como una de las medidas terapéuticas.

Digital (Digitalis purpurea, Digitalis lanata)

La utilidad terapéutica cardiotónica de la digital, en sus diferentes formas farmacéuticas, era conocida y al parecer, su utilizó en los casos de neumonía en relación directa con la gravedad del proceso por alteraciones cardíacas.

Figura 7. Digitalis purpurea



Nota: Imágenes tomadas de *Digitalis purpurea*, de Wikipedia, 2021 (https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Digitalis_purpurea&oldid=137792648). Bajo licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 4.0.

Figura 8. Digitalina, gotas. 1920-1940



Nota: Imagen tomada de *Colección Historicomédica de la Universidad de Valencia*, de J. Fresquet, 2010b (https://www.uv.es/fresquet/Expo_medicina/index.html). De dominio público.

Produce estimulación de fuerza de contracción del miocardio, disminución de la frecuencia cardiaca, enlentecimiento del impulso eléctrico en el sistema cardionector y aumento de la excitabilidad de la fibra cardiaca. Dos pacientes recibieron digitálicos y lamentablemente fallecieron. Una, fue **Josefina Cortez**, de 17 años y, la otra, **Josefina Jara** de 65 años. Sus historias se transcriben posteriormente.

Escila: Tintura de escila o cebolla albarrana (*Urginea maritima*)

Esta medicina se cita explícitamente en el *Corpus Hippocraticum* (siglo V a.C.). Era un preparado farmacéutico del bulbo de la escila, que se usaba como antiinflamatorio en afecciones catarrales. Uno de sus principios activos es la escilarina, aislada por Stoll y Suter en 1927.

Figura 9. Escila (*Urginea maritima*)



Nota: Imagen tomada de *Cebolla albarrana*, de EcuRed, 2014 (https://www.ecured.cu/index.php?title=Cebolla_albarrana&col-did=2209204). Bajo licencia GNU.

Proviene de la cebolla albarrana (*Urginea maritima*). Es estimulante, expectorante y diurético. La cebolla albarrana tiene efectos cardiacos similares a la digoxina, aunque en un menor grado, por su deficiente absorción por vía oral. La presencia de glucósidos cardiotónicos son los responsables de sus principales efectos adversos (Ecu Red, 2014).

Escamonea (*Convolvulus scammonia*)

La escamonea es una planta perenne de la familia de las convolvuláceas, de cuya raíz carnosa se extrae una gomorresina que se empleaba como purgante drástico y antihelmíntico. El principio activo más importante es un glucósido denominado *escamonium*. También presenta pequeñas cantidades de alcaloides del ergot (EcuRed, 2019a). En España está prohibida la comercialización y venta de escamonea desde 1990, por la ley que regula las condiciones generales de utilización y comercialización de medicamentos de plantas medicinales.

Figura 10. Escamonea (*Convolvulus scammonia*)



Nota: Imágenes tomadas de *Convolvulus scammonia*, de Wikipedia, 2021 (https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Convolvulus_scammonia&oldid=135213960). Bajo licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 4.0.

En el Servicio de Clínica, consta como utilizada en pacientes con problemas respiratorios. Uno de los tratamientos aplicados, a casi todos los enfermos, consistía en purgas, indicadas algunas veces como “purga drástica”. En esos casos seguramente se utilizó escamonea.

Licor amoniacal

El licor amoniacal es una bebida alcohólica de diversas esencias o extractos. En el arsenal terapéutico antiguo, existen varias referencias y detalles de preparación e indicaciones preparados alcohólicos con adición de clorhidrato de amoniaco.

Figura 11. Estantería de la Botica del Hospital San Juan de Dios



Nota: Este estante se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella”, Quito, Ecuador.

En la tesis doctoral *El uso de las Bebidas Alcohólicas como medicamento en la España contemporánea*, Faundez presenta una recopilación de las fórmulas de aguardientes, cervezas y vinos medicinales, propuestas por los distintos tratados y formularios de Materia Médica durante el siglo XIX y primeros del siglo XX, recupera los viejos espíritus de vino y aguas ardientes del siglo XIX y describe el arsenal terapéutico de vinos, cervezas y combinados alcohólicos. El boticario en esta época era el licorista contemporáneo. El alcohol ostenta una doble función: curativa y también preventiva para muchas enfermedades (Faundez García, 1998).

Algunas de las bebidas con clorhidrato de amoniaco, utilizadas en el siglo XIX y principios del XX, permiten apreciar el valor terapéutico y aun profiláctico atribuido a ellas. Estos preparados alcohólicos no aplican para el tratamiento específico de la bronquitis. Servirían, más bien, como fuente de vitamina C indicada para el tratamiento del escorbuto.

Faundez cita al *Codex Medicamentarius*, del año 1870 y presenta la siguiente receta magistral:

“Rp/ Raíces frescas de rábano 300g; Hojas frescas de cocleana 1,50g; Hojas frescas de berros 1.50g; Hojas de trébol acuático 1,50g; Semillas de mostaza 1,50g; Clorhidrato de amoniaco 70g”.

Además, el *Codex Medicamentarius* cita a Ángel Bellogín Aguasal (1841-1920), farmacéutico español, traductor del *Codex Medicamentarius de París*, y la obra enológica de Emilio Viard, con varias fórmulas, entre ellas:

Rp/ Alcoholato de coclearia compuesta 160g.; Vino blanco 1000g.; Método: Córtense las raíces de rábano en rodajas delgadas, móndense y córtense las hojas de las demás plantas, pulverícense las semillas de la mostaza y póngase el todo con la sal amoniaco en un vaso cerrado; añadir el vino y el alcoholato de coclearia. Déjese por 10 días en maceración, agitando la masa con frecuencia, cuélese con expresión y fíltrese. (Riera Climent & Riera Palmero, 2016).

Apollinaire Bouchardat (1809-1886), farmacéutico e higienista francés, propuso las siguientes fórmulas magistrales en *Nouveau Formulaire Magistral* (1876):

1. Rp/ Raíz fresca de rábano silvestre 21 g.; Vino de Málaga 691,2g.; Espiritu de coclearia 7,2g.; Dosis:28,8 a 57,0 g. Usos: Contra las afecciones escorbúticas.
2. Rp/ Vino blanco 300g.; Tintura de azafrán 20g.; Acetato de amoniaco 20g.; Jarabe de artemisa 12%.; Dosis:30g. (Bouchardat, 1876).

Limonada de Rogé

La limonada de Citrato de Magnesio es una limonada purgante. Es una bebida extemporánea efervescente preparada a partir de ácido cítrico y carbonato de magnesio (Administración Nacional de medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, 2013):

Rp/ Ácido cítrico 30 g; Carbonato de magnesio 18 g.; Jarabe de limón 50 ml; Agua c.s.p. 250 ml. Trasferir las porciones de ácido cítrico y carbonato de magnesio a un recipiente adecuado, agregar 170 ml de agua, fría o caliente, y una vez terminada la efervescencia, agregar el jarabe de limón, completar 250 ml con agua y filtrar. Conservación: En envases bien cerrados. (p.2318)

Glico-fosfito de Cal y de Sosa

A partir de 1894, A. Robin, posesionó a los glicerofosfatos en reemplazo de los fosfatos, esto, por su mejor absorción. El más utilizado era el glicerofosfato de cal, llamado también *glycero-phosphas calci*, fosfoglicerato cálcico y neurina de Prunier. Es un polvo blanco, ligero, soluble en agua, que se enturbia al hervir, y de reacción neutra. Igual que otros glicerofosfatos, se recomendaba para la “tuberculosis, escrófula, neurastenia, diabetes fosfatúrica” (Fresquet, 2010a) y muchas otras dolencias.

Figura 12. Publicidad de Fosfo-Glico-Kola Domenech

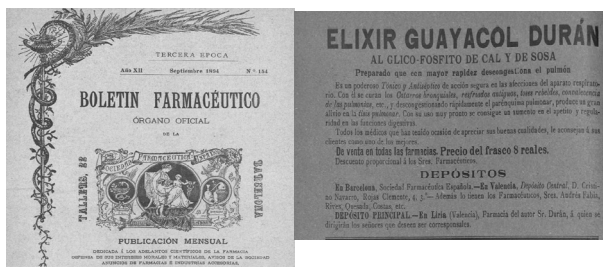


Nota: Imágenes tomadas de *Medicina, Historia y Sociedad. Fosfo-Glico-Kola Doménech*, de J. Fresquet, 2010a (<https://historia-delamedicina.wordpress.com/2010/02/12/fosfo-glico-kola-domenech/>). Bajo copyright.

La intensa promoción de este tipo de productos llegó también a nuestro medio y fue usado para problemas respiratorios y posiblemente como *tónico-reconstituyente*, pues en numerosas historias clínicas se indica la administración de tónicos.

En el *Boletín de la Sociedad Farmacéutica Española*, en el N° 154, de septiembre de 1894, se incluye en la sección comercial del boletín, la propaganda del Elixir Guayacol Durán, preparado con esos ingredientes y recomendado como: “Poderoso Tónico y Antiséptico de acción segura en las afecciones del aparato respiratorio. Con él se curan los Catarros bronquiales, resfriados antiguos, toses rebeldes, convalecencia de las pulmonías, etc.” (Farmacia Durán, 1894).

Figuras 13 y 14. Boletín Farmacéutico de la Sociedad Farmacéutica Española (1894)



Nota: Imágenes tomadas de Boletín Farmacéutico de la Sociedad Farmacéutica Española, 1894 (https://bibliotecavirtual.ranf.com/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=4023899). De dominio público.

Aceite de hígado de bacalao

El aceite de hígado de bacalao se obtiene del hígado de este pescado. Es fuente de vitaminas A y D. Además, tiene grasa del tipo omega-3. Se lo ha utilizado como *reconstituyente* destinado a mejorar el estado nutricional de una persona. En nuestro medio fue clásica la administración a los niños, en una formulación farmacéutica que la hacía detestable. Actualmente, la forma farmacéutica es suficientemente agradable como para que muchos niños la soliciten.

Médicos que trataron a estas pacientes

Constan pocas firmas de los pacientes que atendieron a estas pacientes. Entre ellas: A. Almeida; las firmas de J.C.; C. Alberto Delgado y Luis E Correa.

Pacientes con enfermedades respiratorias bajas (Neumonía, bronquitis, tuberculosis pulmonar y pleuresía)

A continuación, se presenta la transcripción de varios registros de pacientes con neumonía, bronquitis, pleuresía y tuberculosis pulmonar.

Nombre de las pacientes con enfermedades respiratorias bajas

Ana Almeida, María Mercedes Caizaluisa, Vicenta Caizaluisa, María Castro, Mariana Coronado, María Chicaiza, Isabel Chiriboga, Eloísa Enríquez, Carmela Espinosa, María Carmen Fierro, Mercedes Flores, María Concepción Galarza, María Heredia, Luz M. Hernández, María L. Jaguaco, María Jurado, Rosa Legarda, Rosario Lisana, Mercedes Mena, Aurora Molina, Edelmira Molina, Carmen Moncayo, María Moncayo, Celia Morhuicho, Domitila Morillo, Rita Muñoz, Rosario Olmedo, Rosa Oña, Sabina Oñate, Dolores Pazmiño, Rosario Pérez, Santos Pilatuña, María Polanco, Carmen A. Quiroz, María Quishpe, Victoria Sánchez, Margarita Santacruz, Florentina Tituaña, María E. Tutillo, Leonor Vaca, Hortensia Vega y María E. Vizcaino.

Historias Clínicas de pacientes con neumonía

Algunos de los registros de las historias clínicas de las pacientes con neumonía, son transcritos a continuación:

Isabel Chiriboga (Curación) Enfermera, de 25 años de edad, raza blanca, ingresó el 11 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Tuvo sarampión y pneumonía. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace dos días presenta punta de costado en la mama derecha; fuerte y prolongado escalofrío, acompañado de tos. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, estado nutritivo satisfactorio, decúbito dorsal, facies angustiada. Temperatura: 38, 4º, Pulso: 100 x 1'; Respiraciones 35 x 1'. Aparato Respiratorio: Matidez en la base del pulmón derecho, soplo tubárico y algunos estertores crepitantes inspiratorios. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Pneumonía franca**. TRATAMIENTO: Espectorantes "[sic]", ergolina, estrictina, benzoato de sodio, tónicos, estimulantes. CONDICIÓN FINAL: Curación. Neumonía tratada exitosamente. Alta el 23 de febrero de 1920. Firma: Aurelio Ordóñez González.

Ana Almeida (Falleció) Tiene 60 años de edad, de raza mestiza, ocupación haceres domésticos. Residente en Píllaro. Ingresó el 22 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Ha tenido 3 hijos. Tuvo viruela, pneumonia y disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Referida del servicio de Santa Teresa donde fue operada de catarata. Presentó escalofrío único y solemne, fuerte dolor en el hipocondrio derecho y tos. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, decúbito prefiere pasar sentada, facies angustiada, cianótica. Temperatura: 38, 2º. Pulso: 110. Respiraciones 42 x 1'. Aparato Digestivo: Lengua roja, seca, bordes morados. Anorexia, sed. Aparato Respiratorio: Matidez en la base del pulmón derecho; vibraciones vocales aumentadas. Auscultación: estertores crepitantes inspiratorios en la base del pulmón derecho, respiración pueril en el vértice. Tos y espectoración "[sic]" herrumbrosa característica. Disnea intensa. Aparato Cardiocirculatorio: los ruidos cardiacos un poco velados por el anhelo respiratorio. Pulso débil, irregular, depresible. Aparato Nervioso: agitación, insomnio, a la noche cefalalgia. Aparato Uro genital: orinas escasas, subidas de color. Órganos de los Sentidos: disminución del oído. Ausencia del cristalino en el ojo derecho. Piel: cianótica, sobre todo en la cara y las extremidades superiores. Extremidades: un poco de edema en las inferiores. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Pneumonía franca. ¿Miocarditis?** TRATAMIENTO: Ergolina y estrictina. Tonicardíacos. Estimulantes difusibles. Fallece por síncope el 25 de febrero de 1920. CONDICIÓN FINAL: Su neumonía tratada en la misma forma que la anterior, fracasa. Firma: Aurelio Ordóñez González.

María Concepción Galarza (Curación) Mestiza de 19 años de edad, ocupación quehaceres domésticos, residente en Quito. Ingresó el 23 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo tifoidea hace 4 meses. Ha tenido 3 embarazos, tiene 3 hijos vivos. Tuvo un aborto el 26 de enero. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 4 días presenta escalofríos, dolor de costado, tos, espectoración herrumbrosa. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito indiferente. Tº 38; pulso 100; respiraciones 40 x minuto. Aparato respiratorio: matidez de la base en el pulmón derecho. Aumento de los ruidos respirato-

rios. Estertores crepitantes inspiratorios que ocupan la misma región. En la parte media del pulmón derecho se percibe un soplo espiratorio, suave. Tos, abundante expectoración fibrinosa, clásica de la pneumonia. Aparato digestivo: lengua saburral. Anorexia, sed. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Pneumonia franca**. TRATAMIENTO: Aceite alcanforado. CONDICIÓN FINAL: Alta el 5 de febrero de 1920.

Dolores Segovia (Curación). Indígena de 20 años de edad, vendimiadora, residente en Latacunga. Ingresó el 28 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión, gripe. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 días debido a un enfriamiento brusco sintió un escalofrío intensísimo «solemne», con castaño de los dientes y sudores. A las 4 horas sintió un dolor intenso pungitivo “[sic]” a nivel del tercer espacio intercostal y en la línea paraesternal el cual se propagaba hasta la espalda. Por la tarde fiebre, inapetencia, decaimiento; luego tos dolorosa con expectoración, abatimiento. Decaimiento. EXAMEN FÍSICO: Cara lustrosa, llena de angustia, respiración laboriosa, labios cianóticos y con un brote de herpes. Estado nutritivo bueno, Temperatura 37,8°; Pulso 104 x 1'. Aparato Pulmonar: Infección. Llama la atención la disnea que alcanza a 40 por minuto. Inspección: El lado derecho, especialmente en el tercio superior los movimientos respiratorios son casi nulos. Las yugulares laten fuertemente. Palpación: en el lado izquierdo, aumento de la amplitud respiratoria. Lado enfermo notable aumento de las vibraciones vocales, al mismo tiempo que se nota disminución de la elasticidad pulmonar y, si dijéramos, se «siente en la mano los estertores crepitantes». Percusión: lado sano, normal. Lado enfermo: hay una zona de macidez que ocupa el vértice del pulmón, extendiéndose hacia abajo, hasta el tercer espacio intercostal por delante y dos traveses de dedo por debajo de la espina del omóplato por detrás. No hay macidez en la región axilar. Auscultación: permite oír el soplo tubárico (subrayado en el original) fuerte a nivel del bloque hepaticado, más intenso en la parte posterior y a nivel de la axila. Al propio tiempo se notan estertores gruesos que traducen un grado de inflamación bronquial. Expectoración herrumbrosa. Hay ligero eretismo cardíaco, pero los latidos son regulares. Pulso bueno, 104 por minuto. Aparato génito urinario: ha dado a luz hace 3 meses y lacta regularmente. Orina normal. Órganos genitales normales. Aparato digestivo: se queja de ligeros dolores gastrálgicos con continuos. DIAGNÓSTICO: **Neumonía de vértice derecho**. TRATAMIENTO: Citrato de sodio 20 g. diarios por 5 días. Inyección ácida durante los días 2,3 y 4. Luego de este tratamiento 5 días sin medicación registrada. Luego, Tónica: Formiato y glicero fosfato cal cada día, por 2 días. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 12 de mayo de 1920.

Mercedes Mena (Falleció) Indígena de 78 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 31 de mayo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresa en estado casi comatoso. Se ha iniciado hace 3 días con escalofrío ligero, dolor de costado, tos sin expectoración, fiebre. EXAMEN FÍSICO: Es una mujer que se halla en gran estado de postración, con la cara congestionada y cianótica, cabeza inclinada hacia adelante, estado de lasitud extrema, respiración disneica y anhelosa. Temperatura 39°; Pulso 80 x minuto. Aparato Respiratorio: A la inspección respira laboriosamente 30 veces por minuto, movimientos superficiales. A la palpación aumento de vibración vocal en el pulmón derecho. La percusión señala un foco hepaticado en el mencionado pulmón, foco que está localizado especialmente en el vértice. A la auscultación: hay estertores crepitantes muy notables y se nota que va a iniciarse el soplo neumónico. El pulmón izquierdo respira por compensación un poco fuerte. El malestar de la anciana no permite verificar el examen de los demás aparatos fuera del circulatorio, donde se nota un pulso no bueno, acelerado. El corazón se contrae con energía. DIAGNÓSTICO: **Neumonía derecha**. CONDICIÓN FINAL: Pronóstico fatal. Firma: A.A. No hay más información en este registro.

María Carmen Fierro (Curación). Tiene 24 años, residente en Quito. Ingresó el 28 de noviembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo sarampión, paludismo y tifoidea. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 4 días antes del ingreso presenta malestar y dolor del cuerpo, cefalalgia, escalofrío de larga duración, seguido de fiebre. Luego, tos con dificultad de expectoración y una punzada en la región de la mama derecha. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, facies anémica, Temp. 38,3°C, FC 100x1'. Aparato Respiratorio: Matidez en el vértice del pulmón derecho, soplo tubárico y algunos estertores crepitantes diseminados. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Pneumonía**. TRATAMIENTO: Expectorantes, Benzoato de Sodio, ergotina, estircina, Tónicos estimulantes. CONDICIÓN FINAL: Alta. Curación.

María Moncayo (Falleció). Costurera, 45 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 20 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 8 días presenta fuerte calofrío, dolor en el costado derecho, tos con expectoración muco sanguinolenta, hipertermia y disnea. EXAMEN FÍSICO: Facies angustiada, decúbito supino, T 39°, P 130, R 40. Aparato Respiratorio: Matidez en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, submatidez en la base derecha. Soplo tubárico y rales crepitantes en casi toda la extensión del pulmón izquierdo. En el derecho se oye en la base rales crepitantes y abolición del murmullo vesicular; en el vértice respiración anhelosa. Aparato Circulatorio: taquicardia, pulso débil y depresible. DIAGNÓSTICO: **Neumonía doble**. TRATAMIENTO: Estimulantes difusibles, expectorantes, revulsivos. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 23 de diciembre de 1921.

Rosa Oña (Falleció). De 28 años de edad, quehaceres domésticos, procedente de Saquisilí. Ingresó el 24 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: La enferma es traída en estado agónico. Está deprimida y en estado de gran postración. EXAMEN FÍSICO: Aparato Respiratorio: zonas de matidez diseminadas en ambos pulmones. En esos sitios oyeso soplo tubario: en toda la extensión de ambos pulmones se oyen estertores crepitantes húmedos; el murmullo vesicular está casi abolido. Los demás aparatos

sin importancia. DIAGNÓSTICO: **Bronconeumonía**. TRATAMIENTO: Oxígeno, expectorantes, estricnina, ergotina, aceite alcanforado. Revulsión. CONDICIÓN FINAL: Falleció el 26 de diciembre de 1921.

María Chicaiza (Falleció). De 45 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 20 de febrero de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Dese hace 8 días, presenta calofríos intensos de duración prolongada, con punzada en el lado izquierdo del pecho. Temperatura alta, malestar general que obliga a la enferma a permanecer acostada. Este malestar va haciéndose más molestos y grave, y después de dos días pierde totalmente la coordinación de las ideas. Aparece tos seca, dolorosa, un día después expectora un poco y de color amarillo de ladrillo. EXAMEN FÍSICO: Ingresó al servicio con una postración absoluta, expectoración escasa y teñida de amarillo. En el pulmón derecho, lóbulo medio, soplo neumónico clásico, matitez marcada y región dolorosa. Izquierdo, nada. Corazón: arritmia, pulso 68 por minuto. Estado disneico de postración absoluta, facies clásica, pómulos rojizos, fulgurosidades en los labios, lengua seca, sed intensa. DIAGNÓSTICO: **Neumonía del pulmón derecho, lóbulo medio**. EVOLUCIÓN: 3-02-1922: el soplo neumónico se aprecia en el vértice del pulmón izquierdo, el estado es de gravedad. CONDICIÓN FINAL: 6-02-1922: Fallece.

Josefina Cortez (Falleció). Doméstica de 17 años de edad, Procedente de Quito. Ingresó el 9 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Tifoidea, sarampión. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace un mes presenta malestar general, cefaleas y dolor de extremidades inferiores. Luego epistaxis, dolor de pecho y espalda, tos intensa y pesadez en el estómago, diarreas amarillas intensas y de aspecto de cuajo. EXAMEN FÍSICO: Resalta sintomatología pulmonar con soplo tubárico. DIAGNÓSTICO: **Neumonía**. TRATAMIENTO: Píldoras con digital, escila y escamonea. EVOLUCIÓN: Persiste tos, aparece hemoptisis, mantiene el soplo tubárico, edema distal leve y progresivamente creciente en la cara, ascitis. Hematuria. CONDICIÓN FINAL: Fallece 15 de marzo de 1923.

Juana Laso (Curación). Cocinera de 50 años de edad, residente en Quito, ingresó el 23 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo sarampión, viruela, tifoidea, pulmonía 2 veces, disentería, gripes frecuentes. E.A: Hace 9 días comenzó a sentir tos y catarro y los demás síntomas de gripe. Guardó cama un día y luego siguió haciendo sus labores. Hace 4 días y luego de un enfriamiento sintió escalofrío muy prolongado y desfallecimiento, que le obligan a guardar cama. A la tarde sintió un dolor muy agudo localizado en el vértice del pulmón derecho (en el hombro derecho según la enferma) y en la parte posterior de la base de ambos pulmones; al mismo tiempo sintió sensación de mucho calor. La tos se le presentó al mismo tiempo que los dolores pulmonares, exacerbando más a estos. La tos era seca y muy repetida. Únicamente ayer en la mañana pudo expectorar, siendo la expectoración escasa, viscosa y color de ladrillo molido. En este estado pasa la enferma hasta que hoy ingresa al Hospital al Servicio de «La Virgen». EXAMEN FÍSICO: Aparato Digestivo: lengua húmeda, muy empastada en el centro y roja en los bordes. Hígado aumentado de volumen y algo doloroso a la percusión. Bazo normal. Constipación. Aparato Circulatorio: pulso regular, igual, algo acelerado, 105 pulsaciones x minuto; tensión algo aumentada; la punta del corazón no es posible percibirla; los ruidos son normales, algo aceleradas las contracciones. SNC: la enferma no puede dormir por la tos. Aparato Respiratorio: Síntomas funcionales: la respiración es un poco acelerada y a veces irregular; tos frecuente y penosa, acompañada a veces de expectoración viscosa, adherente, ligeramente teñida de sangre de coloración rosada. Dolor intenso en la base del pulmón derecho en la región posterior. Región anterior: Inspección: normal. Palpación: disminución de las vibraciones vocales. Percusión: submacicés en la fosa supraclavicular derecha, la cual está también algo sensible, lo mismo que la infraclavicular del mismo lado. Auscultación: disminución del murmullo vesicular en el lado izquierdo, inspiración fuerte en el vértice del derecho, con resonancia de la voz y de la tos en ese mismo lado. Regiones axilares: Derecha: percusión dolorosa en el hueco axilar; a la auscultación algunos estertores crepitantes; izquierda normal. Región posterior: Inspección: normal; Palpación: disminución de las vibraciones vocales en las regiones supra e infraclaviculares izquierdas, y abolición de la infraescapular derecha en la parte correspondiente a la base. Percusión: macicez en la región infraescapular derecha y submacicés en las regiones supra e infra espinosas y zona de alarma izquierda. Auscultación: disminución del murmullo vesicular de la base izquierda; en las fosas supra e infraespinosas derechas, rudeza inspiratoria; en toda la base derecha se percibe un soplo tubárico, que principia al terminar la inspiración y persiste durante toda la espiración, se perciben también estertores subcrepitantes finos inspiratorios. Ap. génito-urinario: orinas escasas, y muy pigmentadas de color rojo oscuro. Temperatura: 38 ° C. DIAGNÓSTICO: **Neumonía de la base del pulmón derecho**. TRATAMIENTO: Poción a base de alcohol y acetato de amoníaco. EVOLUCIÓN: 24-02: La enferma continúa en el mismo estado. El soplo tubárico se acentúa. La expectoración es más abundante y más oscura, un poco aireada y adherente. Se perciben rales subcrepitantes en ambos pulmones. Estado general bueno. 26-02: el foco neumónico de la base derecha está mejor, más clara la percusión y la auscultación, se perciben rales crepitantes gruesos y medianos, el soplo disminuye de intensidad. La temperatura se eleva a 40°, la enferma está postrada, la percusión indica matitez del lóbulo medio del pulmón izquierdo, donde se perciben rales subcrepitantes, soplo tubárico fuerte, broncofonía, aumento de las vibraciones, todo lo cual manifiesta tratarse de un brote neumónico en ese lóbulo. CONDICIÓN FINAL: Continúa el tratamiento indicado. Alta el 11 de marzo de 1923. Curación.

Josefina Jara (Falleció). Paciente de 65 años, quehaceres domésticos, residente en Puembo. Ingresó el 13 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 8 embarazos, 4 hijos viven y 4 hijos han muerto. Tuvo tifoidea, pulmonía, disentería varias veces. ENFERMEDAD ACTUAL: Inicia con un escalofrío intenso, prolongado, solemne, seguido de elevación térmica y

de punta de costado a nivel de la glándula mamaria derecha, con irradiación a la parte posterior del tórax. Luego tos intensa, seca inicialmente, seguida pocas horas después de expectoración sanguinolenta. La tos exacerbaba el dolor del costado. EXAMEN FÍSICO: Aparato Respiratorio: el lado derecho del tórax respira menos que el izquierdo. La respiración es acelerada: 50 x 1'. Región anterior: matitez en las fosas supra e infra clavicular derechas. Aumento de la vibración vocal en las mismas regiones y en la axila derecha. Disminución del murmullo vesicular en la región infraclavicular derecha y rales crepitantes discretos al final de la inspiración, resonancia de la voz y de la tos; en la región axilar derecha se perciben con toda claridad rales crepitantes francamente inspiratorios. En las regiones correspondientes del lado izquierdo se percibe una respiración pueril, supletoria. Región posterior: matitez en las fosas supra e infra espinosas derechas, lo mismo que en toda la región escapulo vertebral del mismo lado. Trasonancia torácica del lado derecho. Disminución del murmullo vesicular en las fosas supra e infra espinosas. Aumento de las vibraciones vocales y resonancia de la voz y de la tos en las mismas regiones, siendo esta resonancia mejor percibida a nivel de la zona inter escapulo vertebral derecha. En la misma región es muy clara la pectoriloquia áfona y se percibe un soplo tubárico bien neto inspiratorio y principalmente espiratorio. En los contornos de la región del soplo se oyen rales crepitantes bien claros y en los dos tiempos de la respiración, cuando se hace toser a la enferma. Respiración acelerada, 48 x 1'. Tos bastante frecuente seguida de expectoración espesa de aspecto herrumbroso. Aparato Circulatorio: pulso muy pequeño, 118 x 1'. es regular, igual, depresible. Tensión disminuida. Miocardio: latidos normales pero acelerados. Aparato Digestivo: lengua seca, tostada, como de loro, cubierta en el centro de un barniz café amarillento. Abdomen meteorizado, doloroso a la presión; Hígado normal. Bazo ligeramente aumentado de volumen. Evacuación normal de las heces fecales. Aparato Nervioso: cefalalgia, zumbido de oídos, insomnio. Aparato Génito Urinario: orinas escasas muy disminuidas, bastante pigmentadas. Examen de Orina: 3,51 de cloruros; mediano disco de albúmina y azúcar. DIAGNÓSTICO: **Neumonía del vértice y del lóbulo medio del pulmón derecho.** TRATAMIENTO: Régimen alimenticio declorurado; Acetato de amoníaco, alcohol y aceite alcanforado por vía subcutánea. Digitalina gotas (V y luego XLV). EVOLUCIÓN: 15-03: Depresión del estado general. En la región infraclavicular y axilar, derechas, se perciben rales crepitantes inspiratorios, lo mismo que en la fosa supraespinosa del lado derecho. Además, desde esta región, casi hasta el nivel del ángulo inferior del omóplato se percibe un soplo tubárico inspiratorio y espiratorio, siendo más neto, más fuerte y por lo mismo más claramente perceptible a nivel de la parte media de la región inter escapulo vertebral del lado derecho. El dolor de costado es menos intenso, la respiración es acelerada y un poco superficial. 15-03 a las 5 y 1/2 p.m.: Decaimiento del estado general, angustia, agitación profunda. Ascensión de la temperatura a 39. 5º, el pulso está muy pequeño, el ruido del corazón presenta el ritmo fetal, late 130 veces al minuto. Indicaciones: Aceite alcanforado y digitalina V gotas. 16-03: Mejora un tanto el estado general, El pulso es mejor percibido. La agitación y la angustia desaparecen. Indicación: XLV gotas de digitalina. CONDICIÓN FINAL: 19 de marzo de 1923: Muerte.

Carmen López (Falleció). Paciente de 29 años de edad, residente en Quito. No hay fecha de ingreso. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido dos embarazos y tiene dos hijos vivos. Tuvo sarampión, viruela, fiebres gástricas, gripe. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 10 días escalofrío que duró una hora, después sudor, calentura y una punzada en el costado derecho que cuando tosía se le aumentaba intensamente. Tuvo esa misma noche calentura, fiebre. Después de dos días ingresó al hospital. EXAMEN FÍSICO: Estertores subcrepitantes en la base del pulmón derecho, no tenía expectoración herrumbrosa sino mucosa. T 40º por la tarde, por la mañana 39, 5º. DIAGNÓSTICO: **Neumonía gripal.** Evolución: Al día siguiente tenía soplo tubárico en el mismo pulmón y sitio de los estertores, y en el pulmón izquierdo, respiración soplante. la expectoración seguía siendo mucosa. Al tercer día ya no se sentía el soplo, sino un silencio absoluto del pulmón derecho y en el izquierdo, estertores en todo el pulmón. CONDICIÓN FINAL: Por la tarde del 4º día falleció. No hay fecha del deceso. Firma: Luis E Correa.

Historias Clínicas de pacientes con bronquitis

Los siguientes casos ilustran las manifestaciones clínicas y el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Bronquitis, sea aguda o crónica, así como el desenlace de su enfermedad en el Hospital.

Rosa Paredes (Curación). Mestiza de 50 años de edad, ocupación cocinera. Residente en Quito. Ingresó el 26 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace 15 días empezando con tos que provoca expectoración mucosa, dolor retroesternal, cefalea intensa, mucha sed. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, decúbito indiferente, facies anémica. Tº 37 pulso; 100 por minuto; respiraciones 28 x 1'. Aparato Digestivo: Lengua un poco saburral, diarrea poco abundante. Aparato Respiratorio: tos muy frecuente con expectoración mucosa abundante. A la percusión un poco de matitez en ambas bases y a la auscultación estertores gruesos diseminados en toda la extensión de las bases. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Bronquitis crónica.** TRATAMIENTO: Yoduro de potasio 0,50 (una vez, 4 días seguidos). CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 31 de marzo de 1920. Firma J.C.

Victoria Chiriboga (Falleció). Paciente de 54 años, blanca, quehaceres domésticos, vive en La Merced. Ingresó el 27 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 15 años. Tuvo sarampión. Ictericia a los 40 años. Bronquitis crónica desde hace 18 meses. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 9 días antes del ingreso presenta accesos de tos, escalofríos, dolor en las espaldas y abundante expectoración mucosa. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, decúbito dorsal que frecuentemente lo cambia para sentarse, facies cianótica, T° 39.4°, pulso 110, respiraciones 35 x minuto. Lengua y labios cianóticos. Estómago e intestinos normales. Aparato respiratorio: A la percusión sonoridad normal en ambos pulmones. Estertores subcrepitantes y sibilancias que se encuentran diseminados en ambos pulmones. Los estertores son claramente espiratorios. Tos muy penosa, se presenta por quintas. Abundante expectoración muco-purulenta. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Bronquitis aguda** (*“en el curso de una crónica”* según consta en la hoja de signos vitales). TRATAMIENTO: Ventosas secas, aguardiente alemán, expectorantes, tónicos. CONDICIÓN FINAL: Fallece por síncope el 4 de febrero de 1920.

Rosa Elena Vásquez (Curación). Tiene 28 años de edad. Quehaceres domésticos. Residente en Quito. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. Tuvo sarampión, pneumonia, palpitaciones. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 24 horas antes del ingreso presenta ansiedad precordial, disnea intensa, tos y expectoración mucosa. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito dorsal, T° 37,8; pulso 100; respiraciones 32 x minuto. Aparato respiratorio: percusión y sonoridad pulmonar normal. Auscultación: sibilancias perceptibles, sobre todo en la parte anterior; en las bases algunos estertores subcrepitantes espiratorios. Tos y expectoración mucosa. Ap. nervioso: cefalalgia, agitación. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Bronquitis aguda**. TRATAMIENTO: Adrenalina X gotas, registradas por una sola vez. CONDICIÓN FINAL: Alta el 4 de febrero de 1920.

Dolores Troncoso (Curación). Mestiza de 4 años, residente en Quito. Ingresó el 7 de febrero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 5 días antes del ingreso presenta tos, temperatura, malestar general. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito dorsal, facies inquieta, un poco congestionada. T° 39; pulso 120 x 1'; respiraciones 58 x minuto. Aparato digestivo: lengua roja, seca, anorexia, sed viva. Ap. Resp.: sibilancias y estertores subcrepitantes espiratorios, diseminados por toda la extensión de los pulmones. Tos muy frecuente y sobre todo nocturna. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Bronquitis aguda**. TRATAMIENTO: Expectorantes: ergotina, estriquina y tónicos. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 18 de febrero de 1920. Firma: A. Ordóñez G.

Ángela Soria (Curación). Tiene 12 años, es mulata y residen en Quito. Ingresó el 26 de febrero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 8 días antes del ingreso presenta fuerte dolor de cabeza, escalofríos repetidos, fiebre, anorexia y mucha sed. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo desmejorado, decúbito indiferente, facies congestionada. T° 36,6; pulso 100; respiraciones 44 x minuto. Ap. Digestivo: lengua cargada, anorexia, sed intensa, 2 asientos diarreicos al día. Ap. Resp: a la palpación, aumento de vibraciones, a la percusión submatitez en ambos pulmones y en especial en la base, a la auscultación rales crepitantes diseminados. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Bronquitis y Paludismo**. TRATAMIENTO: Revulsión y Quinina. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 7 de marzo de 1920. Firma J.C.

Victoria Morales (Curación). Sirvienta de 8 años de edad, mestiza, vive en Quito. Ingresó el 19 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma hace dos días empezando con cefalea, catarro óculo nasal agudo, escalofrío y fiebre. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo regular, facies congestionada, decúbito supino. T° 38,7; pulso 120; respiraciones 25 por minuto. Ap. Digestivo.: Lengua saburral y seca. La mucosa labial está resquebrajada, existe algo de constipación. Ap. Resp: Tos intensa, seca, pero muy penosa, En cada acceso de tos la enferma se pone con la cara muy congestionada y las conjuntivas oculares rojizas. A la percusión se nota la sonoridad de ambos pulmones disminuida sobre todo en el derecho, se oye estertores crepitantes finos diseminados en ambos pulmones y sobre todo en la base. Ap. circulatorio: pulso 120, regular, de buena tensión. Órganos de los Sentidos: catarro óculo nasal muy fuerte. DIAGNÓSTICO: **Sarampión y Bronquitis**. Evolución: Al siguiente día de ingresada al servicio presenta un exantema en la cara principal y sucesivamente ha invadido el tronco y los miembros superiores e inferiores. TRATAMIENTO: Inf. Jaborandi 250, Sal de Seignette 20; Licor amoniacal, anís, Limonada Roger, Jarabe Tónico (4 días). CONDICIÓN FINAL: Alta el 29 de marzo de 1920. Firma J.C.

Historias Clínicas de pacientes con tuberculosis

Celia Flores (Pasa a la sala Clotilde). De 24 años de edad, raza mestiza, planchadora, procedente de Otavalo. Ingresó el 7 de marzo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada de los 18 años. Ha tenido dismenorreas, fiebre tifoidea y fiebre puerperal. Algunas ocasiones disenterías. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace un año y medio con fuertes dolores a la espalda, principalmente en la región del vértice izquierdo, tos seca muy penosa, sudores profusos por la noche y

también un poco de fiebre. Hace unos pocos días comienza con una expectoración muco-purulenta abundante y también le da un ataque del cual no recuerda nada. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica, facciones estiradas, lindas pestañas. T° 37, pulso 100 x 1', respiraciones 26 x 1'. Aparato Respiratorio: En el vértice del pulmón izquierdo se nota matidez, supra escapular, sobre todo, este lado respira menos, las vibraciones disminuidas, y se oye rales mucosos y hasta un pequeño soplo. La expectoración es muco purulenta y abundante. Resto normal. Examen: Espujo: se encuentran **abundantes bacilos de Koch**. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis**. Pulmonar. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la sala Clotilde. Firma J.C.

Luz M. Morales (Mejor). Mestiza de 12 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 18 de marzo de 1920. ANTECEDENTES FAMILIARES.: Madre es tuberculosa. ANTECEDENTES PERSONALES: Mala alimentación, mala higiene y vida común con la madre. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, estado nutritivo desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica. T° 37,2; pulso 92 por minuto; respiraciones 34 por minuto. Ap. respiratorio: Tos intensa provoca una expectoración muco-purulenta. A la inspección, se nota un tórax bastante aplanado y respiración superficial. A la percusión, un poco de submatidez en ambos vértices. A la auscultación estertores mucosos, diseminados. También se nota que la respiración, y sobre todo a la inspiración, es bastante áspera. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis pulmonar**. TRATAMIENTO: Polvos de Ferrier y Pociones expectorantes. CONDICIÓN FINAL: Alta el 24 de marzo de 1920, bastante mejorada. Firma J.C.

Rosario Guerra (Pasa a la sala Clotilde). Cocinera mestiza de 66 años de edad, procedente de Ibarra. Ingresó el 23 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 meses más o menos ha sufrido de dolor a las espaldas y mucha tos, lo cual provoca expectoración abundante y en la cual ha notado manchas de sangre. También ha enflaquecido mucho. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo pésimo, decúbito indiferente, facies anémica. T° 37,5; pulso 100; respiraciones 42 x 1'. Aparato Digestivo: lengua pastosa. Aparato Resp.: a la inspección se nota una atrofia de los músculos del tórax principalmente del cinturón escapulo-humeral. A la percusión el pulmón derecho en el vértice tiene la percusión un sonido mate y a la palpación se nota aumento de las vibraciones vocales. A la auscultación, sobre todo la inspiración ha perdido en este mismo punto su suavidad y se oyen estertores mucosos abundantes. En el pulmón izquierdo, a nivel del vértice inferior del omóplato, se oye un soplo cavernoso muy pronunciado. Presenta tos muy penosa que provoca una abundante expectoración muco-purulenta. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de espujo: Examinados los esputos al microscopio dan **numerosísimos bacilos de Koch**. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis pulmonar**. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la Sala Clotilde el 26 de marzo de 1920. Firma J.C.

Ana María Sandoval (Solicita el alta). De 17 años, mestiza, residente en Quito. Ingresó el 27 de marzo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Hace dos años más o menos permaneció por casi cerca de un año en este hospital en el departamento de Cirugía a consecuencia de un tumor blanco en la rodilla derecha. ENFERMEDAD ACTUAL: Enfermó desde hace 4 días, empezando con hemoptisis abundantes y repetidas, malestar general y cefalea intensa. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo malo, decúbito indiferente, facies anémica. T° 37; pulso 90; respiraciones 26 por minuto. Aparato Respiratorio: a la percusión, en el vértice izquierdo bastante apagada la sonoridad (mate). Las vibraciones disminuidas, a la auscultación estertores medianos diseminados, aspiración áspera, inspiración entre cortada. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis pulmonar**. CONDICIÓN FINAL: Alta solicitada el 31 de marzo de 1920. Firma J.C.

Mariana Nieto (Pasa a la sala Clotilde). Tiene 18 años de edad, raza mestiza, ocupación costurera. Viven en Quito. Ingresó el 31 de marzo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo tifoidea a los 12 años. Luego de esta enfermedad ha quedado con lesión del pulmón. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace un mes cefalea intensa, mucho dolor en el hombro derecho y un poco de tos seca. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, decúbito supino, facies anémica. T° 38,6, pulso 108 x 1', respiraciones 39 x 1'. Aparato Respiratorio: Se queja de mucho dolor en el vértice del pulmón derecho. Tiene tos muy poca y seca. No hay expectoración. Los ganglios del cuello y de la fosa supra escapular se hallan muy infartados, son grandes y dolorosos. No se encuentran signos físicos de ninguna clase. Aparato Nervioso: cefalea intensa. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **¿Tb?** EVOLUCIÓN: La enferma presenta elevación de la temperatura por las tardes y sudores profusos por las noches. TRATAMIENTO: Solución de Bourget, Arrhenal. Aceite de hígado de bacalao. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la sala Santa Clotilde el 4 de abril de 1920. Firma J.C.

Dolores Pazmiño (Mejor). Tiene 22 años de edad, raza blanca, ocupación abacera, procedente de Latacunga. Ingresó del 23 de abril de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha sufrido sarampión y fiebre tifoidea. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 6 meses notó que enflaquecía notablemente, al propio tiempo al amanecer y algunas veces durante el día tosía frecuentemente, de una manera ligera, «seca». La expectoración había aumentado, siendo unas veces blanca y otras veces blanco-amarillentas o verdosas. Al propio tiempo tuvo decadencia general e ineptitud para el trabajo. EXAMEN FÍSICO: La enferma está flaca, de facies angustiada y anémica. Aparato Pulmonar: Inspección: ligera depresión supra e infraclavicular. Palpación: aumento de las vibraciones vocales en el vértice del lado izquierdo. En este propio lado se nota que la amplitud respiratoria es menor. Percusión: matidez marcada en el vértice izquierdo y en su parte posterior solamente matidez que se propaga hasta cerca de la

mitad torácica. En el lado derecho no se nota anormalidad. Auscultación: disminución del murmullo vesicular en la zona mate y una respiración ruidosa en la base del pulmón enfermo. La respiración de este lado es soplate, suspirosa, inspiración normal. Aparato digestivo: gastralgias ligeras. LABORATORIO CLÍNICO: El examen bacteriológico de los esputos se comprueban **numerosos bacilos de Koch**. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis pulmonar**. CONDICIÓN FINAL: Sale mejor del servicio el 29 de abril de 1920 para continuar tratamiento antituberculoso. Firma A. Almeida

Historia Clínica de una paciente con pleuresía

Cuando en el Hospital no se disponía de radiología y solamente se utilizaba ocasionalmente la radioscopía, la semiología, como parte fundamental de la clínica, era la estrategia diagnóstica más confiable. El caso de Mercedes, transcrito a continuación, es una lección de semiología.

Mercedes Pantusina (Falleció). No consta la edad de esta paciente. Ocupación labores domésticas, residente en Quito. Ingresó el 27 de diciembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tiene 2 hijos vivos, ha tenido sarampión y viruela. ENFERMEDAD ACTUAL: No es posible adquirir detalles acerca del comienzo de la enfermedad, dado el estado grave de la paciente: solo se sabe que hace 8 días sintió dolores de cabeza, calentura elevada y tos. EXAMEN FÍSICO: La facies manifiesta una angustia manifiesta a causa de la dificultad en la respiración; los músculos intercostales y los del cuello funcionan activamente como en los casos de asfixia. Los ojos de la enferma se manifiestan saltones y su mirada es de terror. La inspiración es estertorosa, frecuentemente interrumpida por accesos de tos, con expectoración casi nula, de color herrumbroso y poco adhesiva. La palpación nos da en la parte anterior del tórax la sensación clara del paso del aire a través de los bronquios semi llenos de exudados, en la parte posterior esta sensación no existe, pero las vibraciones de la palabra se hallan aumentadas. La enferma acusa en ambas regiones sensación de quemazón y ardor. Percusión: en la parte posterior se nota matitez en las bases y submatitez en los vértices, caracteres que se exageran cuando se trata del pulmón derecho. En la región axilar se conserva la misma observación. Auscultación: A la auscultación puede observarse en las bases, sobre todo en la del pulmón derecho, gruesos roncus; en la parte media y en el vértice izquierdo se oye un ruido de frote, ruido que se halla acentuado en el derecho, en donde se presenta, aunque de un modo no muy claro, un soplo que tienen varios de los caracteres del soplo pleurítico. Se ha podido comprobar la existencia de Curvatura de Ellis-Damoiseau⁴. Por lo expuesto, es creíble que se trate de una pleuresía, diagnóstico que podrá confirmarse según la evolución posterior de la enfermedad. Pulso aumentado en su número, siendo, por otra parte, débilmente perceptible. El ritmo cardiaco no se ha podido observar. Los roncus pulmonares enmascaran completamente todo otro ruido. DIAGNÓSTICO: Pleuresía. Firma: C. Alberto Delgado.

Conclusiones

Las infecciones respiratorias bajas afectaron a niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y ancianas, en proporciones similares.

La mayor parte de enfermas fueron mestizas que se ocupaban de tareas de casa, aunque hubo 3 escolares y otras pacientes realizaban tareas de campo y otras propias de la ciudad.

La mayor parte de pacientes provenían de Quito y sus poblaciones cercanas. Hubo pacientes de provincias cercanas y una de Guayaquil.

La estadía hospitalaria fue más bien corta, con un promedio de 10 días.

En este período (1920-1925), de las 24 pacientes fallecidas, 12 murieron por problemas respiratorios. La mortalidad por problemas respiratorios fue la más significativa.

La letalidad de la neumonía y otras IRB (bronconeumonía, bronquitis aguda y crónica, pleuresía y tuberculosis) fue de 28,5 %, pues 12 de las 42 pacientes con estas patologías fallecieron.

Sobrevivieron las mujeres que tuvieron una mejor respuesta inmune. Para los médicos, algunos de ellos identificados por su nombre en las historias clínicas, y para el personal de enfermería, ignoto en todos los registros, debía ser un trabajo altamente frustrante.

⁴ **Curvatura de Ellis-Damoiseau:** Línea curva del contorno pleural, favorecida por la existencia de presión negativa entre las hojas pleurales, que se observa cuando este espacio contiene líquido en cantidad patológica (Clínica Universidad de Navarra, s.f.).

En el HSJD, se introdujo la microbiología y la radioscopia como apoyo para una práctica clínica de mejor calidad, en el escenario de un hospital de referencia de los excluidos de la sociedad quiteña. Este evento marca una transición del pensamiento escolástico-mágico-religioso, al conocimiento científico y un encuadre paradigmático en la teoría microbiana de las enfermedades infecciosas en la práctica hospitalaria.

Los tratamientos utilizados, acordes con la terapéutica francesa y española, tendrían un importante efecto placebo que se ha evidenciado activa neurotransmisores de acción central, con efectos positivos, dependiendo de la respuesta inmune de la paciente y la agresividad del germen.

Podrían haber tenido alguna utilidad terapéutica el efecto analgésico de la antipirina, la eliminación de residuos tóxicos de los diaforéticos, la discreta broncodilatación y cardio estimulación de la teobromina.

Es probable que las limonadas medicadas u otros preparados, como los expectorantes, pudieran ayudar en la movilización de secreciones, con evidente efecto favorable para las pacientes. Sin embargo, el uso rutinario de purgantes y medicamentos diaforéticos pudiera haber sido perjudicial.

La solución Jaborandi, elaborada con *Pilocarpus jaborandi*, cuyo principal alcaloide es la pilocarpina, es un potente diaforético que podría haber eliminado agua y toxinas del organismo, y perjudicado la expulsión de secreciones del tracto respiratorio.

El uso de algunos medicamentos como adrenalina, digital, digitalina, escila, esparteína o los denominados tónicos, fueron utilizados en los casos más graves, con resultados negativos.

En diciembre de 1921 se registró la primera administración de oxígeno medicinal en el Servicio de Clínica de Mujeres del HSJD, sin que existan detalles de su administración.

Las pacientes con tuberculosis fueron derivadas a la sala Santa Clotilde para su tratamiento. No se conoce el tratamiento aplicado, excepto en un caso en que se administró Arrhenal, un compuesto arsenical, el metilarseniato de sosa, recomendado para esta enfermedad.

Se utilizó también medicamentos “panacea”, como el glicerofosfato de cal que se recomendaba para la tuberculosis, escrófula (sífilis), neurastenia, diabetes fosfatúrica, entre otras patologías.

¿Qué efecto podía tener en la resolución de una neumonía bacteriana la administración de diaforéticos, purgantes, antipirina, quinina, teobromina, pociones pectorales, ventosas u otros medicamentos o prácticas terapéuticas? Es una pregunta aparentemente fácil de responder en la actualidad. Sin embargo, a comienzos del siglo XX, sin el aporte de la antibioticoterapia, los medicamentos indicados eran la única esperanza.

Los pacientes que superaron las neumonías seguramente tuvieron problemas virales o la respuesta inmunitaria de su organismo consiguió superar la enfermedad.

CAPÍTULO IX

Enfermedades biliares, hepáticas, renales, cardíacas y urinarias

Son 67 pacientes con enfermedades de diferentes órganos. 48 afectaban al hígado, y eran obstructivos o infecciosos. Luego se presentan las patologías cardíacas con variados diagnósticos, con predominio de enfermedades valvulares, posiblemente secuelas de fiebre reumática de evolución natural, por la inexistencia de antibióticos. Las demás patologías son igualmente graves y potencialmente mortales por afectar órganos sensibles como los riñones. Su detalle en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Morbilidad por patologías hepáticas, cardíacas renales, endocrinas y urinarias. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925.

Patologías	Enfermedades	Nº pacientes
Hepáticas y biliares (48)	Calculosis biliar / cólico hepático	38
	Hepatitis	10
Cardíacas (12)	Insuficiencia mitral	5
	Estreches mitral	1
	Pericarditis	1
Renales (5)	Nefritis aguda o crónica / Mal de Bright;	5
	Insuficiencia renal.	
Endocrina (1)	Enfermedad de Addison	1
Urinaria (6)	Cistitis traumática	6

Las patologías hépato-biliares, tuvieron opciones clínicas o quirúrgicas de tratamiento. Las cardíacas, renales, y un caso de insuficiencia suprarrenal, no contaban con posibilidades de un tratamiento eficaz. Las cistitis tenían alguna opción terapéutica.

Patología biliar y hepática

En las salas del servicio de Clínica de Mujeres del HSJD (1920-1925), se registró un total de 48 pacientes con problemas hépato-biliares, de los cuales 38 correspondían, bajo diferentes denominaciones, a litiasis biliar. Los 10 pacientes adicionales tuvieron hepatitis.

Obstrucción de vías biliares

La ausencia de estandarización de los diagnósticos permitía la coexistencia de diferentes denominaciones para procesos patológicos similares. El más usado fue *cólico hepático*. En algunos casos se registró que fue provocado por presencia de helmintos, especialmente *Ascaris lumbricoides*. También hubo casos en los que el cólico hepático se relacionó con la presencia de segmentos de tenia, que fueron expulsados en la deposición. Seguramente aportaron la administración inicial y rutinaria de purgantes; los tratamientos realizados por los relatos de eliminación de lombrices; o por los reportes de los exámenes coproparasitarios.

En la mayoría de los casos no se registró el desenlace final de la paciente, aunque se señala que salió del hospital con el alta a pocos días de su ingreso. Existe constancia de algunas curaciones y del deceso de una de las pacientes. **Rosa María Endara**, de solo 18 años, cuyo caso se transcribe luego, presentó una colecistitis purulenta que acabó con su vida y fue confirmada por la necropsia.

La patología biliar obstructiva por cálculos biliares es muy frecuente en occidente, después de los 50 años de edad y especialmente en mujeres. En Estados Unidos, *la National Health*

and Nutrition Examination Survey (NHANES III) estableció que una mayor prevalencia se registra en mujeres latinoamericanas con 26.7%, luego en mujeres caucásicas no latinoamericanas con 16.6% y de 13.9% en mujeres afro estadounidenses. En varones, la prevalencia es de 8.9%, 8.6% y 5,3%, respectivamente. Factores culturales, como dietas ricas en calorías y en colesterol, y factores genéticos, son importantes en producción de las enfermedades de las vías biliares (Braunwald et al., 2015, p. 2076).

La frecuencia usual de los problemas obstructivos e inflamatorios de vías biliares se vio incrementada por la presencia de los áscaris, principalmente. Se llegó a diagnosticar *Cólico hepático ascaridiano*.

Es poco probable que las Tenias produzcan obstrucción al introducirse en las vías biliares como pueden hacerlo los áscaris. Salvo que las Tenias produzcan obstrucción por adherencia del parásito a la mucosa intestinal en el sitio de la ampolla de Vater, esto es, en la unión del conducto biliar y el conducto pancreático, vías para vaciar su contenido en el intestino delgado.

Características de las pacientes con patología de las vías biliares

La mayoría de pacientes fueron menores de 30 años. Tenían como ocupación principal quehaceres domésticos o eran cocineras. La mayoría, en un número limitado de datos, fueron catalogadas como mestizas. Residían principalmente en Quito y sus alrededores, aunque hubo también pacientes de otras provincias de la Sierra y 3 de Guayaquil. El promedio de estadía hospitalaria fue de 11 días “Tabla 2”.

Tabla 2. Características de las pacientes con patología de vías biliares. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

Edad		Ocupación		“Raza”		Procedencia		Estadía	
Nº de casos	Nº de casos	Nº de casos	Nº de casos	Nº de casos	Nº de casos	Nº de casos	Nº de casos	Nº de días	Nº de días
15 a 30	15	Cocinera	10	Mestiza	9	Quito y cercanías	21	Ran-go	2 a 47
31 a 50	14	QQDD	7	Blanca	7	Cotopaxi	4		
60	3	Costurera	2	Indígena	2	Imbabura	2		
70	1	Comerciante	2	Sin registro	20	Carchi	1		
Sin registro	5	Enfermera	1			Guayaquil	3		
		Otras	3			Sin registro	7	Pro-medio	11
		Sin registro	13						
Total	38	Total	38	Total	38	Total	38		

Gestaciones

En la mayoría de pacientes no se conoce el número de gestaciones. En 22 pacientes se registraron sus gestaciones, como se ve en la “Tabla 3”.

Tabla 3. Número de gestaciones en pacientes con obstrucción biliar. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

Nº de gestaciones	Nº de pacientes
1	2
2	2
3	3
4	2
5	3
6	1
7	1
8	1
12	1
Sin registro	22
Total	38

La multiparidad es significativa, hasta con 12 embarazos, aunque no se dispone en este grupo de un detalle completo.

Duración de la enfermedad

20 pacientes presentaron problemas biliares en forma aguda, con menos de un mes de duración: 16 menos de 15 días, de las cuales 8 presentaron síntomas hasta una semana antes del ingreso. Tres pacientes tuvieron sintomatología 52, 66 y 90 días antes de acudir al hospital. Una paciente tuvo 6 y otra, 9 años de problemas biliares.

Condición final

En 18 pacientes existe el desenlace final, luego de la hospitalización. En 6 pacientes se reportó curación. Tres recibieron el alta. Dos pacientes abandonaron el servicio, dos solicitaron el alta y una pidió *permiso por 5 días* sin que se conozca lo que sucedió posteriormente. Adicionalmente, una paciente *rechazó la cirugía* y una fue transferida al servicio de cirugía. Dos pacientes fallecieron. En 20 pacientes no se registró el resultado final de su hospitalización.

Enfermedades anteriores

Entre otras enfermedades anteriores, se registraron 10 pacientes con antecedentes de cólicos vesiculares o *cólicos hepáticos*, aunque también los definieron como *litiasis biliar*. Sarampión, en 7 pacientes. Tifoidea, en 5 casos. Paludismo, en 6 pacientes. Neumonía, en 5 enfermas. Disentería, en 5 pacientes. Convulsiones, en 2 pacientes. Se mencionaron también otras patologías, menos frecuentes, como reumatismo, sífilis, tuberculosis, viruelas, parasitosis intestinal, una fractura de fémur y del pie, así como un absceso hepático sufrido 30 años antes. La mayor parte de las patologías reportadas corresponden a problemas infecciosos relacionados con las condiciones de vida de las enfermas y de la sociedad.

Nombres de las pacientes con enfermedad biliar

Las pacientes con patología obstructiva e inflamatoria de vía biliares, fueron: Rosa Albán, María Albuja, María Araque de Salazar, Zoila Ayala, Adelaida Barreno, Margarita Buitrón, Juana Carrera, Mercedes Carrillo, Guadalupe Castorneto, Francisca Dávila, Clotilde Delgado, Rosa María Endara, Felisa Espinoza, María Isabel Estévez, Petrona Figueroa, Elvira García, Trinidad González, Teresa Guzmán, Celia Morhuicho, Domitila Morillo, Carmen A Pérez, Carmen Pérez, Sebastiana Proaño, Euselia Quilago, Clorinda Robayo, Marcelina Rodríguez, Carmen Romero de Serrano, Carmen Amelia Sánchez, Victoria Santander, Dolores

Silva, Ambrosia Traves, Zoila Tobar Esperanza Valarezo, Serafina Valverde, María Corazón Vélez, Rosa María Vinueza, Salomé Villagómez y María E. Vizcaino.

Historias Clínicas de las pacientes con enfermedad biliar

A continuación, exponemos varios casos de pacientes con patología biliar.

Guadalupe Castormeto (Curación). De 30 años de edad, raza blanca, ocupación planchadora, residente en Quito. Ingresó el 17 de marzo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 16 años. Tuvo 6 embarazos. Tiene 6 hijos vivos. Tuvo sarampión. En algunas ocasiones ha tenido cólicos hepáticos. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma hace un día empezando con un dolor muy agudo en la región de la vesícula biliar, vómitos, sed intensa y estreñimiento, cefalea intensa. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, decúbito supino, facies hepática. T° 37,4; pulso 80 x 1'; respiraciones 26 x 1'. Aparato Digestivo: Lengua saburral y seca. En el lugar de la vesícula presenta un dolor muy vivo, el cual se exagera con la presión, lo cual no permite palpación. Percusión el hígado: algo aumentado de volumen. Está constipada desde hace dos días y tiene mucha náusea. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Cólico hepático**. TRATAMIENTO: Morfina, aceite de oliva y glicerina 30 gr. Continuando por 3 días en dosis decrecientes el purgante oleoso. EVOLUCIÓN: La enferma mejora con el tratamiento. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 23 de marzo de 1920. Firma J.C.

Rosa María Endara (Falleció, se realizó autopsia). Paciente de 18 años, blanca, quehaceres domésticos, vive en Quito. Ingresó el 17 de mayo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo Grippe, trastornos gastrointestinales. Hace 6 meses tuvo un acceso de cólico hepático de mediana intensidad que duró solo un día. ENFERMEDAD ACTUAL: Son cinco días que se ha presentado un nuevo cólico, dolor intenso en la región de la vesícula, con propagación hacia el dorso, temperatura algo elevada, vómitos, estreñimiento, ictericia bastante notable, especialmente en las conjuntivas, sudores profusos, gran decaimiento, «amortiguamiento de los miembros inferiores». Orinas oscuras. Dolor intestinal, de un amargor que es insoportable para la enferma, constipación, anorexia, sed intensa. EXAMEN FÍSICO: Ingresa con el siguiente cuadro revelador: estado casi soporoso, facies angustiosa con las mejillas rosadas significando dolor, piel sudorosa y melosa. En la cama se halla recostada del lado derecho, las rodillas en flexión sobre el abdomen, la cabeza inclinada hacia adelante, respiración jadeante, disnea, labios ligeramente cianóticos. T 39°,3; Pulso acelerado, fuerte, 100 al minuto. Hígado: aún a la inspección se nota que la región vesicular se halla ligeramente levantada. El dolor, como dejamos dicho, está localizado en esta región desde donde se propaga a la espalda. Por la palpación se nota una vesícula grandemente aumentada de volumen, con los dedos se nota la fluctuación de una bolsa llena de líquido. El hígado, un poco distendido y no aumentado de volumen, ya que se toca su borde inferior, mientras que el superior se halla a nivel del 6to espacio. Ya hemos citado la ictericia marcada de los tegumentos y especialmente de las conjuntivas. Dependiente de esta ictericia se comprueba el signo de la xantopsia tan marcada que la enferma se queja por ello. Aparato Respiratorio: en perfecto estado. Aparato Circulatorio: aceleración del corazón y pulso, ligada a la temperatura. Aparato Nerviosos: Hay hiperestesia superficial del abdomen. Aparato Génito urinario. Orinas oscuras, densas. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de orina. **El examen de laboratorio indica la presencia de pigmentos y ácidos biliares**. Examen de heces: Deposición decolorada. DIAGNÓSTICO: **Cólico hepático**. TRATAMIENTO: Se impone los colagogos y evacuantes más el estado de la enferma no mejora. EVOLUCIÓN: La infección de las vías biliares es evidente, ya que la temperatura sube a 40°, el dolor es intenso, la postración extrema. Subsiste el color de las orinas y deposiciones. Lo mismo que los caracteres químicos. Transferencia: Con el diagnóstico de Angiolecistitis supurada se le traslada al servicio del Dr. Villavicencio Ponce para que sea operada. En él permanece 12 días sin que se haga ninguna intervención, la agravación de la enferma es evidente. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 13 de junio. **Autopsia**: Se encuentra la vesícula dilatada, llena de bilis mezclada con pus, poco espeso, pútrido. En el hígado hay inflamación y una multitud de abscesos miliares, por lo mismo se halla también infectado el conducto cístico y se comprueba el diagnóstico. Lamentablemente...

Marcelina Rodríguez (Curación). De 35 años de edad, raza mestiza, quehaceres domésticos, procedente de Guayaquil. Ingresó el 22 de diciembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: El primer cólico aparece cuando la enferma tenía 22 años. ENFERMEDAD ACTUAL: La enfermedad actual empieza con calosfríos intensos, malestar general, sin temperatura; dolor en la región hepática; palpación en la región de la vesícula, dolorosa. El dolor fue tratado con una inyección de morfina, con lo que cedió. LABORATORIO CLÍNICO: Examen coprológico: **presencia de numerosos huecos de «Ascaris lumbricoides»** DIAGNÓSTICO: **Cólico hepático de origen parasitario (Ascaris lumbricoides)**. TRATAMIENTO: Morfina inyectable. Santonina 0,1 g diarios, Calomel 0,10g diarios; Lactosa 1 g diario durante 3 días. EVOLUCIÓN: En el servicio presenta dolor lancinante de los miembros inferiores, dolor a la región hepática. **Luego del tratamiento antiparasitario arroja Ascaris**, entrando en un período de restablecimiento; desaparecen todos los signos del cólico hepático. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta sin registro de fecha.

Victoria Santander (No se registró su condición final). Pacientes de 50 años, mestiza, residente en Quito. Ingresó el 10 de abril de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Desde esta edad y coincidiendo con el primer día de regla, sufre un ataque caracterizado por un grito a la caída, convulsiones y después coma. Estos ataques se han repetido desde entonces con bastante frecuencia. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace 2 días empezando con malestar general y un dolor muy fuerte en la región de la vesícula biliar. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado desmejorado, facies anémica, T°37,6; Pulso 100 x1'; Respiraciones '24 x 1'. Aparato Digesti-

vo: Lengua saburral, dolores abdominales muy fuertes, sobre todo en la región de la vesícula biliar, anorexia. Aparato Nervioso: Cefalea intensa. A los dos días de ingresada a este servicio le da un ataque epiléptico. DIAGNÓSTICO: **Cólico hepático, epiléptica, helmintiasis**. EVOLUCIÓN: La enferma empeora sobre todo en el síntoma del dolor abdominal y **arroja un segmento de tenia**. No hay más información.

Carmen Romero de Serrano (Falleció) Edad 36 años, blanca, ocupación quehaceres domésticos, procedente de Pujilí. Ingresó el 29 de septiembre de 1922. Gesta 5, un hijo vivo y 4 hijos muertos. ENFERMEDAD ACTUAL: Tuvo sintomatología de cólico hepático desde 15 días antes de ingresar al hospital. DIAGNÓSTICO: **Litiasis biliar**. EVOLUCIÓN: Inicialmente, mejoró con el tratamiento aplicado en el hospital, aunque el dolor es muy agudo y la ictericia intensa y generalizada. Mejoró hasta el 11 de octubre en que tiene un nuevo cólico con fuerte ictericia y elevación de la temperatura, postración general, no mejora. TRATAMIENTO: Morfina, éter amil valerianico, aceite de glicerina y demás colagogos. Suero y aceite alcanforado en inyecciones. Digitalina V gotas diarias y teobromina. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 13 de octubre de 1922.

Celia Morhuicho (Curación) Paciente de 19 años de edad, mestiza, quehaceres domésticos, residente en Quito. Ingresó el 6 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. Ha tenido tifoidea a los 17 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 24 horas presenta dolor en la región hepática, con irradiación al epigastrio y al miembro superior derecho. Vómitos biliosos. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo bueno, decúbito lateral derecho, flexión de las extremidades inferiores. Facies ligeramente icterica. T° 36; pulso 100; respiraciones 28. Aparato Digestivo: Lengua saburral, anorexia, vómito bilioso. Hígado sensible a la palpación, vesícula biliar dolorosa. Aparato Nervioso: cefalalgia, agitación. Aparato urinario: orina cargada. **Gmelin positivo**⁵. DIAGNÓSTICO: Litiasis biliar, cólico hepático. EVOLUCIÓN: La enferma **arroja una ascáride en el vómito, en dos ocasiones**, por los que el tratamiento se orienta en este sentido. TRATAMIENTO: Morfina 0,01; inyección de Heroína 0,001 ct. j. Santonina. Por 3 días seguidos, luego de la expulsión de las ascárides. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 15 de febrero de 1920. Firma: Ordóñez G.

Euselia Quilago (Curación). De 45 años, raza indígena, quehaceres domésticos, procedente de Pomasqui. Ingresó el 2 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. Ha tenido 8 embarazos, 4 hijos vivos y 4 hijos muertos. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 9 días antes del ingreso presenta dolores epigástricos paroxísticos con irradiaciones abdominales. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, estado nutritivo satisfactorio, decúbito indiferente. T° 36,8; Pulso 70 X 1'; Respiraciones 20 X 1'. Aparato Digestivo: Dolor epigástrico intenso, que se presenta por crisis, las que no tienen ninguna relación con el tiempo de las comidas. Irradiaciones abdominales. El punto máximo de dolor se encuentra en un punto equidistante entre el apéndice xifoides y el ombligo. Náuseas, pero casi nunca se presenta el vómito. Ligera constipación. Resto normal. DIAGNÓSTICO: Litiasis biliar, Teniasis. TRATAMIENTO: Extracto etéreo de Helecho macho. EVOLUCIÓN: **Arrojó una taenia incompleta luego de recibir el tratamiento**. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 13 de febrero de 1920.

Esperanza Valarezo (Curación) Paciente de 15 años de edad, procedente de Guayaquil. Ingresó el 1 de marzo de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo sarampión, paludismo varias veces en la costa. Luego vivió 4 años en la provincia de León, donde tuvo un acceso de paludismo que fue tratado con inyecciones de quinina y curó. ENFERMEDAD ACTUAL: Tres días antes del ingreso al Hospital presentó dolor en la región epigástrica, sin localización fija, además ha tenido vómitos amarillo-verdosos, mezclados con materias alimenticias, inmediatamente después de las comidas. Estos vómitos iban acompañados de dolor que no desaparecía después de los vómitos. Interrogada la causa de estos vómitos y dolor se descubrió que **había arrojado ascárides**, entonces me condujo a un diagnóstico fijo. EXAMEN FÍSICO: Hígado doloroso a la percusión, más en la región de la vesícula biliar, hígado aumentado de volumen. Bazo: algo hipertrofiado. Aparato Circulatorio: Pulso algo acelerado, 85 pulsaciones por minuto. Corazón normal. Aparato Respiratorio: normal. Aparato Renal: orinas oscuras y albuminosas. DIAGNÓSTICO: **Cólico hepático ascaridiano**. TRATAMIENTO: Santonina 0,10 centigramos durante 3 días. Al cuarto días 40 gramos de aceite de Ricino. Evolución; Favorable. «La enferma quedó completamente curada». CONDICIÓN FINAL: Alta el 6 de marzo de 1921. Firma: L Salvador Larrea.

Teresa Guzmán (Curación). Paciente de 48 años de edad, lavandera, de Quito. Ingresó el 23 de febrero de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Tiene un hijo, vivo. Ha vivido en Guayaquil y ha tenido frecuentes disenterías. Hace 4 años vive en Quito, donde también ha tenido una vez disentería. Paludismo en Guayaquil. Desde hace 6 años varios episodios de reumatismo articular agudo. A consecuencia del parto de su único hijo, se produjo prolapsos de útero que fue operada 7 años después del parto. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 días, malestar, náuseas, cefalalgia. Se acostó. A la noche sintió un dolor intenso en el punto vesicular, que le atravesaba hasta la espalda, vómitos abundantes y disnea. Estos síntomas le duraron toda la noche, los vómitos eran intermitentes. EXAMEN FÍSICO: El punto vesicular estaba excesivamente doloroso y evitaba todo movimiento o roce que pudiera despertarlo. Aparato Digestivo: Lengua saburral,

5 **Prueba de Gmelin:** prueba química que se utiliza para detectar la presencia de pigmentos biliares en la orina. Lleva el nombre de Leopold Gmelin, quien introdujo la prueba. Se agregan lentamente cinco mililitros de orina a cinco mililitros de ácido nítrico concentrado en un tubo de ensayo. Los anillos de diferentes colores entre las dos capas son visibles si hay pigmentos biliares presentes, ya que se oxidan a varios productos químicos. El ácido nítrico se utiliza como agente oxidante. Se ven anillos azules, verdes y violetas si hay bilirrubina. La prueba de Gmelin no es sensible, por lo que un resultado positivo siempre indica la presencia de pigmentos biliares, pero un resultado negativo no excluye la presencia de pequeñas cantidades de pigmentos biliares ("Prueba de Gmelin", 2021 en https://es.wikipedia.org/wiki/Prueba_de_Gmelin).

anorexia, náusea y ligera diarrea. **Ha arrojado ascárides**. El punto doloroso vesicular prosigue, pero con pequeña intensidad. La propagación a la espalda ha desaparecido. El abdomen se encuentra deprimido, no hay defensa muscular. Hígado normal, Bazo normal. Aparato Circulatorio: Pulso frecuente, fuerte y regular. Corazón: aceleración de las contracciones y ligero eretismo. Aparato Urinario: Orinas cargadas de color y disminuidas de volumen. DIAGNÓSTICO: **Cólico hepático de origen ascárido**. TRATAMIENTO: Éter amil-valeriánico, glicerina y aceite de olivas. Extracto etéreo de helecho macho, con el cual arrojó las ascárides. EVOLUCIÓN: Favorable. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 1 de marzo de 1921. Firma: V. Paredes Borja.

Domitila Morillo (Traslado al Servicio de Cirugía). Tiene 60 años de edad, ocupación hotelera, residente en Quito. Ingresó el 2 de diciembre de 1921. A.P. Reglada de los 14 años. Ha tenido 7 embarazos, de ellos, un aborto, 2 hijos vivos y 4 muertos. Ha tenido 3 cólicos hepáticos, fiebre, calambres continuos en los miembros. Fracturas del fémur y del pie. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace un mes presenta dolor en epigastrio con propagación a las falsas costillas, sensación de contracción en el abdomen, estreñimiento, algunos calofríos. EXAMEN FÍSICO: T°: 36, pulso 78, respiraciones 28 al minuto. Facies normal, desnutrida. Lengua y cavidad bucal normales. Hígado: a la palpación, dolor en el punto vesicular. Los demás aparatos normales. DIAGNÓSTICO: **Litiasis biliar. Cólico hepático**. TRATAMIENTO: Éter arril-valeriánico, aceite de olivas y glicerina. EVOLUCIÓN: Mejora algo con el tratamiento y es conducida al Servicio de Cirugía. CONDICIÓN FINAL: Traslado a Cirugía el 5 de diciembre de 1920.

Diagnóstico de la patología biliar

El diagnóstico de los problemas biliares en el HSJD (1920-192) fue clínico. Con bastante certeza se diagnosticaron los problemas más frecuentes y sus complicaciones, como en el caso de la paciente **Rosa María Endara**, quien fue diagnosticada y transferida a cirugía doce días antes de su deceso. En los demás casos, el diagnóstico clínico permitió el tratamiento y la recuperación de las pacientes. En medio de las limitadas circunstancias del ejercicio profesional de aquella época, en el HSJD se lograron solucionar, ya sea clínica o quirúrgicamente, la mayoría de estos casos.

Los diferentes medios de diagnóstico, ampliamente disponibles desde mediados del siglo XX, han asegurado una mayor certeza en el diagnóstico de los problemas de vesícula y vías biliares. La **radiografía simple de abdomen**, aún tiene vigencia para detectar cálculos biliares ricos en calcio que son radiopacos; la **ecografía de la vesícula** es un método muy exacto para el diagnóstico de coledocistitis y ha sustituido a la colecistografía oral y los **radiofármacos** del tipo de los ácidos iminodiacéticos N-conjugados (HIDA, DIDA, DISIDA, etc.) marcados con ^{99m}Tc son otra opción para el diagnóstico de estas patologías (Braunwald et al., 2015, pp. 2078-2079).

Tratamiento para el “cólico hepático”

El tratamiento empleado más frecuentemente en el HSJD (1920-1925) consistía en la administración de aceite de oliva, glicerina 30 gr y colagogos. Esta combinación era frecuentemente acompañada por la administración de 1 a 3 días de un purgante oleoso como el aceite de ricino, en dosis decrecientes. En algunos casos se recurrió al uso de morfina y de heroína. *Morfina 0,01*; inyección de *Heroína 0,001 ct. j.* Se utilizó como analgésico, éter arril-valeriánico. Se menciona el uso de analgésicos no narcóticos. En un caso consta la administración de antipirina, analgésico y antipirético, en la siguiente preparación magistral: “Agua h 300 gr. Antipirina 0,50 ctg. Bromuro de sodio 4 gr. Esto repetido por 4 días”.

Santonina

Se recurrió a la santonina o tomillo blanco como antiparasitario para helmintos, especialmente para áscaris. Santonina 0,10 centigramos durante 3 días. Al cuarto días 40 gramos de aceite de Ricino. En uno de los casos se indica la evolución favorable: *La enferma quedó completamente curada*. En la página 283 del volumen I se describen las características de la santonina.

Extracto etéreo del helecho macho

Se administró extracto etéreo del helecho macho para el tratamiento de infestaciones por Tenia. En un caso la administración de helecho macho consiguió la eliminación de un áscari. La descripción de este producto se encuentra en la página 342 del volumen I.

Morfina y otros fármacos

En un caso, se prescribió Morfina inyectable. En un caso, seguramente por necesidades particulares no especificadas, consta la administración de lactosa y urotropina. Esta última se la utilizaba en infecciones de vías urinarias.

Transferencia a cirugía

Rosa María Endara, de 18 años de edad, permaneció 24 días en el hospital, los últimos 12 de ellos en el servicio de Cirugía y lamentablemente, falleció. La autopsia estableció que fue una “Angiocolocistitis supurada”. No fue operada, seguramente por la mortalidad asociada al procedimiento en la condición de la paciente. También fue transferida a Cirugía la paciente **Domitila Morillo**, quien recibió un tratamiento inicial en el servicio de Clínica, donde mejoró su condición y luego fue referida al servicio de Cirugía.

Ascariasis y obstrucción biliar

En una paciente, **Marcelina Rodríguez**, de 35 años, procedente de Guayaquil, presentó en el “Examen coprológico: presencia de numerosos huevos de “*Ascaris lumbricoides*”. En varios casos, se diagnosticó “Cólico hepático de origen ascariídico” y frecuentemente luego del tratamiento las pacientes eliminaban áscaris, generalmente en la deposición y en un caso en el vómito. Fue muy frecuente, la asociación obstrucción de vía biliares e inflamación vesicular por ascariasis.

Teniasis y patología biliar

En otro caso, la evidencia de parasitosis se relata así: “La enferma empeora sobre todo en el síntoma del dolor abdominal y arroja un segmento de taenia”. No fue el único caso en que una paciente eliminó segmentos de taenia. Esto sucedía, generalmente, luego de la administración de extracto etéreo del helecho macho. Estos casos constituyen una evidencia de la salubridad de la época.

Conclusiones

La patología obstructiva de vías biliares, relativamente frecuente, tiene relación con factores de cultura alimentaria y general, de estructura genética de la población y frecuentemente dependía de las condiciones de salubridad del medio.

La presencia de *Ascaris lumbricoides*, en los casos obstructivos de vías biliares, fue casi una constante. Ocasionalmente, hubo asociación con teniasis.

Esta patología afectó a pacientes de 15 a 70 años de edad, con mayor concentración en mujeres de 15 a 30 años.

Con los datos disponibles no es posible afirmar determinada prevalencia en función de la “raza”.

La mayor parte de mujeres realizaban tareas de la casa, provenían principalmente de Quito y de sus poblaciones cercanas. Además, hubo pacientes de provincias cercanas de la Sierra y 3 pacientes de Guayaquil.

En las pacientes en las que se registró su historia gestacional, se constató una significativa multiparidad que alcanzó hasta 12 gestas.

La mayoría de problemas fueron agudos, aunque hubo unas pocas enfermas con molestias de larga duración, por varios meses e incluso años.

La hospitalización duró en la mayor parte de casos entre 1 y 2 semanas. En menos de la mitad de los casos se pudo determinar su permanencia, por tanto, no son datos representativos.

No se explicitó la condición final de la mayoría de pacientes. Dos pacientes fallecieron.

Las enfermedades anteriores sufridas por este grupo de pacientes, incluye patología de vías biliares y otras infecciosas como tifoidea, paludismo, neumonía, disentería, otras infecciosas y una traumática. Casi todas ellas relacionadas con las condiciones de vida, en consecuencia, con los determinantes sociales de las enfermedades.

El diagnóstico fue totalmente clínico.

Muchos de los tratamientos realizados fueron, al parecer, efectivos. El uso de aceite de oliva, glicerina 30 g y colagogos fue el preferido. Se asoció analgésicos como morfina y antipirina.

Fue frecuente el uso de santonina y extracto etéreo de helecho macho.

Las características de esta patología en las pacientes del HSJD (1920-1925) reflejan claramente la presencia de determinantes sociales responsables de estos problemas.

Hepatitis

El diagnóstico de hepatitis se presentó en 10 pacientes. Este diagnóstico se aplicaba a la infección hepática producida por *Entamoeba histolítica*. Algunos casos posiblemente serían de hepatitis viral aguda o de toxicidad crónica por alcoholismo. El tratamiento con emetina fue el preferido, posiblemente por la frecuencia de la asociación hepatitis-amebiasis, o porque no se disponía de conocimientos sobre otras etiologías, como las virales, y porque no existía un tratamiento alternativo a la emetina. La mitad de las pacientes con diagnóstico de hepatitis recibió emetina.

En la actualidad, casi todos los casos de hepatitis viral aguda son causados por uno de estos cinco microorganismos virales: virus de la hepatitis A (HAV, hepatitis A virus), virus de la hepatitis B (HBV, hepatitis B virus), virus de la hepatitis C (HCV, hepatitis C virus), microorganismo delta asociado al HBV o virus de la hepatitis D (HDV, hepatitis D virus) y virus de la hepatitis E (HEV, hepatitis E virus). Todos estos virus de hepatitis humana son virus con RNA, salvo el de hepatitis B, que tiene DNA, pero se replica igual que un retrovirus. Aunque se caracterizan por sus propiedades antigénicas y moleculares, producen enfermedades similares. Desde la enfermedad asintomática que pasa inadvertida, hasta la infección aguda fulminante y letal en todos los tipos y, por otra, entre las infecciones persistentes sub clínicas y la hepatopatía crónica que progresa con rapidez, con cirrosis e incluso carcinoma hepatocelular, frecuente en los tipos transmitidos por vía hematológica (HBV, HCV y HDV) (Braunwald et al., 2015, pp. 2004-2010).

En la mayoría de los casos no se registró el resultado final de la enfermedad. En pocos casos se establece que la paciente se recuperó y recibió el alta. En un caso se registra el deceso de la paciente.

Características de las pacientes con diagnóstico de hepatitis

A continuación, se resumen las características de las 10 pacientes con hepatitis, en la “Tabla 4”.

Tabla 4. Características de las pacientes con hepatitis. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

Edad (años) /		Ocupación /		"Raza" /		Procedencia /		Estadía /	
N° de casos		N° de casos		N° de casos		N° de casos		N° de días	
18 y 22	2	Cocinera	5	Mestiza	4	Quito y cercanías	10	Rango	5 a 33
28 y 29	2	QQDD	1	Indígena	3				
32 y 37	2	Costurera	1	Blanca	1				
40 y 46	2	Agricultora	1	Sin registro	2				
50 y 55	2	Comerciante	1					Promedio	31,8
Sin registro: edad y ocupación			1						
Total	10	Total	10	Total	10	Total	10		

Manifestaciones clínicas

En varios casos hubo ictericia y en uno acolia. En todos los casos, excepto uno, se estableció la presencia de hepatomegalia. Algunos casos presentaron manifestaciones más cercanas a problemas de las vías biliares, como náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio derecho. El diagnóstico de hepatitis en las condiciones de la época era significativamente complejo tanto por la limitación de los conocimientos como por la ausencia de exámenes complementarios.

Tratamiento

No en todas las pacientes se dispone del tratamiento en detalle. Se conoce que 4 enfermas recibieron emetina 0,04 por 4 dosis y sulfatos a dosis decrecientes. En un caso se administró sulfatos. En otro, además, se administró calomelanos. En dos de las pacientes que recibieron emetina, también se administraron Sales de Bourget. En cuatro de las pacientes no se registró el tratamiento administrado. Es significativo el caso de **Luz M. Hernández**, de 18 años de edad, quien se encontraba en gestación de su primer embarazo. Se estableció, según el diagnóstico, que estaba en el sexto mes de embarazo y recibió emetina, sulfatos y sales de Bourget.

Emetina

La descripción y características farmacológicas de la emetina se encuentran descritas en el primer volumen, en la página 110 y también en el presente volumen. No existe una descripción actualizada de la embriotoxicidad y teratogenicidad de la emetina. La información existente menciona la contraindicación de su administración durante el embarazo, sin más detalles.

Sales de Bourget

Estas sales contienen sales sulfatadas, fosfatadas y bicarbonatadas. Ejerce una triple acción: laxante suave, antiácida y colagoga. Fórmula centesimal: Sulfato magnésico desecado: 0,99 g.; Sulfato sódico anhidro: 3,15 g.; Fosfato disódico anhidro: 8,28 g.; Bicarbonato sódico: 12,66 g.; Sacarina: 0,05 g. Otros excipientes: ácido tartárico, bicarbonato sódico, carbonato sódico y esencia de limón. Se contraindica en hipertensión e insuficiencia cardíaca (Laboratorios ERN, 2020).

Condición final

No fue posible conocer la condición final de todas las pacientes. De las diez enfermas con diagnóstico de hepatitis, en 3 casos se registra expresamente su curación. En una consta su

traslado a la sala Santa Rosa, sala de cirugía. En un caso se conoce que la paciente **Asunción Andrade** de 55 años, cocinera, residente en Quito, falleció luego de 47 días de hospitalización.

Nombres de las pacientes con hepatitis

Asunción Andrade, Carmen Centena, Ana María Díaz, Margarita Durán, Eloísa Enríquez, Carmen Herrera, Luz M. Hernández, Ángela Tufiño, Juana Vargas y Carmen Valencia.

Historias clínicas de las pacientes con hepatitis

A continuación, se transcriben los registros de algunos casos de hepatitis.

Ana María Díaz (Curación). Agricultora de 37 años de edad, procedente de Cumbayá. Ingresó el 13 de enero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 4 días presenta dolor en el hipocondrio derecho con irradiación al abdomen y al miembro superior derecho. Calenturas en la noche. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, facies hepática, T° 37,2, pulso 90 x minuto. Aparato Digestivo: lengua saburral, anorexia y deposiciones diarreas que alternan con períodos de constipación. Hígado doloroso y grande. El borde inferior se lo palpa a 2 traveses de dedo del reborde costal. Por arriba avanza hasta la 5ta costilla. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Hepatitis**. TRATAMIENTO: Emetina 0,04 por 4 dosis y sulfatos a dosis decrecientes. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 22 de enero de 1920.

Ángela Tufiño (Curación). Paciente de 46 años, quehaceres domésticos, residente en Quito, ingresó el 16 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Primera regla a los 13 años. Ha tenido 7 embarazos. Tiene 7 hijos vivos. Tuvo viruela. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde el 24 de septiembre de 1919, vómitos frecuentes, dolores del hombro derecho y de la espalda, sudores nocturnos y escalofríos. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, estado nutritivo satisfactorio. Decúbito indiferente, facies icterica. T° 37,8; Respiraciones 28, Pulso 100 por minuto. Aparato Digestivo: lengua saburral, resquebrajada. Estómago doloroso a la presión, intestinos normales. Hígado doloroso e hipertrofiado, va desde la tetilla (5ta costilla); en el diámetro axilar sobrepasa un poco la costilla señalada. Piel y mucosas ictericas. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Hepatitis**. TRATAMIENTO: Emetina 0,04 por 4 dosis y sulfatos a dosis decrecientes. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 26 de enero de 1920.

Asunción Andrade (Falleció). De 55 años de edad, raza indígena, cocinera. Vive en Quito. Ingresó el 17 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Tuvo sarampión, pneumonía, hepatitis. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 5 meses presenta dolores en la región hepática, irradiado al hombro y al epigastrio. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, facies anémica, piel con manchas. Decúbito dorsal, T° 37°; Pulso 90 por minuto; Respiraciones 25 por minuto. Aparato Digestivo: lengua saburral, seca, bordes rojos, anorexia. Hígado grande, se lo palpa perfectamente a dos traveses de dedo del reborde costal, doloroso. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Hepatitis; Tuberculosis**. Después la enferma presenta todos los síntomas de la tuberculosis. TRATAMIENTO: Adrenalina XV gotas; Emetina 6 dosis de 0,04; Extracto potásico de Kola XXX gotas; Emetina 3 dosis más; Lavado purgante. Solución de Bourget; Morfina 0,04 por 8 dosis en días sucesivos previos a la defunción. CONDICIÓN FINAL: Falleció el 4 de abril de 1920 (Permaneció 47 días en el Servicio).

Luz M. Hernández (curación). Paciente de 18 años. Raza mestiza. Ocupación comerciante. Residente en Chillogallo. Ingresó el 31 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Primera regla a los 14 años. Se encuentra en gestación de su primer embarazo. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 meses presenta anorexia, náuseas, constipación, digestiones difíciles y dolor en la región hepática. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo bueno, decúbito indiferente, facies icterica. T° 36,5; pulso 75 por minuto; Respiraciones 18 por minuto. Aparato Digestivo: lengua saburral. Anorexia, náusea, constipación, dolor en la región hepática, con irradiación al hombro y miembro superior derechos. Hígado aumentado de volumen, doloroso a la palpación. Avanza arriba hasta el 5to espacio intercostal, debajo del reborde costal se lo palpa perfectamente. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Hepatitis. Embarazo de 6 meses**. TRATAMIENTO: Emetina 6 dosis de 0,04 g. Sulfatos, Bourget. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 9 de febrero de 1920.

Carmen Herrera (Curación). Tiene 50 años de edad, raza blanca, costurera, residente en Quito. Ingresó el 24 de abril de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Disentería hace 4 años, neumonía, gripe, colerines a repetición. ENFERMEDAD ACTUAL: Se inició hace 10 días con malestar general, temperatura, sudores, escalofríos, dolores del hombro derecho con irradiación hacia el dorso y luego en el hígado. Al propio tiempo anorexia, legua saburrosa, constipación. EXAMEN FÍSICO: Tiene el hígado aumentado de volumen más hacia su borde superior que el inferior, pues no se le puede tocar, doloroso espontáneamente. El dolor aumenta por la palpación y percusión. El aumento de volumen no es tan notable que se traduzca por un abombamiento de la región del hipocondrio. Insomnio, dolores intestinales poco intensos, deposiciones normales. Aparato Nervioso: Tiene un temperamento sensible que le hace exagerar los

síntomas de su afección. Resto normal. **DIAGNÓSTICO: Hepatitis por Disentería Crónica.** TRATAMIENTO: Se le somete a los sulfatos y calomelanos, inyecciones de emetina. Evolución: Pronto (luego del tratamiento) disminuye el dolor e inflamación hepáticas, desaparece la calentura y malestar general. **CONDICIÓN FINAL:** Curación. Alta 14 de mayo de 1920.

Carmen Valencia (Mejor. Pasa a la Sala Santa Rosa) De 29 años de edad, raza mestiza, cocinera, procedente de San Antonio de Pomasqui. Ingresó el 8 de junio de 1920. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Reglada a los 13 años. Ha tenido dos embarazos y 2 abortos. Dice que tiene temperamento nervioso. Ha tenido sarampión, disentería, nefritis aguda (a juzgar por los datos de la enferma) y paludismo. A los 17 años ha tenido primero una ulceración y luego vegetaciones condilomatosas en la vulva, que seguramente fueron sífilíticas, ya que posteriormente ha tenido dos abortos, ni un solo parto. Dolores de la garganta, roséola, anemia. Cefaleas intensas. Gripe, gastroenteritis y disentería hace 2 años. Desde hace 6 años su fondo nervioso se ha ido intensificando, presentando accesos de naturaleza histérica que se han atendido en este servicio. Hace un año y medio sufre un flujo blanco por la vagina y desde hace algunos meses siente en la región del útero dolores intensos. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Comenzó hace 10 días con dolores en el hipocondrio derecho, así como en el hombro derecho, amortiguamiento del brazo del mismo lado. Anoche ha tenido un ataque de forma colérica: diarrea, vómito persistente, gastralgias y enteralgias. Se ha exacerbado el dolor hepático. **EXAMEN FÍSICO:** Estado nutritivo desmejorado, facies anémica. Presenta en la ceja izquierda una placa alopecica, de color blanco como de vitiligo. Aparato Digestivo: Anorexia, lengua saburral, boca amarga, gastro enteralgia, diarrea amarilla, casi líquida, sin sangre. Hígado: muy doloroso especialmente a la percusión. La percusión permite percibir su borde inferior que rebasa unos 3 dedos del costal. Superior está más bien bajo. Dolor poco intenso del hombro derecho. Bazo no se palpa ni se percibe por la percusión. Sistema Nervioso: Hemos anotado los antecedentes histéricos. Es una enferma impresionable, que llora a poco que se reviva sus sensaciones dolorosas. Aparato Génito Urinario: Llama especialmente la atención, en los grandes labios, cicatrices de condilomas. Presenta igualmente una induración como de una bartolinitis, la mucosa vaginal está erosionada, llena de grietas. Útero: normal en su posición, bastante doloroso espontáneamente, lo que aumenta al examen. Micción produce escozor uretral. Ovarios hipersensibles. **DIAGNÓSTICO: Hepatitis, sífilis, blenorragia.** **CONDICIÓN FINAL:** Cura de su hepatitis en 10 días y pasa al servicio de Santa Rosa para examen. Pasa a Santa Rosa. Firma: Abel Almeida.

Conclusiones

Diez pacientes tuvieron diagnóstico de hepatitis, la mayoría relacionados con la infección hepática producida por *Entamoeba histolítica*.

Algunos casos posiblemente serían de hepatitis viral aguda o de toxicidad crónica por alcoholismo.

El tratamiento con emetina fue el preferido, posiblemente por la frecuencia de la asociación hepatitis-amebiasis, o no se disponía de conocimientos sobre otras etiologías, como las virales, y porque no existía un tratamiento alternativo a la emetina.

La mitad de las pacientes con diagnóstico de hepatitis recibió emetina.

De las diez enfermas con diagnóstico de hepatitis, en 3 casos se registra expresamente su curación. En una consta su traslado a la sala Santa Rosa, sala de cirugía. Una paciente de 55 años de edad falleció luego de 47 días de hospitalización.

Patología renal

La patología renal prevalente fue nefritis con ocho casos, tres de los cuales fallecieron en el Hospital. De acuerdo con Braunwald et al. (2015):

Se conocen muchas formas de glomerulopatías cuya patogenia depende en forma variable de la presencia de mutaciones genéticas, infecciones, exposición a toxinas, autoinmunidad, aterosclerosis, hipertensión, embolias, trombosis o diabetes mellitus. Sin embargo, incluso después de estudios cuidadosos, a menudo se desconoce la causa y por ello la lesión recibe el nombre de idiopática.

Según el National Center for Health Statistics y las Estadísticas Nacionales del Reino Unido, entre las diez primeras causas de muerte en Estados Unidos y Reino Unido en el año 2010 se encuentran las nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis. En Estados Unidos, durante 2010 murieron 50.476 personas (2% del total) por nefrosis y en Reino Unido fallecieron 4.102

personas (0,8 % del total) por la misma causa. En los Estados Unidos, la mayoría de fallecidos tenía ≥ 65 años de edad. (p. 56)

Características de las pacientes con nefritis

De las 8 pacientes con diversos tipos de nefritis, 6 tuvieron más de 50 años. Sus oficios eran de casa en la mitad de los casos. No se dio importancia a la clasificación racial. La mayoría de pacientes eran de Quito. El promedio de permanencia intrahospitalaria fue de 31,8 días. Los datos generales de estas pacientes se presentan en la “Tabla 5”.

Tabla 5. Características de las pacientes con nefritis. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

Edad /		Ocupación /		“Raza” /		Procedencia		Estadía /	
N° de casos		N° de casos		N° de casos		N° de casos		N° de días	
23	1	QQDD	3	Mestiza	4	Quito	5		
24	1	Lavandera	1	Indígena	2	Lata- cunga	1		
54	1	Cargadora	1	Blanca	1	Sin regis- tro	2	Rango	2 a 73
55	1	Sin registro	3	Sin regis- tro	1				
60	3								
70	1							Prome- dio	31,8
Total	8	Total	8	Total	8	Total	8		

Diagnósticos

Entre 1920 y 1925, los conocimientos sobre la función renal y las nefropatías eran limitados. Los diagnósticos fueron clínicos. En pocos casos se realizaron exámenes de orina, con datos limitados. Se registraron los siguientes diagnósticos:

- **Mal de Bright, forma hidrogena. ¿Retención clorurada? Dilatación del corazón derecho e insuficiencia tricúspide funcional.** Este diagnóstico clínico se apoyaba además en un examen de orina del 15 de mayo de 1920 con el siguiente reporte: “Cloruros 146 gramos por litro; Urea 10,30 gramos por litro. Albúmina gran cantidad, el examen microscópico no se puede hacer por falta de laminillas”.
- **Mal de Bright** con un examen complementario de orina que reportó: “Orina escasa, pequeña proporción de albúmina. No hay azúcar”. Falleció.
- **Nefritis intersticial aguda** con la sintomatología y el “Examen de orina: El laboratorio indica un grueso disco de albúmina y 3,39 de cloruros”.
- **Nefritis aguda** definida por la clínica: “Desde hace 3 días dolor abdominal, edema de la cara, orina abundante y muy cargada. Aparato urinario: Orina abundante, deja por el reposo abundante sedimento. La coloración es rojo vinoso. Extremidades: edemas fugaces”.
- **Nefritis crónica** basada en la sintomatología: “Desde dos semanas antes del ingreso presenta fatiga, tos, palpitaciones, edema de los maléolos”. Falleció.
- **Nefritis.** En este caso se registró la presión arterial: “T.A. máxima: 15, mínima: 12’5”. Además, otras manifestaciones clínicas: “El edema es completamente generalizado, hay un ligero derrame peritoneal”. Falleció.
- **Nefritis mixta: albuminúrica, hipertensiva y azotémica** con registro de hipertensión: “Tensión aumentada: Máxima 20; mínima 10; diferencial 10”, sintomatología clínica “edema de los pies y de las piernas” y un Examen de Orina: “Las orinas presentan un color encendido. Disco medio de albúmina; 5gr. 49 de cloruros por litro; vestigios normales de azúcar; 22 gr. 68 de urea por litro. Al examen microscópico se encuentran muchas

células epiteliales de la vejiga, pocas células renales y algunos glóbulos blancos. Respecto a la cantidad de cloruros debo anotar que la enferma ha estado sometida a dieta láctea el día anterior al examen de orinas”.

Tratamiento

Se registró el tratamiento administrado únicamente en tres casos, que fueron tratados en la siguiente forma:

- Aguardiente alemán y teobromina. Adrenalina XV. Digitalina: V, V, X, X. Diuretina 0,25; 0,50; 0,75; 1; =,75; 0,50; 0,25; Lactato de estroncio; Revulsivos; Lactosa 50 gramos, Esparteína 0,03 gramos. Limonada Roger. Protocloruro de calcio 1; Sulfato de sodio 30 g y sulfato de magnesio 15 gm. Agua lactosada.
- Aguardiente alemán y diuréticos. Adrenalina XV. Digitalina: V, VIII, X. Estricnina 0,010 pcc. Falleció.
- Esparteína, Digitalina gotas, Lactato de estroncio, Diuretina y cafeína. Falleció.

Nombres de las pacientes con nefritis

Sus nombres fueron: María Burbano, Encarnación Cevallos, María Carmen Chicaiza, Mariana Cruz, María Trinidad Enríquez, Zoila Gallardo, Rosario Lisana y Josefina Yánez.

Historias Clínicas de las pacientes con nefritis

Los registros de las pacientes con nefritis no fueron completados debidamente. Sin embargo, permitieron disponer de una panorámica del abordaje clínico y manejo de estos casos.

María Trinidad Enríquez (Falleció). Paciente de 60 años de edad, mestiza, residente en Quito. Ingresó el 24 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: En la infancia tuvo una oftalmía purulenta doble que le dejó completamente ciega. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde dos semanas antes del ingreso presenta fatiga, tos, palpitaciones, edema de los maléolos. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito indiferente, T° 36,5. Respiratorio: estertores de gruesas burbujas en la base del pulmón izquierdo. Tos, expectoración mucosa. Aparato Circulatorio: la punta late en el 5to espacio intercostal, área de matidez aumentada. El segundo ruido áspero, tendencia al galope. No hay soplos en ninguno de los puntos de auscultación. La vista completamente perdida. Extremidades inferiores edematosas. DIAGNÓSTICO: **Nefritis crónica**. TRATAMIENTO: Esparteína, Digitalina gotas, Lactato de estroncio, Diuretina y Cafeína. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 26 de marzo de 1920.

Mariana Cruz (Sale mejor). Paciente de 55 años, indígena, cargadora, residente en Quito. Ingresó el 26 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Nefritis crónica desde hace un año y medio por la cual ha permanecido varias veces en el Hospital. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 4 días presenta edema de las extremidades inferiores, disnea, angustia precordial, palpitaciones y oliguria. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo inapreciable a causa de la anasarca. Decúbito: la paciente se ve obligada a estar sentada mucho tiempo, pues la enorme disnea le impide adoptar otra postura; facies cianótica, angustiosa. T° 36,2; respiraciones 45 x 1'; pulso 95 x 1'. Aparato Digestivo: Labios y lengua cianóticos; esta última presenta verdaderas resquebrajaduras. Estómago e intestino, normales. Hígado ligeramente aumentado de volumen. Aparato respiratorio: Disnea muy marcada, 45 respiraciones por minuto, hay dificultad principalmente espiratoria. Matidez en las bases, sin que la auscultación permita percibir ningún signo estetoscópicos. Aparato circulatorio: A la inspección la punta late en el 7mo espacio intercostal, en el que se nota una retracción sistólica muy manifiesta. Hay un poco de desviación de la punta hacia afuera. A la percusión se nota un aumento del área de matidez precordial, que traduce una hipertrofia o dilatación total del miocardio. A la palpación, nada de importancia. Auscultación: soplo sistólico en el foco tricúspide, con propagación hacia arriba, siguiendo el borde derecho del esternón, ligera propagación a la punta. Tensión arterial: máxima 20; min:14. Yugulares distendidas, no hay pulso venoso verdadero. Aparato urinario: orinas escasas, subidas de color, pequeña proporción de albúmina. Genitales externos normales. Órganos de los sentidos normales. Piel y extremidades: anasarca completa. Edema más marcado en las extremidades inferiores. LABORATORIO CLÍNICO: El examen de orinas hecho el 15 de mayo de 1920 nos da cloruros 146 gramos por litro; Urea 10,30 gramos por litro. Albúmina gran cantidad, el examen microscópico no se puede hacer por falta de laminillas. DIAGNÓSTICO: **Mal de Bright, forma hidropígena. ¿Retención clorurada? Dilatación del corazón derecho, e insuficiencia tricúspide funcional**. TRATAMIENTO: Aguardiente alemán y teobromina. Adrenalina XV. Digitalina: V, V, X, X. Diuretina 0,25; 0,50; 0,75; 1; =,75; 0,50; 0,25; Lactato de estroncio; Revulsivos; Lactosa 50 gramos, Esparteína 0,03 gramos. Limonada Roger. Protocloruro de calcio 1; Sulfato de sodio 30 g y sulfato de magnesio 15 gm. Agua lactosada. CONDICIÓN FINAL: Solicitó alta. (sale mejor) 8 de abril de 1920.

María Burbano (Curación). Paciente de 54 años de edad, mestiza. Ingresó el 11 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años ha tenido 6 partos. Tuvo enteritis crónica. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 2 meses presenta edema de los miembros inferiores, el cual se generalizó después a todo el cuerpo. Dolores estomacales bastante fuertes. Ingresó al servicio en estado comatoso. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, decúbito dorsal, facies edematosa. 37°, pulso 80, respiraciones 22. Aparato Digestivo: lengua saburral, dolores estomacales, deposiciones diarreas. Aparato Circulatorio: eretismo cardíaco, tendencia al galope. Tensión Arterial: máxima 15 min - mínima 12'5. Aparato Respiratorio: Fuerte congestión a las bases pulmonares. Aparato Nervioso: Desapareció el coma, ha quedado una ligera cefalalgia. El edema es completamente generalizado, hay un ligero derrame peritoneal. DIAGNÓSTICO: **Nefritis**. TRATAMIENTO: no registra. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 19 de febrero de 1920. Aurelio Ordóñez González.

Josefina Yáñez (Falleció). Paciente de 60 años de edad, mestiza, trabaja como doméstica y vive en Quito. Ingresó el 24 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido neumonía, gripe, disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace casi 2 meses presenta palpitations, calambres en las extremidades inferiores, orina escasa. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo muy desmejorado, decúbito indiferente, facies anémica, demacrada. T° 36,5; pulso 90 por minuto; 24 respiraciones por minuto. Aparato Digestivo: lengua un poco saburral, anorexia, constipación. Aparato Respiratorio: tos ligera. Aparato Circulatorio: tendencia al galope. Hipertensión arterial: máxima 16 - mínima 12. Aparato nervioso: normal. Aparato Urinario: orina escasa, pequeña proporción de albúmina. No hay azúcar. Dolores lumbares, Genitales normales. Extremidades: fuerte edema en las inferiores. Piel y apéndices cutáneos normales. DIAGNÓSTICO: **Mal de Bright. Bronquiectasias**. LABORATORIO CLÍNICO: Orina escasa, pequeña proporción de albúmina. No hay azúcar. TRATAMIENTO: Aguardiente alemán y diuréticos. Adrenalina XV. Digitalina: V, VIII, X. Estricnina 0,010 pcc. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 10 de marzo de 1920.

María Carmen Chicaiza (Falleció). Paciente de 24 años de edad, indígena, trabaja en quehaceres domésticos en Latacunga. Ingresó el 19 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido un hijo el cual murió. Ha tenido sarampión, viruela, gripe, disentería. Ingresó al servicio hace un mes, egresando mejor. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 semanas, luego de enfriamiento severo, presentó dolores lumbares, escalofríos, cefaleas, náuseas, vómitos y palpitations miocárdicas. Hoy arriba nuevamente en un estado deplorable de asistolia. EXAMEN FÍSICO: La anasarca ha invadido todos los miembros y tejidos: para ser exactos debemos decir que se asemeja a una esponja de agua. Duerme soporosamente. Los ojos se cierran al peso de los párpados edematosos. La cara se halla desfigurada, pálida y abotagada. Respiración disnea; 38 respiraciones al minuto. La radial se percibe con dificultad bajo la aponeurosis infiltrada del antebrazo. Falta el galope. El corazón late en el 5° espacio por fuera y algo debajo del pezón. La auscultación pulmonar deja oír rales gruesos y estertores finos, espiratorios e inspiratorios, por todas las zonas del aparato respiratorio. Peso: 59,5 kg. DIAGNÓSTICO: **Nefritis intersticial aguda**. LABORATORIO CLÍNICO: indica un grueso disco de albúmina y 3,39 de cloruros; CONDICIÓN FINAL: Fallece el 21 de febrero de 1923.

Encarnación Cevallos (No hay resultado final). Paciente de 70 años, ocupación lavandera, residente en Quito. No hay fecha de ingreso. ANTECEDENTES PERSONALES: Regada a los 15 años. Ha tenido fiebre tifoidea y neumonía. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un mes, más o menos, acusa disnea de esfuerzo, bastante intensa, acompañada de palpitations angustiosas que le impedían seguir desempeñando sus ocupaciones, pues experimentaba un malestar general y un decaimiento profundo; debilidad muscular en los miembros inferiores. Con el intervalo de pocos días a los trastornos anotados, siente la enferma que los pies y las piernas se le ponen pesadas y observa un edema bastante intenso en las mismas regiones. Desde entonces tiene constantemente una sensación de frío que no consigue hacerla desaparecer por más que se abrigue (criestesia). En ocasiones, por la noche, bruscamente se ha despertado la enferma, experimentando una sensación del paso de una fuerte corriente eléctrica por las piernas; por dos ocasiones ha tenido abundantes epistaxis, cefalalgias, polaquiuria, alternando con oliguria y disuria. Orina mayor número de veces en la noche que en el día. EXAMEN FÍSICO: Aparato Digestivo: Lengua húmeda, saburral en el centro. Abdomen meteorizado, hueco epigástrico doloroso a la palpación. Hígado no está aumentado de volumen. Bazo un poco aumentado de tamaño. Aparato Circulatorio: Pulso tenso, fuerte, regular, igual 70 x 1'. Tensión aumentada: máxima 20; mínima 10; diferencial 10. Miocardio: la punta late en el 6to espacio intercostal y está demasiado hacia afuera. No se perciben soplos. Existe un refuerzo del 2do ruido. Sopro único en la femoral. Aparato Respiratorio: Rales subcrepitantes inspiratorios y rales de medianas burbujas, al igual que en las regiones axilares. En la auscultación posterior se escuchan rales subcrepitantes inspiratorios y rales gruesos diseminados en ambos campos pulmonares. En la fosa supraespinosa derecha se oye un soplo en los dos tiempos respiratorios. Además, existe un aumento considerable de las vibraciones vocales y gran resonancia de la voz (broncofonía) y de la tos. En toda el área del pulmón izquierdo se perciben rales diseminados, lo mismo que en la base del pulmón derecho. Respiración superficial y acelerada, 40 por minuto, tos intensa, húmeda, expectoración muco purulenta. Extremidades: edema de los pies y de las piernas, presionando dichas regiones queda una impresión digital. Los dedos de las manos presentan las deformaciones nudosas del reumatismo crónico, los cuales han cursado sin dolor agudo, salvo ocasionales dolores moderados. En las manos ha tenido una sensación de pesadez, hormigueos y comezón. Peso: 44 kg. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de orina: Las orinas presentan un color encendido. Disco medio de albúmina; 5gr. 49 de cloruros por litro; vestigios normales de azúcar; 22 gr. 68 de urea por litro; al examen microscópico se encuentran muchas células epiteliales de la vejiga, pocas células renales y algunos glóbulos blancos. Respecto a la cantidad de cloruros debo anotar que la enferma ha estado sometida a dieta láctea el día anterior al examen de orinas. DIAGNÓSTICO: **Nefritis mixta: albuminúrica, hipertensiva y azotémica**. No existe más información.

Conclusiones

En la actualidad el manejo de las patologías renales continúa siendo complejo y se requiere estudios de diferente tipo para definir el diagnóstico y establecer un tratamiento apropiado, sin embargo, hay esperanzas para los pacientes.

Entre 1920-1925, las opciones de diagnóstico y tratamiento eran mínimas. No existían tampoco los conocimientos científicos, farmacológicos y tecnológicos apropiados. En esas circunstancias, tres de las ocho pacientes con problemas renales fallecieron. Solamente en dos se estableció claramente su mejoría. En las demás no existe información.

La nomenclatura diagnóstica, no estandarizada y sin base en estudios histopatológicos, proponía designaciones como Mal de Bright, denominación perdida en la historia de esta patología.

La clínica era la base para el diagnóstico. Sin embargo, en pocos casos de esta y otras patologías se registraron datos de la tensión arterial.

El Laboratorio Clínico poco aportó para el diagnóstico de los problemas renales. Además, la falta de insumos para realizar exámenes, posibles entonces, se refleja en uno de los registros: *el examen microscópico no se puede hacer por falta de laminillas*. Esta sería una de las múltiples carencias del Hospital San Juan de Dios, dependientes de los recursos asignados por los gobernantes de turno y que persisten en esta época en los hospitales públicos.

Con todos estos limitados elementos médicos, los tratamientos eran precarios y de limitada eficacia.

Actualmente, en los casos de enfermedad renal terminal, las opciones de diálisis peritoneal y hemodiálisis, así como el trasplante renal, permiten una vida de aceptable calidad para los pacientes con problemas renales, usualmente con el aporte de numerosos medicamentos. Los costos de todos estos procesos son altos.

Patología cardíaca

En los registros del Servicio de Clínica constan 10 casos de patología cardíaca. Predomina el diagnóstico de lesiones de la válvula mitral con 5 casos de insuficiencia mitral y uno de estrechez mitral.

Características de las pacientes con patología cardíaca

En la "Tabla 6" se resumen las características de las pacientes con patología cardíaca.

Tabla 6. Características de las pacientes con patología cardíaca. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

Edad (años)	Nº de casos	Ocupación	Nº de casos	"Raza"	Nº de casos	Procedencia	Nº de casos	Estadía	Nº de días
14	1	Planchadora	2	Mestiza	2	Quito y cercanías	7	Rango	12 a 28
27 y 28	2	Campesina	1	Indígena	1	Píllaro	1		
34	1	Carbonera	1	Sin registro	7	Sin registro	2		
40	1	Labradora	1						
52 a 55	3	Lavandera	1					Promedio	18,6
Sin registro	2	Sin registro	4						
Total	10	Total	10	Total	10	Total	10		

Diagnósticos

Las diez pacientes tuvieron los diagnósticos que se describen en la “Tabla 7”. Predomina la patología mitral. Las demás pacientes tuvieron patologías que afectaban a la aorta, al ritmo cardiaco o a la estructura cardio vascular. Solamente en uno de los casos se indica la presencia de reumatismo articular agudo asociado a insuficiencia aórtica.

Tabla 7. Diagnósticos de las patologías cardiacas. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

1.	Insuficiencia mitral y estrechez aórtica concomitante.
2.	Insuficiencia mitral pura.
3.	Insuficiencia mitral.
4.	Insuficiencia mitral. Preasistolia.
5.	Insuficiencia mitral en el período de hiposistolia.
6.	Estrechez mitral.
7.	Reumatismo articular agudo, insuficiencia aórtica.
8.	Arritmia continua asistólica.
9.	Insuficiencia aórtica; Insuficiencia suprarrenal.
10.	Arteriosclerosis.

Causas de la insuficiencia mitral

La insuficiencia mitral puede ser aguda o crónica. En el primer caso, las causas se relacionan con: endocarditis, rotura de músculo papilar (después de infarto del miocardio) y traumatismo o rotura de cuerdas tendinosas/valva flácida. En la insuficiencia mitral crónica, las causas se relacionan con: enfermedad mixomatosa, fiebre reumática, endocarditis (curada), calcificación del anillo mitral, valvulopatía congénita (dehiscencia, conducto AV), miocardiopatía obstructiva hipertrófica y miocardiopatía dilatada, problema isquémico (remodelación del ventrículo izquierdo), miocardiopatía dilatada o radiación. Por la historia de las pacientes con insuficiencia mitral, que data de períodos de meses, se deduce que era una insuficiencia mitral crónica.

Condición final

De este grupo de pacientes, la enferma con estrechez mitral, falleció. Dos pacientes recibieron el alta: una de ellas con diagnóstico de insuficiencia mitral y la otra con registro de insuficiencia aórtica e insuficiencia suprarrenal. En los demás casos no se registró su condición final.

En dos casos, solamente, consta el registro de tensión arterial, evaluación que aparece por primera vez en esta época de estudio. En cada uno de los casos se registró la presión arterial por una sola vez. Solamente en dos casos se realizaron exámenes de orina, con reporte de la presencia de albúmina, uno cuantitativo y otro cualitativo.

Tratamiento de las enfermas con problemas cardiacos

El tratamiento aplicado a estas pacientes se realizó con los siguientes medicamentos: Lactato de estroncio, Digitalina, Sulfato de Esparteína, Diuretina, Teobromina, Formiato de cal, Caféina, Salicilato de sodio, Yoduro de potasio y Dieta declorurada-biónica. A continuación, se detallan las características de estos medicamentos.

Lactato de estroncio

Existen datos limitados respecto al uso médico del estroncio. El cuerpo humano absorbe estroncio como si fuese calcio. Debido a su similitud química, las formas estables del estroncio

podieran no constituir una amenaza significativa para la salud –de hecho, los niveles encontrados en la naturaleza pueden ser beneficiosos– sin embargo, la forma radiactiva ^{90}Sr puede ocasionar varias enfermedades y desórdenes en los huesos, tales como el cáncer óseo primario. El ranelato de estroncio, combinación de estroncio con ácido ranélico, ha mostrado efectos en el crecimiento óseo, con ganancias en la densidad ósea y en vértebras debilitadas, y en fracturas (Beuttenmuller & Dziak, 2007). Varias otras sales de estroncio, como citrato de estroncio o carbonato de estroncio, suelen presentarse como terapias naturales y vendidas a dosis varios centenares de veces más altas que las dosis que naturalmente pueden ingresar al organismo. Se desconocen sus efectos a largo plazo y su eficacia, pues nunca han sido evaluados en humanos usando experimentos a larga escala médica. No está claro el objetivo de la administración del estroncio como lactato en las pacientes con cardiopatías .

Digitalina

Fue utilizada como estimulante de las funciones cardiacas y antiarrítmico. La descripción de la Digital (*Digitalis purpurea*, *Digitalis lanata*) se realizó anteriormente.

Esparteína (Chocho, lupino, altramuz o tremosos)

Se describe a esparteína como parte del tratamiento de las enfermedades respiratorias bajas.

Diuretina

En 1932, Alberico Benedicenti explicaba que diuretina era un compuesto de teobromina y salicilato de sodio, muy soluble utilizado como diurético. Conserva todas las propiedades farmacológicas de la teobromina, con una absorción y un efecto más rápidos. Es un diurético eficaz que responde a todas las indicaciones terapéuticas de la teobromina. Fue utilizado especialmente en las retenciones acuosas hiperclorémicas (edema nefrítico). También es especialmente útil en la hipertensión aterosclerótica con esclerosis del miocardio y el riñón. En estas condiciones, la asociación de diuretina con calcio, en forma de diuretina cálcica, es muy eficaz (Benedicenti, 1932).

Teobromina

La teobromina es un derivado dimetilico de xantina. Es un isómero de teofilina, del cual se diferencia debido a la diferente posición de un grupo metilo. Es el principal alcaloide de los granos de cacao, que contienen aproximadamente un 1,5%. Se obtiene por extracción con benceno o tolueno de la cáscara de los granos de cacao, previamente desgrasados, por prensado o con disolventes; También es producida por síntesis. Se encuentra, en menor medida, en nueces de cola y hojas de té. Fue usada históricamente como diurético.

Formiato de cal

Es una sal muy soluble en agua. Es comercializado en forma de polvo cristalino blanco. Se emplea como conservante (E238) de alimentos para animales, debido a sus propiedades bactericidas/bacteriostáticas, principalmente sobre las enterobacterias. El formiato cálcico se prepara igualmente en farmacología como un suplemento alimentario oral capaz de aumentar el calcio en la dieta. Su administración mejorara el equilibrio de calcio y retención de calcio.

Cafeína

La cafeína es un alcaloide del grupo de las xantinas que actúa como estimulante del sistema nervioso central, por su acción antagonista no selectiva de los receptores de adenosina. La cafeína fue descubierta en 1819 por el químico alemán Friedrich Ferdinand Runge. Él fue quien acuñó el término Kaffein, un compuesto químico presente en el café, término que pasaría posteriormente al español como cafeína. La cafeína recibe también otros nombres (guaranina, teína, mateína) relativos a las plantas de donde se puede extraer y porque contiene otras

sustancias. La guaranina de la guaraná y la teína del té son la misma molécula de cafeína. Estas plantas contienen algunos alcaloides adicionales como los estimulantes cardíacos: teofilina y teobromina y otros compuestos químicos. Otras fuentes incluyen la yerba mate, guayusa, el fruto de la guaraná y el acebo de Yaupón. Fue utilizada como diurético y estimulante de la frecuencia cardíaca antes de la existencia de otros productos farmacológicos.

Salicilato de sodio

El salicilato de sodio es la sal de sodio del ácido salicílico. Históricamente, se sintetizaba por hidrólisis de salicilato de metilo (extraído de *Gaultheria procumbens* o de la corteza del *abedul lento*) con un exceso de hidróxido de sodio caliente. Es un antiinflamatorio no esterooidal, como el ácido acetilsalicílico, ibuprofeno y más. Posee efectos analgésicos, antiinflamatorios, antipiréticos y antiagregante plaquetario. Ha sido utilizado para tratamiento de problemas inflamatorios agudos o crónicos, como la artritis reumatoidea. Tiene efectos adversos similares a los de este grupo farmacológico. Actualmente, se utiliza en pirotecnia en la combinación de 70% de perclorato de potasio y 30% de salicilato de sodio (o benzoato de sodio).

Yoduro de potasio

El yoduro de potasio (KI) es una sal de yodo estable (no radiactivo) que ayuda a impedir que la tiroides absorba el yodo radiactivo, protegiéndola del daño de la radiación. No impide que el yodo radiactivo se distribuya en el organismo y no puede revertir los efectos provocados por el yodo radiactivo después de que haya dañado la tiroides (CDC, 2018). Las pacientes que recibieron yoduro de potasio, **María Mena** y **Ángela Salazar**, tenía como diagnóstico reumatismo articular agudo e insuficiencia aórtica y arterosclerosis, respectivamente. En los dos casos no existieron manifestaciones clínicas de problemas tiroideos.

Nombres de las pacientes con patología cardíaca

De las diez pacientes registradas, consta el nombre de ocho de ellas. En dos casos no se registra el nombre. Fueron: Melchora Albuja, Bersabí Andrade, Isabel Cueva, Rosario Jácome de Martínez, María Mena, Clara Morales, Ángela Salazar y María Clotilde Sánchez.

Historias Clínicas de las pacientes con cardiopatías

Los registros clínicos de algunas de las pacientes con cardiopatía son los siguientes:

María Mena (Curación). Paciente de 28 años de edad, mestiza, ocupación planchadora. Vive en Quito (Relleno). Ingresó el 13 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años de edad. Ha tenido ataques de reumatismo articular agudo. Dolores articulares y elevación de la temperatura. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutricional: malo; decúbito dorsal. T° 39,2; pulso 110 por minuto; Lengua saburral, fuerte inflamación de la faringe y de las amígdalas. Eretismo cardíaco, a la auscultación se percibe un soplo que tiene su máxima localización en el segundo espacio intercostal derecho y que se propaga hasta la clavícula derecha y a los vasos del cuello, es claramente sistólico. En los demás focos de auscultación los ruidos son normales. Pulso: frecuente, rebotante y depresible. Las articulaciones del codo y la muñeca, lo mismo que las de la rodilla y la tibia tarsiana tumefactas, infiltradas y sumamente dolorosas. Piel anémica. DIAGNÓSTICO: **Reumatismo articular agudo, insuficiencia aórtica**. TRATAMIENTO: Salicilato de sodio: 6 g, 8 g, 9 g, 6 g, /día y luego de lo anterior yoduro de potasio: 0,20 g un día, luego 0,50 g tres días más. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 25 de enero de 1920.

María Clotilde Sánchez (Alta). De 34 años de edad, raza indígena, labradora, procedente de Calacalí. Ingresó el 12 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada de los 12 años, tuvo viruela, sarampión, neumonía. Hace 3 años sufrió de violento ataque de reumatismo articular agudo. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 8 meses fatiga e imposibilidad de dedicarse a ninguna de sus ocupaciones ordinarias; palpitations y dolores en la espalda. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutricional muy desmejorado, facies anémica, cianosis en los labios. decúbito dorsal, T° 38,6; pulso 85, respiraciones 28 por minuto. Aparato Circulatorio: hipertrofia de la aurícula izquierda, ligero estremecimiento, soplo sistólico de la punta, con propagación axilar, se percibe fácilmente en la espalda. Aparato Respiratorio: congestión en las bases pulmonares. Aparato Uro-genital: orina escasa, no hay albúmina. Aparato Nervioso: normal. Extremidades: edema en las extremidades inferiores. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de orina: 16-02-1920 - Dosificación de albúmina:

0,30 gms x Litro. EVOLUCIÓN: 8-03-1920: **Tensión arterial: Máxima: 9, Mínima: 6 y 1/2.** DIAGNÓSTICO: **Insuficiencia mitral. Preasistolia.** TRATAMIENTO: *R.R.M. Lactato de estroncio 4g.; Digitalina en gotas, Sulfato de Esparteína 0,03 - 0,04; Agua lactosada; Diuretina 0,25, 0,5, 0,75 y 1 g.; Teobromina 0,25; Formiato de cal 1 gms.; Cafeína 0,50 gms;* CONDICIÓN FINAL: Alta el 11 de marzo de 1920.

Melchora Albuja (No se registró su condición final) Tiene 40 años de edad, raza mestiza, Residente en Quito. Ingresó el 29 de noviembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 4 hijos, todos fallecidos. Tuvo viruela, sarampión, fiebre tifoidea, neumonía como siete veces. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 4 meses más o menos empieza a sentir cansancio, fatiga, ha tenido epistaxis. La fatiga le imposibilita todo trabajo, y por último se siente tan fatigada que ingresa al hospital. EXAMEN FÍSICO: A simple vista se nota que la enferma está abotagada, cianótica, disnea. Aparato Circulatorio: Inspección: la punta del corazón está descendida, la punta es perceptible en el 6to espacio intercostal, por fuera de la línea mamelona. Palpación, se percibe que el choque de punta es intenso, late con fuerza. Percusión: hay aumento de macidez en la región precordial. Auscultación: soplo sistólico en chorro el vapor en la punta, pero se le oye más velado en el foco tricuspídiano. Circulación periférica: edemas en la región pretibial, pero no son muy marcados. Pulso: radial regular, duro, lleno, las carótidas laten. Venas: las yugulares están dilatadas, engurgitadas. Aparato Respiratorio: submacicés en el vértice del pulmón izquierdo, hay disnea. Aparato Digestivo: Anorexia. DIAGNÓSTICO: **Insuficiencia mitral en el período de hiposistolia.** CONDICIÓN FINAL: Firma: Luis E Correa. No hay más información.

Isabel Cueva (No se registró su condición final). Tiene 14 años de edad y trabaja como planchadora. Reside en Quito. Ingresó el 21 de febrero de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Epistaxis frecuentes. ENFERMEDAD ACTUAL: Ha tenido palpitaciones, cefaleas frecuentes, disnea de esfuerzo. EXAMEN FÍSICO: Aparato Circulatorio: Inspección: Ligero abombamiento de la región precordial; se notan los latidos cardiacos y producen levantamiento rítmico de la pared. Palpación: confirma lo anterior. La punta late en el 4to espacio intercostal (niña). Percusión: normal. Auscultación: Se nota en el foco mitral un soplo sistólico que se propaga hacia la axila y la espalda. En los demás focos la auscultación es normal. Pulso: Frecuente, débil y regular. **Tensión: Mx: 13, m=8, Df= 5.** Estado general: enrojecimiento de los pómulos, nutrición buena. No tiene temperatura. DIAGNÓSTICO: **Insuficiencia Mitral.** CONDICIÓN FINAL: Firma: L.F. Grijalva. No hay más información.

Tomasa Peñaherrera (Mejoría) Paciente de 50 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 15 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años, tuvo neumonía y ascariasis, Reumatismo articular agudo. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 8 días presenta dolores del organismo, todo; cefalalgia; edema maleolar y ligeramente en las piernas. Disnea de esfuerzo, palpitaciones precordiales. EXAMEN FÍSICO: Boca con placas de pigmentación negra. Aumento de la matitez cardiaca. Soplo diastólico en el foco aórtico propagado a la punta del corazón; se oye también soplos de menor intensidad en los otros orificios. Doble soplo crural de Duroziez. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Insuficiencia aórtica; Insuficiencia suprarrenal.** TRATAMIENTO: Tonicardíacos (Cafeína). CONDICIÓN FINAL: Mejoría. Alta.

Ángela Salazar (No se indica condición final). Paciente de 52 años de edad, ocupación agricultora, procedente de Tumbaco. Ingresó el 3 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años, ha tenido 10 embarazos y tiene 10 hijos muertos. Ha sufrido de reumatismo crónico, pulmonía. Desde hace un año dolor en la región precordial, malestar en la cabeza y un agotamiento general. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días aparece un dolor agudo en la región frontal y occipital, el cual desaparece en las mañanas. Tiene también mucho dolor en el vértice del pulmón derecho; angustia seguida de palpitaciones y amortiguamientos de los miembros inferiores y de las manos. Orina y depone normalmente. Este cuadro dura un año. EXAMEN FÍSICO: Aparato Circulatorio: pulso regular, fuerte, 76 al minuto. Corazón: la punta late en el 5º espacio intercostal, sin desviación. Inspección normal. Palpación: se percibe el choque de punta sobre la pared costal, se observa a simple vista encima del mamelón. Auscultación: foco mitral, soplo diastólico; en los demás focos, ruidos normales. A.R: región posterior, inspección normal. Percusión, pulmón izquierdo normal, dolorosa en el vértice. Pulmón derecho normal. Auscultación: vértice del pulmón izquierdo, rudeza respiratoria, resto normal. Auscultación de la tos y de la voz normales. Regiones axilares: normales. Región Anterior: normal en percusión y auscultación. Aparato Digestivo: Lengua húmeda, ligeramente pastosa con la impresión de los incisivos y caninos. Estómago e intestinos normales. Hígado: borde inferior en el 5º espacio intercostal, borde inferior es difícil de palparlo. Paredes abdominales tensas. Aparato Urinario: orinas normales, ligero edema en el pie derecho. Sistema nervioso: normal. Examen Dr. Gallegos: Pulso hipertenso (en las femorales). Hígado en cuarto espacio intercostal. Ap. circulatorio: soplo que indica la observación no se oye, posiblemente fue anorgánico. DIAGNÓSTICO: **Arterio-esclerosis.** TRATAMIENTO: Yoduros, dieta declorurada-biónica. CONDICIÓN FINAL: Alta el 19 de febrero de 1923. Dr. Gallegos. No hay más datos.

Rosario Jácome de Martínez (No se registró su condición final). Paciente de 55 años de edad, lavandera, procedente de Píllaro. Ingresó el 29 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años, Tuvo 4 embarazos, 2 hijos vivos y 2 muertos. Ha sufrido sarampión, viruelas, disenterías y gripes. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un año presentó un violento dolor de estómago, precedido de náuseas y vómito. Luego cefaleas constantes, insomnio, anorexia, disnea nocturna y de esfuerzo, vértigos, zumbidos de oídos, tos, epistaxis, falta de fuerzas, desfallecimiento y penosa sensación de frío de las piernas. El edema maleolar de las tibias y rodillas imposibilitó su actividad física, por lo cual ingresó al hospital hace tres meses, habiendo salido convaleciente. Ingresó nuevamente con dolor

angustioso y palpitations en la región precordial, sensación de peso, molestia y embarazo en el hipocondrio derecho y el epigastrio. EXAMEN FÍSICO: Decúbito dorsal, agitación, desnutrición, edemas en los miembros inferiores, facies aflicta. Aparato Digestivo: Labios cianóticos, lengua húmeda, ligeramente saburral. El abdomen abultado, doloroso a la palpación. A la percusión timpanismo y matitez en la región superior y las fosas ilíacas respectivamente. Las deposiciones normales en el aspecto. El hígado se halla francamente aumentado de volumen. El borde superior se delimita en los espacios intercostales 3º, 5º y 7º sobre las líneas mamilar, axilar y escapular respectivamente. El borde inferior, grueso e indurado, rebasa dos traveses de dedo del reborde costal: se asiste a la presencia de hígado cardiaco. El bazo no se palpa. Aparato Respiratorio: Inspección: Respiración disneica y anhelosa. 38 x 1'. Palpación: mayor aumento de las vibraciones vocales de las fosas supra e infra claviculares del lado izquierdo. Percusión: matitez y sub matitez en las mismas regiones con predominio del pulmón derecho. Auscultación: el murmullo vesicular está aumentado por debajo de las clavículas y bastante disminuido en los vértices anteriores. En la región posterior aumento de las vibraciones vocales en la fosa supraespinosa derecha, más que en el lado opuesto. El espacio inter escapulo vertebral derecho está mate a la percusión superficial y algo timpánico a la percusión profunda. Las bases pulmonares están igualmente sordas. Las regiones axilares se hallan claras. El murmullo vesicular está más notablemente disminuido en el vértice derecho que en el izquierdo. En el espacio inter escapulo vertebral derecho se percibe un soplo cavernoso espiratorio, entrecortado y algo rudo. En el mismo sitio hay exageración de la resonancia a la voz y a la tos. Las bases respiran con dificultad, mientras las zonas axilares ofrecen una respiración complementaria. Aparato Uro-genital: orina escasa y repetida. Aparato Nervioso: reflejos normales, malestar e insomnio. Aparato Circulatorio: Se nota el latido de la punta a la luz oblicua. Punta del corazón en el 5º espacio intercostal, algo por debajo y por fuera del pezón: seguramente está hipertrofiado. A la percusión, el área de macidez absoluta y relativa aumentadas, confundiendo en el punto xifoideo con la macidez hepática. Se ausculta soplo sistólico con propagación a la axila y espalda. Los focos pulmonar, aórtico y mitral ofrecen su propagación. El soplo coincide con la pulsación de la radial y carotídea: es suave, dulce y limpio, como un ruido soplante en forma de chorro de vapor. Sin embargo, es poco intenso, lo que traduce una debilidad contráctil del miocardio. LABORATORIO CLÍNICO: Coprológico: presencia de huevos de *Ascaris lumbricoides*. Orina: Mediano disco de albúmina. DIAGNÓSTICO: **Insuficiencia mitral pura**. Pronóstico: Después de la reducción probable de esta rotura de la compensación, el desenlace será fatal en breve plazo. Actualmente, la enferma está en el período de hiposistolia.

Clara Morales (No se indica condición final). Paciente de 54 años de edad, campesina procedente de Nanegal. Ingresó el 10 de abril de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años. Ha tenido 12 embarazos, tuvo un aborto, tiene 7 hijos vivos y tuvo 4 hijos muertos. Ha sufrido sarampión, viruelas, reumatismo articular agudo. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace un año presenta disnea de esfuerzo en pendientes suaves, alzar peso o subir escaleras. Desde hace cuatro meses presenta angustia precordial. La disnea aumenta y es intensa con los movimientos del cuerpo, seguida por tumultuosas y enérgicas palpitations. Últimamente, la disnea se hace continua, por lo que ingresa. EXAMEN FÍSICO: Desnutrición significativa. Palidez general, excepto de la cara que es ligeramente sonrosada. Edema maleolar y pretibial. Labios levemente cianosados. Latidos en el epigastrio. Aparato Digestivo: Hígado: borde superior en el 3º, 4º y 5º espacios intercostales sobre la línea mamaria, axilar y escapular respectivamente; el borde inferior no rebasa el borde de las costillas falsas. En consecuencia, el volumen de este órgano ha aumentado considerablemente. Bazo normal. Aparato Respiratorio: Facies disneica que se manifiesta también en el tórax y en el cuello. La caja torácica se eleva bastante en la inspiración, y el tiraje deprime las fosas supraclaviculares y supraesternal. El ritmo respiratorio está acelerado y regular: hay polipnea; la espiración es más larga que la inspiración. Vibraciones aumentadas en las fosas supra e infraclaviculares derechas. Submatitez de la fosa supraclavicular derecha. Murmullo vesicular disminuido en ambas fosas claviculares derechas. Inspiración es ruda, áspera y acompañada de rales crepitantes inspiratorios diseminados. Se percibe también un ruido lejano de cornaje. Submatitez de la fosa supraespinosa y aumento de las vibraciones vocales en el lado derecho. Ambas bases pulmonares y la zona interescapulo vertebral derecha dan submatitez; la percusión aquí tiene un timbre sordo. Igual cosa se observa en la región axilar derecha, donde la macidez hepática se extiende hasta la región del lóbulo pulmonar medio. Disminución marcada del murmullo vesicular en todo el pulmón derecho y la base del izquierdo. En las fosas supra e infra espinosas y la zona axilar de esta última región, la respiración es complementaria. No hay broncofonía. Numerosos rales subcrepitantes inspiratorios de medianas burbujas en las bases pulmonares y fosa infraespinosa y área axilar del pulmón derecho. ESTOS SIGNOS ESTETOSCÓPICOS ME INCLINAN A ADMITIR UN BROTE CONGESTIVO DEL PULMÓN. Aparato Circulatorio: Corazón: choque de punta en el sexto espacio intercostal, en descenso y acentuada desviación por fuera de la línea mamaria, DAN LA IDEA DE HIPERTROFIA MIOCÁRDICA. A la percusión aumento considerable del área cardíaca en todos sus límites. Con relación a la línea hepato apexiana, la punta forma con el punto xifoideo un ángulo obtuso, en lugar del ángulo recto de la semiología normal del corazón. La línea vertical del triángulo cardíaco se extiende a un través de dedo por fuera del borde derecho esternal. En el foco tricuspídiano la palpación siente las fuertes contracciones del ventrículo derecho. Auscultación: Los tiempos de la revolución cardíaca se suceden sin orden ni regularidad, y se hacen difícilmente distinguibles. Después de una larga serie de sístoles y diástoles acelerados, aparecen súbitamente dos, tres o cuatro sístoles tumultuosas, a manera de descargas, que vienen a interrumpir un período irregular de revoluciones sincrónicas. Durante esta fase de excitabilidad cardíaca, hay sístoles que no llegan a la radial. La presión en el trayecto del vago en nada modifica la arritmia. En el mismo foco de auscultación se escucha un soplo, más presistólico que sistólico. Precede al primer tiempo; carece de propagaciones más allá de la punta, y no se encuentra influido por el reflejo óculo-cardíaco. El timbre de este signo funcional es dulce, suave y aspiratorio. No ha aumentado después de la administración de la digital, lo que traduce la debilidad muy seria del músculo cardíaco. En el foco tricúspide, las contracciones se revelan más fuertes y sonoras. El soplo mitral apenas se esboza al oído, de la misma manera que en los focos aórtico y pulmonar. VASOS: el pulso radial es acelerado, irregular, débil y deprimible. Se aprecia además una intermitencia precedida por una pulsación bigeminada. Las mismas

modificaciones se encuentran en la carótida y femoral. En las regiones laterales del cuello se destacan las pulsaciones venosas de la yugular. Aparato Nervioso: desfallecimiento, insomnio, Sensación de vértigo y obnubilación de la vista con esfuerzos y movimientos. Estas lipotimias se han presentado frecuentemente. DIAGNÓSTICO: **Arritmia continua asistólica**. PRONÓSTICO: EL PULSO BIGÉMINO Y LA BAJA CONSIDERABLE DE LA TENSIÓN DIFERENCIAL, INDICAN UN PRONÓSTICO SERIO*. TRATAMIENTO: DIGITAL. EVOLUCIÓN: 11.04.1923: **Tensión arterial: 12/9 y 1/2**; LA ARRITMIA NO SE HA MODIFICADO, LOS EDEMAS DESAPARECEN. EL BORDE SUPERIOR DEL HÍGADO HA DESCENDIDO DOS TRAVESES. EL BORDE INFERIOR REBASA EL DE LAS COSTILLAS FALSAS*. No existe más información. *Lo escrito en letras mayúsculas consta así en el registro original.

Bersabí Andrade (No se registró su condición final). Tiene 27 años de edad. Ocupación carbonera. Vive en Tambillo. Ingresó el 9 de mayo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. A los 13 años se casó. Ha tenido 4 embarazos, tiene 3 hijos fallecidos y 1 hijo vivo. Tuvo Sarampión, tosferina, viruela. Fiebre biliosa hematórica. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace dos años fatiga de esfuerzo, con malestar intenso, sofocación y angustia precordial, acompañada de palpitaciones violentas. Además, presenta al ingreso cefalea, palpitaciones, dolor precordial y una sensación molesta en la región hepática y vértigos. EXAMEN FÍSICO: Aspecto general bueno, tranquila, facies pálida. Labios cianosados. Aparato Digestivo: Lengua húmeda, brillante, ligeramente saburral. Palpación dolorosa en el punto de Mag Burney “[sic]”. Hígado borde superior en el 4º, 5º y 6º espacios sobre las líneas media, axilar y esternal, respectivamente. Bazo normal. Aparato Respiratorio: a la inspección resalta el latido cardíaco a nivel de la horquilla esternal y porciones laterales del cuello, especialmente la izquierda. Aumento de vibraciones vocales en la región posterior, disminución leve del murmullo vesicular. y submatitez en la fosa supra espinosa derecha. Los ruidos cardíacos se confunden con el ritmo respiratorio. La respiración es tranquila, regular: 18 a 20 respiraciones al minuto. No hay tos ni expectoración. Aparato Circulatorio: La punta late en el 5º espacio intercostal. ¡¡¡La sensación táctil del choque es suave y trepidatorio!!! En la región mesocárdica y a nivel de los focos aórtico y pulmonar se palpa un estremecimiento sistólico. El área de la macidez cardíaca parece aumentada. La auscultación del soplo mitral denota un soplo suave, lejano, de tonalidad baja; es más áspero que musical, ocupa todo el primer tiempo y coincide con la sístole, tanto si se ausculta palpando la radial, como en la carótida. Propagaciones: a medida que se va alejando del foco precitado se percibe distintamente en la axila, la nuca y la espalda. En el foco tricuspiano y en la región meso cardíaca, el soplo se refuerza, para hacerse intenso en el foco pulmonar más que en el aórtico. Desde aquí, a nivel de la articulación esternoclavicular, donde se acentúa especialmente, avanza a los vasos del cuello (lado izquierdo). No se modifica con el reflejo óculo cardíaco y se acrecienta bajo la influencia de los movimientos. Teniendo en cuenta el timbre de los soplos, se llega a diferenciarlos completamente. El soplo mitral es distinto de soplo del foco pulmonar: éste es alto y áspero, mientras aquel es suave y dulce. El ritmo de los tiempos es normal. El primer ruido cardíaco está totalmente ocupado por el soplo patológico, tanto en el foco mitral como en el foco pulmonar. Los soplos tricúspide y aórtico participan también de la propagación de aquellos. El segundo ruido está desdoblado. Se consta esto auscultando la región mesocárdica. Vasos: No hay un falso pulso venoso. El pulso radial es regular, lento y depresible, 53 pulsaciones al minuto. Las epistaxis han sido frecuentes en la enferma y en una ocasión tuvo hemoptisis. Aparato Reno Genital: Ha dos años metrorragia. Hay sensibilidad en las regiones ováricas. Aparato Nervioso: vértigos. Los reflejos tendinosos (el rotuliano) está algo exagerado. El estado moral de la paciente parece muy afectado a consecuencia de las continuas desavenencias en su hogar. Sistema muscular normal. Tegumentos: hipertricosis en la frente y en la espalda. No hay edemas. La piel de la cara denota palidez. Mucosas pálidas. órganos de los sentidos normales. DIAGNÓSTICO: **Insuficiencia mitral y estrechez aórtica concomitante (Prof. Gallegos)**. TRATAMIENTO: Reposo y expectación en previsión de la rotura de la compensación. CONDICIÓN FINAL: No hay más información.

NN (Falleció). En el registro solamente constan los siguientes datos. DIAGNÓSTICO: **Estrechez mitral**. TRATAMIENTO: Diuréticos, tónicos cardíacos y estimulantes. Fallece: 12.12.1920. Firma: Virgilio Paredes Borja

Conclusiones

El arte y la ciencia médicas se presentan en plenitud para la época. ¿Cuántos médicos actuales, estaríamos en capacidad de diagnosticar clínicamente las patologías cardíacas registradas en estas pacientes? No se utilizaba radiología, electrocardiografía ni laboratorio clínico. En pocos casos y por una sola vez se registró la presión arterial. Los diagnósticos eran totalmente clínicos.

El tratamiento, en esas condiciones, era un gran desafío. De su arsenal terapéutico, posiblemente la digital era el medicamento con mayor eficacia terapéutica y con menor seguridad. Los demás medicamentos podrían haber aportado, muy probablemente, muy poco.

La falta de antimicrobianos para un tratamiento adecuado de las amigdalitis estreptocócicas sería el factor principal para inducir fiebre reumática y las subsiguientes cardiopatías. En esas circunstancias, la fiebre reumática podría haber sido la causa más frecuente de la patología mitral, especialmente insuficiencia mitral, prevalente en este pequeño grupo de pacientes.

Patología endocrina

Una paciente recibió los diagnósticos de enfermedad de Addison; insuficiencia mitral e hiposistolia. En el registro no se consignaron los detalles de su tratamiento, evolución y condición final.

Gabriela Alvarado (No se registró su condición final). Tiene 50 años de edad, ocupación lavandera, residente en Quito. Ingresó el 20 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 4 embarazos, tiene 4 hijos fallecidos. Tuvo fiebre y reumatismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 6 meses presenta hemoptisis, desde entonces presenta tos seca y comienza a oscurecerse la piel y las mucosas; astenia, dolores abdominales y artralgias, luego se presenta edema de la cara y de los miembros inferiores. EXAMEN FÍSICO: Facies tranquila, decúbito dorsal. Pigmentación oscura de la piel, placas negras en las mucosas. Temp 37°. Legua con placas negras, lo mismo que la cavidad bucal. Ligero estremecimiento precordial. Desviación de la punta hacia la izquierda. Sopro sistólico en el foco mitral, propagado a la axila: este sopro se oye también en los demás orificios. Aparato Respiratorio: Matitez en los vértices con disminución del murmullo vesicular y prolongación de la espiración. DIAGNÓSTICO: **Enfermedad de Addison. Insuficiencia mitral e hiposistolia.** CONDICIÓN FINAL: No hay más información.

Comentario

La tarea de los médicos era difícil en esa época. Únicamente con los datos proporcionados por la evaluación clínica se debía estructurar un diagnóstico, con muy limitados recursos de laboratorio que permitieran consolidar el diagnóstico.

Las causas para insuficiencia suprarrenal primaria o enfermedad de Addison son numerosas. Desde enfermedades autoinmunes hasta procesos infecciosos y más. En la actualidad se consideran como causas infecciosas para desarrollar la enfermedad de Addison, a VIH, citomegalovirus, tuberculosis y micosis diseminada (Braunwald et al., 2015, pp. 2323-2324).

En las circunstancias de vida de esta paciente, hermenéuticamente, la tuberculosis podría ser la causa de su enfermedad.

Patología urinaria

Hubo 6 casos de cistitis, una de ellas traumática. En el caso de la cistitis traumática se realizó una cistoscopia. Por esta circunstancia, se presentan datos adicionales sobre este procedimiento instrumental.

Características de las pacientes con patología urinaria

Las características de las pacientes con infección urinaria, diagnosticada como cistitis, se resumen en la “Tabla 8”.

Tabla 8. Características de las pacientes con cistitis. Servicio de Clínica de mujeres HSJD, 1920-1925

Edad (años) /		Ocupación /		“Raza” /		Procedencia		Estadía /	
N° de casos		N° de casos		N° de casos		N° de casos		N° de días	
19	2	Costurera	2	Blanca	1	Quito	2		
26	1	Planchadora	1	Sin registro	5	Latacunga	1	Rango	5 a 33
30	1	Sin registro	3			Ibarra	1		
50	1					Píllaro	1	Pro-	
60	1					Tulcán	1	me-	31,8
Total	6	Total	6	Total	6	Total	6	edio	

Evaluación de la función excretora

En un caso y por primera ocasión, a **Laura Cisneros**, paciente de 19 años de edad, se le administró “azul de metileno para verificar su eliminación. Comenzó a eliminarlo a los 50 minutos de la ingestión y terminó de eliminarlo a las 46 horas. Número de micciones 33”. No se incorporó al registro comentario alguno como valoración de este procedimiento diagnóstico.

Tratamiento y resultado

El tratamiento aplicado a las pacientes con cistitis fue con *Lavados vesicales diarios con agua boricada*. En cinco de los seis casos se reportó curación de las pacientes.

Agua boricada

El agua boricada es una solución de bórax al 3%, que ha sido utilizada como antiséptico de uso externo, para infecciones oculares, principalmente. En la actualidad se desaconseja su uso por sus propiedades irritativas. Actualmente, se usa en la manufactura de vidrios, esmaltes y cerámica; en detergentes, suavizantes, jabones, desinfectantes, pesticidas pinturas, soldaduras de hierro y de acero, como fundente al soldar oro, plata y otros metales. Como preservante de maderas, como desoxidante y como ingrediente de abonos foliares. También se usa como aditivo en la aplicación de yesos, ya que reduce considerablemente el tiempo de fraguado.

Cistitis y primera cistoscopia en el HSJD (1920-1925)

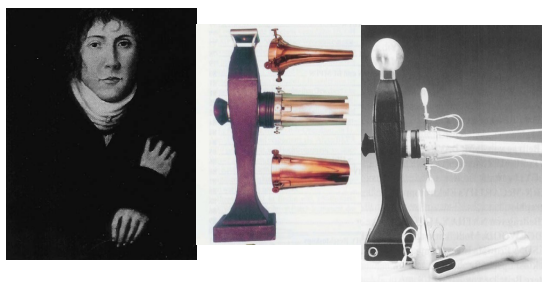
Esta cistoscopia es la primera registrada desde el comienzo del período de estudio en 1916. Fue realizada el 19 de febrero de 1922 a la paciente **Zoila Ortega** de 19 años, quien tuvo como diagnóstico cistitis traumática. El resultado de este examen es lacónico y dice “Cistoscopia anterior: sin importancia”. No consta el tratamiento administrado, aunque se señala que salió curada.

Breve Historia de la cistoscopia

La cistoscopia comenzó gracias al ingenio y conocimientos de Philipp Bozzini (1773-1809), considerado su iniciador. La endoscopia comenzó con una vela, un espejo y un canal de observación y ha llegado al desarrollo actual. Luego de vicisitudes, experimentos en animales, oposiciones y críticas, en junio de 1806 efectuó la presentación de su instrumento en la clínica privada de obstetricia del Prof. Friedrich von Froriep (1779-1847) en Halle, ante docentes universitarios y médicos. Se efectuó una exploración vaginal con el instrumento de Bozzini, y se pudo comprobar lo efectivo que era además de reconocer el potencial que tenía. (Figuras 1, 2 y 3). Muchos médicos de la época que tenían una orientación natural-filosófica sobre el origen de las enfermedades, se enfrentaron a Bozzini, quien propugnaba efectuar estudios científicos exactos basados en la fisiología, para explicar los fenómenos nosológicos. En contra de todas las críticas dirigidas al instrumento, le fue posible a Bozzini iniciar una discusión a nivel internacional y acercar la idea de la endoscopia a un gran número de médicos. Josef Grünfelds en 1879 describe los principios fundamentales del instrumento de Bozzini: 1. Luz artificial (vela); 2. Luz reflejada por un espejo hacia el objeto a explorar; 3. Observación por otro canal (Verger-Kuhnke, Reuter & Beccaria, 2007).

El punto débil de todos los instrumentos fabricados con el principio de Bozzini era la relativamente débil fuente lumínica; además el calor y el humo generado por la vela ocasionaban molestias durante su uso y el peligro de sufrir quemaduras.

Figuras 1, 2 y 3. Retrato de Philipp Bozzini y conductores lumínicos con diversos espéculos

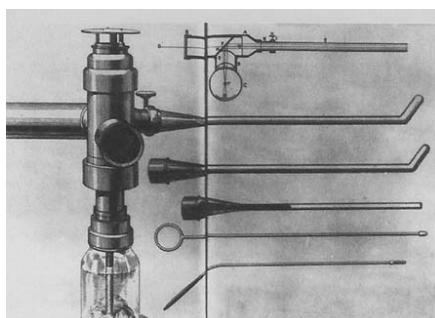


Nota: Imágenes tomadas de *La biografía de Philipp Bozzini (1773-1809) un idealista de la endoscopia*, de A.B. Verger-Kuhnke, M.A. Reuter & M.L. Beccaria, 2007 ([https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(07\)73666-5](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(07)73666-5)). Bajo copyright.

A principios del siglo XIX las posibilidades técnicas de los constructores de instrumentos eran limitadas, además los materiales disponibles no eran los óptimos. Sólo endoscopistas muy versados podían utilizar este instrumento en pacientes y obtener además algún provecho. En el Domo de Frankfurt se puede leer en su lápida funeraria:

A la devota alma de Philipp Bozzini, doctor en medicina, que fue el primero en explorar el interior de los órganos a través de su ingenioso proyector lumínico. Que supo combatir tenazmente la fiebre de los demás, con un gran sentido del deber, sucumbió en la noche del 4 al 5 de abril de 1809 en su 36º año de vida. Su fiel amigo F.F.

Figura 4. Primer “endoscopio” de Désormeaux 1853



Nota: Imágenes tomadas de *La biografía de Philipp Bozzini (1773-1809) un idealista de la endoscopia*, de A.B. Verger-Kuhnke, M.A. Reuter & M.L. Beccaria, 2007 ([https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(07\)73666-5](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(07)73666-5)). Bajo copyright.

En 1853 el médico **Antonin Jean Désormeaux** (1815-1882) presentó un nuevo instrumento al cual él denomina por primera vez “endoscopio”, pero basado en el mismo principio que el de Bozzini. Reemplazó la débil luz de vela por una llama alimentada con una mezcla a base de petróleo, alcohol y terpentina, también incorpora un espejo con un agujero central e inclinado a 45° sobre la llama que permitía así ver exactamente en la dirección donde se reflejaba el haz de luz.

Con este nuevo instrumento le fue posible a Désormeaux efectuar exploraciones uretrales y vesicales, pudo diagnosticar cálculos y describir tamaño, cantidad, localización etc., también efectuó uretrotomías internas, así como la coagulación de pólipos uretrales bajo visión. Pero el instrumento era aún relativamente difícil de maniobrar lo que llevó al olvido del endoscopio por algunos años, hasta que **Max Nitze** retomara las ideas de sus antecesores e introdujera cambios e innovaciones para crear así el cistoscopio «moderno».

Nombres de las pacientes con cistitis

Mariana Carrión, Laura Cisneros, María Estrella de Toro, Zoila Ortega, Balbina Ramírez y Emperatriz Sánchez de Pérez.

Historias Clínicas de las pacientes con cistitis

Emperatriz Sánchez de Pérez (Curación). Paciente de 63 años de edad, costurera, procedente de Tulcán. Ingresó el 7 de noviembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo erisipela. DIAGNÓSTICO: **Cistitis**. TRATAMIENTO: Lavados vesicales diarios con agua boricada. CONDICIÓN FINAL: Alta el 3 de enero de 1922. Sale bien.

María Estrella de Toro (Curación). Paciente de 26 años de edad, procedente de Latacunga. Ingresó el 9 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo 2 embarazos y tiene 2 hijos vivos. Ha tenido sarampión y fiebre; paludismo varias veces, tratada con quinina. DIAGNÓSTICO: **Cistitis**. TRATAMIENTO: Lavados vesicales diarios con agua boricada. CONDICIÓN FINAL: Alta el 4 de febrero de 1922, en buen estado.

Zoila Ortega (Primera cistoscopia registrada en el HSJD). (Curación). Paciente de 19 años de edad, ocupación planchadora, reside en Quito. Ingresó el 14 de febrero de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 11 años. Tuvo tifoidea. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace dos meses sufrió caída con golpe en el estómago sobre una escalera, apareciendo luego orina sanguinolenta, casi era sangre pura, al siguiente día desaparece, coloreando nuevamente días después. En la región de la vejiga ha sentido dolores y ardor al momento de orinar que se irradia hacia la fosa ilíaca izquierda. Tiene deseos intensos de orinar más, al momento de emitir salen unas pocas gotas y muchas veces había unos coágulos pequeños, los que hoy han desaparecido; la cantidad era normal, pero emitía en muchas y variadas veces. Hoy ha desaparecido el tenesmo vesical, pero, en cambio, las orinas dejan un sedimento en el fondo de la bacinilla. EXAMEN FÍSICO: La vejiga a la palpación es indolora. Al momento de orinar hay sensación de ardor, la orina va cambiando de color, las polaquiurias de los días anteriores han desaparecido. Resto normal. **Cistoscopia anterior**: sin importancia, realizada el 19-02-1922. DIAGNÓSTICO: **Cistitis traumática**. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 25 de febrero de 1922.

Laura Cisneros (No se indica resultado final). Paciente de 19 años de edad, raza blanca, ocupación costurera, residente en Quito. Ingresó el 5 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años, tuvo sarampión, viruela y disentería. DIAGNÓSTICO: **Cistitis**. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN EXCRETORA: **SE ADMINISTRA AZUL DE METILENO PARA VERIFICAR SU ELIMINACIÓN. COMENZÓ A ELIMINARLO A LOS 50 MINUTOS DE LA INGESTIÓN Y TERMINÓ DE ELIMINARLO A LAS 46 HORAS. NÚMERO DE MICCIONES 33.** TRATAMIENTO: LAVADOS VESICALES DIARIOS CON AGUA BORICADA. NO HAY MÁS INFORMACIÓN.

Mariana Carrión (Mejor). Paciente de 50 años de edad, procedente de Ibarra. Ingresó el 31 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: infección puerperal, disentería. DIAGNÓSTICO: **Cistitis –Alcohólica**. TRATAMIENTO: Lavados vesicales diarios con agua boricada. CONDICIÓN FINAL: Alta el 2 de mayo de 1923. Sale mejor.

Balbina Ramírez (Curación). Paciente de 30 años de edad, nacida en Píllaro. Ingresó el 21 de junio de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años. Tuvo 3 embarazos y tiene 3 hijos vivos. Tuvo viruelas, tifoidea y fue sometida a ovariectomía izquierda hace 2 años por la presencia de un tumor. LABORATORIO CLÍNICO: Orina con Glóbulos de pus y sangre. DIAGNÓSTICO: **Cistitis**. TRATAMIENTO: Lavados de la vejiga con agua boricada, urotropina todos los 12 días. CONDICIÓN FINAL: Pide alta el 28 de junio de 1923. Sale en buen estado.

Conclusiones

El diagnóstico de cistitis fue clínico, con mínimo apoyo en el laboratorio para constatar la presencia de “glóbulos de pus y sangre” en un caso.

Se realizó una cistoscopia, la primera registrada en el Hospital San Juan de Dios, el 19 de febrero de 1922. Es un hecho relevante. Sin embargo, no existen datos complementarios de la ejecución y el resultado de este procedimiento.

La valoración de la función excretora renal con azul de metileno es significativa como exploración de métodos para la evaluación de la función renal. La falta una interpretación de este examen en el registro clínico permite conocer la magnitud de su uso.

El tratamiento con agua boricada fue útil, al parecer, en medio de la carencia de otras opciones.

CAPÍTULO X

Otras patologías abdominales

En este capítulo se revisan otras patologías gastrointestinales, clínicas y quirúrgicas, de pacientes que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Clínica de mujeres, principalmente en la sala de La Virgen. Hubo 16 casos, cuyos diagnósticos se presentan en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Otras patologías abdominales. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925

Patologías	Nº de pacientes
Enteritis (6); Cólera nostra (1); Gastroenteritis (1)	8
Peritonitis	2
Tumor abdominal	2
Cólico apendicular	1
Retención estercorácea. Obstrucción Intestinal	1
Hernia crural	1
Hernia inguinal izquierda.	1

Además de las disenterías estudiadas anteriormente, en este pequeño grupo predominaron problemas diarreicos bajo diversas denominaciones: enteritis, gastroenteritis y cólera nostra.

Características de las pacientes con patologías abdominales

Edad

La distribución de edad de las pacientes fue amplia y se formaron tres grupos etarios “Tabla 2”.

Tabla 2. Edad de las pacientes con otras patologías abdominales. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925

Edad	Nº de pacientes
25 - 35	4
38 - 48	7
50 - 80	5

La paciente más joven, de 25 años de edad, tuvo el cólico apendicular y la paciente de mayor edad, 80 años de edad, tuvo retención estercorácea y obstrucción intestinal. Las patologías diarreicas, que fueron las más frecuentes, se distribuyen en todos los grupos de edad. Los problemas más significativos y graves, como tumoración epigástrica, peritonitis y retención estercorácea con obstrucción intestinal se presentaron en las pacientes de mayor edad. La “Tabla 3” presenta la correlación de diagnóstico y edad.

Tabla 3. Diagnóstico vs. edad. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925

Diagnóstico	Edad	Diagnóstico	Edad
Cólico apendicular	25	Tumor abdominal	45
Enteritis crónica	30	Gastroenteritis	47
Enteritis aguda	35	Cólera nostra	48
Peritonitis	35	Enteritis	50
Enteritis crónica.	38	Hernia inguinal izquierda	50
Hernia crural	40	Tumoración epigástrica	60
Enteritis aguda. ¿Bacilosis pulmonar?	45	Peritonitis	80
Enteritis, ascariasis	45	Retención estercorácea. Obstrucción intestinal	80

Raza

La caracterización de “raza” en este grupo se configuró de la siguiente forma: mestiza, 5; indígena, 3 y blanca, 1. No se registró la “raza” en 7 casos.

Ocupación

La mayor parte de las pacientes se ocupaban de tareas domésticas como quehaceres domésticos, 5; cocineras, 4; sirvienta, 1. Otra trabajaba como agricultora. En 6 casos no se estableció la ocupación.

Patologías anteriores

Los relatos de las pacientes de este conjunto sobre las patologías anteriores se correlacionan totalmente con la mayoría de las pacientes de este período. Predominan las enfermedades infecciosas y de ellas las gastrointestinales, como reflejo de las condiciones de vida de entonces (“Tabla 4”).

Tabla 4. Patologías anteriores. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925

Patología	Nº de casos	Patología	Nº de casos
Diarreas	9	Reumatismo	2
Sarampión	7	Coqueluche	1
Viruelas	4	Teniasis	1
Neumonía	3	Infección ocular	1
Gripe	3	Amaurosis	1
Tifoidea	2	Epilepsia	1

Estadía hospitalaria

Solamente en 5 casos fue posible establecer los días de permanencia hospitalaria, tuvo un rango entre 12 y 33 días, con un promedio de 18 días.

Condición final

En 10 pacientes se detalló su condición final. Constan 4 curadas; dos salieron sin autorización del servicio; una paciente recibió el alta y 3 fueron transferidas al servicio de Cirugía.

Tratamientos para los problemas abdominales

En las Historias Clínicas aparecen tratamientos como *Champaña helada y hielos al vientre*. Además, se utilizaron varios medicamentos que fueron descritos en el volumen I:

- Sulfato de cobre, página 94.
- Sulfato de cobre como componente del Agua de Alibour, página 99.
- Emetina, página 110.
- Salol o Salicilato de metilo, página 119.
- La Poción de sulfato de sodio, benzoato de sodio, salicilato de sodio, en que el sulfato de sodio o sal de Glauber actúa como laxante, pp. 219 y 291.
- Suero de Hayem, página 213.
- Suero cafeinado, página 214.
- Aceite de ricino, página 218.
- Agua de Gütig, página 221.
- Santonina o tomillo blanco, página 283.
- Aceite alcanforado, página 304.

También se utilizaron otros tratamientos mencionados en el presente volumen:

- Emetina, página 114.
- Subnitrito de bismuto, página 116.
- Azul de metileno, página 223.
- Sales de Bourget, página 198.

Adicionalmente, se utilizaron nuevos medicamentos, como los que se presentan luego.

Polvo de Dover

Los polvos de Dover fueron una fórmula de opio e ipecacuana –“Figura 1”–. Los creó el capitán Dover, alumno de *Thomas Sydenham*, creador del Laúdano de Sydenham. Se utilizaban para dormir. El capitán Dover era un pirata retirado que se convirtió en médico. Famoso porque, en 1709, rescató al naufrago **Alexander Selkirk** de una isla desierta. **Daniel Defoe**, el novelista inglés, se inspiró en Alexander Selkirk para escribir la novela *Robinson Crusoe* (1719). *Escribió, además, la novela histórica Diario del año de la peste* (1722) basada en la Gran Peste de Londres (1665-1666) (Psicoterapeutas.eu, 2012).

Figura 1. Polvos de Dover.



Nota: Imagen tomada de *Polvos de Dover*, de Psicoterapeutas.eu, 2012 (<https://psicoterapeutas.eu/polvos-de-dover/>). Bajo copyright.

Julepe gomoso

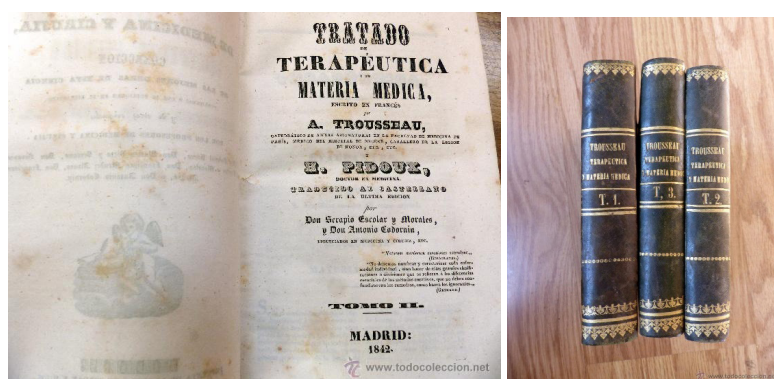
Proviene del árabe hispánico *ġulláb*, este del árabe *Ġul[l]āb*, y este del persa *gol āb*, agua de rosas. Está compuesto de agua destilada, goma arábiga o de Senegal, jarabes y otras substancias (Qsignifica, 2021). La receta del julepe gomoso se encuentra en el *Tratado de terapéutica y materia médica*, Vol. 2, de Armand Trousseau y Hermann Pidoux de la Facultad de Medicina de París. Este libro fue publicado en 1842 y “traducido de la última edición y aumentado considerablemente por D. José Rodrigo y D. Francisco Álvarez, profesores de Medicina y Cirujía” (Trousseau & Pidoux, 1842, p. 3). Presenta la siguiente receta:

Receta de la Poción gomosa (Julepe gomoso)

R. De goma arábiga entera o en polvo, dos dracmas; de jarabe simple, seis dracmas; de agua de flor de naranjo, una dracma; de agua común, cuatro onzas.

Lávese la goma en agua fría, y hágasele disolver también en la cantidad de agua prescrita, cuélese y añádase el jarabe al agua aromática (Trousseau & Pidoux, 1842, pp. 61, 67).

Figura 2. Tratado de Terapéutica y Materia Médica del Dr. Trousseau, 1842.



Nota: Imágenes tomadas de *Tratado de Terapéutica y Materia Médica*, de Todocoleccion.net, 2015 (<https://en.todocoleccion.net/old-books-medicine/tratado-terapeutica-materia-medica-trousseau-e-pidou-1841-42-3-tomos-x52467121>). Bajo copyright.

Creta preparación o carbonato de calcio

Creta significa ‘greda’ en latín. El carbonato de cal terroso se conformaba de residuos de infusorios (protozoos del tipo de los ciliados). Las rocas cretáceas pueden ser las calizas, areniscas, margas. Es una roca, tierra caliza de grano fino de color blancuzco y origen marino, siendo abundantes los depósitos de creta entre los estratos del período cretácico, de ahí toma su nombre esta roca. La creta o carbonato cálcico, CaCO_3 , en la práctica de la cerámica, es uno de los elementos básicos, el cual se usa como medio de fusión eficaz. Las distintas variedades de esta roca nos dan unas cualidades de porosidad y textura diferentes, desde las más duras y compactas hasta las más porosas y blandas (TodaCultura, s.f.). Se utilizó en Farmacia, entre otros procedimientos, para la preparación del ácido cítrico, para lo cual había que “saturar en caliente el zumo de limón por carbonato de cal con el que forma un citrato insoluble” para luego extraer el ácido cítrico (Bustillos, 1851, p. 75).

Fermentos lácticos

Los fermentos lácticos, descubiertos por Louis Pasteur, son parte de los probióticos entre los que se encuentran las bacterias lácticas y las levaduras lácticas. Participan en la fermentación del ácido láctico. Los fermentos lácticos, y en particular las bacterias del ácido láctico, son microorganismos presentes en el cuerpo, esenciales para mantener el equilibrio del micro-

biota intestinal para la digestión y las funciones inmunitarias, neurológicas y metabólicas. La fermentación del ácido láctico es un proceso muy empleado en la industria alimentaria para la producción de productos lácteos fermentados (yogures, quesos, leche cuajada), verduras fermentadas (pepinillos) y otros productos fermentados como los embutidos. (DietiNatura, 2018).

Nombres de las pacientes con patologías abdominales

Antonia Muñoz, Juana Gallo, Cristina Flores, Fidela Olguín, Felisa Cerda, Ana Miño, Plácida Casares, Aurora Castro, Margarita Herrera, Elina Camino, Rosario Hidalgo, Trinidad Ushiña, María Heranluisa, Andrea Morales, Cecilia Proaño y Rosa Segovia.

Historias Clínicas de las pacientes con patologías abdominales

Antonia Muñoz (Curación). Paciente de 45 años, indígena. Ingresó el 18 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido gripe y disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace dos meses presenta tos, expectoración mucosa escasa y desde 3 días antes del ingreso presenta dolor abdominal y deposiciones diarreicas. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutricional satisfactorio, decúbito indiferente. T° 37; pulso 80 x minuto; respiraciones 28 por minuto. Aparato digestivo: lengua saburral, anorexia, frecuentes deposiciones diarreicas. Aparato respiratorio: submatitez de los vértices. Ruidos respiratorios aumentados en la misma región. Auscultación: espiración arrastrada, algún estertor subcrepitante muy raro. Expectoración mucosa. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Enteritis aguda. ¿Bacilosis pulmonar?** TRATAMIENTO: Sulfato a dosis decrecientes. Bourget. CONDICIÓN FINAL: Curación de la enteritis, alta el 20 de febrero de 1920.

Ana Miño (Curación). Paciente de 80 años de edad, mestiza, realiza quehaceres domésticos, reside en Quito. Ingresó el 1 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años, ha tenido neumonía y disentería. Amaurosis desde hace 3 años. ENFERMEDAD ACTUAL: 24 horas antes del ingreso presenta dolor abdominal generalizado e intenso, vómito incoercible, desfallecimiento. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutricional malo, decúbito dorsal, miembros inferiores en ligera flexión. Facies abdominal característica. T° 37,2; pulso 100 x 1'. respiraciones 25 x 1'. Aparato Digestivo: lengua seca, roja y resquebrajada. Vómitos porráceos abundantes. Dolor abdominal fuerte y generalizado, meteorismo. Tres días que no hay expulsión de gases ni materias fecales. Aparato circulatorio: pulso rápido, tensión débil. Órganos de los sentidos: amaurosis. Piel terrosa. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Peritonitis.** TRATAMIENTO: Champaña helado, hielos al vientre, aceite alcanforado, estimulantes difusibles. Reposo absoluto. Adrenalina gotas: XV, X, V, X, X, XV, XV en días sucesivos. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 15 de febrero de 1920.

Cristina Flores (Mejor). Paciente de 35 años, indígena, residente en Quito. Ingresó el 11 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años, tuvo sarampión, disentería y tifoidea. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde la víspera presenta dolores abdominales fuertes, vómitos biliosos y frecuentes deposiciones diarreicas. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutricional satisfactorio, decúbito indiferente, facies demacrada, sufrida. T° 38; pulso 90 x 1'; respiraciones 25 x 1'. Aparato digestivo: lengua saburral, anorexia y sed intensa. Abundantes y frecuentes (18) deposiciones diarreicas. No hay tenesmo. Los vómitos han cesado. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Enteritis aguda.** EVOLUCIÓN: Arroja 6 ascárides. (en varios días: 1-4-1-1). TRATAMIENTO: Santonina dos días. CONDICIÓN FINAL: Sale sin orden del servicio el 26 de febrero de 1920. Estaba mejor.

Plácida Casares (Curación). Tiene 80 años de edad, es indígena, trabaja en quehaceres domésticos, vive en Quito. Ingresó el 24 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 15 años de edad, ha tenido 11 embarazos y tiene 11 hijos vivos. Ha sufrido de neumonía, kérato-conjuntivitis traumática, constipación tenaz. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 5 días presenta meteorismo, dolor abdominal generalizado, que se irradia al miembro inferior izquierdo. Ausencia absoluta de deposiciones y expulsión de gases. Náuseas. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutricional satisfactorio, decúbito indiferente, facies angustiada, contrita. T° 36,2; pulso 65 x 1', respiraciones 18 x 1'. Aparato Digestivo: lengua saburral, anorexia, dolor abdominal, meteorismo, no hay expulsión de gases ni defecaciones. A la palpación se nota en la S ílica, una dureza correspondiente sin duda a la retención estercorácea. Aparato Nervioso: inquietud, insomnio. Órganos de los sentidos: En el ojo izquierdo existe un (ilegible) región temporal; el derecho completamente arruinado por una kérato-conjuntivitis anterior. DIAGNÓSTICO: **Retención estercorácea. Obstrucción intestinal.** TRATAMIENTO: Aceite de ricino 45 gms. Adrenalina XV gotas, una vez. CONDICIÓN FINAL: Alta el 7 de marzo de 1920. Curación.

Fidela Olguín (Curación). Paciente de 30 años de edad, mestiza, ocupación haceres domésticos, residente en Guayaquil. Ingresó el 27 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace 3 meses empezando con anorexia, sed intensa,

malestar abdominal y diarrea abundante. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo desmejoradísimo, indiferente, facies anémica. T° 37,6; pulso 80 x 1'. respiraciones 24 x 1'. Aparato Digestivo: lengua saburral, malestar abdominal, diarrea blanquecina, muy abundante. Anorexia, sed intensa. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Enteritis crónica**. TRATAMIENTO: Subnitrato de bismuto 4g y salol. Polvo de Dover 0,50. Sulfato 25. Emetina 0,04 (una dosis). Agua de Güitig. Julepe gomoso, Creta preparación y salol 1 gm. Azul de metileno en 3 píldoras. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 12 de abril de 1920. Firma J.C.

Aurora Castro (No se informa la condición final). Pacientes de 60 años de edad, raza blanca, ocupación, quehaceres domésticos, vive en Rumipamba, Tungurahua. Ingresó el 30 de abril de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, disentería, dolores dorsales vagos. Madre posiblemente epilepsia. Desde hace 8 años tuvo un ataque epiléptico, con aura y caída «consciente», pues elegía el sitio donde caería. Las convulsiones duraban una hora, durante el primer mes se repitieron diariamente, luego fueron distanciándose en el tiempo hasta desaparecer hace 4 años coincidiendo con cambio de domicilio a la costa. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace dos años, después de las comidas, sentía molestias estomacales, dolores vagos que se volvieron agudos y haciendo sentir más intensos a la hora de cada comida, siendo más intensa cuando ella era copiosa. Esto le condujo a examinarse la región dolorida notando «sobre el estómago» un cuerpo extraño que hasta la sazón ha crecido muy poco. EXAMEN FÍSICO: Es una tumoración de superficie irregular con abolladuras (que se sienten en la cara anterior), de consistencia dura, movable, pero su desplazamiento es limitado. Tiene una forma más o menos elíptica con su eje mayor dirigido de derecha a izquierda, de atrás adelante (muy poco) y de arriba a abajo. Su sitio es exactamente en el punto llamado hueco epigástrico, de ahí se va hacia la izquierda, se prolonga hacia atrás y parece pediculado. La enferma tiene un color amarillo pajizo, notable especialmente en la cara. Está flaca, se queja de falta de apetito, sufre de constipación. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Tumoración epigástrica**. No hay más información.

Felisa Cerda (Curación). Paciente de 47 años de edad, mestiza, ocupación cocinera, residente en Latacunga. Ingresó el 9 de junio de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Gripe de repetición, fiebre tifoidea. ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó hace dos días con dolores intestinales intensos, deposiciones abundantes y diarreas, lasitud, temperaturas, lengua saburral, boca amarga. EXAMEN FÍSICO: Buen estado general, Temperatura 37, 6°; Pulso 80 x 1'. Decaimiento, cefalalgia. Aparato Digestivo: Anorexia casi absoluta, lengua muy pastosa, boca amarga, eructos, vómitos poco frecuentes, gastralgias, dolores intestinales localizados especialmente en las regiones del intestino delgado, diarreas (hasta 6 y 8 deposiciones diarias) de aspecto gleroso, muco-sanguinolento, de color amarillo, olor muy fétido. DIAGNÓSTICO: **Gastroenteritis**. CONDICIÓN FINAL: Curación. No se registró fecha de alta.

Trinidad Ushiña (No se informa la condición final). Paciente tiene 45 años, ocupación cocinera. Ingresó el 7 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 16 años, ha tenido 8 embarazos, 2 abortos y 6 hijos viven. Ha sufrido sarampión y viruela, Gripe hace 2 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 meses presenta dolor abdominal con sensación de quemazón, acompañado de dolor en el hipocondrio derecho. Además, tiene constipación, eructos y vinagreras. Eliminó una taenia luego de comer pepas de zapallo. EXAMEN FÍSICO: Lengua seca, abdomen meteorizado, hígado algo grande, bazo normal. Dolor en todo el marco colónico. Deposiciones frecuentes con tenesmo. Anorexia. Cardio pulmonar normal. Zumbidos de oídos, insomnios. LABORATORIO CLÍNICO: Orina: abundantes, claras, no contiene exceso de cloruros, 7; Urea 15,50; No albuminuria ni azúcar. Coprológico: Algunos huevos de Ascaris lumbricoides. DIAGNÓSTICO: **Enteritis, Ascariasis**. TRATAMIENTO: Dieta Severa. Fermentos lácticos toma 4 tabletas diarias. No existe más información.

María Heranluisa (No se informa la condición final). Paciente de 35 años de edad. Natural de Latacunga. Reside en Quito. No hay registro de la fecha de ingreso. Casada, 3 hijos vivos, 2 muertos en el 1er año de vida. Profesión cocinera. ANTECEDENTES PERSONALES: En la infancia tuvo sarampión y viruela. Menstruó a los 14 años de edad; las reglas han sido siempre bien periódicas; el flujo menstrual ha sido cada vez muy abundante y de 6 a 8 días de duración. Se le suspenden hace cosa de 3 años. Hace un año poco más o menos fue atacada de neumonía. Hace ya cosa de 4 años se le presentó por 1ra vez un acceso de cólico hepático; desde entonces, de una manera periódica y casi con el intervalo justo de un año, se han repetido los cólicos. ENFERMEDAD ACTUAL: Fecha y modo de comienzo de la enfermedad actual: A fines del mes p. pasado, experimentó la enferma un desfallecimiento general, acompañado de palpitaciones intensas y dolorosas, Tuvo calofríos repetidos y elevación de la temperatura. La anorexia, es hasta hoy, completa. Además, manifiesta la enferma fatigarse, cansarse mucho como consecuencia de la marcha; dice que para llegar a su casa es necesario descansar y tomar aliento al menos 4 o 5 veces. A esta disnea de esfuerzo seguían palpitaciones tumultuosas y violentas que dejaban a la enferma en un esta de angustia terrible. Con el reposo todo volvía a su estado normal. EXAMEN FÍSICO: Lengua bastante seca y resquebrajada. Aparato Digestivo: Abdomen: el punto vesicular es doloroso a la palpación; el hueco epigástrico sumamente doloroso: al palparlo da la sensación de un cuerpo duro que ocupa toda la superficie. El hígado está muy aumentado de volumen en su borde superior que llega al 4to espacio intercostal en la línea paraesternal, en la mamaria, axilar y en la del omóplato. El borde inferior no rebasa las falsas costillas; la percusión es dolorosa. Intestinos: deposiciones diarreas, unas veces amarillas intensas; otras veces verde amarillentas. El bazo está aumentado de volu-

men. Aparato Circulatorio: pulso pequeño, depresibles; las pulsaciones se perciben menos netas de vez en cuando; es acelerado. Late 122 veces por minuto. Tensión disminuida. Miocardio: la punta late en el 6to espacio intercostal. En el hueco epigástrico se perciben los latidos del ventrículo derecho. La línea hépato-apexiana presenta una inclinación notable. Auscultando la punta del corazón se nota un soplo presistólico, agudo, de timbre musical, que se propaga hacia el foco de la tricúspide. Debo anotar que en un examen anterior de la enferma el soplo anotado era más intenso, se propagaba en toda el área cardiaca, oyéndosele indistintamente en todos los orificios valvulares. Hoy, cosa sorprendente, mientras hacía el examen me llama la atención que el soplo desaparece. Inclinando a la enferma del lado izquierdo, por pocos momentos vuelvo a oír el soplo, con su carácter musical, después, desaparece. El carácter anotado me inclina a creer que se trata de alguna desgarradura de las valvas de la mitral que, cuando es cogida por el paso de la onda sanguínea, vibra y da al oído que ausculta la sensación auditiva del soplo musical discreto. En la base del corazón y en el foco aórtico se nota el desdoblamiento del 2do ruido, no es muy claro ni neto; se percibe mejor un refuerzo del 2do ruido. Sistema nervioso: normal. Aparato génito urinario: normal. Punción exploradora a nivel del hueco epigástrico encuentra pus. **DIAGNÓSTICO: Peritonitis.** No hay más información. **CONDICIÓN FINAL:** Pasa al servicio de Cirugía a la Sala de Santa Teresa.

Andrea Morales (Fugó del hospital). Paciente de 45 años de edad, casada, natural de Nono (Provincia de Pichincha). Agricultora. Ingresó el 7 de abril de 1923. **ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** Su padre falleció de afección hepática y su madre sucumbió en una hemoptisis fulminante. Sus hermanos, de los cuales ellas es la tercera, gozan de perfecta salud. Ningún dato importante en su genealogía. **ANTECEDENTES PERSONALES:** En la primera infancia, sarampión y coqueluche. A los 15 años tuvo fiebre con delirio, cefalea intensa, estupor. Después de esta época algunos trastornos digestivos como diarreas, digestiones embarazosas, vómitos y dolores lancinantes en el epigastrio, que se sucedía a intervalo de varios meses. Estos desarreglos los atribuye la enferma tanto a la ingestión de comidas mal preparadas, abundantes, servidas a deshora y a la solitaria. Habiéndose desalojado de este huésped, al año de sus desarreglos gastrointestinales, sobrevino el completo bienestar de sus funciones, y disfrutó de admirable salud durante cuatro años. Terminada esta corta etapa de vida sana y robusta, subsiguió un crónico malestar, de carácter vago e insidioso, que no se decidía a tomar individualidad alguna patológica; pero que, minando poco a poco las energías de la paciente, aceleraban el agotamiento psíquico y orgánico, que le hacían muy penosas y duras, las atenciones de sus quehaceres. Desde entonces no cuenta con salud. Contrajo matrimonio a los treinta años. Sus dos únicos hijos viven perfectamente. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Hoy ingresa al servicio de Clínica (del Prof. Gallegos) pálida, angustiada, con dolores en el estómago e intestino, con facies térrea y muy desnutrida. Desde hace una semana siente recrudecer la enfermedad antigua. El dolor abdominal se hace continuo y gravativo, especialmente en la noche. Parte del epigastrio a los hipocondrios y a la región lumbar. El dolor no guarda relación con las comidas. Las digestiones son tardías, acompañadas de pirosis y a veces de vinagreras. Se terminan con gran producción de gases. Sin embargo, no ha tenido constipación ni diarreas, cumple anotar, como signo de capital importancia, la existencia de melenas que se presentaron por primera vez hace dos meses. La anorexia es marcada y tiene repulsión por las carnes y grasa. **EXAMEN CLÍNICO:** Inspección general: decúbito dorsal: molesta a la paciente adoptar las posiciones laterales, a causa del despertamiento de su dolor. Resalta a primera vista el acentuado enflaquecimiento; la piel está laxa y de color amarillo terroso, sucio. Falta el tinte pajizo típico. El panículo adiposo ha desaparecido notoriamente. La cara tiene expresión sufrida. La demacración fisonómica, notable; ojos hundidos. La palidez es igual más o menos que la del cuerpo. Aparato digestivo: Labios descoloridos; lengua húmeda, brillante, no saburral. El abdomen liso y algo deprimido. Defensa muscular exagerada. Palpación superficial y profunda, dolorosas. Nada se percibe en la región estomacal. En todo el trayecto del colon transversal y el comienzo del colon descendente el examen cobra un interés inusitado. Hundiendo las manos en este punto, se alcanza a tocar, distintamente, un cuerpo duro, del tamaño de una naranja o poco menos, de superficie irregular y consistencia de escirro. La palpación es dolorosa, arranca quejidos a la enferma. Excursionando el palpado por las fosas ilíacas, el punto umbilical y apendicular, solo parece constatarse cierto apergaminamiento, que, a punto fijo, no sé precisar si es del peritoneo o de las masas musculares y algunos gorgoteos. La red venosa subumbilical principia a desarrollarse. Hígado: borde superior en el 5to espacio y séptimo de las líneas mamilar y axilar; el borde inferior no se palpa. Bazo: doloroso a la palpación y percusión por la vecindad del tumor: no se palpa el polo inferior, ni está aumentado de volumen. Aparato respiratorio: Inspección normal del del ritmo, Diecisiete respiraciones al minuto. Fosas supra e infra claviculares deprimidas, con relación al estado nutritivo. Aumento de las vibraciones vocales en el lado derecho. Percusión normal R.P.: vibraciones vocales aumentadas en toda la región derecha. Matidez en la fosa supraespinosa del mismo lado. Las regiones interescaño vertebrales se muestran dolorosas. No hay más signos estetoscópicos. Vasos y corazón: pulso tenso, saltón, regular. 65 pulsaciones al minuto. El lado derecho y anterior del cuello y en el epigastrio se ven animados de latidos. Punta cardíaca en el 5to espacio intercostal, algo desviada hacia afuera. No ha descenso. El área cardiaca no está aumentada. La auscultación escucha un soplo sistólico suave, localizado en el foco mitral. No se propaga a la axila, ni desaparece con el reflejo óculo cardiaco. en el foco tricuspídiano los latidos, sobre todo el primer ruido, es más fuerte. La paciente ha tenido disnea de esfuerzo y vértigos ocasionados por los movimientos repentinos y a veces también en el reposo. La obnubilación de la vista se ha presentado también en ocasiones. Mucosas, tinte subictérico de las conjuntivas y palidez de la mucosa bucal. Sistema glandular: sudores nocturnos, viscosos. Sistema linfático: En la región inguinal los ganglios aparecen en gran pléyade. Sistema nervioso: decaimiento e insomnio. Reflejos normales. Aparato urogenital: se instalaron las menstruaciones a los 15 años. No ha presentado en ellas nada que llame la atención. Hace 9 años que se jubiló en menopausia. Las orinas son normales. Temperatura: 37°. Cabe

hacer una rectificación muy racional acerca de la localización del tumor antes descrito. Un juicio muy ligero me condujo a creer que la induración neoplásica se limitaba a la longitud del colon transversal y el origen del descendente. Precizando más el examen exploratorio, con arreglo al plano de la Anatomía Topográfica, el abultamiento tumoral se alinea por debajo del punto umbilical y se circunscribe a la zona de la masa intestinal (meso-cólica), sin que se pudiera afirmar, a ciencia cierta, el verdadero órgano en que se emplaza con seguridad. ¿Es un tumor del epiplón o de la pared visceral del peritoneo? Esto es lo que no se puede afirmar. El juicio clínico se ha pronunciado en favor de la naturaleza maligna del tumor, puesto que la evolución y los síntomas de la enfermedad abonan en su favor. Pero, si el tumor es exo-intestinal, ¿Cómo se puede explicar la formación de melenas? **RAYOS X:** Carácter del tumor visto a los rayos X: *Nota: Aquí, en el libro respectivo, existe un espacio de 7 líneas, en blanco. No se ha conseguido la imagen radiológica o su informe.* **DIAGNÓSTICO: Tumor abdominal.** **CONDICIÓN FINAL:** El Prof. Gallegos, juzga el caso de intervención quirúrgica; la enferma sin decidirse a la laparotomía renuncia al consejo médico y huye del hospital. Conste que, por la insuficiencia del gabinete radiológico, no se pudo llevar a cabo este importantísimo examen, el único capaz de dar luz sobre la ubicación y límites del tumor. Ernesto Lafronte.

Cecilia Proaño (Pasa a la sala Santa Rosa). Paciente de 40 años de edad, ocupación sirviente, reside en Quito. **DIAGNÓSTICO:** Hernia crural. **CONDICIÓN FINAL:** Transferencia: Pasa a la sala Santa Rosa.

Rosa Segovia (Pasa a la sala Santa Teresa). Paciente de 50 años de edad, ocupación cocinera, residente en Latacunga. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Enteritis, reumatismo articular. **DIAGNÓSTICO:** Hernia inguinal izquierda. **CONDICIÓN FINAL:** Transferencia, Pasa a la sala Santa Teresa.

Conclusiones

Las distintas patologías abdominales fueron fundamentalmente infecciosas. La mitad de ellas tuvo diferentes tipos de diarreas y una sufrió peritonitis. Estos procesos infecciosos reflejan las limitadas condiciones de vida de estas mujeres dedicadas, la mayoría, a las labores de la casa.

Hubo la introducción de nuevos medicamentos, algunos con muchos años de uso, como los polvos de Dover y Julepe gomoso, y otros antiguos, que aún siguen en uso, como los fermentos lácticos. Además, se utilizó la champaña helada y la aplicación de hielos al vientre.

Es notable el esfuerzo y afán de superación de los estudiantes de medicina, quienes aportaron a la terapéutica del Hospital San Juan de Dios y seguramente de Quito a través de los artículos traducidos y publicados en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*. Así, por ejemplo, la síntesis de la revista *París Médica* N° 33, de agosto de 1919, escrita por P. Ravant y Charpín, publicada en la Revista, proponía el uso de subnitrito de bismuto en combinación con otros principios activos para los casos de diarreas crónicas. El subnitrito de bismuto fue utilizado en la paciente **Fidela Olguín**, quien tenía diagnóstico de enteritis crónica.

Los tratamientos fueron relativamente exitosos. Solo en 4 casos está explícitamente señalado el resultado final como curación: en 3 casos de diarreas y en uno de peritonitis. Esta paciente fue tratada con “Champaña helado, hielos al vientre, aceite alcanforado, estimulantes difusibles. Reposo absoluto. Adrenalina gotas: XV, X, V, X, X, XV, XV en días sucesivos” y se curó.

CAPÍTULO XI

Otras enfermedades infecciosas

En este capítulo se revisan los registros de 13 pacientes con enfermedades infecciosas no incluidas en los capítulos anteriores. La mayoría tuvo sarampión. Los demás casos correspondieron a infecciones de transmisión sexual y herpes zoster, señaladas en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Otras enfermedades infecciosas. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

Patologías	Nº de pacientes
Sarampión	7
Blenorragia. Metritis gonocócica crónica	3
Sífilis	2
Herpes zoster	1

Tiene especial interés la descripción de las manifestaciones clínicas del sarampión que realizan las pacientes. Se complementa con el registro del examen físico que lamentablemente no siempre es completo. El tratamiento empleado en sarampión y las demás patologías es significativo.

Características de las pacientes con otras enfermedades infecciosas

Edad

En la “Tabla 2” se ubican las edades y el promedio de edad de las pacientes con estas infecciones.

Tabla 2. Edad de las pacientes con otras infecciones. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD 1920-1925

Patología	Sarampión	Blenorragia	Sífilis
	7	18	30
	8	19	45
	8	28	
Edades de las pacientes	17		
	18		
	19		
	19		
Promedio de edad	13,7	21,6	37,5

Ocupación

Las ocupaciones de las pacientes van desde las más pequeñas que tuvieron sarampión. Una era “escolar”, otra “catequística” y una tercera “sirvienta”. Las demás realizaban tareas del hogar, indicadas en la “Tabla 3”.

Tabla 3. Ocupación de las pacientes con otras infecciones. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925

Ocupación	Nº de pacientes
Cocinera	2
costurera	2
Sirvienta	2
Catequística	1
Costurera	1
Escolar	1
QQDD	1
Sin registro	3

Procedencia

Las pacientes residían 7 en Quito (incluye una paciente de Cotacollao); 2 en Otavalo; 1 en Latacunga; 1 en Saquisilí; 1 en Tambillo y 1 sin registro.

Estadía hospitalaria

El promedio de permanencia de las pacientes con sarampión fue de 6 días, calculado con los datos de 4 de los 7 casos de sarampión. En las otras patologías no existen datos suficientes.

Tratamientos

Excepto para Herpes zoster, enfermedad en que no se indica el tratamiento aplicado, se dispone de los registros de tratamiento realizados para sarampión, blenorragia y sífilis. La descripción de los medicamentos utilizados para estas enfermedades se encuentra en el primer volumen.

Sarampión

Tratamiento para el sarampión

Para el tratamiento del sarampión se registraron varias opciones terapéuticas, usualmente combinadas de acuerdo a las necesidades de cada persona. La mayoría de ellas aparecen descritas en el volumen I de esta investigación:

- Agua de Güitig, página 221.
- Diaforéticos, página 280.
- Purgantes, página 281.
- Expectorantes, página 303.
- Aceite alcanforado, página 304.
- Sal de Seignette o Sal de La Rochela, página 306.

La denominada Infusión Jaborandi, producida con *Pilocarpus jaborandi*, que contiene pilocarpina, está descrita en este volumen.

A continuación, se describen las características de nuevos compuestos que se utilizaron para el sarampión: Licor amoniacal, limonada de Roge y jarabe tónico.

Licor amoniacal

Es una solución acuosa de amoníaco (NH₃) entre el 20-25% de concentración. En la actualidad se utiliza como fertilizante, para el tratamiento de aguas residuales, como producto químico de laboratorio y en algunos materiales de construcción. En espacios cerrados puede haber riesgo de explosión si hay una fuente de ignición. Su ingestión puede producir erosión de la mucosa gastro-intestinal (Fertiberia, 2020).

Anís

El nombre científico del anís es *Pimpinella anisum* y es una planta de 50 cm. de altura, con hojas lobuladas, flores blancas y frutos secos que contienen una sola semilla que posee un sabor dulce y un aroma intenso. Es utilizada para combatir la acidez, indigestión, gases y el dolor abdominal, por sus propiedades carminativas y antiespasmódicas. El extracto seco y el aceite esencial de anís es utilizado en perfumería. Es confundido con el anís estrellado, *Ilicium verum*, sin embargo, son plantas con diferentes propiedades. Se menciona que el anís ejerce acción diurética, antifúngica, antiviral, antiespasmódica, carminativa, analgésica, anticonvulsiva, antioxidante, inhibidora de la fermentación intestinal, antibacteriana y puede actuar como relajante muscular y como repelente de insectos, pudiendo emplearse para evitar la proliferación de los mosquitos (Zanin, 2021).

Figura 1. *Pimpinella anisum* L. planta y semillas de anís



Nota: La primera imagen fue tomada de *Pimpinella anisum*, de Wikipedia, 2020 (https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pimpinella_anisum&oldid=123663017). Bajo Licencia Creative Commons Atribución Compartir 4.0.

La segunda imagen fue tomada de *Anís: para qué sirve, cómo consumirlo y contraindicaciones*, de T. Zanin, 2021 (<https://www.tuasaude.com/es/anis/>). Bajo copyright.

Limonada Roge

La limonada Roge es un laxante que se utilizaba hasta hace algunos años. Contiene “Ácido Cítrico 30 g – Carbonato de magnesio 18 g – Azúcar 30 g.” Se utilizaba para “deficiencia de magnesio, acompañada de síntomas como trastornos menores del sueño, aumento de la irritabilidad, ansiedad deficiente, aumento de la fatiga, espasmo de los músculos de la pantorrilla” (Kovalenko, 2020). En Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) prohibió la venta y consumo de la limonada en polvo “Roge”, ya que el producto tiene “sabor desagradable y aroma que sugiere a producto de limpieza”. Se dejó de fabricar en 2008 (Río Negro, 2013).

Jarabe Tónico

Los denominados jarabes tónicos han gozado de popularidad desde la antigüedad. No se cuenta con detalles respecto a la composición de los jarabes tónicos administrados en el Hospital San Juan de Dios. Se conoce que usualmente tenían y tienen una multiplicidad de vitaminas y algunos minerales. También el vocablo *tónico* se ha utilizado en la preparación de cocteles, por ejemplo, el Gin Tonic, cuya receta habría nacido en el siglo XIX.

Uno de los jarabes tónicos, que *fue hecho por Pasteur* según la propaganda del laboratorio productor, tendría la siguiente composición por cada 100 ml:

Vitamina A (equivalente a 10.000 U.I.) 3 mg; Vitamina B1 20 mg; Vitamina B2 6 mg; Vitamina B6 5 mg; Vitamina B12 30 mcg; Vitamina C 250 mg; Vitamina D2 0.125 mg (equivalente a 5.000 U.I.); Nicotinamida 50 mg; Pantotenato de Calcio 10 mg; Hipofosfito de Sodio 500 mg; Hipofosfito de Calcio 300 mg; Glicerofosfato de Calcio 500 mg”. Este producto está indicado para “debilidad general, convalecencia, período postoperatorio, raquitismo, estados carenciales, senescencia, estados caquéticos. (Easyfarma, 2018)

Nombres de las pacientes con sarampión

Las siete pacientes con sarampión tuvieron los siguientes nombres: Luz M. Cáceres, Carmen Carrera, Mercedes Flores, Dolores Maldonado, Victoria Morales, María Narváz y Rosa María Vinueza.

Historias Clínicas de las pacientes con sarampión

Los registros de sus historias clínicas se presentan a continuación:

Luz M. Cáceres (Falleció). Catequística de 8 años de edad, indígena, residente en Quito. Ingresó el 4 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL Enferma desde hace un día, empezando con fuerte dolor de cabeza, malestar general, escalofrío y fiebre. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, facies congestiva. T° 39.2; pulso 140 x 1'. respiraciones 34 x 1'. Aparato Digestivo: lengua pastosa, seca, roja. Aparato Respiratorio: disnea, estertores crepitantes diseminados, sobre todo en el vértice derecho, tos frecuente que provoca una expectoración mucosa, poco abundante. En la base del mismo pulmón está un poco disminuido el murmullo vesicular. Órganos de los sentidos: catarro óculo nasal agudo. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Sarampión y Bronquitis**. TRATAMIENTO: Diaforético, purgantes, expectorantes, aceite alcanforado. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 7 de marzo de 1920. Firma J.C.

Mercedes Flores (Curación) Escolar de 7 años de edad, mestiza, residente en Quito. Ingresó el 5 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL Enferma desde hace 3 días con escalofrío bastante fuerte, fiebre, dolor de cabeza, catarro nasal y dolor de garganta, quebrantamiento general. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, decúbito supino, facies congestionada y presenta un exantema puntiforme. T° 39.4; pulso 140 x 1'. respiraciones 75 x 1'. Aparato Digestivo: lengua seca y roja, inflamación de la garganta, ligero dolor de estómago, sed intensa. Aparato Respiratorio: tos seca muy repetida, disnea fuerte, tiraje supra esternal. A la auscultación el murmullo vesicular un poco apagado. Órganos de los sentidos: catarro óculo-nasal abundante. Piel: presenta en todo el cuerpo especialmente en tronco y miembros superiores exantema puntiforme. Resto normal. Diagnóstico: **Sarampión**. Tratamiento: Diaforético, purgante, expectorante, Agua de Güitig. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 10 de marzo de 1920. Firma J.C.

Victoria Morales (Curación). Paciente de 8 años de edad, mestiza, trabaja como sirvienta en Quito. Ingresó el 19 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL Enferma hace dos días empezando con cefalea, catarro óculo nasal agudo, escalofrío y fiebre. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo regular, facies congestionada, supino. T° 38,7; pulso 120 x 1'. Respiraciones 25 x 1'. Aparato Digestivo: Lengua saburral y seca. La mucosa labial está resquebrajada, existe algo de constipación. Aparato Respiratorio: Tos intensa, seca, pero muy penosa, En cada acceso de tos la enferma se pone con la cara muy congestionada y las conjuntivas oculares rojizas. A la percusión se nota disminuida la sonoridad de ambos pulmones sobre todo en el derecho, se oye estertores crepitantes finos diseminados en ambos pulmones y sobre todo en la base. Aparato circulatorio: pulso 120 x 1', regular, de buena tensión. Órganos de los Sentidos: catarro óculo nasal muy fuerte. DIAGNÓSTICO: **Sarampión y Bronquitis**. EVOLUCIÓN: Al siguiente día de ingresada al servicio presenta un exantema en la cara, que principal y sucesivamente ha invadido el tronco y los miembros superiores e inferiores. TRATAMIENTO: Infusión Jaborandi 250, Sal de Seignette 20; Licor amoniacal, anís, Limonada Roger, Jarabe Tónico (4 días). CONDICIÓN FINAL: Curada. Alta el 29 de marzo de 1920. Firma J.C.

Rosa María Vinueza (Descripción completa de la enfermedad). Paciente de 19 años, indígena, cocinera, residente en Quito. Ingresó el 24 de mayo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó hace 4 días con calentura, catarro óculo-nasal, dolor de cabeza, decaimiento general, calofrío de repetición. A los dos días de estado se le presentó un rash, de máculas rojas, pequeñas, que comenzaron por el pecho, los brazos, invadiendo luego la cara. Duró 3 días yendo concomitante con el catarro y el mismo estado general. Subsiste el catarro, calentura, tiene una bronquitis ligera, inyección conjuntival, rastros de la descamación a nivel de las manchas rojas. Aparato Digestivo: Lengua fuliginosa. Aparato Respiratorio: Síntomas de una bronquitis ligera. DIAGNÓSTICO: **Sarampión**. No hay más información.

Carmen Carrera (Curación). Paciente de 17 años, procedente de Tumbillo, ingresó el 17 de noviembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES No ha tenido la regla. Dolores abdominales. ENFERMEDAD ACTUAL Desde hace 5 días presenta dolor del

cuerpo, bastante tos, acompañados de elevación de la temperatura, diarrea, dolor de garganta. EXAMEN FÍSICO: Piel ligeramente húmeda, manchas generalizadas de un color rosado. T 39°; Pulso 120 x 1'. Aparato Digestivo: Labios secos, lengua pastosa igualmente seca, anorexia, mucha sed, deposiciones diarreicas. Aparato Urogenital: orinas escasas. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Sarampión**. TRATAMIENTO: Diuréticos y bebidas tónicas. CONDICIÓN FINAL: Curada. Alta el 23 de noviembre de 1920. C. Velastegui.

Dolores Maldonado (Curación). Paciente de 19 años de edad, trabaja como sirviente en Latacunga. Ingresó el 17 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES Reglada a los 15 años. No ha tenido embarazos. ENFERMEDAD ACTUAL Desde hace 5 días, presenta calentura, algo de tos, cefalea, dolor de garganta, epistaxis, dolor de todo el cuerpo, coriza ocular y nasal. EXAMEN FÍSICO: Después se presenta un exantema. Facies estuporosa, decúbito dorsal, el exantema es generalizado bajo la forma de placas pequeñas, confluentes, ligeramente prominentes y repartidas en todo el cuerpo. T° 39,8; Pulsaciones 120 x minuto; respiraciones 34 por minuto. Lengua roja, algo empastada. Amígdalas algo inflamadas. Estreñimiento. DIAGNÓSTICO: **Sarampión**. TRATAMIENTO: Sudoríficos, purgantes. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 21 de diciembre de 1921.

Blenorragia

Tratamiento para la blenorragia

Se utilizaron esquemas similares a los registrados desde 1916. La descripción de los medicamentos aplicados en el cuidado de estos pacientes consta en el volumen I. En este volumen se complementa la información en el tratamiento a los pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica, quienes recibieron permanganato en solución, tapones de ictiol y tocaciones de yodo en el cuello del útero.

Nombres de las pacientes con blenorragia

Las pacientes del Servicio de Clínica que tuvieron blenorragia fueron: Tránsito Cortez de López, Mariana de J. Flores y Ana María Salgado.

Historias Clínicas de las pacientes con blenorragia

Las historias clínicas o más bien registros de sus casos se exponen a continuación.

Ana María Salgado (Mejor). Paciente de 18 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 22 de noviembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES reglada a los 14 años. ENFERMEDAD ACTUAL Desde hace 3 años tiene blenorragia crónica. DIAGNÓSTICO: **Blenorragia crónica**. TRATAMIENTO: Lavados vaginales con permanganato y tapones de ictiol. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de diciembre de 1921. Sale mejor.

Mariana de J. Flores (No se indica su condición final). Paciente de 19 años de edad, cocinera, natural de Otavalo, residente en Quito. Ingresó el 23 de noviembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Soltera. Actualmente, está encinta, el feto es de 7 meses. Presentó sus reglas a la edad de 15 años, han sido siempre regulares y normales, sin hemorragias ni cólicos. El flujo menstrual es de 3 a 4 días. Antecedentes de ataques tipo epilepsia generalizada que aparecieron a la edad de 7 años y se han repetido hasta hoy con gran frecuencia. Sus ataques tienen las siguientes características: 1ro una especie de aura descrita por la paciente como un amortiguamiento y hormigueo del brazo izquierdo. Este fenómeno subjetivo dura unos pocos momentos, después lanza un grito y cae sin conocimiento en el lugar en que se encuentre. Entonces es acometida de convulsiones clónicas y tónicas, los músculos de la masticación se contraen espasmódicamente y los dientes hieren la lengua. Por la boca se le escapa espuma sanguinolenta. Al período de convulsiones sigue un estado de relajamiento muscular y un sueño pesado, lleno de agitación e intranquilidad. En ese estado permanece una hora o dos y al cabo de ellas se despierta con malestar general, pesadez de cabeza y palpitaciones. La enferma, del ataque, no conserva más recuerdo que el aura. Los datos anotados le han referido las personas que lo han presenciado. Se presentan indistintamente en el día o en la noche. Desde sus inicios a los 7 años los ataques se han repetido con gran frecuencia. ENFERMEDAD ACTUAL: el 23 del presente mes aqueja cefalea, malestar general, dolor de miembros, de los lomos, de la garganta, coriza, tos y movimiento febril. EXAMEN FÍSICO: Examen de los aparatos: Digestivo: lengua húmeda, algo saburral. Estómago, intestino, hígado y bazo, normales. Circulatorio: normal. Respiratorio: en la fosa supraespinosa izquierda se perciben rales de medianas burbujas. En la zona interescapulo vertebral derecha da la sensación auditiva de un soplo que obtiene al soplar en una olla: soplo eufórico. Signos funcionales: tos algo frecuente y húmeda. Expectoración al principio sanguinolenta, actualmente escasa de aspecto mucopurulento. Sistema nervioso: cefalea, sudores abundantes. Lo demás normal. Aparato urogenital: adolece de una metritis gonocócica crónica. Orinas abundantes, pigmentadas; no contienen albúmina ni azúcar. Tampoco indican retención de cloruros: 10gr/l. DIAGNÓSTICO: **Neumonía. Metritis gonocócica crónica. Epilepsia**. No existe más información.

Tránsito Cortez de López (Solicita el alta). Paciente de 28 años, mestiza, ocupación costurera, procedente de Saquisilí. Ingresó el 21 de julio de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES Reglada a los 14 años. Ha tenido 3 embarazos, tuvo un aborto y tiene 2 hijos vivos. DIAGNÓSTICO: **Blenorragia**. TRATAMIENTO: Lavados vaginales con solución de permanganato, calientes y se le toca el cuello del útero con yodo. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta el 27 de julio de 1922 a pesar de la advertencia del jefe de Servicio.

Sífilis

Tratamientos para la Sífilis

Los mercuriales y los arsenicales eran los medicamentos utilizados para el tratamiento de la sífilis. Al parecer eran suficientemente eficaces hasta el descubrimiento de la penicilina. En 1928 el médico inglés Alexander Fleming descubrió la penicilina. Debieron pasar más de 10 años para conseguir la purificación de la penicilina. Su comercialización comenzó al final de la década de 1940 y, seguramente, llegó bastante más tarde al Ecuador. En el Reino Unido, la penicilina empezó a venderse al público general el 1 de junio de 1945, como un medicamento con receta. La American Chemical Society publicó una interesante y bien documentada descripción del descubrimiento y desarrollo de la penicilina (American Chemical Society, 1999).

Tratamiento de la sífilis en el Hospital San Juan de Dios

En cuanto a los medicamentos utilizados en el Hospital San Juan de Dios para el tratamiento de la sífilis, entre 1920-1925, su descripción consta en el volumen I. Se amplía el tratamiento de la sífilis en el análisis de los pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica y del servicio de Sifilografía.

Nombres de Las pacientes con sífilis

Dos pacientes tuvieron como diagnóstico sífilis: Mercedes Pozo de Proaño y Antonia Salazar. Adicionalmente, en este volumen se presenta el capítulo de la Sala Santa Marta, del servicio de Sifilografía, con 60 casos.

Historias clínicas de las pacientes con sífilis

Antonia Salazar (No se indica su condición final) Paciente de 45 años, quehaceres domésticos, residente en Cotacollao. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: el padre alcohólico consuetudinario, murió por tuberculosis. ANTECEDENTES PERSONALES Reglada a los 16 años que han sido normales hasta hace 9 años en que entró a la menopausia. Ha tenido 7 embarazos, tuvo 1 aborto y tiene 6 hijos vivos. Tuvo neumonía y tifoidea hace 12 años. El marido contrajo la especificidad hace unos 5 años. Hace 3 años estuvo en este servicio con trastornos nerviosos, los que desaparecieron después de inyecciones de 8 inyecciones de mercurio, seguidas de una serie de Neosalvarsan. Estado actual: la enferma se queja de nublamiento de la vista, que desde hace 6 meses viene agravándose. Zumbidos de oídos habitual en el izquierdo, raro en el derecho. Cefalalgia bitemporal continua que disminuye por la noche. En el muslo derecho tiene hormigueos, picazones y una sensación de deslizamiento interno de un cuerpo extraño; lo mismo que observa en la cara exterior y posterior de la pierna izquierda. La enferma refiere que bruscamente con la cefalalgia intensísima con sensación de estallamiento del cráneo pierde la vista al mismo tiempo que desocupa su estómago por vómitos, se manifiesta hostil con la persona que le atiende y hasta consigo misma; notándose que en todo este cuadro no pierde el conocimiento; duración de 12 horas a 2 días, seguido de gran depresión de la enferma. EXAMEN CLÍNICO: Reflejos: rotuliano derecho abolido, izquierdo conservado. Aquilianos conservados lo mismo que los plantares. Sensibilidad: anestesia de la córnea y de la laringe. La sensibilidad táctil y térmica de los miembros y el tronco, conservadas. En la marcha se observa un poco de taconeo. Órganos de los sentidos: Vista: disminución del campo visual. La tensión del globo ocular está ligeramente aumentada. Se nota una isquemia de la retina. El iris reacciona tardíamente. Oído: la enferma se queja de pérdida de su agudeza auditiva, percibiendo además y especialmente en el lado derecho zumbidos. Olfato y gusto normal. Aparato respiratorio: normal. Aparato circulatorio: normal. DIAGNÓSTICO: **SÍFILIS**. TRATAMIENTO: BIYODURO DE MERCURIO 0,010; 8 INYECCIONES A DÍAS ALTERNOS.

Mercedes Pozo de Proaño (Alta). Natural de Quito y residente en el mismo lugar. Edad 30 años, casada, ha tenido 7 hijos y dos abortos. De sus hijos sobreviven únicamente dos. Los demás murieron inmediatamente después del nacimiento. Profesión costurera. Ingresó el 2 de marzo de 1923. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 11 años, habiendo sido las reglas bastante irregulares y acompañadas de cólicos uterinos. No se acuerda haber tenido ninguna enfermedad

en su infancia y adolescencia, a no ser una anemia general a consecuencia de una taenia que la arrojó cuando casada. Se casó a los 17 años y al cabo de un mes presentó una secreción abundante y blanquecina de los órganos genitales, que parece fue una blenorragia aguada y que curó completamente; a los seis meses se le presentó un aborto; en el 4to embarazo, a los 4 meses de haber concebido, tuvo relaciones sexuales con su esposo, que le contagió de blenorragia, a consecuencia de la cual sufrió una metritis aguda y cistitis, con ardores, dolores en los órganos genitales, así como deseo frecuente de orinar, siendo las micciones muy escasas y hemorrágicas. En el 5to embarazo padecía aún de la metritis indicada y se le había vuelto crónica y, además, se le presentó una salpingitis muy dolorosa, desapareciendo ambas afecciones luego de un tratamiento médico. En los intervalos de los embarazos no ha sufrido ningún malestar a no ser una ulceración del tabique nasal a consecuencia de un traumatismo que curó luego de haber recibido 3 inyecciones de mercurio. Por parte de su esposo se sabe que, debido a su profesión de militar, llevaba una vida trashumante y varias veces fue contagiado de blenorragia. Así mismo, se sabe también, que su esposo fue comprobado sífilítico, a pesar de lo cual tenía relaciones sexuales con su esposa, de cuyo resultado seguramente se presentaron los abortos y los partos prematuros antes indicados. Por otra parte, al recoger estos datos de la enferma, tengo a la vista una hija, de los dos que sobreviven, la que presenta los signos característicos de la tríada de Hutchinson: otitis media supurada, rinitis también supurada y dientes incisivos superiores escotados en media luna, y exostosis de la tibia, manifestando tratarse de una heredo sífilítica. Siendo el producto de la concepción un ser sífilítico, no sería raro que la madre lo fuera también, aun cuando la enferma manifiesta no haber tenido ningún accidente sífilítico y solo una reacción de Wassermann nos podría dar suficiente luz. ENFERMEDAD ACTUAL: Estado actual y modo de comienzo: Hace 6 meses, al iniciarse la regla después del último parto, sintió dolores muy fuertes en los vértices de los pulmones, así como cefalalgias intensas, repitiéndose estos dolores cada mes. Hace poco tiempo, a causa de haber tomado un vaso de cerveza, presenta hematuria que persistió durante 4 días. Desde hace 3 meses se le han presentado dolores intensos del hígado, pulmones y riñones, imposibilitándole en absoluto para el trabajo. El martes último se le presenta la regla, acompañada de malestar general, escalofrío, cefalalgia, zumbidos de oídos y sordera, exacerbándose aún más los dolores de los riñones, hígado y pulmones, razón por la cual ingresa al hospital hoy 2 de marzo de 1923, al servicio de la Virgen. EXAMEN FÍSICO: Aparato Digestivo: Lengua ligeramente saburral, úvula, pilares y velo del paladar algo congestionados; dolores epigástricos a la palpación superficial y profunda que se transmiten a la región lumbar. Manifiesta la enferma que hace algunos días ha experimentado sensación de pesadez gástrica después de cada comida, con vinagreras y dolores tenues, todo lo cual desaparecía después de algunas horas; el apetito ha tenido siempre menos en estos últimos días en que tiene indiferencia por los alimentos. Las digestiones son lentas y las deposiciones cada dos días, siendo estas muy secas y de difícil expulsión. El hígado tiene tamaño normal, pero a la palpación del borde inferior la enferma experimenta un dolor agudo. El bazo está normal. Aparato respiratorio: Normal. Aparato circulatorio: Nada de importancia. Sistema nervioso: está perfectamente conservada la sensibilidad cutánea, táctil, térmica y dolorosa. Cuando se le ordena andar, detenerse, dar media vuelta, sostenerse en un pie, etc. son los ojos cerrados, se percibe una ligera vacilación en aquellos movimientos, vacilación que es explicable por la debilidad de la enferma, así como también por los varios días que lleva de cama. Se queja de un ligero dolor de cabeza, dolor que anteriormente era muy fuerte, habiéndose aliviado con la ingestión de un purgante; ha tenido también zumbido de oídos y pocas veces vértigos de Meniere. Estado de los reflejos: el signo de Westphal o signo de la rodilla o reflejo rotuliano está abolido completamente, así como el reflejo del tendón de Aquiles. El reflejo plantar está perfectamente conservado. El reflejo ocular se encuentra disminuido y el faríngeo conservado. Órganos de los sentidos: Se ha indicado ya los zumbidos de oídos y el vértigo de Meniere. La pupila reacciona perfectamente tanto a la acomodación como a la luz. Los demás órganos están intactos. Aparato urogenital: normalmente la enferma se queja de fuertes dolores de la región lumbar en el sitio de implantación de los riñones; estos dolores se acentúan y se hacen más intensos al tratar de tocar los riñones, los cuales no se tocan. Examinada la vulva no hay vestigios de cicatrices que había podido dejar algún chancro, encontrándose todos los elementos de este órgano en perfecto estado. La orina es bastante escasa, pero sí clara. LABORATORIO CLÍNICO de la UCE: «Examen de orina: Volumen 500 cc. Albúmina vestigios. Cloruros 1 gr 0,5 por litro. Urea 20 grs por 20,2 gr. por litro. Examen Microscópico: células renales, vesicales y uretrales, numerosos glóbulos blancos, cilindros granulosos. 6 de marzo de 1923. Firma Reinaldo Coronel» Diagnóstico: **Sífilis**. Tratamiento: Biyoduro de Mercurio:0,010 inicialmente, luego 0,05 por 9 dosis a días alternos progresivos (cada 2 días, cada 3 días y cada 2 días). Silver Salvarsan (intravenoso) 0,05; 0,10; y 0,15 con intervalos de 5 días entre ellas. CONDICIÓN FINAL: Alta el 30 de abril de 1923. No hay más información

Herpes Zoster

Paciente con herpes zoster

Con este diagnóstico existe el registro de una paciente, Santos Rodríguez, con una historia clínica lacónica, que se transcribe a continuación y no amerita comentario.

Santos Rodríguez (No se registró su condición final) Ingresó el 20 de enero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL Afecta de Herpes zoster, viene del servicio de "Santa Rosa" en donde ha sido atendida los primeros días. No es posible recoger ningún dato respecto a edad, profesión, principio de la enfermedad, pues la paciente es completamente muda. La zona es de localización intercostal. DIAGNÓSTICO: Herpes zoster. No hay más información.

CAPÍTULO XII

Enfermedades Neuromusculares

Hubo 10 pacientes con enfermedades neuromusculares, distribuidos como consta en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Enfermedades Neuromusculares. Servicio de Clínica de mujeres, HSJD, 1920-1925

Patología	Nº de casos
Neuralgia	2
Hemiplejia	1
Hemorragia cerebral	1
Parálisis facial	1
Parálisis pseudo bulbar	1
Paraplejia	1
Ciática	1
Mialgia	1
Tortícolis	1
Total	10

Sus historias exhiben el nivel de desarrollo de la medicina en aquellas circunstancias y en aquel tiempo. El diagnóstico era totalmente clínico y las limitaciones terapéuticas, mayúsculas.

Tratamiento de los problemas neuromusculares

No se conoce los tratamientos empleados en todos los casos. En aquellos en que se registra algún tratamiento, generalmente la descripción es muy escueta. Bajo estas condiciones, se analizan los tratamientos aplicados.

Tratamiento de ciática

Estovaína

La paciente con *ciática* recibió inyecciones epidurales de estovaína, *con lo cual tuvo alguna mejoría*. En 1899 el cirujano alemán August Bier (1861-1949) publicó sus experiencias con la práctica de la anestesia raquídea, seguido poco tiempo después por publicaciones del francés Theodore Tuffier (1861-1929). A partir de 1900 se difundió esta técnica de anestesia en el mundo. El cirujano catalán Francisco Rusca Doménech (1868-1909) en 1900 publicó los resultados exitosos de raquianestesia en 16 pacientes. La *cocaína* era el anestésico utilizado entonces y la técnica fue conocida como raquicocainización. Sus efectos adversos facilitaron el desarrollo de otras sustancias como *estovaína* y *novocaína*, anestésicos de similar potencia y menores efectos adversos. En 1914 el español J. M. Batrina (1877-1950), presentó su experiencia de 750 casos de raquianestesia. En la Facultad de Medicina de Valladolid, el Prof. Dr. Villavicencio Sagarra Lascuraín (1848-1924) administró una solución de un gramo de agua esterilizada, siete centigramos de estovaína y un miligramo de estriknina, “caracterizada por una baja toxicidad y un buen poder anestésico” (Gonzalo Rodríguez et al., 2007, p. 975). El Dr. Gómez Ulla (1877-1945) del Hospital Militar General de Carabanchel (Madrid) obtuvo soluciones estériles de anestésicos y sustancias estabilizadoras, constituidas por cloruro sódico hipertónico, estovaína, ácido láctico y estriknina. El francés Fourneau, jefe de investigaciones del laboratorio Poulenc hermanos, en febrero de 1904, presentó la estovaína en la Academia

de Ciencias de París (Gonzalo Rodríguez et al., 2007). Billon y Launoy presentó los efectos de *estovaina* en mayo de 1904 en la Academia de Ciencias de París (Sociedad Médica Unión Fernandina, 1905, p. 151).

El efecto anestésico local de la *estovaina* posiblemente produjo un alivio temporal de los dolores producto de la *ciática* de la paciente.

Tratamiento de parálisis pseudo bulbar

Diuréticos y purgantes

El uso de estos productos ha sido común a muchas enfermedades. Los purgantes constituyeron especialmente parte importante de la terapéutica. No existe una explicación clara, relacionada con la fisiopatología de la parálisis pseudo bulbar, que racionalice la utilización de diuréticos y purgantes en esta patología.

Tratamiento de parálisis facial

Aguardiente alemán

El aguardiente alemán o *Kirschwasser*, que literalmente significa *agua de cereza*, es un aguardiente producto de la destilación del jugo de la cereza negra silvestre, procedente de la región de la Selva Negra alemana. Se produce en dicha región, al otro lado del río Rin en Alsacia (Francia) y en los cantones de habla alemana de Suiza. Tiene 40 % vol. de alcohol. Se ha utilizado especialmente para problemas respiratorios.

Purgante salino

Usualmente, el sulfato de magnesio ha sido empleado para diferentes patologías, no solo para enfermedades gastrointestinales, sino para las más variadas dolencias, agudas o crónicas. En este caso, el uso de un purgante en una parálisis facial carecería de utilidad.

Estricnina (7 días seguidos)

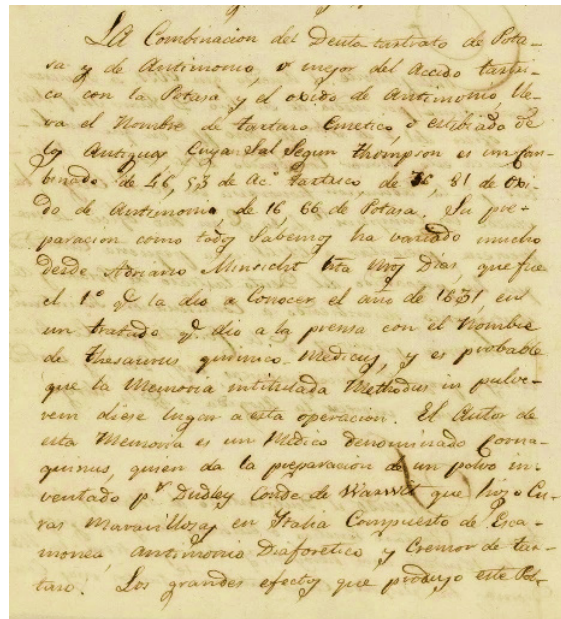
Las características de la estricnina o nuez vómica se han descrito en el Volumen I de este estudio, pp. 302-303.

Tratamiento de neuralgia intermitente

Tártaro estibiado

En 1831 Braulio Diaz Cartagena publicó en manuscrito un tratado denominado “tártaro estibiado” en el que se puede leer: “La combinación del Deuto tartrato de Potasa y Antimonio o mejor ácido tartárico con la Potasa y óxido de antimonio lleva el nombre de Tártaro Emético o estibiado de...” (Díaz Cartagena, 1831, p. 4). En relación con el tártaro estibiado y su aplicación clínica, en 1845, un grupo de médicos publicó en Madrid, en el *Archivo de la Medicina Española y Extranjera* (Alonso et al., 1845, págs. 309-312), un interesante análisis crítico “Sobre los vomitivos y el tártaro estibiado a altas dosis”.

Figura 1. Reproducción de un segmento de la publicación. “Sobre los vomitivos y el tártaro estibiado a altas dosis”



Nota: Imagen tomada de *Tártaro estibiado*, de B. Díaz-Cartagena, 1831 (https://bibliotecavirtual.ranf.com/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=6027260). De dominio público.

Luego de exponer la utilidad de esta sustancia en varias patologías, se razona sobre la utilidad terapéutica del producto para *el derrame seroso del cráneo*, cuyo texto, relacionado con problemas neurológicos, se reproduce a continuación:

Figuras 2 y 3. Reproducción de un segmento del libro “Archivo de la Medicina Española y Extranjera, 1845”

No sabemos hasta qué punto deba creerse el derrame seroso del cráneo en los enfermos que Trussen ha tratado y curado con el tártaro emético a dosis altas. El hecho es que, en una afección cerebral propia de ciertos países pantanosos en donde las fiebres intermitentes son endémicas y en que, a consecuencia de ellas, se observan estados patológicos cuyos síntomas tienen una grande analogía con estos derrames serosos de la cavidad aragnoidea ó de los ventriculos cerebrales, que parece ejercen una compresion del encéfalo, este médico que habia recurrido inutilmente contra estos graves síntomas, á los medios mas enérgicos, ha logrado excelentes resultados con el uso del tártaro emético administrado cada dia desde dos granos hasta veinte; pero estas afecciones comatosas tienen por carácter una larga duracion.

Con este motivo recomendamos á los prácticos el uso del tártaro estibiado en las enfermedades inflamatorias de las meninges y del cerebro, ya en los niños, ya en los adultos. Ya es tiempo de recurrir á las medicaciones nuevas para estas tristes enfermedades en donde á pesar de los frecuentes éxitos que nos dan los antilepticos y revulsivos, se obstina el práctico solo por aquietar su conciencia, en medios terapéuticos que jamas han producido sino reverses. En el principio de estas enfermedades el diagnóstico rara vez es tan exacto que pueda deducirse de él el pronóstico. Este es pues el momento de emplear los medios mas enérgicos, pues no dudamos que entonces se pueda todavia hacer algo en pro del enfermo, pues entre estos medios, nada hay mas inofensivo, y al mismo tiempo capaz de satisfacer á las diferentes hipótesis que dividen el espíritu del

312

REVISTA ESTRANGERA.

médico, que la perturbacion profunda y raras veces dañosa producida por el tártaro estibiado. (Journ. de médecine).

Nota: Imágenes tomadas de *Archivo de la Medicina Española y Extranjera*, de F. Alonso et al., 1845 (https://books.google.com.ec/books?id=28RNm1w-BG8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true). De dominio público.

Esta u otras experiencias y publicaciones similares sirvieron de guía para la utilización del tártaro estibiado o tártaro emético en la paciente con diagnóstico de neuralgia intermitente.

Tratamiento de la neuralgia del plexo cardíaco

Antiespasmódicos y reposo

No se especifican los antiespasmódicos utilizados. Sin embargo, poco o nada podrían hacer estos medicamentos en el caso etiquetado como “neuralgia del plexo cardiaco”.

Nombres de las pacientes con enfermedades neuromusculares

Los nombres de las pacientes con estas patologías fueron los siguientes: Baltazara, Guacia Barrera, Mercedes Bozo, Rosa María Castillo, Juana Larrea, Mercedes Flores, Josefa Pulias, Clodomira Rivadeneira, Isabel Suárez y María Terán.

Historias Clínicas de las pacientes con enfermedades neuromusculares

Baltazara (No se indica su condición final) Procedente del Tena, tiene 60 años de edad, raza mestiza. Ingresó el 9 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años de edad. Tuvo sarampión, viruela y tifoidea. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 meses presenta dificultad en la marcha y el lenguaje hablado, pérdida de la memoria, temblores de los miembros superiores. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito dorsal. Facies bastante demacrada. T° 36,5; pulso 75 por minuto; respiraciones 28 por minuto. Aparato nervioso: Amnesia completa, la enferma no recuerda absolutamente nada de lo que le ha sucedido. La marcha se verifica a pequeños pasos y para hacerla necesita de apoyo. Risa y llanto espasmódicos. Carácter en extremo emotivo. La menor impresión, una simple pregunta, es suficiente para despertar una crisis de llanto muy característica. Reflejos y sensibilidad normales. La intelectualidad de la paciente ha sufrido un enorme abajamiento. Piel y extremidades normales. DIAGNÓSTICO: **Parálisis pseudo bulbar**. TRATAMIENTO: Se ha procurado en toda forma, la eliminación, mediante diuréticos, purgantes, etc. CONDICIÓN FINAL: No hay más información.

Guacia Barrera (No se indica su condición final) Paciente de 56 años de edad, raza mestiza. Ingresó el 20 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. Tiene un hijo vivo. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 5 días presenta dolor insoportable en la región lateral del cuello que le obliga a tener inmóvil la cabeza. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo bueno, decúbito lateral derecho, facies angustiada, sufrida. T° 36,8; pulso 70 x 1'; respiraciones 20 x 1'; Aparato digestivo: normal. Ap. Nervioso: Fuerte dolor en la región lateral izquierda del cuello, con irradiación a la nuca. A la palpación se percibe el músculo esternocleidomastoideo contracturado. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Tortícolis del cuello**. No existe información adicional.

Clodomira Rivadeneira (Mejorada) Paciente de 70 años de edad, raza blanca. Ingresó el 3 de marzo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: tuvo 12 hijos. Refiere epistaxis abundantes desde hace un año. ENFERMEDAD ACTUAL: 0 días antes sintió ligero desvanecimiento seguido de paresia de miembros superior e inferior derechos. EXAMEN FÍSICO: Estado nutricional satisfactorio, facies normal, Temperatura 37°; pulso 80 x minuto; respiraciones 19 por minuto; Extremidades: hemiparesia derecha. DIAGNÓSTICO: **Pequeña hemorragia cerebral**. TRATAMIENTO: no reporta. CONDICIÓN FINAL: Mejorada. Alta el 25 de febrero de 1920. Aurelio Ordóñez González.

María Terán (Alta) Paciente de 56 años de edad, raza mestiza, ocupación cocinera, procedente de Ibarra. Ingresó el 27 de marzo de 1920. DIAGNÓSTICO: **Parálisis facial**. TRATAMIENTO: Aguardiente alemán. Purgante salino. Estricnina (7 días seguidos). CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de abril de 1920.

Mercedes Bozo (No se indica su condición final) Paciente de 32 años de edad, raza blanca, costurera. Procedente de Ambato. Ingresó el 10 de abril de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 16 años. Ha tenido 11 embarazos. Tuvo 2 abortos, tiene 6 hijos vivos y 3 muertos. El último hijo lo tuvo hace 1 año, 8 meses, 10 días. Después de este parto, que fue normal, empezó la enfermedad a “consecuencia de haber tomado un vaso de cerveza” según dice ella. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace un año 8 meses con un ataque que empezó con un grito y tuvo convulsiones. Durante su duración quedó sin conocimiento por los 4 días siguientes. Después de ese tiempo recobró el conocimiento, pero no el habla ni podía caminar. Recobró el habla luego de 2 meses y también, en este tiempo, empezó a andar, con ayuda de otras personas. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular. Estado nutricional regular; facies regular, decúbito indiferente. Temperatura 36.5°; Pulso 80 por minuto; Respiraciones 24 por minuto. Aparato Nervioso: el miembro superior derecho y el inferior del mismo lado están totalmente

paralizados. Los reflejos tendinosos están aumentados notablemente, la sensibilidad tanto superficial como profunda no están en nada alteradas. En el miembro inferior hay trepidación rotuliana y elíptioidea. El miembro superior está un poco contracturado, sobre todo en los músculos flexores de los dedos. La enferma puede andar con relativa facilidad. El miembro superior no lo maneja absolutamente. **DIAGNÓSTICO: Hemiplejía.** Esta es toda la información registrada.

Mercedes Flores (Transferencia a la sala Santa Rosa) Paciente de 30 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 11 de octubre de 1920. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Fiebre sin diagnóstico durante un mes. Vómitos biliosos frecuentes. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Hace tres meses, después de salir de un baño frío, anduvo por la arena caliente de la orilla del río; Después de 4 días empezó a sentir dolores en el punto de emergencia del nervio ciático, cuando andaba o cuando extendía el muslo y lo ponía en posición horizontal. Estos dolores continúan hasta hoy. Además, tiene dolores pasajeros de la articulación de la rodilla. **EXAMEN FÍSICO:** Facies anémica, Pulso: 80 x 1'; corazón normal. Aparato Respiratorio: tiene una tos que aumenta al levantarse. Los espacios supraclaviculares son dolorosos a la percusión. Espustos purulentos abundantes. Al andar cojea del pie derecho y asienta toda la planta del pie al dar el paso. **DIAGNÓSTICO: Ciática.** **TRATAMIENTO:** Inyecciones epidurales de estovaína, con lo cual tuvo alguna mejoría. Método de Parrot que no tuvo resultado. Gránulos de acenitina de 1/4 de mg. Además, se le ha dado masajes eléctricos en la parte enferma. **CONDICIÓN FINAL:** Transferencia a la Sala Santa Rosa por pertenecer a ese servicio el 2 de noviembre de 1920. Firma el Dr. Paredes Borja.

Josefa Pulias (Mejoría notable) Paciente de 18 años de edad, raza blanca, ocupación costurera. Residente en Cotacollao, vive en el noviciado de la MM de la Providencia. Ingresó el 16 de mayo de 1921. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Primera menstruación a los 14 años. No ha tenido embarazos. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Desde hace 3 semanas, durante paseo a Guápulo, presento intensa cefalea en toda la cabeza, de preferencia en la región frontal. Se acompañó de vértigo y desmayo, que no le imposibilitó continuar andando, sin perder el conocimiento, presentándose luego un dolor agudo en toda la región esternal, con irradiación a la región cardíaca izquierda, siguiendo la dirección de la línea hépato-apexiana, alternándose a nivel de la línea axilar anterior. Al parecer, durante el síncope o desmayo notó que el corazón se agitó fuertemente, experimentando sensación de ahogo, parece que el corazón se estrechaba, instalándose en esta forma el dolor en el músculo cardíaco. Durante el día era un poco atenuado, más en la noche era insoportable, produciendo disnea. Simultáneamente, aparece tos intensa, con expectoración blanca, espesa, espumosa, que es más frecuente en la noche. Hace 7 días aparecieron calofríos que hicieron que la enferma guardara cama, a los tres días los síntomas se hicieron más graves y el dolor se localizó en la región precordial, con irradiación al antebrazo izquierdo con sensación de amortiguamiento. **EXAMEN FÍSICO:** Decúbito indiferente. Su estado desnutrición es notable. Dolor a la palpación en distintas regiones del tórax, en forma localizada. Aparato Circulatorio: Pulso débil con 120 pulsaciones por minuto. Taquicardia. Resto del examen cardíaco sin patología. Neuralgia del plexo cardíaco, el origen no puede investigarse; se sospecha Histerismo. El 17 de mayo a las dos de la tarde presenta súbitamente dolor precordial intenso, terebrante; las extremidades superiores son atacadas por un amortiguamiento que comprende hasta el pliegue del codo. Las inferiores se enfrían notablemente. La zona torácica es hiperestésica y se acompaña de dolor precordial. La angustia de la paciente es terrible y parece que la respiración se detiene, la facies está cianótica. El intenso dolor precordial impide que esté acostada. La enferma se encuentra sentada. En este estado se indica revulsión local e inhalación de V gotas de nitrito de amilo. Después de algunos instantes desaparece la angustia precordial y vuelve a su estado normal, observando el agotamiento de la enferma. Es la segunda vez que aparece este ataque, asegura la enferma. **DIAGNÓSTICO: Neuralgia del plexo cardíaco.** **TRATAMIENTO:** Antiespasmódicos y reposo. Se observa mejoría notable. Alta el 26 de mayo de 1921.

Isabel Suárez (Alta) Paciente de 30 años de edad, costurera, procedente de Pujilí. Ingresó el 23 de febrero de 1923. **ANTECEDENTES PERSONALES:** menarquia a los 15 años. Ha tenido un embarazo y tiene un hijo vivo. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Al pasar por un río se cae y presenta dolor en la rodilla derecha. Al quinto día pasa el dolor al lado izquierdo, principalmente en la ingle y en la región glútea. El dolor aumenta con el movimiento. Luego, aparece zumbido de oídos. **EXAMEN FÍSICO:** A la palpación en la rodilla hay disminución de la temperatura. Al levantar el miembro inferior en extensión se produce intenso dolor glúteo y en la ingle. La enferma prefiere estar sentada con las piernas dobladas. Resto del examen físico normal. **DIAGNÓSTICO: Neuralgia intermitente.** **TRATAMIENTO:** tártaro estibiado. **CONDICIÓN FINAL:** Alta el 8 de marzo de 1923. Dr. Gallegos; Stacey.

Rosa María Castillo (No se indica su condición final) Paciente de 30 años de edad, ocupación panadera, residente en Quito. Ingresó el 25 de noviembre de 1920. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Su primera menstruación a los 14 años. Ha tenido fiebre tifoidea; Neumonía 3 veces este año. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Vino al hospital por dolores fuertes de cabeza, persistentes durante el día y noche. Estos dolores se presentaron en la convalecencia de la tifoidea. Sistema nervioso: Hace un año y medio que empezó a sentir enfriamiento de los miembros inferiores, después de poco tiempo sintió que eran incapaces para sostenerle en pie ni poder andar, sentía que las rodillas se doblaban. En este estado ingresó al hospital hace unos 6 meses. Permaneció dos meses sin obtener ninguna mejoría. Aumento de los reflejos rotuliano y aquiliano, y reflejo plantar (Babinski) positivo. No existe alteración muscular, ni hay trastorno de la sensibilidad térmica y dolorosa; al andar (función que no puede

hacer sino con apoyo) se nota que arrastra las puntas de los pies, el paso es corto, y le tiemblan las piernas, por lo que se ve obligada a permanecer sentada todo el tiempo. No presenta ninguna otra alteración de orden nervioso a más de una emotividad en consideración a que su estado no le permite cumplir con sus quehaceres domésticos. DIAGNÓSTICO: **Paraplejia**. Esta es toda la información.

Juana Larrea (Transferencia a la sala Santa Rosa) Paciente de 28 años de edad, ocupación doméstica, residente en Quito. Ingresó el 8 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: menarquia a los 15 años. Ha tenido 4 hijos, todos los cuales han muerto. Tuvo sarampión, tifoidea, paludismo, gripe. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace una semana por hacer un esfuerzo muscular violento, sintió enseguida un dolor intenso en la región sacra. El dolor aumenta con la presión y actualmente imposibilita a la enferma todo movimiento, porque estos exacerban los dolores e impiden conciliar el sueño. Aparato Digestivo: lengua húmeda. Abdomen, hígado y bazo, normales. Deposiciones diarreicas con mucosidades y sangre, acompañados de tenesmo. Aparato Circulatorio: normal. Aparato Respiratorio: no es posible realizar el examen por ser incapaz de sentarse. Aparato Nervioso: no puede dormir en la noche. Aparato Urinario: orina color normal, no presenta acidez. DIAGNÓSTICO: **Mialgia lumbar probablemente con luxación de las vértebras**. LABORATORIO CLÍNICO: Orina: Cloruros 9,55 gm/litro; Urea: 24,40 g/litro. Albúmina pequeño disco. CONDICIÓN FINAL: Transferencia: Pasa al servicio de cirugía Sala Santa Rosa el 8 de febrero de 1923. E. Delgado G.

Conclusiones

La carencia de exámenes complementarios eficaces, produjo una significativa limitación para los diagnósticos neurológicos, que debían basarse exclusivamente en el análisis clínico.

La terapéutica aplicada en las patologías neuromusculares, limitada también por el nivel de desarrollo científico y tecnológico, poco podría modificar el curso y pronóstico de ellas. Seguramente, estas enfermedades seguían su curso natural y si alguna paciente se recuperaba, sería por razones distintas al efecto de los medicamentos utilizados. El efecto placebo aportaría su parte, aunque difícilmente podría conseguir una mejoría significativa de las enfermas.

CAPÍTULO XIII

Diagnósticos varios

Fueron 19 los casos con diagnósticos varios. Su detalle en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Diagnósticos varios. Servicio de Clínica, HSJD, 1920-1925

Patología	Nº de casos
Reumatismo	6
Artritis	1
Bocio	2
Hernia	2
Púrpura hemorrágica	1
Histeria	1
Ingestión con ácido nítrico	1
Intoxicación etílica	1
Urticaria	1
Impétigo y liquen plano	1
Aborto retenido	1
Embarazo	1
Total	19

Reumatismo

Características de las pacientes con reumatismo

Las enfermedades reumáticas fueron denominadas, en general, reumatismo. En 6 pacientes con enfermedades reumáticas hubo 2 pacientes de 28 años, y una por cada una de las siguientes edades: 30, 35 y 39 años. En un caso no se notificó su edad. Sus ocupaciones fueron del hogar como cocineras y planchadora. Hubo 3 comerciantes identificadas en los registros como vendedora, vivandera y comerciante. Procedían de Quito y de la provincia de Cotopaxi.

La mayoría de diagnósticos eran de reumatismo articular agudo, aunque existió un caso de reumatismo crónico y otro con *reumatismo con tendencia a la cronicidad*. Adicionalmente, en dos casos se estableció la existencia de patologías cardíacas concomitantes, una de ellas endocarditis, considerada como *complicación habitual* del reumatismo articular.

Tratamiento de reumatismo en el HSJD

Para el tratamiento de las pacientes con reumatismo se ha utilizado medicaciones diversas, como Salicilato de sodio, Yoduro de potasio, Sal de Vichi, Antipirina, Azufre coloidal, Salofeno y Colchicina

Salicilato de sodio

Se ha utilizado salicilato de sodio, en los casos de reumatismo, en dosis variables. Las dosis iban de 6g. hasta 9g. por día. Su administración buscaba alcanzar los efectos terapéuticos ya conocidos del salicilato de sodio, especialmente, el efecto antiinflamatorio y el efecto analgésico. En el primer volumen de este estudio (página 220) se describe al salicilato de sodio.

Yoduro de potasio

En el primer volumen de este estudio, se realiza una amplia descripción del yoduro de potasio (pp. 133 -135) como un medicamento para el tratamiento de pacientes con sífilis.

Sal de Vichi

Cuando en el siglo XIX estaba muy en boga el termalismo como fuente de salud para los males que afectan a los seres humanos, las termas de Vichy en Francia tenían especial notoriedad. Entonces, el químico francés Joseph D'Arcet buscó la forma de condensar en un comprimido las virtudes curativas de las aguas termales de Vichy, principalmente, sus efectos digestivos.

Inicialmente, se realizaban con bicarbonato sódico, al que se incorporó progresivamente el complejo de sales naturales. (...) Inicialmente, se vendieron en las farmacias, pero en 1914, en pleno auge del termalismo, una pastelería de Vichy ganó un proceso legal a las farmacias, y muchas sacaron sus propias marcas. El “Sucre d’Orge”, azúcar de cebada, acompañaba a las pastillas de Vichy en los escaparates de las pastelerías y farmacias. Caramelo de origen medieval, originado en las farmacias conventuales, se fabricaba con agua de cebada y azúcar. (Farmacia Serra, 2017)

Figura 1. Especialidad Farmacéutica de Sales de Vichy. Farmacia Serra, Barcelona, España.



Nota: Imagen tomada de *Medicamentos antiguos: El balneario de Vichy*, de Farmacia Serra, 2017 (<https://arte.farmaciaserra.com/blog/post/medicamentos-antiguos-vichy.html>). Bajo copyright.

Antipirina

En el volumen I se presenta la descripción de la antipirina o fenazona en la página 282.

Azufre coloidal

El azufre coloidal se obtiene mediante finas partículas de azufre en forma de coloide. Tiene actividad antiséptica y se utilizaba desde fines del siglo XIX para afecciones de la piel, como acné, erupciones cutáneas y rosácea. Los productos dermatológicos se presentan en forma de cremas, ungüentos, mascarillas y jabones. También se usa en agricultura para proteger los cultivos de huerta y verduras de la mayoría de las plagas y enfermedades (Spiegato, 2017).

Salofeno, salol o salicilato de metilo

En el primer volumen de esta investigación, se describió al salol o salicilato de metilo para aplicación tópica como un analgésico para problemas musculares, en las pp. 119-120. Está relacionado con el ácido acetilsalicílico con efectos analgésicos, antirreumáticos y antiartríticos.

Colchicina

La colchicina es uno de los fármacos más antiguos para tratar la gota aguda. Extractos vegetales que la contienen se utilizaron contra el dolor articular desde el siglo VI de nuestra era. Es actualmente un fármaco de segunda línea, porque su ventana terapéutica es estrecha y conlleva un gran número de efectos adversos. Los efectos tóxicos de la colchicina se asocian con supresión de la médula ósea, particularmente entre el tercero y el octavo días. Se advierte tendencia a la leucocitosis y a la aparición de formas más inmaduras. La colchicina administrada por largo tiempo puede originar agranulocitosis. La colchicina alivia de forma impresionante los ataques agudos de gota. Resulta eficaz en cerca de 66% de los pacientes si empieza a aplicarse a menos de 24 h de haber comenzado el ataque. El dolor, la hinchazón y el rubor ceden en cuestión de 12 h y desaparecen del todo en 48 a 72 h. La dosis oral típica es de 0.6 mg cada hora en un total de tres dosis y es necesario no exceder de tal cantidad. El tratamiento con colchicina no debe repetirse en los siete días siguientes, para evitar los efectos tóxicos acumulativos. Hay que tener gran precaución al prescribir colchicina a ancianos; en personas con enfermedades cardíacas, renales, hepáticas o gastrointestinales. (Brunton, Lazo & Parker, 2007, pp. 707-708).

Nombres de las pacientes con reumatismo

Las pacientes con reumatismo fueron: Luisa Bedón, Alejandrina Bedoya, Mercedes Cruz, María Mena, Manuela Rodríguez y Zoila R. de Pacheco.

Historias Clínicas de las pacientes con reumatismo

María Mena (Curación) Pacientes de 28 años, mestiza, ocupación planchadora, residente en Quito (Relleno). Ingresó el 13 de enero de 1920. MOTIVO DE CONSULTA: Ataques de reumatismo articular agudo. ENFERMEDAD ACTUAL: Dolores articulares y elevación de la temperatura. EXAMEN FÍSICO: Estatura media; estado nutritivo: malo; decúbito dorsal. T° 39,2 °C. Pulso 110 x 1'. Lengua saburral, fuerte inflamación de la faringe y de las amígdalas. APARATO CIRCULATORIO: Eretismo cardíaco, a la auscultación se percibe un soplo que tiene su máxima localización en el segundo espacio intercostal derecho y que se propaga hasta la clavícula derecha y a los vasos del cuello, es claramente sistólico. En los demás focos de auscultación los ruidos son normales. Pulso: frecuente, rebotante y depresible. Las articulaciones del codo y la muñeca, lo mismo que las de la rodilla y la tibia tarsiana, tumefactas, infiltradas y sumamente dolorosas. Piel anémica. DIAGNÓSTICO: **Reumatismo articular agudo, insuficiencia aórtica**. TRATAMIENTO: Salicilato de sodio: administración sucesiva de 6 g, 8 g, 9 g, 9 g, 6 g, /día. Luego de lo anterior yoduro de potasio: 0,20 g un día, luego 0,50 g tres días más. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 25 de enero de 1920.

Mercedes Cruz (Curación) Paciente de 35 años, mestiza, ocupación cocinera. Residente en Quito. Ingresó el 24 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace 8 días, empezando con fuertes dolores de las articulaciones del carpo y de las falanges de los miembros superiores. También se irradia el dolor a la articulación del codo; los dolores son mayores por la noche. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, decúbito supino. T° 37,4; pulso 80 por minuto; respiraciones 26 x minuto. APARATO NERVIOSO: dolores en las muñecas y los codos. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Reumatismo articular agudo**. TRATAMIENTO: Salicilato de sodio 6 gr y bicarbonato. Tisana diurética. Salicilato y sal de Vichi. Antipirina 2 g. Inyecciones de Azufre coloidal. Salofeno 2g. Colchicina. CONDICIÓN FINAL: Alta el 13 de abril de 1920. Curación. Firma J.C.

Manuela Rodríguez (No se indica su condición final) No se registra la edad de esta paciente. Ocupación cocinera, residente en Quito. Ingresó el 29 de diciembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, tosferina y fiebres gástricas. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 años y luego de vivir en un cuarto muy húmedo, se le principiaron a hinchar las rodillas y a sentir dolores, pero no muy intensos. Después con el cambio de habitación mejoró, pero en tiempo húmedo se le han venido presentando dolores en las articulaciones de la muñeca, codo, rodillas y en la articulación tibio tarsiana, al mismo tiempo que se le hinchan las articulaciones. No ha tenido fiebre y los dolores no han sido intensos, los cuales han mejorado con remedios caseros. Hace 3 meses reaparecieron los dolores en las articulaciones nombradas y en las falanges de los dedos de la mano, se han hinchado mucho y ha podido ejecutar movimientos con dificultad, lo cual se han hecho ya imposible desde hace 15 días. EXAMEN FÍSICO: Las articulaciones del codo y de la rodilla se han infiltrado bastante. APARATO CIRCULATORIO: El área cardíaca no está aumentada, pero tiene a nivel de la válvula mitral un soplo duro, sistólico, que se sucede a intervalos, sin propagación a la axila. DIAGNÓSTICO: Reumatismo articular con su complicación habitual que es la endocarditis. TRATAMIENTO: Salicilato de sodio al interior y ácido salicílico en las articulaciones. EVOLUCIÓN: Los dolores han desaparecido bastante con el salicilato de sodio al interior y las contracciones con ácido salicílico. Firma: Leonardo Salvador Larrea. Es toda la información.

Alejandrina Bedoya (No se indica su condición final) Paciente de 39 años de edad, ocupación vivandera. Ingresó el 2 de mayo de 1921. MOTIVO DE CONSULTA: Dolores de espalda y huesos, escalofríos. DIAGNÓSTICO: **Reumatismo articular, con tendencia a la cronicidad**. Firma: G. Arcos

Zoila R. de Pacheco (No se indica su condición final) Paciente de 28 años de edad, ocupación comerciante, procedentes de Poaló. Ingresó el 8 de marzo de 1923. DIAGNÓSTICO: **Reumatismo crónico**. TRATAMIENTO: Se inyecta Azufre coloidal intravenoso 0,02. No hay más datos.

Luisa Bedón (Curación) Paciente de 30 años de edad, ocupación vendedora, procedente de Latacunga. Ingresó el 12 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 15 años. Ha tenido 11 embarazos, tiene 8 hijos vivos y 3 muertos. Ha sufrido de disentería, fiebre, cólicos hepáticos; arrojó algunas ascárides. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 20 días presenta calofríos, cefalalgia, náuseas, dolores del tronco e intermitentemente del brazo izquierdo, palpitaciones y angustia. EXAMEN FÍSICO: Facies tranquila, Temperatura 37°, pulso 88 x 1'; respiraciones 24 x 1'. El hombro izquierdo se halla algo tumefacto, doloroso, espontáneamente, y también a los movimientos. APARTO CIRCULATORIO: se encuentra un debilitamiento del 1er ruido. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Reumatismo articular agudo**. TRATAMIENTO: Salicilato de sodio a altas dosis. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 18 de diciembre de 1921.

Conclusiones

Más allá del estereotipo anecdótico de las pacientes con reumatismo, las pacientes con esta patología eran adultas jóvenes, cuyas edades oscilaban entre 28 y 39 años.

Sus ocupaciones variaban entre las actividades de casa y las comerciales en calidad de vivanderas o vendedoras. Vivían en Quito o en la provincia de Cotopaxi, localidades andinas, de clima frío.

En 3 de los 6 casos se indica la presencia de alguna patología cardíaca y se señala la presencia de "su complicación habitual que es la endocarditis".

Las manifestaciones clínicas son variadas, con lesiones mínimas y otras más significativas, con procesos inflamatorios en distintas articulaciones.

Los tratamientos utilizados pudieron tener efecto terapéutico, especialmente por la acción farmacológica de antipirina, salofeno y colchicina.

Artritis

Se registró un caso de artritis. Fue Dolores Liñala la paciente con diagnóstico de artritis. El escueto registro de su enfermedad se expone a continuación.

Dolores Liñala (Alta) Paciente de 35 años de edad, raza indígena, residente en Amaguaña. Ingresó el 7 de mayo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 4 embarazos. Tiene 1 hijo vivo y 3 muertos. Tuvo viruela y sarampión. DIAGNÓSTICO: **Artritis**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 17 de junio de 1923. Mejor. No existe más información.

Bocio

Se registraron dos pacientes con patología tiroidea. Sus registros se presentan a continuación.

Eloísa León (Curación de ascariasis) Paciente de 40 años de edad, ocupación quehaceres domésticos, residente en Puéllaro. Ingresó el 14 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 16 años. Ha tenido 9 embarazos y tiene 9 hijos vivos. Tuvo meningitis a los 9 años de edad. Ha tenido paludismo y epilepsia. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 meses acusa dolores lumbares y de los miembros inferiores, con localización especial en la articulación coxofemoral. Dolores que se hacían más agudos con el frío y en las madrugadas. Dichos dolores han desaparecido con las fricciones de esencia de mostaza y agua florida. Casi por la misma fecha se presentan deposiciones frecuentes, sanguinolentas, mucosas, acompañadas de retortijones y tenesmo, todo lo cual persiste hasta hoy que ingresa al hospital. EXAMEN FÍSICO: Dolores abdominales, especialmente en el colon transversal. Hígado normal, bazo algo aumentado de volumen. Frecuencia cardíaca 67 x 1'. Orinas escasas, sanguinolentas en ocasiones. DIAGNÓSTICO: **Ascariasis, Bocio bastante desarrollado**. EVOLUCIÓN: Arroja numerosos áscaris. En la hoja de signos vitales se registra: «20-02-1923: arroja 3 áscaris». LABORATORIO CLÍNICO: Examen Coprológico: Laboratorio de Clínica de la Universidad Central, Quito-Ecuador. Sala de la Virgen. Lecho N° 12. Eloísa

León: Abundantes huevas de *Ascaris canis* y *Ascaris lumbricoides*. Quito, 14 de febrero de 1923. TRATAMIENTO: Santonina, Calomel. CONDICIÓN FINAL: Curación de ascariasis. Alta el 21 de febrero de 1923. Dr. Gallegos, E. Delgado G.

Juana Guanoluiza (No se indica su condición final) Paciente de 40 años de edad, indígena, trabaja como sirviente en Tambillo. Ingresó el 7 de abril de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace mucho tiempo (la enferma no sabe precisar). DIAGNÓSTICO: **Bocio exoftálmico**. TRATAMIENTO: Tiroiditina. Firma J.C. No hay más información.

Hernias

Los dos casos de hernias, crural e inguinal, fueron transferidas al servicio de Cirugía en las salas Santa Rosa y Santa Teresa. A continuación, se presenta la descripción de sus escuetos registros.

Cecilia Proaño (Pasa a la sala Santa Rosa). Paciente de 40 años de edad, trabaja como sirviente en Quito. No se consignaron más datos. DIAGNÓSTICO: **Hernia crural**. TRANSFERENCIA: Pasa a la sala Santa Rosa. No se registraron más datos.

Rosa Segovia (Pasa a la sala Santa Teresa) Paciente de 50 años de edad, trabaja como cocinera en Latacunga. Ha tenido enteritis, reumatismo articular agudo. DIAGNÓSTICO: **Hernia inguinal izquierda**. Pasa a la sala Sta. Teresa.

Púrpura hemorrágica

La enferma Vicenta Viteri, cuya historia se adjunta, tuvo una púrpura hemorrágica que evolucionó positivamente, con la administración de cloruro de calcio y adrenalina inyectables. Según la Medicina Interna de Harrison: “Se observa púrpura cuando hay extravasación de eritrocitos en la dermis y, por tanto, las lesiones no desaparecen al comprimirlas”. En este caso sucede lo contrario: “desaparecen a la presión con del dedo”. Harrison continúa: “Sucede lo contrario en las lesiones eritematosas o de color violáceo originadas por vasodilatación circunscrita, que desaparecen al comprimirlas” (Braunwald et al., 2015). La información disponible en el registro de Vicenta Viteri es limitada. El conocimiento que la coagulación requiere de calcio, podría haber sido el determinante para la administración de calcio a esta paciente. A continuación, su historia.

Vicenta Viteri (Mejoría) Paciente de 35 años de edad, ocupación costurera, residente en Latacunga. Ingresó el 21 de febrero de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 14 años. Ha tenido 4 embarazos y tiene 4 hijos vivos. Dolores articulares de la rodilla, según la enferma, de carácter reumático. ENFERMEDAD ACTUAL: Doce días antes del ingreso aparecen, sin antecedente apreciable, manchas purpúricas que no han desaparecido. También presenta grandes epistaxis nasales y gingivales, seguidas de grandes vértigos. EXAMEN FÍSICO: La característica de las manchas es que están diseminadas por todo el cuerpo, desaparecen a la presión con del dedo. DIAGNÓSTICO: **Púrpura hemorrágica**. TRATAMIENTO: Se le suministró cloruro de calcio e inyecciones de adrenalina, con lo que van desapareciendo las manchas. C. Alberto Delgado.

Posible histeria

El registro de la historia de Rubina Olmos es muy escueto. No existen datos que respalden el diagnóstico de histeria, tanto que se lo consigna como una posibilidad entre signos de interrogación. Su registro clínico es el siguiente:

Rubina Olmos (No se indica su condición final) Paciente de 50 años de edad, mestiza, ingresó el 17 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 14 años. Ha tenido viruela, neumonía y disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 16 días antes del ingreso presenta cefalalgia intensa, fofobia y oscurecimiento de la vista, después dolores generalizados en todo el cuerpo. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo satisfactorio, decúbito indiferente, facies normal. T° 36,7; pulso 80 x 1'; respiraciones 20 x 1'. APARATO NERVIOSO: cefalalgia ligera. Anestesia corneal y faríngea total. Sensibilidad normal. Marcha: dificultada por una deformidad del pie derecho. El estado mental de la enferma es un poco extravagante. Muy locuaz. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **¿Histeria?**

Intoxicación por ácido nítrico

El ácido nítrico lo preparó por primera vez Glauber, en 1648, a partir del nitrato de potasio. Los alquimistas lo denominaban *aqua fortis*. “El ácido nítrico es un líquido corrosivo, tóxico,

que puede ocasionar graves quemaduras. Se utiliza para fabricar explosivos como la nitroglicerina y trinitrotolueno (TNT), así como fertilizantes como el nitrato de amonio” (EcuRed, 2019b). Al parecer, Edelmira Molina recibió una atención oportuna y adecuada. Fue evidente el proceso irritativo del tracto digestivo alto sufrido por la paciente. No hay detalle de su condición final. El siguiente es su registro.

Edelmira Molina (No se indica su condición final) Paciente de 18 años de edad, mestiza, ingresó el 8 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. ENFERMEDAD ACTUAL: La víspera del ingreso ingirió causalmente (según ella declara) una apreciable cantidad de ácido nítrico (25 a 30 cm). Inmediatamente, es atacada de un vivo dolor que recorre como un rayo desde la boca al estómago. Gracias a una oportuna intervención logra vomitar el contenido estomacal y es tratada de urgencia con agua albuminosa. EXAMEN FÍSICO: Estatura media, estado nutritivo bueno, decúbito lateral izquierdo, facies angustiada, huraña. T° 36,5; pulso 80 x 1'; respiraciones 20 x 1'. APARATO DIGESTIVO: lengua y la parte interna de los carrillos presenta una escara de color amarillento. Los vómitos continúan, pero no contienen ni trazas de sangre. APARATO RESPIRATORIO: normal. APARATO CIRCULATORIO: normal, pulso 80 al minuto, regular, fuerte. APARATO NERVIOSO: postración, cefalalgia. Resto normal. DIAGNÓSTICO: **Ingestión de ácido nítrico, sin consecuencias inmediatas alarmantes.** TRATAMIENTO: Agua albuminosa, alcalinos, tónicos y estimulantes difusibles. Firma: A. Ordóñez G.

Intoxicación etílica

El caso de Carmen Guerra, que ingirió en la misma mañana del ingreso unas copas de licor, cursa con convulsiones y crisis de tetania. Las manifestaciones clínicas de la paciente podrían relacionarse con sus antecedentes de convulsiones y una posible hipocalcemia que podría acompañarse de hipomagnesemia. Por los datos registrados, al parecer, no presentaría una cetoacidosis alcohólica, que casi siempre se acompaña de deshidratación, requiere reposición hídrica intravenosa de solución salina, glucosa y electrolitos. A veces coexisten hipofosfatemia, hipopotasemia e hipomagnesemia, que deben ser corregidas. Complejo panorama para los tiempos en que vivía Carmen Guerra. La terapia, *drástica* permitió su recuperación y *Salió bien* al día siguiente de su ingreso.

Carmen Guerra (Sale bien) Paciente de 40 años de edad, mestiza, ocupación planchadora, residente en Quito. Ingresó el 22 de marzo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Hasta hace dos años le han dado con relativa frecuencia ataques, que eran caracterizados por pérdida del conocimiento, caída, grito inicial y convulsiones. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma hoy empezando con náuseas, hipotermias, pérdida del conocimiento y convulsiones (1 pm). En esta mañana tomando algunas copas de «Barahona» es atacada por vértigos, después convulsiones y suponiéndola intoxicada es traída a este servicio. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo bueno, decúbito supino, facies congestionada. T° 35°C. pulso 70 x 1'; respiraciones 30 x 1'. La enferma presenta convulsiones que no cesan ni un solo instante, sobre todo en el miembro superior derecho, en el cual se nota una fuerte contractura del brazo, trismus muy pronunciado. La enferma comprende las preguntas y se da a entender por señas, las pupilas reaccionan bien; a la menor presión en cualquier parte del cuerpo la enferma salta y se extiende, se queja de muchos dolores abdominales y sed intensa, las convulsiones aumentan a la menor excitación. DIAGNÓSTICO: **Intoxicación etílica.** TRATAMIENTO: Inyección de atropina, lavados intestinales de cloral, purgantes. CONDICIÓN FINAL: Sale bien el 23 de marzo de 1920. Firma J.C.

Urticaria

Isabel Quishupangui, joven de 20 años, tuvo una urticaria aguda. No se informó el tratamiento administrado. En todo caso, el mismo día del ingreso recibió el alta.

Isabel Quishupangui (Curación) Paciente de 20 años de edad, raza indígena, residente en Tambillo. Ingresó el 10 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Enferma desde hace un día y consiste su enfermedad en brote de la piel a grandes manchas, y muy diseminadas por todo el cuerpo. Produciendo muchas comezones. EXAMEN FÍSICO: Estatura regular, estado nutritivo regular, decúbito indiferente, T° 36,5; pulso 90 X 1'; respiraciones 25 x 1'. APARATO DIGESTIVO: lengua saburral y muy cargada, en días pasados ha estado un poco constipada. Piel: presenta un rash generalizado por todo el cuerpo, en especial en la cara y miembros superiores. DIAGNÓSTICO: **Urticaria.** CONDICIÓN FINAL: Alta el 10 de marzo de 1920. Curación. Firma J.C.

Impétigo y líquen plano

Isolina Bucheli, de 21 años, fue tratada durante 40 días con medidas higiénicas, pulverizaciones antisépticas y aplicación de pomadas calmantes, que incluían cocaína para el dolor que seguramente le producían sus lesiones dérmicas. No se conoce su evolución y condición final.

Isolina Bucheli (Alta) Paciente de 21 años de edad, mestiza, ocupación cocinera, procedentes de Latacunga. Ingresó el 7 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 13 años. Ha tenido pulmonía. DIAGNÓSTICO: Impétigo y líquen plano. TRATAMIENTO: Baños generales, compresas calientes, pulverizaciones con **agua fenicada**, aplicaciones de pomada de óxido de zinc y cocaína. CONDICIÓN FINAL: Alta el 17 de enero de 1923.

Tratamiento del impétigo

Agua fenicada

El agua fenicada se obtiene mediante la disolución de ácido fénico cristalizado 50 g en 1.000 ml de agua. Se describe su efecto como “desinfectante, antipútrida, antiherpética y antipsórica” (Enciclopedia antigua, 2014). En consecuencia, podría ser útil para el tratamiento del impétigo.

Aborto retenido

Francisca Villacís, de 32 años de edad, era una gran multípara con 12 gestas. Tenía solo un hijo vivo. Presentó un aborto en curso cuando llegó a la Sala de la Virgen. Se realizó un curetaje exitoso, sin las temidas complicaciones infecciosas como sepsis que podría cursar con hipotermia. Por esta razón se anota que *convalece fácilmente, sin hipotermia*. El curetaje se realizó previa dilatación con laminarias. En el primer tomo de esta investigación se describe a las laminarias, en las pp. 234 y 235 del Volumen I de La Medicina del San Juan de Dios, 1916 – 1920. A continuación, el registro clínico de Francisca.

Francisca Villacís (No se indica su condición final) Paciente de 32 años de edad, lavandera, residente en Quito. Ingresó el 3 de mayo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: menarquia a los 15 años de edad. Ha tenido 12 embarazos, de ellos, 1 aborto, tiene 2 hijos vivos y 9 hijos fallecidos. Ha tenido disentería, fiebre tifoidea, hemorroides. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresa a la Sala de la Virgen luego de haber permanecido 22 días en el servicio de Ginecología. Desde hace dos meses amenorrea. Hace 5 días aparece una fuerte hemorragia con coágulos, acompañada de intensos dolores abdominales. EXAMEN FÍSICO: útero grande y sensible, hay ligera hemorragia, cefalalgia y dolor abdominal. DIAGNÓSTICO: **Aborto retenido**. Curetaje el 18 de mayo de 1923, previa dilatación con laminarias. CONDICIÓN FINAL: Luego del curetaje convalece fácilmente, sin hipotermia. E. Delgado G.

Embarazo

Carmen Landázuri, de 23 años, tuvo dos embarazos y reportó dos hijos muertos. La sintomatología por la que ingresa usualmente está relacionada con embarazo. El examen ginecológico confirmó el diagnóstico. Su registro clínico es muy limitado y no aporta más detalles.

Carmen Landázuri (No se indica su condición final). Paciente de 23 años de edad, ocupación sirvienta en El Quinche. Ingresó el 20 de abril de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 15 años de edad. Ha tenido dos embarazos, tiene 2 hijos muertos. Ha tenido sarampión, viruelas, coqueluche y disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 3 meses presenta decaimiento, náuseas, inapetencia y sueño. Examen ginecológico: se evidencia que el útero está en gestación. Resto normal. DIAGNÓSTICO: Embarazo. No hay más información.

CAPÍTULO XIV

El Servicio de Clínica Quirúrgica

En un servicio hospitalario, son esenciales el personal sanitario y los estamentos administrativos para proporcionar atención a la salud de los pacientes. Estos tienen sus características personales y sus dolencias. Las asignaciones presupuestarias son indispensables para un eficaz accionar.

El personal sanitario que laboró en este período en el servicio fue significativo en número y calidad profesional. A continuación, se presentan las características más relevantes del personal médico y el perfil de algunos de ellos.

El servicio de Clínica Quirúrgica atendió a 1.556 pacientes, de los cuales 1.054 (67.73 %) fueron mujeres y 502 (32.27 %) hombres. En este capítulo se abordan, también, las características de los pacientes.

Personal médico del servicio de Clínica Quirúrgica

En el Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios laboraron médicos, internos, internas y externos y se registró la presencia de un enfermero “Tabla 1”.

Destaca la presencia de los doctores Ricardo Villavicencio Ponce y Eustorgio Salgado, como jefes de servicio y de sala, quienes asumieron responsabilidades médicas y docentes. Es importante la presencia, por primera vez en los registros, de 4 “Señoritas Internas”.

Participación femenina en el Hospital San Juan de Dios

En este período aparecen por primera vez 4 mujeres. Fueron las “Señoritas” **Calderón Salem**, **Olimpia Gudiño**, **Arellano** y **Matilde Hidalgo**, quienes constan así en los distintos registros clínicos.

Srta. Calderón Salem

La participación de la señorita Calderón Salem como parte del equipo quirúrgico, se dio en el caso de Alejandrina Navarrete, de 25 años de edad, de Malchinguí, quien ingresó el 10 de noviembre de 1921 con una fístula por absceso maxilar. Participó en el tratamiento quirúrgico con el Dr. Villavicencio Ponce como cirujano, el Sr. Unda como cloroformizador y **como ayudante la Srta. Calderón Salem**. La paciente salió con el alta el 18 de noviembre de 1921.

Srta. Arellano

La participación de la Srta. Arellano se registró en dos cirugías de Encarnación Proaño, paciente de 46 años de edad, de Otavalo, quien ingresó el 9 de junio de 1921. Tuvo como diagnóstico Ca (Epitelioma) en la espalda. Fue operada inicialmente el 16 de junio de 1921 por el Dr. Montero, el interno Salas y el Externo Arellano. **El cloroformo dio la Srta. Arellano**. El 16 de septiembre el Dr. Montero hizo la segunda cirugía con el interno Salas y el Externo Arellano. **El cloroformo dio la Srta. Arellano**. Salió sin mejoría el 10 de octubre de 1921.

Tabla 1. Personal del Servicio de Clínica Quirúrgica. Hospital San Juan de Dios, 192-1925

Sala (por libros) / Actividad	Médicos	Internos / Externos	Fecha inicial	Fecha final	N ° DE PCTS.
Santa Rosa Cirugía de mujeres	Jefe de Servicio:	“Señores internos”:	1 - 1 -	28 - 7 -	587
	Dr. Ricardo Villavicencio Ponce	Gualberto Arcos Calderón Garcés	1921	1924	
	Médicos:	Iturralde			
	Dr. Estupiñán	León			
	Dr. J. Montero Carrión	Jácome Ponce			
	Dr. Salvador	Rueda			
	Dr. Serrano	Salas			
	Dr. Terán	Sanz Unda			
		“Señoritas Internas”:			
		Calderón Salem			
		Olimpia Gudiño			
		Srta. Arellano			
		“Señores Externos”: Arellano			
		Ramón Ulloa			
	San José Cirugía de hombres	Jefe de Servicio:	“Señores Internos”:	7 - 11 -	10 - 3 -
Dr. Ricardo Villavicencio Ponce		Abel Alvear Badillo Bejarano C. Bustamante Luis Bustamante Cárdenas	1921	1924	
Médicos:		Luis Cueva	7 - 11 -	10 - 3 -	290
Dr. Bayas		Jaramillo	1921	1924	
Dr. Estupiñán		Loor			
San José Cirugía de hombres	Dr. Enrique Gallegos Anda	Tamayo R. Terán C.			
	Dr. Luis Sojos	Vinueza			
	Dr. Salvador	Viteri			
		Pedro Zambrano			

	Jefe de Servicio:	“Señorita Interna”:	30 - 10 -	10 - 12 -	366
	Dr. Ricardo Villavicencio Ponce	Matilde Hidalgo	1921	1924	
		“Señores Internos”:			
		Albornoz			
	Médicos:	Luis Alcívar			
	Dr. Julio F. Arellano P.	Aray			
		Gualberto Arcos			
Santa Teresa	Dr. Campuzano	Arregui			
	Dr. Estupiñán	C. Bustamante			
	Dr. Loayza	Burbano			
Medicina Interna y Cirugía de mujeres y hombres.	Dr. N. Montalvo	Augusto Estupiñán			
	Dr. J. Montero	Garcés			
		Jaramillo			
Pensionado		N. Loayza			
		Montenegro			
		Alfonso Mosquera			
		Peñaherrera			
		C. Pólit			
		Modesto Rivadeneira			
		H. Rueda			
		Sáenz			
	Dr. Pólit	Salas	30 - 10 -	10 - 12 -	366
	Dr. Ángel Salvador	Juan Pablo Sanz	1921	1924	
Santa Teresa		N. Sarrade			
	Dr. Arturo Terán	N. Torres			
	G.	N. Ulloa			
Medicina Interna y Cirugía de mujeres y hombres.	Dr. Villagómez	Unda			
		N. Ureña			
		L. Vela			
Pensionado		argas			
		M. Villacís			
	Jefe de Servicio:	“Señores Internos”:	24 - 09 -	23 - 04 -	83
	Dr. Ricardo Villavicencio Ponce	Benavides	1923	1925	
		Alfonso Cobo			
		Manuel Guerrero G.			
Cirugía	Médico:	Jorge Mateus			
	Dr. J. Montero	Sarrade			
	Carrión				
	Jefe de Servicio:	“Señor Interno”:	21 - 05 -	17 - 05 -	101
	Dr. Ricardo Villavicencio Ponce	Ricardo Rueda	1924	1925	
Santa Rosa	Médicos:	“Señor Externo”:			
	Dr. Iturralde	Aurelio Rosales			
Cirugía de mujeres	Dr. Pólit				

	Jefe de Servicio:	“Señores Internos”:	04 - 1 -	10 - 01 -	129
	Dr. Eustorgio Salgado	Albornoz Carlos Alvear	1924	1925	
		Aray			
	Médicos:	Batallas			
	Dr. Julio Calderón	Calderón Carrillo			
	Dr. Bernardo Augusto Estupiñán	Cevallos Antonio Estupiñán			
San José		Eladio García			
Cirugía de hombres		León			
		Loayza			
		Modesto Rivadeneira			
		Torres			
		Toro			
		Enrique Troya			
		Alfonso Villagómez			
		Enfermero Troya.			
Total				1.556	

Srta. Olimpia Gudiño

La Srta. Olimpia Gudiño participó en la cirugía de Pascual Guanochanga, niño de 13 años, de Quito, quien ingresó el 9 de marzo de 1921 con diagnóstico de osteomielitis de la tibia izquierda. La primera limpieza quirúrgica, el 12 de marzo de 1921, la realizó el Dr. Estupiñán y el Dr. Alvear. **Cloroformo administró la Srta. Olimpia Gudiño.** El 17 de marzo realizaron otra limpieza quirúrgica, los Drs. Villavicencio y Estupiñán. Cloroformo: Sr. Lic. R. Terán C. Consta que hasta el 22 de junio el paciente seguía en buen estado. No existe información adicional.

Matilde Hidalgo

En el servicio de Clínica del Hospital San Juan de Dios se registró el nombre de Matilde Hidalgo como Interna. No existen evidencias en este período de su participación en actividades quirúrgicas.

Matilde Hidalgo está ahí, con su presencia de mujer inteligente en un ámbito hasta entonces exclusivo de los varones. Los hitos y logros de su vida se recogen con gran acierto en el libro *Matilde Hidalgo Navarro de Procel – Su época, conquistas y legado* publicado en 2021 por un equipo editorial presidido por Gabriel Ordóñez Nieto y Gladys Llanos Vega, con ocasión de los 100 años de su grado doctoral en Medicina. En este libro, la historiadora Dra. Jenny Estrada Ruiz señala que Matilde Hidalgo, luego de completar sus estudios de Medicina en la Universidad de Cuenca, debía obtener el título doctoral con el que pudiera ejercer su profesión. Para lograrlo, superó todas las dificultades y viajó a Quito. Se inscribió en la Universidad Central y se constituyó en *la primera mujer admitida para optar por el título de doctor en Medicina.*

Debía realizar el internado en uno de los hospitales de la capital. La distribución de plazas para el internado se efectuaba por compadrazgos y palanqueos, relegando a quienes no disponían de ellos. Para superar esta injusta situación, impulsó la movilización con sus compañeros

al Consejo Universitario. Solicitaron que las plazas para internado hospitalario se otorguen por concurso. Consejo Universitario aceptó la petición y fue “asignada a la sala de varones del hospital San Juan de Dios”. Dolorosamente, el jefe del servicio la despidió diciéndole: “Yo no trabajo con mujeres”.

Matilde debió seguir venciendo los prejuicios mentales que también afectaban a nuestros colegas y eran más intensos en aquella época. Acudió a su coterráneo, el Dr. Isidro Ayora, director de la Maternidad y profesor de la Facultad de Medicina, quien solucionó este *impasse* machista. Fue asignada a otra sala para realizar con éxito sus prácticas hospitalarias.

Desarrolló su tesis doctoral *El estudio sistemático de los accesos eclámpico*. El 21 de noviembre de 1921 presentó su disertación oral ante el tribunal integrado por Carlos Alberto Arteta, Eustorgio Salgado, Isidro Ayora Cueva, Enrique Gallegos Anda y José Guillermo Torres Ordóñez. Recibió, con la máxima calificación, el título de Doctor en Medicina.

El 21 de noviembre de 1921 se convirtió, además, en la primera mujer ecuatoriana en recibir el título de Doctor. Se constituyó así en paradigma e inspiración para las mujeres ecuatorianas, como médica, poeta, jurisperita, política y luchadora por la vigencia de los derechos de la mujer. Entre otras de sus facetas, se la reconoce también como poeta. Dejó sentado su amor por la ciencia en su poema “Mi ideal”:

Sentí yo algo mejor y más ardiente / y más noble que lauros y riqueza, / porque sentí brotar mi amor grandioso / por la Ciencia que, en trono de granito, / lucía, cual un sol esplendoroso, / esparciendo su rayo luminoso / por la región azul de lo infinito. (Ordóñez-Nieto, 2021)

Matilde Hidalgo aportó con inteligencia, entrega, tesón y responsabilidad para construir e iluminar el camino que las mujeres deben recorrer para alcanzar un sitio de dignidad e igualdad de derechos.

Enfermero Troya

Consta la participación del enfermero Señor Troya en los siguientes casos:

- En la Herniorrafía bilateral y ooforectomía derecha. De Manuel M. Jácome paciente de 52 años de edad, ocupación carpintero, residente en Quito. Intervinieron el Dr. Estupiñán, Sr. Loayza y **Anestesia Sr. Troya**. Salió bien, con el alta el 14 de abril de 1924.
- En la amputación del antebrazo de Valerio Suntasa, de 45 años de edad, empleado de la fábrica Los Chilllos. Ingresó el 3 de febrero de 1924. Intervinieron: Dr. Estupiñán, Sr. Villagómez R., **Anestésico Sr. Troya**. Alta el 6 de abril de 1924. Sale bien.
- En la reconstrucción de la fractura abierta de la tibia y del peroné izquierdos, en sus tercios medios; conminuta y complicada de Jorge Proaño, de 27 años de edad, de Quito. Ingresó el 16 de diciembre de 1924 por atropellamiento de un automotor a su motocicleta. Intervinieron: Dr. Salgado, Dr. Estupiñán y **Cloroformizador. Sr. Troya** el 17 de diciembre de 1924. El paciente Salió recuperado.
- En la reconstrucción de tres tendones de la mano, por herida autoprovocada por Alfredo Andrade, de 25 años de edad, de Quito, quien ingresó el 17 de septiembre de 1924. La reparación de los tendones y sutura de las heridas las realizaron: Dr. Salgado, Dr. Estupiñán, **Cloroformizador Sr. Troya**. El paciente salió bien, con el alta el 27 de septiembre de 1924.
- En el caso de la extracción de una bala al paciente Juan E. Herrera, de 23 años de edad, de Atahualpa, quien ingresó el 5 de abril de 1924 con una herida de bala en el codo. Se realizó la localización digital de la bala y la confirmación por radioscopia: “hay una línea de fractura en la cabeza del radio y por delante de él y un poco más abajo se encuentra un cuerpo metálico que ha llegado hasta aquella, probablemente siguiendo el canal epitrocleo-olecraneano”. Se realizó la extracción con una pinza de Pean. Desinfección y sutura. Sr. S.A. Loayza, **Sr. Troya. Anestesia local**. Recibió el Alta el 5 de junio de 1924, habiendo curado de su lesión.

Médicos destacados de la época del Hospital San Juan de Dios: Ricardo Villavicencio Ponce, Aurelio Mosquera Narváez, Enrique Garcés Cabrera, entre muchos otros

Dr. Ricardo Villavicencio Ponce

Entre las figuras destacadas del personal médico del hospital y del servicio, destaca la figura del Dr. Ricardo Villavicencio Ponce. Nació en Quito en 1877 y falleció en 1934, a los 57 años de edad (Garaycoa Raffo, 2018).

Este ilustre médico quiteño constituye una personalidad muy interesante, quizá única en la historia de la Medicina ecuatoriana. Mentalidad clara y robusta, personalidad definida, habilidad e intuición quirúrgicas se reunieron para dar como resultado un valiosísimo exponente de la Medicina quiteña.

Estudió en Bruselas y en 1910 revalidó su título en la Facultad de Medicina de Quito. Inmediatamente es designado como Profesor de Clínica Quirúrgica y de Cirugía Operatoria. En calidad de tal es a la vez jefe de los servicios quirúrgicos de las Salas Santa Teresa y San Juan del Hospital Docente de Quito. (Cevallos, 1973, pp. 35-36)

Posteriormente fue nombrado en 1918 director del Hospital Territorial del Ejército (Centro de Estudios Históricos del Ejército, 2013). Publicó en 1922, con Isidro Ayora Cueva, el libro “Nociones populares de higiene” con motivo de la 1a Exposición de Higiene en el Ecuador (Ayora Cueva & Villavicencio Ponce, 1922).

El Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, eminente cirujano del Hospital San Juan de Dios, acompañó al Dr. Aurelio Mosquera Narváez, en 1928, en la organización del primer Sindicato Médico de Quito, que constituyó el germen del Colegio Médico de Pichincha. El Dr. Mosquera fue su primer presidente y el doctor Villavicencio Ponce fue el segundo presidente del gremio. En 1933 se constituyó la Asociación Médica de Quito, en 1946 el Centro Médico Federal de Pichincha y El 25 de mayo de 1965 se fundó el Colegio Médico de Pichincha (Colegio de Médicos de Pichincha, 2019).

El Dr. Luis Alberto Rivadeneira –profesor honorario de la Facultad de Ciencias Médicas, refiriéndose a “Los grandes maestros de la facultad”, como se titulaba su discurso, en relación el doctor Ricardo Villavicencio Ponce– expresaba lo siguiente:

Villavicencio, el más noble de los galenos de esa época: dinámico, sin comparación, entusiasta, con cuánta ilusión y entusiasmo formaba a sus alumnos. Reformador de la técnica quirúrgica, jamás conoció el egoísmo, altruista, noble y generoso. De su paso por la vida, dejó como huella, un grupo de jóvenes cirujanos que hoy sirven, con éxito en varias Clínicas y Hospitales. (Rivadeneira, 1953, p. 169)

Aurelio Mosquera Narváez (1883-1939)

En la Facultad de Medicina cursa sus estudios superiores, destacándose por su dedicación y vocación, para el alivio de las enfermedades. Se graduó en 1906, cuando solamente contaba con 22 años de edad. A pesar de su juventud es nombrado Profesor sustituto de Patología Interna en el año de 1907. Su prestigio creciente hace que en 1925 sea elegido Decano de la Facultad. Su estupenda labor acredita su reelección y en 1936 es llamado por tercera ocasión a dirigir la Facultad.

También desempeñó el elevado cargo de Rector de la Universidad Central en el período comprendido entre 1929 y 1932. Fue nombrado presidente Constitucional de la República para el período 1938-1942. (Cevallos, 1973, p. 33-34)

En el discurso, el Dr. Luis Alberto Rivadeneira se refería así al Dr. Mosquera:

Como no mencionar a Aurelio Mosquera Narváez, que fue no mi amigo y compañero de

toda mi vida, sino hermano de mi alma. Juntos desde los bancos de escuela, donde conocimos las primeras letras, juntos hasta que la muerte troncho su vida cuando aún estaba lleno de energías. Su gran talento, su admirable don de gentes lo elevó hasta la más alta magistratura de nuestro País, siendo siempre querido y respetado por todos. Su desaparición dejó un gran vacío en la sociedad y una profunda, honda amargura en el corazón de todos los amigos que lo quisimos. (Rivadeneira, 1953, p. 170)

Inauguración del Hospital Eugenio Espejo y participación de los médicos del Hospital San Juan de Dios

El 24 de mayo de 1933 La Junta Central de Asistencia Pública de Quito inauguró el Hospital Eugenio Espejo de Quito, “con la concurrencia del presidente de la República, Juan de Dios Martínez Mera” El 1 de agosto de 1933 ingresaron 83 enfermos.

el primer paciente admitido en sección de Clínica Médica se llamaba Manuel Usiña que adolece de paludismo, es jornalero de 30 años de edad, nativo de Quito (...) las dos primeras operaciones de cirugía las practicaron los señores doctores don **Ricardo Villavicencio Ponce** y don **Eustorgio Salgado** con la colaboración de los señores doctores don **Carlos Bustamante** y don **Augusto Estupiñán**. (Mosquera, 2016)

Todos ellos eran médicos del Hospital San Juan de Dios. Entre los médicos del nuevo Hospital Eugenio Espejo, estaban **Isidro Ayora** y **Aurelio Mosquera Narváez**, y como alumnos internos **Julio Endara** y **Enrique Garcés Cabrera** (Mosquera, 2016).

Enrique Garcés Cabrera (1906-1976)

En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central de Quito sigue los cursos regulares, distinguiéndose ya por su claro talento, su dinamía en todas las actividades y sus dotes de oratoria manifiestas en los recordados debates “Coubertin”. En 1938 obtiene el Grado Doctoral, después de presentar una brillante tesis, titulada “Por, para y del niño”, medular estudio, en dos tomos, de la problemática de nuestra niñez. En 1944 es designado director de Sanidad de la Zona Central.

Desempeña luego el cargo de director de Higiene Municipal resolviendo con acierto los problemas del saneamiento ambiental de la ciudad de Quito. Viaja a Europa y en España efectúa estudios de especialidad en Medicina Sanitaria y Social. Fue Agregado Cultural de la Embajada de Ecuador en México, secretario general de la Casa de la Cultura, director general del Departamento Médico del Seguro Social Ecuatoriano, Profesor universitario, escritor distinguido, Decano de la Facultad por varios períodos. (Cevallos, 1973, pp. 89-90)

En un acto en homenaje a Enrique Garcés Cabrera organizado el 22 de abril de 1976 por la Casa de la Cultura, Núcleo de Imbabura, Alfonso Cisneros P. expresó lo siguiente:

Hombre múltiple, Enrique Garcés, dotado de una ágil inteligencia y de un espíritu emprendedor, risueño, inquieto, franco y cordial. Su prestancia y su prestigio han traspasado las fronteras de la Patria. Amante apasionado de su tierra, a toda costa y desde cualquier sitio, luchó por el engrandecimiento material y espiritual de ella. Desde la cátedra y el periodismo, desde la función administrativa y la diplomática, desde la literatura y la medicina, siguiendo el ejemplo de su “médico y duende”, Eugenio Espejo, cuya figura le cautivó durante su vida, por sus raíces de barro, sangre y anhelo, particularmente en el campo de la salubridad. (Cisneros, 1976, p.11)

Enrique Garcés Cabrera “Médico y Duende”, como el título de uno de sus libros, construyó su espíritu y su genio como un maravilloso mosaico de letras. En la *Revista del Centro de Estudiantes de la Facultad de Medicina*, constan sus entrevistas, realizadas al rector de la Universidad, Dr. Aurelio Mosquera Narváez, al Dr. Correa, director del Hospital Civil, posteriormente conocido como Hospital Eugenio Espejo y al Dr. Villavicencio Ponce. Enrique Garcés era secretario del Centro de Estudiantes de Medicina. Así comenzó su actividad

periodística médica en la Facultad. Sus cualidades humanas y médicas se vieron laureadas al ser electo decano de la Facultad de Ciencias Médicas, a más de otras importantes funciones médicas y periodísticas.

Como la vida de los duendes no conoce límites, ha tenido la deferencia de escribir para La Medicina del Hospital San Juan de Dios. En nuestro hospital, en sus salas, paredes, pasillos, gradas y campanario, vivió como estudiante de Medicina. Hay quienes afirman haberlo visto en la noche caminar por sus pasillos con Eugenio Espejo, en coloquio cerrado, meditando y fumando.

Tuve el gusto de conocerlo personalmente. Fue nuestro maestro de Salud Pública y decano en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Compartí su gestión como representante estudiantil al Consejo Directivo de la Facultad. Fue un gran honor conocerlo y apreciar sus virtualidades, su gran capacidad y elocuencia, sus inteligentes ocurrencias, su chispa y su ingenio.

Con el cigarrillo casi siempre encendido, una tos enfisematosa como compañera y con tintes de color cian en los labios, hizo proverbial su expresión: “Si no fumo, ¡con qué toso!”. Era una de sus defensas contra ese enemigo volátil y perverso. Vivió intensamente, se entregó a las letras y a la formación edificante de los futuros médicos en el área de la Salud Pública.

La Editorial Mayor Books y la Escuela de Ciencias del Lenguaje y Literatura de la Universidad Central del Ecuador presentan así el perfil de Enrique Garcés:

Dramaturgo, biógrafo, ensayista, historiador, periodista, catedrático universitario y médico. Fue colaborador de periódicos como *El día*, *El sol* y *El diario del Ecuador*. Presidió la Unión Nacional de Periodistas, también se desempeñó como secretario general de la Casa de la Cultura Ecuatoriana. Sobre una de sus celebradas piezas teatrales, Franklin y Leonardo Barriga López, apuntan: “Daquilema Rex (1961) resume la historia de Francisco Daquilema, Rey de Quito, merced al levantamiento indígena sofocado por las tropas de García Moreno. Es el grito de redención del campesino que siente que la tierra, su tierra, la de sus mayores ya no le pertenece. Daquilema es pasado por las armas, no sin antes ofrecer dura resistencia. (Escuela de Ciencias del Lenguaje y Literatura de la Universidad Central del Ecuador, 2002).

Enrique Garcés Cabrera, estudiante de medicina, entrevista al Dr. Ricardo Villavicencio Ponce

Como una joya que debe conocerse, se incluye en este capítulo la entrevista que brindara el Dr. Villavicencio Ponce al estudiante Enrique Garcés Cabrera y que fuera publicada en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina de Quito*, números 13 y 14 de marzo-abril de 1930 (Garcés Cabrera, 1930).

En este punto, antes de presentar la entrevista, es importante presentarles al entrevistador.

Figura 1. Portada de la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina y caricatura del Dr. Ricardo Villavicencio Ponce.



Nota: Imágenes tomadas de la *Revista del Centro de Estudiantes, Época II, N° 13 y 14. Marzo – Abril de MCMXXX*. De dominio público.

En la entrevista al Dr. Villavicencio se incluye su caricatura, sin firma de autor. La entrevista la desarrolló en la siguiente forma:

He querido detenerle para anunciarle mi visita reporteril. Pero no me atrevo a molestarle. Está tan ocupado. Siempre peregrinando por las salas del Hospital. En un corredor, en cualquier lugar que encuentra un enfermo, dicta su clase. Un sin número de alumnos de todos los cursos se acercan a oír la palabra fecunda, plena de ciencia. En medio del círculo albo que han formado las blusas, su mano derecha, firme y delgada como un bisturí, escruta entre las purulencias. O ya en la sala de operaciones, sumergido en alta Cirugía, está dictando sus clases por detrás de las gasas que filtran su voz para hacerla más rotunda entre el vaho del cloroformo que satura de ansiedad al recinto.

Pero en la calle me resuelvo a asaltarle. Se detiene. Me indica que vaya a su Clínica. Cuarto de hora antes de la cita me constituyo en la Clínica “Quito”. Llega. Mis compañeros de espera se levantan. Me hace el honor de preferirme, y paso. Un mundo de gente se queda envidiando mi suerte.

Mientras busca unos papeles he dado cinco vueltas conociendo el saloncito austero. En las paredes muchas radiografías de fracturas. Inconscientemente, me toco los huesos porque me parece haber sentido dolor. Embelesado en tratar de traducir el texto de unos diplomas, me encuentra. Risueñamente, me dice: –Aquí me tiene para contestar sus preguntas. Ya me he preparado. Vea estas hojas de papel, contienen una síntesis de lo que quiero decirle. Pero pregunte primero para leerle un poco: Obedezco y le indago sobre su formación en la carrera.

–Eso no tiene importancia, dice. Pero ya que se empeña, le voy a contar. Todos los estudios los hice en Europa. Parte en Francia y otra en Alemania y Bélgica. Desde el principio tuve esta inclinación por la Cirugía; por eso me dediqué con todos mis esfuerzos, Después de concluir mis estudios, ingresé a la Especialización durante tres años. Practiqué también en Dermatología y cuando visité Inglaterra, España e Italia, fui adquiriendo conocimientos. De regreso vine directamente a la cátedra universitaria en la que establecí el estudio de Dermatología fuera del plan de estudios que aún no consultaba, dictando también Cirugía Operatoria y Ginecología durante cinco años. Actualmente, tengo a mi cargo las cátedras de Clínica Quirúrgica, Ginecología y Dermatología.

Calla un instante, en tanto apunto una frase: –Estoy ya 20 años en la Facultad, en los que no he sentido nunca cansancio de cumplir con mi deber.

Detrás de su escritorio lleno de libros, su figura toma para mí caracteres enormes. El viejo maestro se inclina para recoger una hoja que ha escrito, y una racha de viento que se ha entrado para oírnos, agita el huracán de su cabellera. Se levanta. A su paso la lamparita de la esquina comienza a parpadear. Yo cambio de asiento para escucharle más de cerca. Los anteojos se han interpuesto ante las pp. Mi lápiz reclina sobre la cuartilla su cabecita frágil. “*Espera le digo, voy a oírle primero*”. Después de algunas reflexiones generales sobre la educación secundaria y superior en el Ecuador, exclama:

–¡Oh!, cómo pudiéramos enviar a Europa dos o tres jóvenes recién graduados para que amplíen sus estudios y vengán trayendo sus conocimientos a esparcirlos aquí. Cuánto he luchado por esto. Más siempre se nos ha respondido

con una negativa. Así mismo ha sido mi anhelo constante, conseguir que se manden Profesores de la Facultad a especializarse siquiera por un año. Pero jamás tuvimos apoyo, mientras se mandaban a la vieja Europa, a otros... a tantos..., dejando postergado este ideal altamente humano y de proyecciones indiscutibles. Si la Escuela de Medicina se encuentra en la actualidad regularmente organizada, es justamente debido al impulso de nueva vida que le dio esa falange de jóvenes médicos, que hace algunos años vinieron trayendo de Europa, ciencia, ideas renovadoras y experiencia.

Me he quedado pensando y el maestro ha dicho: –La medicina integral es imposible de enseñar. Y como el progreso inestabiliza las teorías y los métodos, los planes de estudio no pueden ser rígidos. Necesitan una elasticidad constante.

–¿Y la unificación de estos en las Universidades?, le interrumpo. - Necesario. Improrrogable, me dice sin más discusión para seguir. También señala que: - Es necesario exigir más capacidades. Por esto, pedí que haya un examen previo como requisito indispensable para el ingreso a la Facultad. Se notan muchas deficiencias en los que acuden a las aulas universitarias. Y esta falta de conocimientos, obstaculiza el desarrollo de una acción docente, profunda y proficua.

Un poquito de charla: “Un plan general de estudio le voy a indicar brevemente. Me complace saber que entre nosotros se hacen estudios a conciencia. Ligeros defectos, claro, son inevitables”. –Debe darse mayor importancia a la Anatomía, suprimiendo el exceso de detalles para estudiar con más detención la Esplacnología y el Sistema Nervioso. La Fisiología no debe ser frondosa ni muy analítica y concretarse especialmente a los ramos de los grandes principios fisiológicos. Las Ciencias Físicas y Naturales, adaptándose al fin de formar médicos, es decir, señalando el alcance clínico de cada asignatura. La Anatomía Patológica, estudiando sobre las autopsias y en los laboratorios. No cabe repetirle que la Clínica y la Terapéutica sean esencialmente prácticas.

Recordamos los proyectos de la Ciudadela Universitaria, y con un entusiasmo inusitado se expresa: –Hago votos por su formación. Ha sido para mí un viejo anhelo desde que ingresé al profesorado y en todo momento he procurado luchar por la realización de este ideal. Allí los alumnos aprenderán a trabajar un poco más, porque es necesario sacrificarse, olvidarse de sí mismo, para entregarse por entero a la hermosa ciencia médica. Ese hogar pleno de vigorosas juventudes, será un santuario de estudio. Y hasta las horas de expansión han de ser fructíferas para recoger, con la risa franca, el proyecto, la idea, la decisión...

Va a contestar a mi indagatoria general: ¡Por qué no escribe, doctor? –Si todavía no soy viejo, me responde. Quiero experimentar algo más. Recoger otros datos para escribir dos memorias sobre Cirugía y Dermatología nacionales. Mis apuntes de la práctica diaria son numerosos y cada vez encuentro variantes con las teorías europeas. Es el dominio quirúrgico abdominal, por ejemplo, nuestra raza es atacada con frecuencia del “*Cólico miserere*” por otras causas que allá no se conocen. Yo he abierto muchos casos y he procurado estudiarlos con detención. De igual manera, en Dermatología, existen enfermedades que tendremos que bautizarlas...

¿Y aparecerán pronto, doctor? –No sé. Creo que sería necesario dejar mi vida profesional para dedicarme a escribir. Y así he de hacer, En el reposo de esta fatiga diaria, han de madurar los frutos de mi trabajo. Le admiro y me quedo en silencio. Surge amena su palabra. –He olvidado algo, me amplía. Es necesario buscar a toda costa la especialización de nuestros jóvenes. –Si, doctor, digo yo también. Es muy raro el que se salga Cirujano, por ejemplo. –Es que para obtener buenos resultados en Cirugía deberíamos atender a lo siguiente: Enseñar y aprender mejor la Anatomía, tener una pequeña Sala-laboratorio para Cirugía Experimental, y asegurar a los alumnos que rindan sus grados y hayan tenido una vocación manifiesta, una práctica en los servicios del Hospital (San Juan de Dios) en el que deberían desempeñar el cargo de médicos residentes, pero no vitaliciamente, sino por dos años a lo sumo, para que los que vengan después, puedan hacer lo mismo a manera de Especialización. Solo así conseguiremos el mejoramiento de la Cirugía y de todos los ramos de la Medicina.

No me deja ni aprobar sus ideas magníficas. Lleno de optimismo y de un anhelo porque sus alumnos obtengan el mejor provecho, me dice: –Estoy empeñado en mejorar esta Clínica “Quito”. Montarla modernamente. Quiero establecer una consulta gratuita en la que los pobres puedan encontrar buena atención en los casos de urgencia. Se llamaría “La Gota de Yodo” y en ese servicio quiero poner a los estudiantes que deseen trabajar, haciendo sus turnos como de internado. Tengo ya larga experiencia, puesto que ésta es la segunda Clínica que fundo. La primera fue la Ayora-Villavicencio que tan numerosos servicios prestó durante catorce años. –¿Y sus discípulos? –Muchos, buenos, estudiosos. Les falta un poco de decisión. Y nada más... De pie firme en el Hospital solo se aprende. Eso lo saben ustedes, pero no les gusta ser esclavos del deber. Les reclamo un poco más de cumplimiento. Vea usted, no es que sea injusto, algunas veces pido una historia clínica y no le tienen hecha. No debe ser así. ¿No le parece?... Hago mi asentimiento. Y concluye: –En cuanto a mí, ya me ve. Listo para seguirles enseñando cuanto pueda. Si soy una ayuda, tengan la seguridad que soy el maestro y amigo de ustedes.

Desdobra su blusa, blanca como un pedazo de nube que hubiera bajado a su cuerpo. Salgo abrumado de admirar su prestigio gigantesco, mientras el turno siguió a los que esperaban. Ya cerrada la puerta me vuelvo y me encuentro con la dolencia llamando con una fe cristiana.

Se me vislumbra en los ojos, una caravana interminable yendo a pedir la predestinación en la tienda de los Magos orientales... Así concluyó la entrevista. (Garcés Cabrera, 1930, pp.167-172)

Muchas gracias ilustres maestros: A usted, destacado doctor Ricardo Villavicencio Ponce, por su inagotable trabajo y sus propuestas visionarias para la mejor formación de los médicos

ecuatorianos. Y a usted, estimado doctor Enrique Garcés Cabrera, por sus afanes tempranos por difundir el pensamiento de los maestros de la Facultad y del Hospital San Juan de Dios, donde su espíritu de “Médico y Duende” transita y reflexiona, *ad eternum*, sobre la literatura y la Salud Pública en el Ecuador.

Características de los pacientes del Servicio de Clínica Quirúrgica

El Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella” conserva 1.556 registros clínicos del Servicio de Clínica Cirugía, entre los años 1920 y 1925. La mayoría de pacientes, 1.054 (67.73 %), fueron mujeres; hubo 502 (32.27 %) hombres. Casi todos fueron atendidos con éxito por los hábiles cirujanos del hospital.

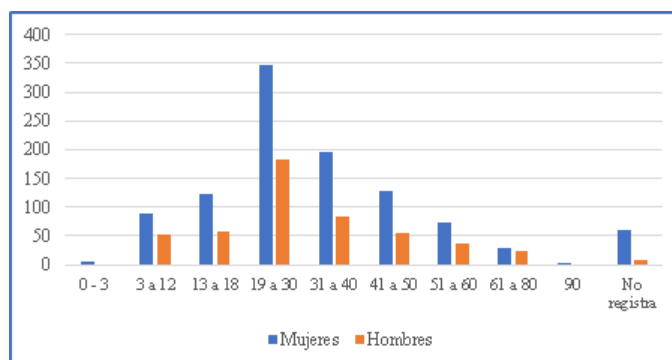
Edad

El rango de edad oscilaba entre 7 meses y 90 años. El mayor número de pacientes tenía entre 19 y 60 años. Hubo pocos niños y jóvenes, así como adultos mayores. En la Tabla 2 y en la “Figura 2” se exponen estos datos.

Tabla 2. Edad de los pacientes. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Edad (años)	Mujeres	Hombres	Edad (años)	Mujeres	Hombres
0 - 3	5		41 a 50	128	56
3 a 12	89	53	51 a 60	74	36
13 a 18	123	58	61 a 80	30	25
19 a 30	347	183	90	1	
31 a 40	196	84	No registra	61	7

Figura 2. Edad de los pacientes del Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925



Raza

Entre 1916-1920, cuando todavía se respiraban aires densos del siglo XIX, donde la discriminación por el color de la piel era más franca y directa que en la actualidad, las historias clínicas de los pacientes quirúrgicos mantenían un alto porcentaje de catalogación racial. En los registros actuales (1920-1925) hubo una menor catalogación. En estos registros, los mestizos estuvieron en mayoría, luego aparecen los blancos, posteriormente los indígenas y finalmente los negros. La “Tabla 3” presenta la distribución por razas, en mujeres y varones, del Servicio de Clínica Quirúrgica (1920-1925).

Tabla 3. Distribución por razas. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Raza	Mujeres	Hombres
Mestiza	365	81
Blanca	166	37
India o indígena	128	40
Negra	12	0
Sin registro	383	344
Total	1.054	502

El pensionado de Santa Teresa

En el Hospital San Juan de Dios existía entonces, y permaneció en funcionamiento hasta el final de sus días en 1974, el servicio pensionado de Santa Teresa. Según los registros disponibles, entre 1920 y 1925 en la sala Santa Teresa se hospitalizaron 366 mujeres, lo cual correspondía al 23.52% de los 1.556 pacientes hospitalizados en este período. No se dispone de registros de varones hospitalizados en Santa Teresa como parte del Servicio de Clínica Quirúrgica. Por tanto, 1.190 (76.48%) pacientes, hombres y mujeres, estuvieron hospitalizados en salas generales.

De las 336 pacientes de la sala Santa Teresa, se catalogó la raza de 273 de ellas. La mayoría fueron mestizas, 118 (43.22%); seguidas por las blancas, 90 (32.96%); luego las indígenas, 60 (21.97%), y posteriormente las negras, 5 (1.84%).

Procedencia

El Hospital San Juan de Dios y su escuela quirúrgica eran valorados positivamente dentro y fuera de la ciudad. Sus pacientes procedían de diferentes provincias y regiones del Ecuador, y también de otros países como Colombia, España y México. En la "Tabla 4" se observa la procedencia de los pacientes.

Tabla 4. Procedencia. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Región	Provincia	Mujeres	Hombres	Suma
Interandina o Sierra 1.405 (90.68%)	Pichincha	609	337	946
	León	121	44	165
	Imbabura	83	30	113
	Tungurahua	81	30	111
	Chimborazo	28	8	36
	Bolívar	11	1	12
	Carchi	10	5	15
	Loja	6	1	7
	Azuay	3	3	6
Sin registro: 91 (5.85%)		66	25	91
Región Costa 31 (1.99%)	Provincia	Mujeres	Hombres	Suma
	Guayas	14	6	20
	Manabí	3	2	5
	Esmeraldas	1	2	3
	Los Ríos	2		2
	El Oro		1	1
Amazonía 1 (0.06%)	Napo	1		1
Otros países 22 (1.41%)	Colombia	14	5	19
	España		2	2
	México	1		1

En período correspondiente a este estudio el Ecuador contaba con 21 provincias. Como se observa en la tabla anterior, los pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica provenían principalmente de la región interandina o Sierra. Un número significativamente menor procedía de la Costa y de la Amazonía.

Provincia de Pichincha

La provincia de Pichincha aportó con 946 pacientes (60.80%) de los 1.556 pacientes. De estos, la mayoría provenían de Quito. En la “Tabla 5” se observa la procedencia de los pacientes de la provincia de Pichincha.

Tabla 5. Procedencia, provincia de Pichincha. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Localidades	Mujeres	Hombres	Suma	Proporción
Quito y actuales barrios	443	236	679	71.78
Distrito Metropolitano de Quito	90	67	157	16.60
Cantones de la provincia	76	34	110	11.62
Total	609	337	946	100

Hubo también un aporte significativo de pacientes de los demás cantones de la provincia de Pichincha, incluyendo a Santo Domingo de los Colorados, que entonces formaba parte de la provincia. Desde el año 2006, se constituyó como la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Provincia de León (Cotopaxi)

La provincia de León (Cotopaxi) nació como provincia de Cotopaxi el 1 de abril de 1851, en homenaje a su majestuoso nevado. Cambió de nombre a provincia de León en octubre de 1851, como reconocimiento al filántropo laticungueño Dr. Vicente León y Argüelles. En 1938 recuperó su nombre original por decreto supremo del General laticungueño Alberto Enríquez Gallo (Cotopaxi - Latacunga, s.f.). En consecuencia, en los libros del Hospital San Juan de Dios se la menciona como provincia de León. El segundo grupo por frecuencia era de la provincia de León, con 165 pacientes. Provenían de Latacunga la mayoría. Luego de Pujilí, Saquisilí, Tanicuchí, Guaytacama, Poaló, San Felipe, Rumipamba, Salcedo, Cusubamba, Sigchos, Toacazo, Mulaló, Tigua, San Miguel de León, Guaytacama y Lasso. Su cercanía a la capital y el prestigio del hospital fueron motivos importantes para acudir al San Juan de Dios.

Provincia de Imbabura

La provincia de Imbabura registró el tercer lugar en procedencia de los pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica. Ibarra registró un mayor número de pacientes. Los pacientes provenían de sus 7 cantones: Ibarra, Otavalo, Cotacachi, Antonio Ante, Pimampiro y Urcuquí.

Provincia de Tungurahua

El número de pacientes procedentes de esta provincia fue similar al de la provincia de Imbabura. Ambato aportó con el mayor número de pacientes. Además, hubo pacientes de 7 de sus 9 cantones: Baños, Cevallos, Mocha, Patate, Pelileo, Píllaro, Quero y Tisaleo.

Provincia de Chimborazo

En la provincia de Chimborazo, Riobamba contribuyó con el mayor número de pacientes, así como sus cantones Alausí (Alausí y Huigra) y Guano.

Provincia de Bolívar

Fueron pocos los pacientes provenientes de esta provincia. Hubo 11 pacientes, diez mujeres y un hombre. Procedían de Guaranda (Guaranda y Simiatug) y San José de Chimbo.

Provincias del Carchi, Azuay y Loja

Carchi aportó con 7 pacientes mujeres que recurrieron al Servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD.

Azuay contó con 4 pacientes, dos hombres y dos mujeres de la Ciudad de Cuenca.

Loja registró 4 pacientes, todas mujeres. Tres de Loja y una de Catarama.

Provincia del Guayas, Esmeraldas, Los Ríos, Manabí, El Oro y Napo

La región costera y la región amazónica tuvieron un número limitado de pacientes.

Guayas, con Guayaquil, aportó 19 pacientes. Hubo una paciente de Santa Elena.

Esmeraldas registró 3 pacientes, dos varones de Esmeraldas y una mujer de Quinindé.

Los Ríos presentó en los registros dos pacientes mujeres, una de Quevedo y otra de Babahoyo. Manabí aportó con 3 pacientes, dos mujeres y un hombre.

El Oro, un paciente varón; y Napo, en la región Amazónica, con una paciente mujer.

Colombia, España y México

Estos tres países registraron un total de 22 pacientes. La mayoría colombianos procedían del departamento limítrofe con el Carchi, el Departamento de Nariño, en la región interandina. También acudieron al San Juan de Dios de la población de Tumaco, en la costa, limítrofe con la provincia de Esmeraldas. La influencia y prestigio de la actividad quirúrgica de los profesionales del hospital llegó más allá de nuestras fronteras, especialmente para aquellos enfermos procedentes de Colombia, “Tabla 6”.

Tabla 6. Procedencia. Pacientes de distintos países. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

País	Localidad	Mujeres	Hombres
Colombia	Pasto	5	1
	Ipiales	5	1
	Popayán	1	
	Tumaco	2	
	Colombia		1
España	Sevilla, España		1
	La Molina del Portello, Burgos, España		1
	México	1	
Total		15	7

Ocupación

Las ocupaciones eran más diversas entre los varones. Las mujeres en su mayoría se dedicaban a las tareas propias del hogar, como se observa en la “Tabla 7”.

Lo que no sucedía en el período de 1916-1920, en el actual período se registraron tres profesionales liberales: un abogado, un arquitecto y un dentista. Además, hubo otras profesiones que reconocen un ámbito definido, como músico, profesora o hermano Lazarista. Uno de los músicos se declara “organista”, profesión que seguramente la ejercía en alguna iglesia. Otro consta como “aprendiz de músico” lo cual abona positivamente sobre el afán aprender el arte de Apolo. Una paciente aseveró ser “Matrona”¹. Teniendo en cuenta las distintas acepciones, no es posible conocer la actividad que desempeñaba esta paciente en calidad de matrona.

Tabla 7. Ocupaciones declaradas por 734 pacientes. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Actividad	Ocupación	Hombres	Mujeres
-----------	-----------	---------	---------

1 Según el Diccionario de la RAE, **matrona** tiene tres acepciones: 1. Persona especialmente autorizada para asistir a las parturientas. 2. En las aduanas y oficinas semejantes, mujer encargada de registrar a las personas de su sexo. 3. Madre de familia (*DLE s.v. matrona*). Adicionalmente, la literatura española antigua cataloga como matronas a las ‘madres encargadas de amamantar a otros niños, además de a su propio vástago’. Matrona también tiene el significado de ‘mujer corpulenta y madura’ (Farlex, 2022).

	Carpintero (un aprendiz)	45	
	Sastre (un aprendiz)	35	
	Zapatero/a (un aprendiz)	32	1
	Albañil	12	
	Sombrero/a	10	5
	Herrero	5	
	Platero	4	
	Hojalatero	3	
	Jardinero	3	
	Mecánico	3	
	Tipógrafo	3	
	Pintor	3	
	Escribiente / plumario / tinterillo	3	
	Aserrador	3	
	Talabartero	2	
	Tejero	2	
	Telegrafista	2	
	Panadera		11
	Hilandería		3
	Carnicera		4
	Tejedora		1
	Picapedrero / Canterón/a	2	1
	Cigarrera		1
	Cedacera		1
	Cohetero	1	
	Colacionero	1	
	Dibujante	1	
	Electricista	1	
	Escultor y pintor	1	
	Fotógrafo	1	
	Instalador de agua	1	
	Maquinista de vapor	1	
	Molinero	1	
	Motorista	1	
	Tapizador	1	
	Total	199	34
	Sirviente/a (una sirviente de mano) / Doméstico/a (dos salones)	19	64
	Quehaceres domésticos		49
	Cocinero/a	3	60
	Costurero/a	1	35
	Planchadora		16
	Lavandera		6
	Total	23	166

Oficios y artesanías: 233
(31.74%)

Labores de casa: 189 (25.75%)

Labores del campo: 171 (23.30%)	Agricultor/a; labrador/a	83	18
	Jornalero/a	25	2
	Peón/a (Uno consta como “peón concierto”)	24	13
	Alfarero	2	
	Cabuyero	1	
	Alpargatero	1	
	Carbonera		1
	Leñador	1	
	Total	137	34
Servicios: 100 (13.62%)	Empleado (privados y públicos)	20	
	Comerciante (incluye 17 vivanderas)	17	23
	Arriero/a	7	1
	Peluquero	6	
	Chauffeur	2	
	Militar retirado	2	
	Pinche (uno de la cocina del HSJD)	2	
	Tintorera		1
	Obrero/a	1	2
	Catequista		1
	Auriga	1	
	Bastonero	1	
	Cargador/a	1	2
	Cargador de la Policía	1	
	Chacarero	1	
	Chichero	1	
	Cochero	1	
	Corredor	1	
	Expolicía	1	
	Lustrabotas	1	
	Pendonero	1	
	Sobrestante o capataz	1	
	Soldado del Batallón Córdova	1	
Total	70	30	
Estudiantes: 30 (4.09%)	Escolar	7	
	Estudiante	6	5
	Colegial	2	4
	Preescolar	2	
	Preceptor/a	1	
	Huérfano/a del San Vicente de Paúl	1	1
	Seminarista	1	
	Total	20	10

Profesiones: 11 (1.50%)	Músico (incluye un aprendiz)	4	
	Profesora		2
	Abogado	1	
	Arquitecto	1	
	Dentista	1	
	Matrona		1
	Hermano Lazarista	1	
	Total	8	3

En resumen, las ocupaciones por categorías se presentan en la “Tabla 8”.

Tabla 8. Categorías de las ocupaciones. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1921

Categoría	Número	Proporción
Oficios y Artesanías	233	31.74
Labores de casa	189	25.75
Labores del campo	171	23.30
Servicios	100	13.62
Estudiantes	30	4.09
Profesiones	11	1.50
Total	734	100.00

Los oficios de entonces y la actualidad

Los oficios declarados por los pacientes han tenido diferentes rumbos en el tiempo. Unos permanecen como tales y seguramente sobrevivirán a los cambios tecnológicos; otros se han reducido a una mínima expresión o permanecer confinados a determinados ámbitos; algunos se han modificado en la forma o en el fondo y otros han desaparecido, posiblemente, en forma definitiva. Algunos de los más interesantes por su esencia o por su rumbo son los siguientes:

Alpargatero como fabricante de alpargatas. “La alpargata es la pieza más antigua del calzado en España y Portugal. Ya la utilizaban los íberos en el siglo III a.C.” (Curiosfera, 2020). Era elaborada con cáñamo o esparto y fue utilizada en España durante la Edad Media, principalmente por la población rural. Variantes de las alpargatas fueron utilizados por griegos y romanos (Curiosfera, 2020).

Arriero/a, Chacarero y Chichero, si bien son distintos trabajos, tienen vigencia con igual sentido y función que tenían anteriormente en el ámbito rural.

Auriga, que según el Diccionario de la RAE, era el ‘hombre que en las antiguas Grecia y Roma gobernaba los caballos de los carros en las carreras de circo’ (Real Academia Española, 2022b). Ha desaparecido definitivamente.

Bastonero posiblemente era un fabricante de bastones, rebasado actualmente por los productos industriales.

Cabuyero es otro oficio que ha sido superado por la producción industrial de cordeles, aunque podría subsistir en algún rincón del Ecuador.

Cedacera es un oficio que se mantiene en varios sitios del país. Sobresale Guangopolo, en el valle de los Chillos, auto denominada “La capital mundial del cedazo”.

Chauffeur ha desaparecido en su nominación francesa, aunque se ha multiplicado su ejercicio en función del crecimiento del parque automotriz.

Cochero es un oficio que posiblemente se conserva en algunas ciudades del país como conductor de coches tirados por caballos y dedicados al turismo.

Colacionero es quien fabrica colaciones. En una paila de bronce muy grande que cuelga sobre carbones encendidos, bate y rota la paila hasta conseguir formar las tradicionales colaciones. Son golosinas constituidas por una masa esférica de azúcar que envuelven a un grano de maní tostado. En Quito, desde 1915, en la calle Bolívar cerca de la Cruz Verde, esta fábrica artesanal sigue produciendo colaciones.

Escribiente, plumario o tinterillo son funcionarios de las antiguas Escribanías, antecesoras de las actuales Notarías. El tinterillo fungía de abogado, sin serlo.

Herrero es otro oficio en decadencia. La mayor parte de herrajes son importados y tienen ciertas ventajas. En Quito, la fragua del herrero tradicional casi ha desaparecido. Se puede admirar el trabajo con fuego, yunque y martillo en la Plaza Arenas de Quito.

Hilandera, aun cuando todavía en el campo, especialmente en los páramos de la serranía ecuatoriana, se fabrican artesanalmente hilos con la lana de oveja, cada vez es mayor el espacio ocupado por los procesos fabriles. En Salinas de Guaranda existe una productora cooperativa de hilos de lana, “Hilanderas Salinas”, dedicada a procesar lana de oveja y alpaca para “transformarla hilo de alta calidad” (Salinas de Guaranda, 2015).

Molinero subsiste en forma industrial, aunque podrían existir molinos tradicionales en algunos sitios del país. En la comuna Charcay, provincia del Azuay, existe un molino tradicional en el río Charcay.

El molino funciona con el agua. Una vez que la corriente llega al lugar donde se instala un canal hecho de madera, dirige la corriente y con la fuerza del chorro mueve las aletas de una inmensa rueda. Con el movimiento de la rueda se mueve la piedra de muchos quintales de peso, una piedra milenaria que, como elemento de decoración, tiene dos cruces católicas. Granos de maíz, de cebada, trigo, alverjas, habas y todo lo que haya, se depositan en la tolva. Actualmente, la actividad del molino ha disminuido. (El Diario, 2017)

Pendonero es un oficio tradicional, parte nuestro folclor, que sigue vigente. “Figura 2”. La fiesta de Pendoneros, dura 8 días y se inicia la segunda semana de octubre en la capilla de San Miguel de Cuchillona, comuna del mismo nombre, a orillas del Lago Imbacochoa o Lago San Pablo, para continuar luego en San Roque, Comuna de Tocagón y San Rafael. Según la tradición los indígenas después de dar muerte a sus enemigos los suspendían en largos palos, este acontecimiento servía de escarmiento para los demás.

En la actualidad, [“los palos de pendón”] se ha transformado en una fiesta religiosa en honor a San Miguel donde los pendoneros portan banderas de color rojo que simbolizan y recuerdan la sangre de esas manifestaciones, van correteando en zigzag desde la casa del sacerdote hasta llegar a la capilla [de San Miguel de Cuchillona]. (Instituto Tecnológico Rumiñahui, 2009).

Figura 4. Pendonero



Nota: Imagen tomada de *Pendoneros*, del Instituto Tecnológico Rumiñahui, 2009 (<https://pendonerosrumigf.blogspot.com/>).

Sobrestante o capataz era la persona que debía dirigir y vigilar a varios trabajadores. Subsiste como oficio, aunque seguramente bajo otras denominaciones, como inspector, coordinador u otros.

Sombrero es un oficio que permanece sin mayores cambios a pesar de la producción industrial. En aquel tiempo hubo 15 personas con ese oficio, 10 varones y 5 mujeres. Eran los tiempos de uso común del sombrero de paño o de paja toquilla, probablemente en todos los niveles sociales. El 5 de diciembre de 2012 la Unesco declaró patrimonio cultural intangible de la humanidad al tejido tradicional del sombrero de paja toquilla. Manabí, desde 1824, cultiva este arte ancestral, especialmente en Pile con su escuela de “tejenderos” y en Picoazá (Sánchez Ramos, 2018). En Azuay y Cañar, muchas personas viven de este oficio. El *Ecomuseo Municipal Casa del Sombrero de Cuenca*, dicta en forma gratuita cursos para la formación de “toquilleros” certificados por el Museo. En Cuenca, existen otras instalaciones en las se ofrecen sombreros de variados modelos.

Telegrafista es un oficio que posiblemente los niños y los jóvenes de la actualidad no podrían describir su función. El tradicional telegrafista manejaba el código o alfabeto Morse ideado por Samuel Morse en 1835 y perfeccionado por Alfred Vail en 1837. Es un sistema de transmisión de letras, números y signos de puntuación por medio de una señal codificada intermitente y fue uno de los primeros métodos de comunicación a distancia. Hoy ha sido largamente superado por la codificación digital (“Codice Morse”, 2021).

Tipógrafo fue un oficio que ha sido rebasado por la tecnología digital para la impresión. La tipografía ha evolucionado desde la época de los griegos y los romanos. La tipografía requería de vastos juegos de linotipos moldeados en plomo mediante fundición. Diferentes tipos de letras, números y signos eran organizados en cajetines que permitían su acople con la plancha para la impresión en papel u otros elementos. Por tanto, cada palabra, espacio o signo de puntuación u otros, debían ocupar su espacio en forma perfecta para conseguir una impresión de calidad. La manipulación de las barritas de plomo era altamente tóxica para los tipógrafos.

Conclusiones

En el servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD (1920-1925) se hospitalizaron 1.556 pacientes, con un mayor número mujeres, 1.054 (67.73 %) y 502 (32.27 %) hombres. Tenían desde 7 meses hasta 90 años de edad, con predominio de jóvenes y adultos. Hubo pocos niños y adultos mayores.

La catalogación por “raza”, constituye un indicador de la estratificación social existente. Hubo predominio de la condición mestiza.

El servicio pensionado de la sala Santa Teresa era un servicio especial para quienes podían sufragar los gastos de su hospitalización, en una época en que la mayoría de pacientes no podía pagarlos.

La procedencia de los pacientes, desde diversas regiones del Ecuador y del exterior, refleja el reconocimiento y la confianza de la población en el quehacer institucional.

Fue amplio y significativo el espectro de ocupaciones de los pacientes del servicio, muchas de ellas totalmente desaparecidas en la actualidad.

La pobreza de las instituciones públicas, entonces y ahora, nunca menoscabó la pasión de los médicos y demás personal hospitalario para cumplir con su deber. Con esfuerzo y constancia se habían ganado la confianza de los ciudadanos y de los enfermos.

La calidad de la práctica quirúrgica del San Juan de Dios fue una de sus grandes virtudes. Cuando cerró sus puertas en 1974, aquellas inmensas y centenarias puertas que estuvieron siempre abiertas para los más pobres, su prestigio sobrevivió incólume y se proyectó con sus médicos e internos en el Hospital Pablo Arturo Suárez y en las instituciones, dentro y fuera del país, donde continuaron su formación y laboraron como médicos y estudiantes.

El Hospital San Juan de Dios de Quito fue una escuela de Clínica Quirúrgica con grandes maestros y esforzados discípulos. Por el hospital pasaron como internos o externos miles de estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, desde el comienzo de su historia. Enrique Garcés Cabrera calculó en más de tres mil. Por eso, Eugenio Espejo, Isidro Ayora, Ricardo Villavicencio Ponce, Eustorgio Salgado y tantos médicos más de aquella época, contribuyeron a la formación de figuras icónicas del Ecuador como Matilde Hidalgo Navarro y muchos otros médicos que dejaron huella por su labor científica y humana.

Las condiciones de vida del campo, peores que las de las ciudades, impulsaron unos años antes la migración del agro a las ciudades. Se terminó el tiempo del “Gran Cacao” y en medio del gobierno plutocrático que privilegió las finanzas bancarias y de los terratenientes de la Costa y de la Sierra, el país vivía una hiperinflación que precisamente llevaría a la Revolución Juliana de 1925. Muchos trabajadores del agro de todas las regiones del país migraron, en busca de trabajo y mejores opciones de vida, a los polos de desarrollo del país de aquella época: Guayaquil y Quito. Allí tampoco fue fácil su existencia.

CAPÍTULO XV

Patologías de los pacientes del Servicio de Clínica Quirúrgica

En este capítulo se analizan los antecedentes patológicos personales, los diagnósticos, los exámenes complementarios, los tratamientos, la evolución, el pronóstico y la condición final de los pacientes del Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios (1920-1925).

Antecedentes patológicos personales

Revisamos las patologías referidas por los pacientes a lo largo de su vida, antes de su hospitalización. La relación de frecuencia entre los problemas de origen infeccioso y los no infecciosos es 13.2 veces más frecuente para los problemas infecciosos. En consecuencia, la posibilidad de estos pacientes de adquirir enfermedades infecciosas desde el nacimiento hasta antes de su hospitalización era muy alta. Los pacientes que tuvieron enfermedades no infecciosas, tampoco estuvieron exentos de infecciones.

Entre las enfermedades infecciosas presentan cifras altas el sarampión, la viruela, el paludismo, la fiebre tifoidea, la neumonía, las disenterías, la blenorragia y otras, como se observa en la “Tabla 1”.

Se evidencia una sustancial diferencia entre lo que sucedía entonces, con lo que sucede actualmente. La posibilidad de prevenir muchas de las enfermedades infecciosas con vacunas y otras medidas, así como la terapéutica antimicrobiana, establecen la diferencia.

La viruela y la poliomielitis han sido erradicadas, o así lo ha sostenido la OMS. El sarampión se mantiene controlado gracias a las vacunas. Hubo 911 referencias a enfermedades infecciosas en los antecedentes patológicos personales. Mediante la vacunación podrían haberse prevenido 392 de las 911 enfermedades. Mediante la vacunación se previene en la actualidad al menos un alto porcentaje de las neumonías. Es el caso de la neumonía producida por *Haemophilus influenzae*, coco bacilo gram negativo, que afecta a menores de dos años y personas de la tercera edad. La gripe o influenza, en alguna forma, se logra prevenir mediante la vacuna contra la influenza.

Gracias a la vacuna BCG contra la tuberculosis, enfermedad producida por la pobreza y no solo por el bacilo de Koch, se puede prevenir al menos la meningitis tuberculosa u otras formas de tuberculosis extrapulmonar.

Muchas de las enfermedades infecciosas debieron complicarse por la falta de antimicrobianos. Una herida superficial en la pierna, si se infectaba, fácilmente podría penetrar a la tibia y producir osteomielitis, difícil de erradicar. La blenorragia, frecuente según los registros, podría generar complicaciones como orquitis y otras. La sífilis se trataba con arsenicales muy tóxicos y con significativos efectos adversos.

Las infecciones genitales en la mujer, sin el tratamiento adecuado, podrían generar infecciones endometriales severas y en las parturientas la temida fiebre puerperal, que tantas vidas cobró a lo largo de la historia de la humanidad.

En la actualidad, el tratamiento se reduce a una dosis o unas pocas dosis del antibiótico adecuado para el tipo de infección. La recuperación es rápida y la curación es, generalmente, total. Todo esto sigue siendo cierto, a pesar de las cepas resistentes a los antimicrobianos.

Tabla 1. Antecedentes Patológicos Personales, Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Patologías infecciosas	Nº	Patologías NO infecciosas	Nº	Patologías infecciosas	Nº	Patologías NO infecciosas	Nº
Sarampión*	216	Traumatismo	6	Parálisis facial	4	Mordedura de perro	1
Viruela*	133	Cólico intestinal	6	Rubéola*	4	Nefritis	1
Paludismo	86	Alcoholismo	5	Tos frecuente	4	Jaquecas	1
Fiebre	72	Cólico hepático	5	Epilepsia	3	Lordosis vertebral	1
Fiebre tifoidea	68	Pólipo uterino operado	3	Anginas	2	Epilepsia	1
Neumonía **	61	Bocio	2	Conjuntivitis	2	Hemorroides	1
Disentería	54	Cesárea	2	Estreñimiento	2	Hemorroides operadas	1
Grippe**	31	Prurigo	2	Fiebre gástrica	2	Hernia inguinal	1
Blenorragia	25	Quite de ovario operado	2	Metritis tratada	2	Hernia inguinal operada	1
Reumatismo	23	Tumor operado	2	Orquitis	2	Hernia umbilical operada	1
Erisipela	21	Úlcera miembros inferiores	2	Tifoidea, secuelas (Hipoacusia, abscesos)	2	Histerectomía	1
Fiebre amarilla*	14	Amputación de brazo (lesión guerra 1912)	1	Tuberculosis**	2	Histerectomía vaginal	1
Tosferina / Coqueluche*	12	Anemia	1	Bronquitis	2	Ictericia	1
Enteritis	8	Apendicitis operada	1	Amigdalectomía izquierda	1	Idiocia	1
Varioloide (Varicela)*	8	Asma	1	Curetaje por secreción vaginal	1	Pie varo equino operado	1
Absceso / flemón	7	Cardiopatía	1	Ectima	1	Pólipo nasal operado	1
Osteomielitis	6	Ceguera	1	Elefantiasis	1	Prolapso atendido	1
Absceso hepático	5	Cistocele	1	Infección puerperal	1	Prolapso uterino	1
Ascariasis	5	Dermatosis	1	Mastoiditis	1	Quemadura	1
Chancro	5	Eccema	1	Otitis supurada	1	Queratitis	1
Hepatitis*	5	Melenas	1	Peste Negra "bubónica"	1	Herida de bala (cirugía)	1
Sífilis	5	metrorragias	1	Total, Infecciosas	911	Total, NO infecciosas	69

* Alto nivel de prevención con vacunas. ** Nivel limitado de prevención con vacunas.

Por otro lado, las enfermedades tropicales, producto de la pobreza e insalubridad, como el paludismo, la fiebre amarilla, la peste bubónica, la tifoidea, el absceso hepático y las infecciones dermatológicas, no podían ser manejadas en una forma integral, más allá de evitar la forma de contagio, la presencia del vector, la contaminación con el parásito o germen productor. Por los resultados, se puede intuir que no era prioridad nacional la dotación de servicios básicos y saneamiento de las ciudades, cada vez más pobladas, hacinadas, paupérrimas y poco salubres.

Entre los antecedentes patológicos personales se refirieron 86 casos de paludismo en un conjunto de pacientes que mayoritariamente vivían en la región interandina. Eran épocas de paludismo en la Sierra, especialmente en los valles de altura, cercanos a Quito.

Las condiciones de vida y el trabajo en el agro, con limitaciones para el acceso a un agua segura, la falta de alcantarillado, sistemas adecuados de tratamiento de los desechos, la limitada educación básica de los pobladores y el empobrecimiento al que se hallaban sometidos, condicionaban la presencia de ascariasis, disenterías, enteritis y otras enfermedades infecciosas. Esa era la situación real de la población rural y urbana de nuestro medio.

Las enfermedades no infecciosas disponían de un espectro muy amplio. Desde accidentes como traumatismos, mordeduras, quemaduras, hasta heridas por impacto de bala o heridas de guerra. Se relataron cirugías anteriores y la mayoría de pacientes indicaba que éstas habían sido realizadas en el Hospital San Juan de Dios, e indicaban el nombre del cirujano. Las cirugías anteriores van desde cesárea hasta histerectomía vaginal, herniorrafias, apendicectomía, resección de pólipos, hemorroidectomías y más. No faltaron tumores, bocio, anemia y alcoholismo.

Diagnósticos (1920-1925)

Las patologías de los pacientes del Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios (1920-1925) afectaron desde la piel hasta los huesos, pasando por casi todos los aparatos y sistemas.

De los 1.556 pacientes del servicio, 1.417 diagnósticos se han organizado por tipos de patologías. En 119 casos no se estableció explícitamente el diagnóstico, aunque podría deducirse por los datos de su historia clínica. Sin embargo, solamente se incluyeron los diagnósticos registrados en los libros.

Los 1.417 diagnósticos se han distribuido en 19 categorías para facilitar su comprensión y análisis. La “Tabla 2” presenta las diferentes categorías y su frecuencia. La mayoría tiene como denominador común la presencia de procesos infecciosos.

Tabla 2. Tipos de Patologías. Servicio Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Patologías	Nº de casos	Patologías	Nº de casos
Infecciosa	320	Tejidos blandos	18
Dermatológica	280	Respiratoria y ORL	15
Infecciones de transmisión sexual	154	Ortopédica y Malformaciones congénitas	14
Traumática	147	Inflamatoria / autoinmune	9
Gineco Obstétrica	146	Neurológica /Salud Mental	9
Cáncer	123	Dental	4
Pared abdominal	80	Hematológica	3
Digestiva	36	Endocrina	3
Urinaria - Renal	28	Otras	2
Vascular	26	Total	1.417

Causas de Mortalidad en el Servicio de Clínica Quirúrgica

En el Servicio de Clínica Quirúrgica se registraron 59 decesos (4,16 %) de los 1.417 pacientes. Los tumores, con predominio de tumoraciones ginecológicas, como cáncer cérvico uterino, mamario y ovárico, fueron causa importante de mortalidad. Los problemas infecciosos, como septicemia por diferentes causas, incluyendo traumáticas, produjeron significativa de mortalidad: “Tabla 3”.

Tabla 3. Mortalidad por patologías. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Tipo de patología	Diagnóstico	Nº
Tumores	Cáncer cérvico uterino	15
	Cáncer de mama	2
	Quiste ovárico	2
	Tumor abdominal	2
	Cáncer de vejiga	1
	Cáncer facial	1
	Cáncer sin localización	1
	Epitelioma facial	1
	Hipertrofia de la próstata	1
	Sarcoma	1
Infecciosas	Tumor en el cuello	1
	Septicemia	3
	Absceso hepático	2
	Escaras sacras	2
	Osteomielitis; osteomielitis, septicemia;	2
	Sífilis; Neumonía, sífilis;	2
	Absceso de la rodilla con compromiso del MI	1
	Absceso ínguino rectal; gangrena local; estado toxémico	1
	Ántrax	1
	Bronconeumonía	1
	Cistitis aguda	1
	Ectima	1
	Empiema vesicular	1
	Infección puerperal	1
	Obstrucción intestinal; bronconeumonía	1
	Pio salpingitis derecha	1
Sinusitis con gangrena palatina	1	
Varias	Tuberculosis miliar hepática primitiva confirmada por cirugía.	1
	Fractura de la base de la bóveda del cráneo, alas mayores del esfenoides y fisura temporal del lado derecho (revelado por la autopsia)	1
	Herida infectada del pie izquierdo.	1
	Heridas y fracturas óseas, septicemia	1
	Hernia Inguinal	1
	Litiasis biliar	1
	Parálisis vesical	1
Prolapso de recto; depresión	1	
Sin diagnóstico	1	
Total		59

Patologías infecciosas

Una constante de las patologías en el Servicio de Clínica Quirúrgica eran las infecciones. En este conjunto de 320 diagnósticos de problemas infecciosos, se ha organizado 16 grupos de patologías, con subgrupos afines, con denominaciones varias, como se utilizaba entonces. “Tabla 4”.

Tabla 4. Patologías infecciosas. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Patología	Número	Patología	Número
Absceso / flemón	169	Septicemia (3), Necrosis (3) y Gangrena (2)	8
Osteomielitis / Artritis séptica (1 caso)	26	Herpes Zoster o Zona	7
Fístulas (perineales y otras)	19	Caries (4) y Mastoiditis (1) y Estomatitis (1)	6
Adenitis / bubón / adenoma	19	Paludismo	5
Cistitis	17	Varioloide (3) y Viruelas (1)	4
Tuberculosis (10 casos) y tumor blanco (4 casos)	14	Lepra	2
Absceso hepático	14	Leishmaniosis	1
Apendicitis	8	Balanitis	1
Total			320

En este capítulo se revisan los diferentes tipos de infecciones, con la presentación de casos relevantes, análisis del tratamiento efectuado, mención del personal médico que intervino, condición final de los pacientes y conclusiones, para los diferentes subgrupos.

Abscesos y flemones (169 casos)

Este es el conjunto más numeroso. De 320 casos de esta categoría, más de la mitad (169) fueron diagnosticados como abscesos, flemones o flemones.

La variedad de diagnósticos por su localización fue la siguiente:

- **Maxilar:** absceso caliente por propagación linfática de la infección molar, absceso y fístula en maxilar, absceso dental, absceso maxilar.
- **Cuello y tórax:** absceso del cuello y del muslo, absceso de mama. absceso retro mamario.
- **Abdomen y pelvis:** absceso abdominal, absceso de la pared abdominal, absceso ínguino rectal, absceso inguinal, **absceso pelviano consecutivo a una apendicitis**, absceso perianal, absceso peri nefrítico, **absceso peritoneal por ascariasis con fístula intestinal**, absceso vaginal, absceso del psoas y del ilíaco.
- **Extremidades:** absceso de la rodilla con compromiso del miembro inferior, absceso de la rodilla izquierda, absceso del muslo, absceso en la nalga derecha, **absceso glúteo por inyecciones de mercurio**, absceso y fístula en el glúteo.
- **Asociados a:** tuberculosis pulmonar, paludismo y postífico.

Personal médico

Constan los siguientes médicos como cirujanos en los casos de abscesos y flemones, habiendo intervenido todos ellos en varios casos: Dr. Montero Carrión, Dr. Estupiñán, Dr. Villavicencio Ponce, Dr. Serrano, Dr. Carlos Pólit, Dr. Salgado, Sr. Alfonso Zambrano, Sr. León y Sr. Villagómez. En algunos casos, consta uno de los nombrados como cloroformizador. También en uno de los registros con diagnóstico de absceso, consta que la intervención la realizó el interno.

Tratamiento

El tratamiento aplicado en abscesos y flemones fue quirúrgico. Con procedimientos complejos como en el caso de **Emilia Lazo** quien tuvo un absceso pelviano secundario a apendicitis aguda, cuyo tratamiento y evolución se describió así:

Con un fino trocar se introduce por la vagina, en el fondo hasta el Douglas, sale un pus cremoso, denso, excesivamente fétido. Se deja la camisa del trocar fija en el sitio; al siguiente día el drenaje es abundante; a las 48 horas se quita el trocar. Los síntomas han desaparecido, no hay dolor ni temperatura, se cierra espontáneamente la herida y está de alta. Alta el 4 de junio de 1922. Curación.

Éstas y otras intervenciones son altamente significativas, en medio de las limitaciones de antimicrobianos, que permitieran controlar la infección y evitar complicaciones o la muerte de los enfermos, como sucedió con la **Juana Escala**, cuya Historia Clínica consta en este capítulo.

Condición final

Los casos de abscesos y flemones incluyen algunos significativamente dramáticos.

El caso de Carmen González, quien tuvo un absceso mamario, y cuyo hijo de 9 meses, internado junto a su madre, presentó un absceso faríngeo, diagnosticado como **angina de Ludwig**, que superó quirúrgicamente. Esta infección en el lactante implicaba un contagio de su madre, probablemente durante la lactancia y manejo del niño.

Carlos Camacho Pillajo, quien presentaba un absceso en la nalga derecha producido iatrogénicamente por inyecciones de mercurio para su tratamiento de sífilis. No fue el único caso. Otro caso similar fue el de **Ramón Vallejo**, de cuyo caso hay información mínima, si bien se reporta que estuvo mejor luego del drenaje de su absceso.

Como resultado de estas y otras intervenciones, la mayoría de pacientes salió con el alta, curado o en vías de curación. Algunos debían regresar a curaciones por consulta externa. Alguno fugó “por la Capilla” del hospital y lamentablemente, entre los 168 pacientes con abscesos, **Juana Escala**, indígena de Zuleta, de apenas 12 años de edad, falleció.

Historias Clínicas de pacientes con abscesos y flemones

Los siguientes son algunos casos que ejemplifican las historias clínicas de los pacientes con abscesos o flemones.

Juana Escala (Falleció) Natural de Zuleta, tiene 12 años, raza india. Ingresó el 4 de enero de 1923. DIAGNÓSTICO: **Absceso de la rodilla con compromiso del miembro inferior**. TRATAMIENTO: El 27 de enero de 1923 se realizó drenaje quirúrgico con extracción de gran cantidad de pus. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 30 de enero de 1923.

Dolores Altamirano (Curación) Natural de Toacazo, tiene 40 años de edad, ocupación Hilandera. Ingresó el 4 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 2 semanas sufrió un traumatismo de la rodilla, con herida que fue curada en su casa. DIAGNÓSTICO: **Absceso de rodilla**. TRATAMIENTO: Quirúrgico, Dr. Montero Carrión. CONDICIÓN FINAL: Alta por curación el 25 de diciembre de 1921.

Margarita López (Curación, absceso iatrogénico por inyección) Tiene 30 años, procedente de Ambato. Ingresó el 22 de enero de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Viene de la sala de La Virgen, en dicho servicio le hicieron en el brazo una inyección sin los cuidados necesarios, siendo la causa para la formación de un absceso, previo un período inflamatorio. EXAMEN FÍSICO: El brazo izquierdo presenta una inflamación roja, dolorosa, del tamaño de una naranja. DIAGNÓSTICO: **Absceso**. TRATAMIENTO: Revulsivos. Drenaje de absceso el 28 de enero de 1922 con eliminación de gran cantidad de pus. CONDICIÓN FINAL: Alta el 12 de febrero de 1922.

Guadalupe Flores de Montenegro (Pasa a la sala Santa Rosa) Paciente de 28 años de edad, mestiza, vivandera, residente en Quito. Ingresó el 23 de enero de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 15 años. Ha tenido 5 embarazos. Tiene 1 hijo vivo y 4 muertos. Tuvo

tifoidea. DIAGNÓSTICO: **Absceso peritoneal por ascariasis con fistula intestinal**. TRATAMIENTO: Lavados con solución antiséptica. CONDICIÓN FINAL: Pasa a Sta. Rosa el 19 de febrero de 1922. No hay más información.

Emilia Lazo (Curación) Paciente de 30 años de edad, mestiza, quehaceres domésticos, procedente de Tulcán. Ingresó el 9 de mayo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 18 años. Ha tenido erisipela, fiebre. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 10 días que se presentó un fuerte escalofrío, seguido de calenturas, luego aparición un agudo dolor en la fosa ilíaca derecha. EXAMEN FÍSICO: Se constata dolor en Mac Burney; hiperestesia de la piel e hinchazón de la región infra umbilical y especialmente en la fosa ilíaca derecha. La enferma está disneica, con la temperatura entre 38 y 39,5°, el pulso es rápido de 120 al minuto. DIAGNÓSTICO: **Absceso pelviano consecutivo a una apendicitis**. Es de notar que la apendicitis se ha presentado durante la epidemia de Gripe reinante en la ciudad. TRATAMIENTO y EVOLUCIÓN: Con un fino trocar se introduce por la vagina, en el fondo hasta el Douglas, sale un pus cremoso, denso, excesivamente fétido. Se deja la camisa del trocar fija en el sitio; al siguiente día el drenaje es abundante; a las 48 horas se quita el trocar. Los síntomas han desaparecido, no hay dolor ni temperatura, se cierra espontáneamente la herida y está de alta. CONDICIÓN FINAL: Alta el 4 de junio de 1922. Curación.

Honorita Bejarano (Mejor) Paciente de 46 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresó el 20 de mayo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido tos, asma y congestión pulmonar. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 6 meses sufrió un traumatismo en la rodilla izquierda, por caída. DIAGNÓSTICO: **Absceso de la rodilla izquierda**. TRATAMIENTO: Drenaje quirúrgico: sale abundante pus fétido. CONDICIÓN FINAL: Alta el 5 de junio de 1922 en buenas condiciones.

Mercedes Cornejo de Utreras (Mejor) Paciente de 48 años de edad, mestiza, ocupación quehaceres domésticos, residente en Quito. Ingresó el 30 de junio de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. Ha tenido dos embarazos. Tiene un hijo vivo y otro fallecido. DIAGNÓSTICO: **Absceso de pared abdominal; fibroma uterino**. TRATAMIENTO: Drenaje quirúrgico. Dr. Villavicencio. CONDICIÓN FINAL: Alta en buenas condiciones el 22 de marzo de 1922.

Petrona Guamán (No se indica condición final) Tiene 60 años de edad, raza india, residente en Quito. Ingresó el 13 de marzo de 1923. DIAGNÓSTICO: **Absceso dental**. TRATAMIENTO: Extracción de un molar y de dos esquiras óseas del maxilar. Intervienen Dr. Montero, Se le dio cloroformo. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de abril de 1923.

Carmen González (No se indica condición final. Su hijo con Angina de Ludwig) Paciente de 28 años de edad, mestiza, natural de Llano Chiquito. Ingresó el 7 de junio de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Ha tenido dos embarazos y tiene dos hijos vivos. De pequeña tuvo Sarampión. DIAGNÓSTICO: **Absceso de mama. SU HIJO CON ANGINA DE LUDWIG**: A los 4 días de hospitalizada conjuntamente con su hijo de 9 meses de edad se observa que el niño tiene muguet y una inflamación difusa del cuello y fiebre alta, con enrojecimiento de la cara. Se le diagnostica Angina de Ludwig. Se le abre ampliamente y se coloca un dren. Alta el 20 de agosto de 1923 (No hay más información).

Manuel Salazar (Curación) De 22 años de edad, jornalero, raza mestiza, residente en Quito. Ingresó el 25 de febrero de 1924. DIAGNÓSTICO: **Absceso del psoas y del ilíaco**. TRATAMIENTO: Drenaje quirúrgico. Se sacó 2 litros de pus. Intervinieron: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Carlos Pólit. Cloroformizador Sr. Alfonso Zambrano. CONDICIÓN FINAL: Se fugó por la capilla. Curación

Carlos Camacho Pillajo (Curación. Absceso por inyecciones intramusculares de mercurio). Paciente de 27 años, empleado, vive en Quito. Ingresó el 4 de junio de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Paciente con diagnóstico de sífilis. Recibe tratamiento inyectable con Neosalvarsan I.V. e inyecciones intramusculares de mercurio (Novargyre). ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 8 días, después de una inyección de Novargyre, siente un dolor extraordinario en la nalga; después de dos o tres días el dolor aumenta y presenta tumefacción. Se aplicó guataplumas y fomentaciones, que no le producen mejoría y por esto acude a este servicio. EXAMEN FÍSICO: Estado nutricional malo, facies descajada por el dolor, Temp 39 ° C. Resp. 28, Pulso 110. Urticaria generalizada en todo el cuerpo. Absceso en la nalga derecha. DIAGNÓSTICO: **Absceso en la nalga derecha**. TRATAMIENTO: Con anestesia local con cincocaina - adrenalina al 1%, se realiza drenaje de colección purulenta sub aponeurótica. Intervino el Sr. Interno. CONDICIÓN FINAL: Alta por curación el 22 de junio de 1924.

Ramón Vallejo (Mejor. Absceso por inyecciones intramusculares de mercurio) De 26 años de edad, raza mestiza, natural de El Quinche. No constan fechas de ingreso y egreso. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo paludismo, chancro blando y hace un año chancro duro en tratamiento con mercurio. DIAGNÓSTICO: **Absceso glúteo por inyecciones de Mercurio**. TRATAMIENTO: Drenaje quirúrgico. Mejor. No hay otra información.

Conclusiones

Son evidentes en estas patologías las carencias. Carencias en el modo de vida, nutricionales, inmunitarias y sanitarias en general. El agua potable era un privilegio que llegaba a pocas casas; el alcantarillado era un sueño que se hizo realidad para pocas personas de mejor condi-

ción social y económica, que vivían en sitios privilegiados de la capital o del país; la educación era mínima; las viviendas eran en su mayoría poco salubre. En este contexto, cosechar abscesos y flemones era posible, fácilmente.

Los numerosos casos de estas patologías infecciosas, fueron abordados con tratamiento quirúrgico que usualmente soluciona las colecciones purulentas. El resultado fue altamente positivo. La mortalidad mínima.

Los médicos y demás personal del hospital hicieron lo debido con los medios disponibles, y lo hicieron bien. Sin embargo, no faltaron las iatrogenias propias o ajenas al hospital, que complicaron la precaria situación de los pacientes afectados.

Osteomielitis y Artritis séptica (26 casos)

Entre los 320 pacientes con diferentes tipos de infecciones, se registraron 26 pacientes con problemas osteo articulares de origen infeccioso: 25 de osteomielitis y una paciente con artritis séptica. En este último caso, los datos existentes son mínimos. Se sabe que la paciente tenía 40 años de edad, era procedente de Otavalo y el tratamiento aplicado fue quirúrgico. Es toda la información registrada.

Los casos de osteomielitis tienen más información, aunque no es uniforme. Hubo recurrencia de los procesos osteomielíticos, que obligaban a realizar múltiples intervenciones quirúrgicas.

La niñez y juventud de los pacientes con osteomielitis es otro elemento llamativo. En la “Tabla 5” se observa la distribución por edad de los pacientes. Quince de ellos tenían menos de 20 años y varios habían sido intervenidos quirúrgicamente más de una vez.

Tabla 5. Osteomielitis: distribución por edad. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Grupos de edad	Nº de casos
5 a 12	8
13 a 19	7
20 a 31	8
45 y 60	2
Total	25

Historias Clínicas de pacientes con Osteomielitis

Se presentan algunos de los casos de osteomielitis que permiten conocer el manejo médico quirúrgico a estos problemas infecciosos.

Pascual Guanochanga (Niño con dos cirugías) Peón de 13 años, residente en Quito. Ingresó el 9 de marzo de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresó con diagnóstico de osteomielitis. Se realizó limpieza quirúrgica y curetaje óseo. Luego de la cirugía continúa la herida con mal olor notable. El 4 de marzo presentó fiebre. Aparece un nuevo foco supurativo. Ingresó al hospital. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis de la tibia izquierda**. TRATAMIENTO: Quirúrgico y curaciones con gasa yodoformizada. EVOLUCIÓN: marzo 12: Intervención quirúrgica. Operan Dr. Estupiñán y Dr. Alvear. Cloroformo la **Srta. Olimpia Gudiño**. Se abren los puntos de supuración y se curetea el tejido aún malo. Se abre otro punto superficial de supuración que no ha interesado el periostio. Se taponan los orificios cono **gasa yodoformizada**. Marzo 17: Nueva limpieza quirúrgica. Operadores Drs. Villavicencio y Estupiñán. Cloroformo: Sr. Lic. R. Terán C. junio 6: El enfermo se halla en buenas condiciones. La proliferación ósea es magnífica, el fondo crece notablemente y todo el tejido tiene nódulos de proliferación típicos. Junio 22: Sigue en buen estado. No existe información adicional.

Segundo Congo (Adolescente con dos cirugías) Agricultor de 15 años de edad, natural de San José de Imbabura, hacienda del Señor Jacinto Jijón. Ingresó el 23 de noviembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, viruela, gripe, paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 4 años que tiene la enfermedad actual, habiendo comenzado a consecuencia de una pequeña herida causada por un toro, en la pierna derecha. Herida que seguramente se infectó y supuró hasta hoy en que presenta todos los caracteres de una Osteomielitis. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis**. TRATAMIENTO: El 26 de noviembre: baño general y purgante. Se le hace una

trepanación de la tibia, se presentan dos enormes esquirlas. Dr. Villavicencio Ponce, jefe de Servicio; Señores Bejarano y Alvear, Ayudantes; el cloroformo administra el Sr. Bustamante. EVOLUCIÓN: El 28 de noviembre asciende la temperatura a 38° C, por la mañana y 38,6° C por la tarde. El 29 se le deja un enema, pues está estreñido, aun cuando la temperatura ha bajado a 37,6° C. Luego se le siguen curaciones pasando un día con cambio de apósito yodoformizado. La cicatrización es lenta, pero la proliferación avanza desde el fondo que se rellena poco a poco. Como en el labio extremo quedara una sección de hueso descubierto, se hace una segunda intervención el 24 de enero, conectando esa parte para cubrirla. CONDICIÓN FINAL: Sale sin permiso, pero casi curado el 26 de marzo de 1921.

Rafaela Jurado (Osteomielitis recidivante) Paciente de 20 años, mestiza, sirviente en Ibarra. No se registra fecha de ingreso. ANTECEDENTES PERSONALES: Hace dos años fue operada en el servicio de Santa Teresa por osteomielitis de la tibia izquierda. Quedó completamente sana. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un mes presenta una mancha dolorosa en el mismo sitio que le operaron. Forma absceso y se abre espontáneamente dejando un trayecto fistuloso. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis recidivante**. TRATAMIENTO: Quirúrgico el 5 de agosto de 1922. No hay más información.

Carmen Villavicencio (Falleció por septicemia) Tiene 60 años de edad, mestiza, natural de Chillotallo. Ingresó el 13 de mayo de 1923. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis, Septicemia**. TRATAMIENTO: Se le opera el 20 de mayo: se hallan supurando todas las aponeurosis del muslo y por la temperatura se le diagnostica septicemia. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 4 de junio de 1923.

Zoila Valencia (Falleció, a los 14 años, por síncope cloróformico) Paciente de 14 años de edad, mestiza, natural de Patate. Ingresó el 21 de septiembre de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis**. TRATAMIENTO: Se trató de operarle el 9 de octubre de 1923. CONDICIÓN FINAL: Muere de síncope cloróformico.

Sahara Morales (Dos cirugías a los 15 años). Paciente de 15 años de edad, raza negra, procedente de Salinas de Ibarra. Ingresó el 12 de marzo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES. Ha tenido viruelas. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis**. TRATAMIENTO: Es operada el 7 de abril de 1924 por el Dr. Villavicencio. Se deja abierto el foco de supuración localizado en la cabeza del húmero. El 28 de abril el Dr. Polit y el Sr. Andrade, en segunda operación, vacían la tibia derecha y el maléolo interno. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la sala Sta. Teresa el 20 de marzo de 1924. No hay más información.

Sixto Cullajo (Osteomielitis recurrente) Paciente de 21 años de edad, jornalero, natural de Píllaro. Ingresó el 28 de abril de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Erisipela; osteomielitis operada por el Dr. Mario de la Torre en la tibia izquierda. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace unos días tiene dolor en el tercio inferior de tibia izquierda y fiebre las tardes. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis**. TRATAMIENTO: Aceite de ricino 30 g. Curación de la herida con solución de ácido pícrico. Curetaje óseo, intervienen Sr. Loayza, Dr. Bernardo Augusto Estupiñán, cloroformo Sr. E. Troya. CONDICIÓN FINAL: Alta el 18 de mayo de 1924. Mejor.

Segundo Orellana (Osteomielitis en las dos tibias) De 14 años, agricultor natural de Guayllabamba. Ingresó el 20 de agosto de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Paludismo algunas ocasiones. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis de las tibias derecha e izquierda**. TRATAMIENTO: Lavados con **oxicianuro de mercurio y ácido pícrico**. Purgante. 18 de septiembre de 1924: Cirugía. Dr. Salgado, Sr. Villagómez. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de septiembre de 1924. No hay más información.

José Morales (Curación) Menor de 6 años de edad, residente en Conocoto. Ingresó el 4 de julio de 1924. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis de la tibia izquierda**. TRATAMIENTO: Limpieza quirúrgica, curetaje de la médula ósea y de los tejidos vecinos. Dr. Estupiñán, Sr. Villagómez, Cloroformizador Sr. Estupiñán. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 6 de noviembre de 1924.

Juan Maldonado (Múltiples cirugías) Paciente de 25 años de edad, raza negra, ocupación doméstico residente en Quito. ANTECEDENTES PERSONALES: Osteomielitis operada 5 veces. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis en cresta ilíaca y húmero izquierdo**. TRATAMIENTO: Limpieza quirúrgica, Dr. Carlos Polit, Dr. Iturralde y cloroformizador Sr. Enrique Rivadeneira.

Rosa M. Altamirano (Se fugó) Niña de 7 años, raza mestiza, natural de Ambato. Ingresó el 1 de marzo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Fiebre tifoidea. ENFERMEDAD ACTUAL: A los 3 meses de fiebre tifoidea presenta supuración del tercio superior del brazo derecho que se abrió espontáneamente. El estilete toca el hueso con facilidad, hay supuración abundante y da la sensación como de una fractura en el lugar del cartílago de crecimiento, más o menos. DIAGNÓSTICO: **Osteomielitis en el húmero. Se le opera el 10 de marzo**. CONDICIÓN FINAL: Se fugó el 5 de abril de 1924.

Personal médico

Intervinieron en el tratamiento clínico quirúrgico de esta patología los siguientes médicos e internos del servicio de Clínica Quirúrgica: Dr. Bernardo Augusto Estupiñán, Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Salgado, Dr. Carlos Polit, Dr. Iturralde. Además, los señores inter-

nos Loayza, E. Troya, Sr. Villagómez, Sr. Estupiñán, Sr. Villagómez y Sr. Enrique Rivadeneira, quienes actuaban como ayudantes o como cloroformizadores.

Tratamiento

Los tratamientos fueron todos quirúrgicos. Se registra además curaciones con la utilización de gasa yodoformizada y lavados con oxicianuro de mercurio y ácido pícrico.

Gasa yodoformizada

En lo que se refiere a la gasa yodoformizada o yodofórmica se conoce dos formas de preparación, la propuesta por la Farmacopea holandesa y la de Biproth. En la “Tabla 6” se exponen las dos formulaciones utilizadas como antisépticas:

Tabla 6. Formas de preparación de la gasa yodoformizada

Gasa Yodoformizada (Biproth)	Gasa yodofórmica a 6% (Farmacopea holandesa)
Yodoformo 500 gramos	Yodoformo 5 gramos
Colofonia 500 gramos	Aceite de parafina 3 gramos
Alcohol 200 gramos	Éter 50 gramos
Éter 100 gramos	Gasa hidrófila 90 gramos
Glicerina 150 gramos	
Gasa hidrófila (22 a 25 metros) 1000 gramos	

Oxicianuro de mercurio y ácido pícrico

Las consultas realizadas sobre estos productos explican claramente que, con ellos, literalmente, estaban jugando con fuego.

Oxicianuro de mercurio

El oxicianuro de mercurio, al igual que todos los compuestos con mercurio, es un compuesto altamente tóxico. Si se ingiere, induce riesgo de muerte tanto por su contenido en mercurio como por el de cianuro. Puede ingresar al cuerpo por inhalación, ingestión, o a través de la piel. Provoca irritación de los tejidos respiratorio, digestivo o dérmico (Langford & Ferner, 1999).

Ácido Pícrico

Durante los años 1920-1930, el ácido pícrico se utilizaba puro o mezclado con aminobenzoato de butilo como apósito antiséptico para las lesiones causadas por quemaduras. Alrededor del 4% de los pacientes tratados con ácido pícrico ha desarrollado reacciones cutáneas locales de tipo alérgico. Al menos un caso de disfunción grave del sistema nervioso central tras la aplicación local de ácido pícrico ha sido detectado. El Ácido Pícrico es “explosivo potente y oxidante fuerte en los combustibles de cohetes, cerillas, técnicas de tratamiento del cuero, en los métodos de grabado de metales, las baterías. Puede servir también de tinte para tejidos o para tinter el vidrio” y en la fabricación de municiones (Hall, 2015).

Condición final

De los 26 pacientes con osteomielitis, que incluye uno con artritis séptica, se registró curación o mejoría en 8 pacientes. En 16 no se registró su condición final y dos pacientes, lamentablemente, fallecieron. **Carmen Villavicencio**, de 60 años de edad, falleció por septicemia secundaria a su osteomielitis. **Zoila Valencia**, de 14 años, falleció por una reacción anestésica calificada como síncope clorofórmico cuando se la iba a operar.

Conclusiones

En medio de las condiciones terapéuticas de aquel tiempo, frente a un proceso crónico, recidivante, que exigía repetidas intervenciones quirúrgicas, con decisivas limitaciones anestésicas, quirúrgicas, de exámenes complementarios y sin antibioticoterapia, los resultados obtenidos eran altamente significativos.

Seguramente el personal sanitario habrá sufrido muchas decepciones con los resultados obtenidos y cierto optimismo con los logros. Seguramente decepcionó mucho al personal la fuga de **Rosa M. Altamirano**, de 7 años de edad.

Los recursos terapéuticos adicionales, como los antisépticos, deben haber aportado algo significativo a la resolución de estos problemas. Sin embargo, el uso de sustancias tóxicas como el oxicianuro de mercurio y el ácido pícrico, demuestran la desesperanza y la búsqueda a palo de ciego de alguna opción terapéutica. Al parecer, el remedio sería peor que la enfermedad.

Los logros y fracasos en estos procesos abonan a favor del abnegado trabajo del personal sanitario del Hospital San Juan de Dios, para solucionar estas graves patologías, fruto no solo de la acción de bacterias infectantes, sino de los determinantes sociales de la salud en que se debatía la comunidad.

Fístulas (19 casos)

Las fístulas sumaron 19 de los 320 casos de patologías infecciosas. Su ubicación anatómica fue variada, encontrándose en el maxilar inferior, en un brazo, en una pierna, en la pared abdominal, a nivel isquio-rectal, perineal, perianal, uretro perineal y vésico vaginal.

Historias Clínicas de pacientes con fístulas

María Ester Miranda (Mejor) Paciente de 12 años de edad, mestiza, natural de Pifo, ingresa el 12 de junio de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un año inflamación de las encías por una muela cariada. Luego absceso que se abrió y ha continuado supurando. DIAGNÓSTICO: **Fístula del maxilar inferior**. TRATAMIENTO: Como se nota que la persistencia de la fístula depende de dos raíces de la primera pequeña muela, se extrae dichas raíces y se da el alta el 20 de junio de 1922. CONDICIÓN FINAL: Sale mejor.

Luísa Droira de Villarroel (Pidió el alta) Paciente de 32 años de edad, raza blanca, ocupación costurera, procedente de Latacunga. Ingresa el 20 de julio de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Flemón en la nalga derecha que fue operado en el servicio en mayo de 1921. DIAGNÓSTICO: **Fístula del recto**. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta el 28 de julio de 1922.

Luísa Droira de Villarroel (Reingresó y le operaron) Paciente de 33 años, ahora. Regresa el 19 de noviembre de 1923. DIAGNÓSTICO: **Fístula del recto**. TRATAMIENTO: Cirugía de la fístula. Luego de la cirugía y posiblemente pro el cloroformo presenta vómito persistente y mucho dolor en la herida. Se administra una **píldora de opio de 0,02. Lavado intestinal, mechas de vaselina y cocaína**. Bajo anestesia general se realiza apertura y curetaje de la fístula. No hay más información.

Mariano Andramuño (Mejoría) Paciente de 48 años, trabaja como aserrador, residente en Quito. Ingresa el 24 de septiembre de 1923. DIAGNÓSTICO: **Fístula en la pierna secundaria a un absceso**. Raspado quirúrgico. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta (No señala fecha). Sale mejor.

Mercedes Cornejo de Utreras (Solicita el alta) Paciente de 49 años, mestiza, ocupación haceres domésticos, residente en Quito. Ingresó el 9 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 13 años. Embarazos 2, un aborto, un hijo vivo. ENFERMEDAD ACTUAL: Reingresa por fístula en el lugar en que fue operada el absceso. DIAGNÓSTICO: **Fístula en pared abdominal; fibroma uterino**. TRATAMIENTO: **Nitrato de plata del 10%**. CONDICIÓN FINAL: Pide alta el 22 de marzo de 1923. Dice que volverá a operarse del fibroma uterino, a pesar de la insistencia del jefe, que la operación es urgente.

Francisco Zambrano (Mejor) Sastre de 50 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 8 de septiembre de 1924. DIAGNÓSTICO: **Fístula isquio-rectal**. TRATAMIENTO: Curetaje quirúrgico de la fístula: Dr. Salgado, Sr. Villagómez, Sr. Estupiñán. CONDICIÓN FINAL: Mejora. Alta el 20 de octubre de 1924.

Rafael Velastegui (Curación) Paciente de 48 años de edad, ocupación sombrerero, natural de San Pablo, provincia de Imbabura. Ingresó el 5 de diciembre de 1924. DIAGNÓSTICO: **Fístula isquio-rectal**. TRATAMIENTO: Quirúrgico: curetaje de la fístula y colocación de dren. **Lavados posquirúrgicos con permanganato de potasio al 25/1000. Purgantes oleosos**. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 3 de enero de 1925.

Alejandrina Navarrete (Primer ingreso) Paciente de 25 años de edad, procedente de Malchinguí. Ingresa el 10 de noviembre de 1921. DIAGNÓSTICO: **Fístula por absceso maxilar**. TRATAMIENTO: Quirúrgico: curetaje. Operador Dr. Villavicencio Ponce, cloroformo el Sr. Unda y ayudante la **Srta. Calderón Salem**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 18 de noviembre de 1921.

Alejandrina Navarrete (Ingresa por segunda vez para cirugía de fístula maxilar). DIAGNÓSTICO: **Fístula maxilar**. TRATAMIENTO: Cirugía: Señores Iturralde y Garcés. Cloroformo Sr. Arcos. Es todo.

Francisca Villacís (Gran múltipara con fístula perianal y 11 hijos muertos) Paciente de 40 años de edad, raza mestiza, ocupación cocinera, residente en Quito. Ingresa el 5 de octubre de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 15 años. Ha tenido 14 embarazos. Tuvo un aborto, tiene dos hijos vivos y 11 hijos muertos. Ha sufrido de sarampión. Un año antes fue operada de un absceso peri anal en este mismo servicio. DIAGNÓSTICO: **Fístula perianal**. TRATAMIENTO: Quirúrgico. No hay más información.

Regina Jurado de Vallejo (Curación) Paciente de 33 años de edad, raza mestiza, ocupación costurera, residente en Sangolquí. Ingresa el 28 de junio de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. Ha tenido 2 embarazos. Tuvo 1 aborto y tiene un hijo vivo. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 7 años sufrió una caída de caballo. Se produjo un absceso que se abrió y luego ha tenido persistencia de la supuración. DIAGNÓSTICO: **Fístula rectal**. TRATAMIENTO: Cirugía: Dr. Villavicencio, Sr. A. Estupiñán, Cloroformizador, Sr. JF Arellano. EVOLUCIÓN: luego de la cirugía, la fístula se cierra rápidamente. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 6 de julio de 1922.

Leonidas Correa (Curación) Paciente de 34 años de edad, empleado, residente en Quito. Ingresa el 4 de junio de 1924. DIAGNÓSTICO: **Fístula rectal**. TRATAMIENTO: el 6 de junio se administra **Aceite de ricino 30 g**. El 7 de junio: **Extracto de opio: 0,02 g** en la mañana y 0,02 g en la tarde. Dieta. El 8 de junio: **Extracto de opio 0,02 g**, en la mañana, al medio día y a la tarde. Dieta. Por la noche **lavado glicerinado evacuador intestinal**. El 9 de junio: Cirugía. Dr. Salgado, Sr. Villagómez, con anestesia local con **cincocaina al 1%**, se realiza curetaje de la fístula. Se coloca mecha que se retira a los 6 días. **Aceite de ricino** y alta el 14 de junio de 1924. CONDICIÓN FINAL: Curación.

Cornelio Suntasí (Fístula blenorragia cerrada in vivo) Jardinero de 36 años de edad, residente en Quito (de Santa Clara de San Millán), indígena. Ingresa el 5 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido blenorragia uretral por 2 ocasiones, la primera hace 1 año, la que persistió durante 3 meses. La segunda ha sufrido desde hace 40 días. ENFERMEDAD ACTUAL: A los 15 días de comenzada la segunda blenorragia, abandona el tratamiento y se ocasionó un absceso peri uretral a nivel en la raíz del pene, la que se abrió dejando constituida una fístula. EXAMEN FÍSICO: Presenta fístula que se le abre a 4 dedos por delante de la región prostática. Su diámetro es bien pequeño, no obstante, por ahí fluye una buena cantidad de orina, la que sale gota a gota. DIAGNÓSTICO: **Fístula uretro perineal**. TRATAMIENTO: Cirugía: **Sin anestesia** se procede al **raspado de la fístula por medio de cureta** y luego a la **cauterización ígnea**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 12 de febrero de 1920.

Trinidad Lucano (Curación) Paciente de 50 años de edad, raza india, ocupación carnífera, residente en Quito. Ingresa el 1 de enero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 13 años. Ha tenido 9 embarazos, u aborto, tiene dos hijos vivos y 6 hijos muertos. Hace 14 años fue operada en la Maternidad por feto muerto. Desde entonces tiene fístula vésico vaginal. Hace 3 años disentería que todavía persiste. DIAGNÓSTICO: **Fístula vésico-vaginal y disentería**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 10 de enero de 1923. Sale bien.

Manuel María Quimviurco (Información incompleta) Paciente de 28 años de edad, ocupación carpintero, residente en Alangasí. Ingresó el 14 de octubre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido pulmonía. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 años, en el lado derecho del ano, se presentó un absceso que llega a supurar. EXAMEN FÍSICO: Al examen se nota en el rafe tres puntos que dan una secreción pútrida y otro delante y a un lado del ano. DIAGNÓSTICO: **Fístulas del recto**. TRATAMIENTO: Cirugía: Opera Sr. Bejarano, ayudante Dr. Salvador, Cloroformo: Sr. Ruiz. El 15 de octubre se administra una inyección intravenosa de **Novarsenobenzol 0,30 cg**. No se aprecia alteración alguna. La úlcera de la lengua se va llenando, se hace más pálida, la tumefacción desaparece, la deglución es fácil, la rupia se hace más pálida. El 22 de octubre inyección de **Novarsenobenzol de 0,45 cg**. **Sulfato de sodio 30 g**, **píldoras de 0,02 g de opio**. Es toda la información registrada.

Personal médico

En las cirugías de las fístulas, de diferente localización anatómica, participaron: Dr. Villavicencio Ponce, Dr. Salgado, Dr. Montero, Sr. Villagómez, Sr. A. Estupiñán, Sr. Unda, Sr. J. F. Arellano, **Srta. Calderón Salem**, Sr. Iturralde, Sr. Garcés, Sr. Arcos, y Sr. Lanás.

Tratamiento

El tratamiento fue eminentemente quirúrgico mediante el curetaje de las fístulas. Estos procedimientos se realizaron con anestesia general con cloroformo, con anestesia local con cincocaina al 1% y en un caso *in vivo*. Esto último en un paciente con blenorragia recidivante que abandono el tratamiento en su segundo episodio; a manera de purga, se realizó el curetaje de la fístula “sin anestesia” y luego “cauterización ígnea” de la fístula.

Purgantes

Frecuentemente, se administró purgantes a los pacientes. Fueron utilizados casi para todo tipo de problemas. Se administraron purgantes oleosos como el aceite de ricino 30 g, o los purgantes salinos como el Sulfato de sodio 30 g. Se recurrió a la indicación de lavado intestinal en unos casos y expresamente en otros consta como “lavado glicerinado evacuador intestinal”. Los purgantes salinos constan descritos en las pp. 291-292; el aceite de ricino en las pp. 281-282 del Volumen I.

Dieta

Se menciona como indicación dieta, aunque no se explica de qué tipo.

Drenes

Luego del procedimiento quirúrgico se colocaba drenes o mechas, en un caso fueron mechas de vaselina y cocaína. La cocaína en solución fue utilizada en el Hospital San Juan de Dios hasta la fecha de su cierre en 1974, especialmente como anestésico oftalmológico.

Opio

Como analgésico consta la utilización de píldoras de opio de 0,02 g. administrados dos veces al día.

Electro cauterio

Para cauterizar las fístulas se utilizó electro cauterio (para la cauterización ígnea) o nitrato de plata del 10%, descritos en las pp. 145-146 del Volumen I.

Permanganato de potasio

Como antiséptico se realizaron lavados posquirúrgicos con permanganato de potasio al 25/1000. Se lo describe en el Volumen I, en las pp. 120, 227 y 377.

Novarsenobenzol

En un caso se utilizó Novarsenobenzol (Neo Salvarsan) 0,30 cg. la primera vez y 0,45 cg. en la segunda dosis. Las características farmacológicas de este producto y de los arsenicales se describió en el Volumen I, pp. 131-132; 137-138.

Condición final

En el caso de las fístulas los resultados del tratamiento fueron los siguientes: No hubo decesos. En 8 casos se registró curación o mejoría. Solicitaron el alta 4 pacientes. Uno se fugó. Uno fue transferido al pensionado de Santa Teresa. En 5 casos no se indicó su condición final.

Conclusiones

Las fístulas descritas recibieron tratamiento esencialmente quirúrgico.

Se utilizó cauterizantes como Nitrato de plata del 10%, y cauterización ígnea con electro cauterio.

Los antisépticos estuvieron representados por el permanganato de potasio.

Se realizó analgesia con opio, se utilizó anestésicos locales como cocaína y cincocaína, así como anestesia general con cloroformo.

Se utilizó purgantes como el aceite de ricino y el sulfato de sodio. Además, se aplicó enemas con glicerina.

Los resultados pueden considerarse significativamente positivos en una época pre antibiótica.

Se constató la participación de la señorita interna Calderón Salem en procedimientos quirúrgicos.

Adenitis y adenomas (19 casos)

Las adenitis, procesos inflamatorios ganglionares, generalmente son de origen infeccioso producidos por heridas y traumatismos infectados en áreas tributarias del sistema linfático. Las estructuras ganglionares actúan para detener la diseminación de la infección. Los adenomas implican procesos inflamatorios de ganglios o glándulas exocrinas.

Historias Clínicas de pacientes con adenitis y adenomas

Rafael Ninota (No se informa su condición final) Paciente de 15 años de edad, sirviente residente en Quito. Ingresó el 31 de julio de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días le penetra una astilla en la planta del pie izquierdo, ocasionándole al día siguiente una gran hinchazón del pie y un dolor de la región inguinal debido al infarto de un ganglio. EXAMEN FÍSICO: Al ingresar a la sala tiene 38.5° y un ganglio en la región inguinal izquierda aumentado de volumen y doloroso. DIAGNÓSTICO: **Adenitis inguinal**. Hasta aquí su registro.

Miguel León (No se informa su condición final) Paciente de 36 años de edad, zapatero procedente de Tulcán. Ingresó el 2 de agosto de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Fiebre tifoidea hace 10 meses. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días se hizo una herida en el dedo pulgar del pie izquierdo con un hacha. A los 4 días siente un dolor en la ingle izquierda. En los días siguientes fue aumentando el dolor y el volumen del ganglio acompañado de cefalalgia, escalofrío, fiebre y malestar general; a los 8 días se abrió espontáneamente dando salida a gran cantidad de pus. EXAMEN FÍSICO: Ingresó con una herida casi lineal paralela al ligamento de pubis y en su parte media, al lado interno una abertura pequeña e irregular, que presentan una supuración. DIAGNÓSTICO: **Adenitis inguinal. Disentería**. EVOLUCIÓN: El 8 de agosto el enfermo amanece con dolores en el colon transversal, anorexia, sed, deposiciones frecuentes con sangre y pujo, se le administra **ipeca con SO4Na**. El día que amanece mejor se le administra una inyección de **emetina**. Los días siguientes: emetina e ipeca con lo que el enfermo sanó. No existen más datos.

Juan José Erazo (Curación) Paciente de 24 años de edad, empleado residente en Quito. Ingresó el 11 de septiembre de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: A los 3 días de haber tenido una pequeña herida en la rodilla izquierda, se presentó un tumor en la ingle izquierda, que iba aumentando de volumen y dolor; tenía también escalofríos frecuentes. Ingresó a esta sala al mes de comenzado la actual enfermedad. EXAMEN FÍSICO: Temperatura 38.2°, lengua saburral, sed ardiente, no puede andar con libertad. En la región izquierda se constata un tumor grande que presenta franca fluctuación. DIAGNÓSTICO: **Adenitis Inguinal**. TRATAMIENTO: Quirúrgico: se abre esta colección de pus abundante. Curaciones posteriores diarias y cambio de apósito. CONDICIÓN FINAL: Sale completamente curado el 5 de octubre de 1920.

Pablo Viera (Curación) Agricultor de 36 años de edad, procedente de Chilligallo. Ingresó el 14 de octubre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Viruela, fiebre, pulmonía, paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: A consecuencia de **niguanas en el pie** derecho viene una adenitis inguinal derecha que llega a supurar. DIAGNÓSTICO: **Adenitis inguinal derecha**. TRATAMIENTO: El día que ingresa, por medio de un corte, se da salida a una considerable cantidad de pus. Cambio diario de apósito. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 31 de octubre de 1920.

Alberto Andrade (No se informa su condición final) Paciente de 26 años de edad, ocupación sastrero, residente en Quito. Ingresó el 28 de octubre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó con una inflamación de los ganglios de la axila que poco a poco avanza hasta la supuración, luego se forman verdaderas fístulas de supuración en relación con los ganglios. Aparato respiratorio: **Tuberculosis**. DIAGNÓSTICO: **Adenitis tuberculosa**. TRATAMIENTO: Curación diaria limpiando bien la región y usando **éter yodofórmica**, además le seguimos una serie de **Arrhenal**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 26 de diciembre de 1920.

Ladislao Charcopa (No se informa su condición final) Paciente de 37 años de edad, raza mulata, agricultor natural de Esmeraldas. Ingresó el 1 de febrero de 1925. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo paludismo. DIAGNÓSTICO: Inflamación ganglionar. TRATAMIENTO: Quirúrgico y desinfección después de algunos días de **pinceladas con ácido crómico** y pastas analgésicas. **Tratamiento interno arsénico**. CONDICIÓN FINAL: Alta. No registra fecha del alta.

Mercedes Evelina Rodríguez (Operación exitosa) Paciente de 17 años, raza blanca, procedente de Manabí, ingresó el 7 de febrero de 1923. DIAGNÓSTICO: **Adenolipoma del seno**. TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica. Intervienen Dr. Villavicencio Ponce, Dr. Montero Carrión, Sr. M. Burbano. Cloroformizador Sr. Jaramillo. CONDICIÓN FINAL: Operación exitosa. Es toda la información.

Abel Carrera (Curación) Paciente de 43 años de edad, raza blanca, comerciante procedente de San Gabriel. Ingresó el 11 de junio de 1924. DIAGNÓSTICO: **Adenoma de la glándula sub maxilar**. TRATAMIENTO: Resección quirúrgica: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. J. Montero C, Cloroformizador Dr. Carlos Alvear M. CONDICIÓN FINAL: Alta. Curación. No existe más información.

Víctor M Carrillo (Curación) Paciente de 29 años de edad, raza blanca, ocupación sastrero natural de Otavalo. Ingresó el 20 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Son dos años que en la región infraescapular derecha notó un abultamiento, una pelota suave que se deslizaba entre los dedos, la que creció rápidamente. EXAMEN FÍSICO: Hoy tiene una forma más o menos elíptica de 12 o 14 cm de diámetro mayor y la mitad el menor, es suave, superficial, indoloro, adherente a la piel y móvil con ella. DIAGNÓSTICO: **Adenoma de la región escapular derecha**. TRATAMIENTO: Quirúrgico: Se le extrae el tumor previa anestesia cloroformica. Se hace una sutura subdérmica de manera que a los 2 días que se cambia el apósito y solo hay una cicatriz casi imperceptible. Intervienen Dr. Villavicencio y Dr. Salvador. Cloroformo: Sr. Jaramillo. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 30 de marzo de 1920.

Personal médico

En los registros de estos problemas consta la participación del siguiente personal sanitario: Dr. Villavicencio Ponce, Dr. Montero Carrión, Dr. Carlos Alvear M., Sr. M. Burbano y Sr. Jaramillo. Intervinieron en diversos casos, como cirujanos, ayudantes o cloroformizadores.

Tratamiento

Los procesos inflamatorios ganglionares y los adenomas fueron tratados quirúrgicamente, con anestesia por cloroformo. En la adenitis producida por un ectoparásito, las **niguas** (*Tunga penetrans*) en el pie de un paciente, el tratamiento fue quirúrgico.

Existen casos de adenitis, que fueron tratados con medicamentos adicionales, en relación con la causa infectante. En los casos registrados se reconocen 2 agentes causales: Un caso, “por especificidad”, eufemismo utilizado en la época para designar a la sífilis. En el caso correspondiente se indicó tratamiento contra la sífilis. Otro caso se dio en un paciente con tuberculosis pulmonar, según el examen clínico pulmonar. Fue diagnosticado con adenitis tuberculosa. Se lo trató con “curación diaria, limpiando bien la región y usando **éter yodofórmica**, y una serie de **Arrhenal**”.

Yoduro fórmico

Yoduro fórmico fue utilizado como antiséptico en combinación con otras sustancias como etanol y éter. La solución de **éter yoduro fórmico** tendría entonces un efecto antiséptico por el yoduro. Asociado al aldehído fórmico, que se utiliza en solución acuosa al 10%, potencializaría su efecto antiséptico por ser altamente oxidante, produce la coagulación de las proteínas celulares y la muerte celular por fijación de sus elementos. Información adicional consta en el Volumen I, paginas 105-106.

Arrhenal

Arrhenal o metilarsonato disódico o metarsenato, arsenical derivado de la arsenamina, al igual que Salvarsan y Neo-Salvarsan. Arrhenal fue utilizado para el tratamiento de paludismo, tuberculosis y sífilis. Mayor información de estos productos en el Volumen I. Arrhenal se lo describe en las pp. 324-325. En un caso de adenitis inguinal, sin registro etiológico, se realizó “tratamiento quirúrgico y desinfección después de algunos días de **pinceladas con ácido crómico**, pastas analgésicas y **tratamiento interno con arsénico**”.

Ácido crómico

Utilizado para eliminar las verrugas, especialmente genitales, disolviéndolas con “poderosos cáusticos” como el ácido nítrico o el ácido crómico, previa inyección de cocaína al 8%, inyectada directamente en los genitales para reducir el dolor. Forma parte de los tratamientos usados para verrugas y condilomas. Más información en el Volumen I, pp. 145-146.

Arsénico

Arsénico administrado al interior, es decir, para ingerir por parte del paciente, es un compuesto altamente tóxico como consta en el tratamiento de afecciones pulmonares y dermatológicas, en este último caso como Licor de Fowler. En el Volumen I consta su descripción en la página 101.

Ipeca, SO₄Na (Sulfato de sodio) y emetina

Estos medicamentos se utilizaron en el paciente que desarrollo una disentería concomitante a su adenitis. El tratamiento con ipecacuana y emetina presupone la etiología amebiana de la disentería.

Guataplasma (Cataplasma)

Un recurso terapéutico físico que se utilizó fue el conocido como **guataplasma** (cataplasma) o compresas calientes, preparadas con infusión o cocción de una o más hierbas, que facilitarían el proceso de “maduración” de la adenitis, consiguiendo la apertura espontánea del ganglio inflamado.

Condición final

En la mayoría de los casos no se estableció la condición final. Hubo casos en los que se indicaba su curación. En uno se hace constar que hubo una “operación exitosa”. No hubo casos de mortalidad.

Conclusiones

Las adenitis y los adenomas fueron poco frecuentes en el servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD en el período 1920-1925.

El manejo de estos problemas fue esencialmente quirúrgico.

Se utilizaron tratamientos adicionales a los procedimientos quirúrgicos, en los casos de adenitis por especificidad (sífilis) o tuberculosis.

Se hizo uso de tratamientos tópicos cáusticos, con ácido crómico y la administración de arsénico, como preparación quirúrgica en un caso de adenitis inguinal.

Cistitis (17 casos)

Se calificó a este problema patológico como cistitis, cistitis aguda, cistitis blenorragica o gonocócica, cistitis por enfriamiento o cistitis por ante flexión mecánica. De los 17 casos de cistitis, esta afectó a 14 mujeres y 3 hombres. Los tres varones con cistitis tenían 20, 45 y 50 años de edad. Dos de los varones tuvieron infecciones de origen gonocócico y uno presentó *cistitis por enfriamiento*. La mayoría de las mujeres con cistitis fueron jóvenes y adultas jóvenes. Nueve pacientes tenían entre 17 y 30 años de edad. “Tabla 7”.

Tabla 7. Cistitis: Distribución por edad. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Edad	Número
17 a 20	5
21 a 30	4
40 a 50	5
60 y 62	2
Sin registro	1
Total	17

Historias Clínicas de pacientes con cistitis

Gregoria Jácome (Curación) Paciente de 45 años de edad, residente en Quito. Ingres al 6 de febrero de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Primera menstruación a los 18 años. Ha tenido 3 embarazos. Sufrió de sarampión y viruelas. Hace un año observó que luego de las micciones, o fuera de ellas, el meato urinario presentaba gotas de sangre, con una secreción blanquecina por el mismo orificio. Fue atendida por una matrona sin alcanzar mejoría alguna, pue mejoraba en los días de lavados y empeoraba cuando no los hacía. ENFERMEDAD ACTUAL: Al comenzar las micciones siente dolor y las orinas están mezcladas con sangre, las mismas que son frecuentes. EXAMEN FÍSICO: Aparato genital normal. DIAGNÓSTICO: **Cistitis**. TRATAMIENTO: **Diuréticos, desinfectantes y vasoconstrictores**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de febrero de 1921. Curación.

María Estrella (No se informa su condición final) Paciente de 23 años de edad, natural de Latacunga. Ingresó el 23 de octubre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 14 años. Ha tenido dos embarazos y tiene dos hijos vivos. Tuvo sarampión,

viruela y fiebres. DIAGNÓSTICO: **Cistitis**. TRATAMIENTO: **Reposo, bolsas de agua caliente** después de haberle dado muchos medicamentos. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la Sala Sta. Teresa en mejores condiciones.

María García (No se informa su condición final) Paciente de 30 años de edad, mestiza, ocupación doméstica, procedente de Ambato. Ingresa el 16 de septiembre de 1922. DIAGNÓSTICO: **Cistitis**. TRATAMIENTO: **Lavados vesicales, antisépticos, Arsénico**. No existe más información.

Carmen A. Pazmiño (No se informa su condición final) Paciente de 20 años, mestiza, ocupación quehaceres domésticos. Ingresa el 22 de octubre de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 16 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Ardor al orinar y presencia de sedimento en forma de filamentos en la bacinilla. EXAMEN FÍSICO: Examen genital: órganos normales. DIAGNÓSTICO: Cistitis. LABORATORIO CLÍNICO: **Se pide el examen microscópico: no hay gonococos**. No hay más datos.

Rosa Segovia (Falleció) Paciente de 60 años de edad, mestiza, residente en Latacunga. Ingresa el 17 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Tuvo dos embarazos. Sus dos hijos son muertos. Tuvo viruelas. DIAGNÓSTICO: **Cistitis aguda**. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 10 de junio de 1923.

Jorge Dávila (Mejoría notable) Paciente de 20 años de edad, raza blanca, ocupación tipógrafo, residente en Quito, ingresa el 15 de junio de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Chancro sífilítico hace dos años, con condilomas húmedos en el ano y escroto. Se administró mercurio y arsenobenzol, con lo que se obtuvo la curación de las manifestaciones, el enfermo tiene gran reacción con las inyecciones de 910. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 20 días infección blenorragia uretral con escasa supuración. Se practicó el mismo un lavado intrauretral durante 5 sesiones y con solución de permanganato bien concentrado. Comenzó a sentir dolores agudos durante las micciones que eran repetidas entre 5 a 8 minutos (60 o 70 veces al día, dice el paciente) La orina última venía mezclada con sangre rutilante, roja y el dolor vesical era muy intenso después de cada micción. DIAGNÓSTICO: **Cistitis blenorragia**. TRATAMIENTO: **Grandes lavados de permanganato al 1/1000; Urotropina al interior (0,1 g por oblea N° 3) Diuréticos**. EVOLUCIÓN: junio 21: No hay tenesmo, orina clara, se suspende la urotropina. Se continúa con lavados vesicales. CONDICIÓN FINAL: La mejoría es notable Alta el 25 de junio de 1921.

Serafn Guevara (Mejor) Paciente de 50 años de edad, ocupación carpintero, residente en Quito. Ingresa el 9 de junio de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Blenorragia, hepatitis, fiebre tifoidea, paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Orina con sangre desde hace 5 días. Cistalgia poco intensa, ardores de pequeña intensidad en la uretra. EXAMEN FÍSICO: Pene algo inflamado, rodeado de costras amarillentas y el resto de sangre. En su interior una secreción blanquecina. DIAGNÓSTICO: **Cistitis gonocócica**. TRATAMIENTO: **Aceite de ricino 30 g. Reposo en cama. Diuréticos y lavados con una solución débil de permanganato de potasio al 1 x 6.000**. LABORATORIO CLÍNICO: Orina: turbia, poca cantidad, Albuminuria: disco grueso. Sangre al final de la micción y coágulos. **Examen microscópico: numerosos polinucleares y muchos gonococos de Neisser**. EVOLUCIÓN: El 12 de junio de 1924: desapareció la hematuria. Orinas turbias. CONDICIÓN FINAL: El 13 de junio de 1924: Fugó. Estaba mejor.

José María Herrera (No se informa su condición final) Paciente de 45 años de edad, sombrerero procedente de El Quinche. Ingresa el 13 de julio de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Disentería, paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 10 meses por un enfriamiento brusco notó que no podía orinar y si lo hacía, en escasa cantidad y con intensos dolores. EXAMEN FÍSICO: Orina escasa y con mucho sedimento. DIAGNÓSTICO: **Cistitis por enfriamiento**. TRATAMIENTO: Con **tisanas diuréticas** aumenta la cantidad, disminuye el sedimento y los dolores atenuados. CONDICIÓN FINAL: Alta el 17 de julio de 1920.

María Cattán (No se informa su condición final) Natural de Nono, 20 años de edad, soltera, profesión agricultora. Ingresa a este servicio el 9 de marzo de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: A los 14 años le empezaron las menstruaciones. Ha tenido un hijo. ENFERMEDAD ACTUAL: Hacen 8 meses que, cuando verificaba las micciones, sentía dolores y después sentía unos piquetes en la vejiga. Las orinas dejaban un sedimento, pero solo las de la noche. En la actualidad y mediante el tratamiento han disminuido los dolores. EXAMEN FÍSICO: El examen genital no se verifica por estar enferma de la regla. DIAGNÓSTICO: **Cistitis (ante flexión) mecánica**. TRATAMIENTO: **Diuréticos. El 13 de abril mediante la acción del cloroformo se confirmó el diagnóstico**. CONDICIÓN FINAL: Pasó a la cama 26. Esta es toda la información registrada.

Personal médico

En el grupo de pacientes con cistitis, únicamente se menciona, por una vez, la participación del Dr. Ricardo Villavicencio Ponce.

Tratamiento

Diuréticos, desinfectantes y vasoconstrictores

No existe detalle del tipo de sustancias utilizadas, por lo cual no es posible analizarlos.

Reposo, bolsas de agua caliente

Son medios físicos que podrían haber aportado con un poco de alivio a las molestias de los pacientes.

Lavados vesicales, antisépticos, Arsénico

Así consta el tratamiento realizado a la paciente María García. No se indica que antisépticos se utilizaron para los lavados vesicales. Del arsénico y su toxicidad se explica en el jarabe de Fowler utilizado para un caso de dermatitis con posible liquen. En el Volumen I consta una descripción adicional en la página 101.

Permanganato de potasio

Grandes lavados de permanganato al 1 x 1000 o con una solución débil de permanganato de potasio al 1 x 6000: Este fue parte del tratamiento aplicado a Rosa Segovia. El uso de soluciones de permanganato para las infecciones gonocócicas, consta en varios de los registros del presente estudio, a partir de 1916. Se describe a esta sustancia en el Volumen I, página 120.

Urotropina al interior (0,1 g por oblea N° 3):

Rosa Segovia también recibió urotropina, cuyo principio activo es la metenamina. Este es un producto de la condensación de amoníaco sobre formaldehído. En la orina ácida, se descompone para producir formaldehído, el cual actúa como antiséptico urinario.

Aceite de ricino 30 g.:

Como era costumbre, los purgantes estaban presentes en el tratamiento de casi todas las enfermedades. La infección de vías urinarias no fue la excepción.

Condición final

En 1 caso existe constancia de su curación, en otro de mejoría notable. En 7 casos no hay registro de su condición final. Hubo 5 trasferencias: 4 al pensionado de Santa Teresa y se registró que fueron transferidas en mejores condiciones; y 1 paciente fue transferida a la sala de La Virgen. Dos pacientes fugaron del hospital. En uno de los casos se registró que estaba mejor. Una paciente falleció. Fue Rosa Segovia, de 60 años de edad, quien murió luego de 85 días de hospitalización.

Conclusiones

Sin antibioticoterapia, el manejo de las infecciones de vías urinarias era altamente complejo.

Las cistitis fueron tratadas con antisépticos locales como el permanganato de potasio y la administración sistémica de urotropina. En algunos casos se administraron diuréticos.

Los resultados del tratamiento de estas infecciones fueron limitados. Eran tiempos en que no era posible obtener mejores resultados que los expuestos.

Tuberculosis (14 casos)

Un total de 14 casos de tuberculosis de diferentes localizaciones fueron atendidos en el Servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD (1920-1925). A estos se suman 9 casos tratados en el servicio de Clínica del Hospital en igual período. La mayoría era de localización pulmonar. Además, hubo un caso de hepatitis y tuberculosis, y otro caso de teniasis y tuberculosis. Adicionalmente, en numerosas historias del servicio de Clínica y del servicio Clínica Quirúrgica existe el antecedente de tuberculosis, como parte de la historia familiar o personal.

La verdadera causa de la tuberculosis

De acuerdo con el paradigma microbiano, superado por las evidencias, la tuberculosis sería producida por el bacilo de Koch. Sin embargo, desde la proposición multifactorial del para-

digma de los factores de riesgo para la génesis de las enfermedades, el análisis epidemiológico de la tuberculosis proporciona evidencias que demuestran que el germen es solo una parte del proceso. Son clásicas las demostraciones de disminución de la incidencia de la tuberculosis en grupos poblacionales, no por la vacuna ni por la terapéutica antituberculosa, sino por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Y lo contrario, cuando el empobrecimiento de la población y sus condiciones de vida se deterioran, enfermedades como la tuberculosis emergen con fuerza, afectando a la población más vulnerable.

Susser y Susser lo explican así:

Luego de una era de gloria, el paradigma microbiano acumuló anomalías explicativas de las enfermedades emergentes crónicas no transmisibles, responsables de la mayor carga de morbimortalidad poblacional, lo que produjo su crisis y sustitución por el modelo de la “caja negra”, base teórica de la epidemiología de los “factores de riesgo”. Este modelo metafórico postula la existencia de una red multicausal explicativa para cada proceso patológico, cuya compleja mecánica interna hace imposible descifrarla. Al ponderar el peso causal de cada factor en función de su proximidad con el efecto, eventualmente podemos romper la cadena causal del factor de riesgo, modificándolo (Susser y Susser, 1996).

El enfoque multicausal se asocia con la noción de susceptibilidad de la población ante una determinada condición, pero tiene limitaciones al momento de explicar por qué la incidencia de enfermedad es distinta en grupos que tienen el mismo riesgo relativo en una misma población. Emerge, entonces, en la epidemiología, la consideración de las categorías socio-culturales como objeto de estudio en el proceso hermenéutico de los fenómenos epidémicos. (Gross Albornoz, Terán Puente & Terán-Puente, 2020)

Victorino Farga, en *La conquista de la tuberculosis* propone una disyuntiva, mejorar las condiciones de vida o seguir bregando (*ad eternum*, digo yo) con la quimioterapia antituberculosa (Farga, 2004).

Maria de Lourdes Sperli Gerald Santos, de la Escuela de Medicina de São José do Rio Preto-Brasil, destaca la importancia de la comprensión de los determinantes sociales de la tuberculosis.

El objetivo fue analizar la situación epidemiológica de la Tuberculosis en relación con las características socioeconómicas de São José do Rio Preto entre 1998 y 2004(...) La enfermedad incide con más fuerza en las áreas más pobres(...) fortaleciendo la importancia de la comprensión de los condicionantes sociales de la TB para transformar el escenario preocupante en que está insertada (Sperli et al., 2007, p. 1)

Eduardo Ticona, de la Universidad de San Marcos de Lima-Perú, cuestiona el modelo biomédico basado en la teoría microbiana:

La base para el control de la tuberculosis (TB) en el mundo, es la estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado (Directly Observed Therapy Short-Course: DOTS); sin embargo, a pesar de que el Perú se transformó en un modelo mundial en la implementación de dicha estrategia, el problema persiste y se ha tornado aún más grave. Esto debido a que se están encontrando cepas de mayor resistencia y pobre respuesta al tratamiento(...) creemos que debemos evaluar el enfoque biomédico, y sopesar la pertinencia de introducir un fuerte enfoque social. (Ticona, 2009, p. 273).

Suzana Rosa André, de la Universidad del Estado de Pará-Brasil, en *Tuberculose associada às condições de vida em município endêmico da região Norte do Brasil* insiste en la importancia del enfoque social y multifactorial de la tuberculosis.

La tuberculosis ha sido considerada como un marcador de inequidades sociales en salud. La persistencia de modelos sociales desiguales interfiere en el proceso salud-enfermedad, especialmente en lo que se refiere a la cadena de transmisión y predice la dinámica multicausal de la enfermedad basada en los determinantes sociales de la salud, con respecto a las bajas condiciones de vida y su impacto en

la relación individuo/sociedad en las diferentes regiones del país. (André et al., 2020, p. 2)

Los estudios mencionados son contemporáneos. Los casos que se presentan a continuación representan solamente lo que sucedía en un servicio hospitalario y en un período limitado de tiempo, a comienzos del siglo XX. No son todos los casos de tuberculosis atendidos en ese servicio y en el HSJD, entre 1920 y 1925. Si consideramos las limitaciones de conservación y la pérdida de muchos de los registros médicos, constituyen una pequeña muestra de lo que sucedía con la tuberculosis.

Diagnósticos de los pacientes con tuberculosis

Hubo 14 casos de tuberculosis. Los diagnósticos y su localización constan en la “Tabla 8”.

Tabla 8. Tuberculosis: diagnósticos. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD, 1920-1925

Diagnóstico	Nº de casos
Tumor blanco de la rodilla (4) y de tibia (1); articular (2)	7
Tuberculosis del testículo / epidídimo	3
Tuberculosis	2
Tuberculosis miliar hepática primitiva confirmada por cirugía.	1
Tuberculosis pulmonar y laríngea	1
Total	14

La mitad de los casos presentó afectación osteoarticular. Sin embargo, este tipo de localización tuberculosa no es la más frecuente. Se ha propuesto que entre el 1,5 y 3% de los casos de tuberculosis presentan localización osteoarticular (Bouchentouf, 2021, p. 239). Si se toma en cuenta la proporción indicada por Bouchentouf, para que esos 7 casos se dieran, era necesario contar entre 233 y 466 pacientes con tuberculosis. Existen datos que señalan frecuencias significativamente más altas. En un hospital de Malasia se ha encontrado afectación osteoarticular en 15% de los pacientes de una serie (Rathakrishnan & Mohd, 1989).

Características de los pacientes con tuberculosis

De los 14 pacientes con esta patología, 7 fueron mujeres y 7 varones.

Procedencia

La procedencia de los pacientes con tuberculosis fue variada: Quito, 5; Perucho, 1; Otavalo, 1; San Miguel (Imbabura), 1; Ambato, 2; Píllaro, 1; Chinquiltona, 1; Santa Elena, 1; y El Oro, 1.

Edad

La mayoría de los pacientes tenían edades inferiores a los 40 años de edad “Tabla 9”. Afectó a todos los grupos de edad.

Tabla 9. Tuberculosis: distribución por edad. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD, 1920-1925

Edad	Nº de casos
12 a 20	4
21 a 30	4
32 a 42	4
52 y 56	2
Total	14

Historias Clínicas de los pacientes con tuberculosis osteoarticular y tumor blanco

Dolores Hidalgo (No se indica su condición final) Paciente de 15 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresó el 20 de octubre de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Tumor en la rodilla. DIAGNÓSTICO: **Tumor Blanco**. TRATAMIENTO: Cirugía: se hacen profundas puntas de fuego en la rodilla y luego de la extensión posible se la inmoviliza en un aparato de yeso, dejando libre la rodilla. Intervienen: Sr. N. Ureña y J. Sanz, cloroformizador Sr. N. Arregui. No hay más información.

José Antonio Constante (Mejor) Paciente de 32 años de edad, raza mestiza, agricultor, procedente de San Miguel, Imbabura. Ingresó el 5 de mayo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido viruela, tifoidea y paludismo. DIAGNÓSTICO: **Tumor blanco de la rodilla**. TRATAMIENTO: Eliminación quirúrgica en dos tiempos. Intervienen: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Pólit, Dr. M. A. Iturralde R. Luego: Dr. Carlos Pólit, Dr. Miguel A. Iturralde R, Sr. Miguel Andrade; Cloroformizador: Sr. Carlos Alvear M. CONDICIÓN FINAL: Alta. Mejor. No hay más información.

Lucila Vallejo (Información incompleta) Paciente de 12 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresó el 28 de enero de 1925. DIAGNÓSTICO: **Tumor blanco de la rodilla**. No existe más información.

Rosa Elena Sánchez (Pasa a la sala Santa Teresa) Paciente de 20 años de edad, raza mestiza, ocupación, quehaceres domésticos, procedente de Pillaro. Ingresó el 14 de enero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 16 años. DIAGNÓSTICO: **Tumor blanco, tuberculosis de la rodilla**.

Juan Francisco Navarro (No se indica su condición final) Paciente de 12 años de edad, raza mestiza, procedente de Otavalo. Ingresó el 5 de enero de 1925. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido viruelas. DIAGNÓSTICO: **Tumor blanco de la tibia derecha**. TRATAMIENTO: Inmovilización y puntas de fuego. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la sala Santa Teresa. No existe más información.

Cruz Terán (Pasa a la sala Santa Teresa) Paciente de 40 años de edad, ocupación haceres domésticos, residente en Quito. Ingresó el 23 de octubre de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 15 años. Ha tenido sarampión, reumatismo y tumores supurados en la primera infancia. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis articular y reumatismo**. Pasa a la Sala Sta. Teresa.

Ángela Bolaños (Pasa a la sala de La Virgen) Paciente de 40 años de edad, raza mestiza, ocupación cigarrera, residente en Quito. Ingresó el 10 de diciembre de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 11 años. Ha tenido 9 embarazos, tiene 5 hijos vivos. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis articular**. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la sala de La Virgen el 12 de febrero de 1923.

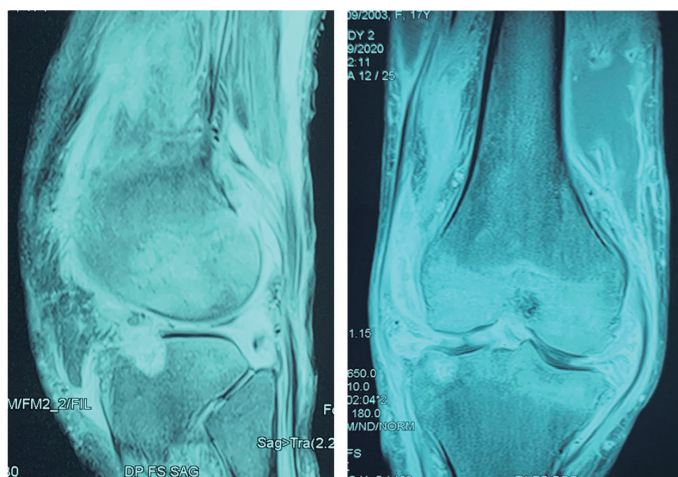
En consideración de los 7 casos de tuberculosis osteoarticulares, de los cuales 5 han sido catalogados como tumor blanco, 4 de rodilla y uno de tibia, más otros dos denominados únicamente como articulares, se incluyen un caso clínico actual y aportes clásicos de la patología de estas lesiones.

Un caso actual de tumor blanco

El Dr. Rachid Bouchentouf, del Servicio de Neumología del Hospital Militar Avicena, de Marrakech, Marruecos, publicó el caso de una paciente con tumor blanco de origen tuberculoso en la rodilla, que se transcribe a continuación:

Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, sin antecedentes de tuberculosis pulmonar ni exposición a pacientes bacilíferos. Consulta por dolor en rodilla derecha de 1 año de evolución de característica progresiva acompañado de edema. Al examen físico se observó una rodilla derecha con aumento de volumen en cara anterior y posterior, crepitación en flexo extensión. En los exámenes auxiliares: hemograma con 11.480 leucocitos por mm³, neutrófilos 83,4%, linfocitos 9,5%, hemoglobina 9 g/dl, proteína C reactiva 30 mg/dl. La serología para el VIH fue negativa y la radiografía de tórax fue normal. (Bouchentouf, 2021, p. 239)

Figuras 1 y 2. Resonancia Magnética de rodilla evidenciando sinovitis y lesión osteolítica en meseta tibial externa.

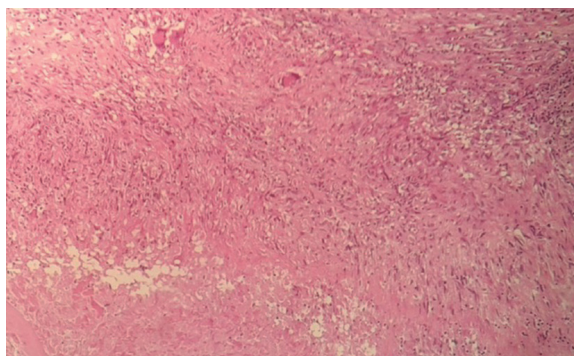


Nota: Imagen tomada de *Tumor blando de la rodilla*, de R. Bochentouf, 2021 (<http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210031086>). Bao licencia Creative Commons 4.0.

La radiografía de la rodilla derecha mostró aumento focalizado de partes blandas. La ecografía de la rodilla derecha mostró derrame articular y aumento de volumen de partes blandas periarticular. Se realizó artrocentesis obteniendo un líquido de características inflamatorias concluyente con el diagnóstico de artritis séptica.

Se inició terapia antibiótica endovenosa sin mejoría clínica. La resonancia magnética reportó signos compatibles con sinovitis importante y lesión osteolítica en la meseta tibial externa (Figuras 1 y 2). Se realizó limpieza quirúrgica y drenaje de la rodilla. El estudio de biopsia reveló la presencia de granulomas con células epitelioides y con necrosis caseosa “Figura 3”. PCR para micobacteria fue positiva, confirmando el diagnóstico de tuberculosis de la rodilla. Se inició un tratamiento para tuberculosis con lo que se observó evolución favorable. (Bouchentouf, 2021, p. 239)

Figura 3. Biopsia de intervención quirúrgica.



Nota: Imagen tomada de *Tumor blando de la rodilla*, de R. Bochentouf, 2021 (<http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210031086>). Bao licencia Creative Commons 4.0.

La tuberculosis osteoarticular, considerada poco frecuente, se estima que ocurre en el 1,5% al 3% de los pacientes con tuberculosis. Es la tercera localización osteoarticular detrás de columna y cadera. El gran aumento de volumen y la poca intensidad de los signos inflamatorios otorgan la denominación de tumor blanco. (Bouchentouf, 2021, p. 239)

El caso anterior contrasta significativamente con el manejo que se podía realizar entre 1920 y 1925, en recursos diagnósticos y terapéuticos.

La artritis tuberculosa, según Robbins

Se observa principalmente en niños y casi invariablemente complica la tuberculosis pulmonar. [...] El ataque suele ser mono articular [...] principalmente con edema, congestión y engrosamiento de la sinovial [...]. La inflamación caseificante y necrosante puede extenderse desde el pannus hacia la superficie articular subyacente y causar ulceración y destrucción importante, igual que erosión en el extremo del hueso. A veces la infección corroe el hueso desde el borde del cartílago articular y, socavándolo, lo rompe y esfacela. A la inversa, la osteomielitis tuberculosa puede propagarse a la cavidad articular (Robbins, 1975, p. 342).

Tuberculosis testicular

Hubo tres casos con tuberculosis testicular o del epidídimo. A continuación, se exponen sus historias clínicas.

Manuel Serafín Sánchez (Mejor) Paciente de 23 años de edad, raza indígena, ocupación comerciante, procedente de Santa Elena. Ingresó el 6 de mayo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, viruela, fiebre amarilla, paludismo y gripe. ENFERMEDAD ACTUAL: Se queja de una infección testicular. EXAMEN FÍSICO: Sometido a examen resulta: un estado nutritivo desmejorado, un color amarillento de los tegumentos, se queja de tos seca con expectoración mucopurulenta, sudores nocturnos, anorexia. El testículo izquierdo aparece aumentado de volumen y en la parte ínfero externa se nota, a nivel de los tegumentos que lo recubren, 4 trayectos fistulosos de los que 2 se encuentran cicatrizados y los restantes se hallan supurando. Se nota induraciones en el epidídimo y el asa testicular propiamente dicha, así como a nivel del cordón. Aparato respiratorio: Inspección: gran depresión de las fosas supra e infraespinosas, así como de las fosas supraclaviculares. Palpación: vibraciones bucales aumentadas a nivel del vértice del pulmón izquierdo. Percusión: Matitez en el vértice izquierdo y submatitez en el vértice derecho. Auscultación: disminución del murmullo vesicular en el vértice de ambos pulmones. Hay ligera broncofonía. Todos estos signos físicos se notan especialmente por la región posterior. Número de respiraciones por minuto: 24. DIAGNÓSTICO: **Tb pulmonar y testicular**. TRATAMIENTO: Quirúrgico. **Ablación del testículo izquierdo** comprendiendo todos los tejidos de los canales fistulosos. Cirugía: El jefe del Servicio en compañía del Dr. Salvador y del estudiante Sr. Tamayo. Cloroformizador: R. Terán. CONDICIÓN FINAL: Alta el 29 de mayo de 1920. Mejor.

Wilfrido Castro (No indica condición final) Estudiante de 29 años de edad, procedente de El Oro. Ingresó el 27 de julio de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 2 meses sintió un dolor, no muy intenso, en el testículo, con irradiaciones atrás, dolor que fue aumentando poco a poco, también notó una hinchazón en la bolsa y secreción uretral. EXAMEN FÍSICO: Se comprueban los síntomas del comienzo y a la palpación se nota nudosidad en el epidídimo. Aparato Respiratorio: A la auscultación se oyen estertores gruesos, crepitantes y sople cavernoso. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis del testículo**. TRATAMIENTO: Quirúrgico: **castración**. Intervienen: Dr. Villavicencio, ayudante el Dr. Enrique Gallegos Anda. Cloroformo: Pedro Zambrano. No hay más información.

Manuel M. Jácome (Bien) Paciente de 52 años de edad, ocupación carpintero, residente en Quito. Ingresó el 5 de marzo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión, disentería. Alcohólico y después de beber tiene diarrea. Posible absceso hepático. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis, hernia inguinal derecha e izquierda y tuberculosis del epidídimo derecho**. TRATAMIENTO CLÍNICO: **Aceite de ricino** 30 g. al interior. Inyección de **estricnina** 0,001 g y otra de **esparteína** de 0,05 g TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Herniorrafia bilateral y **oforectomía derecha**. Epidídimo se encuentra lleno de pus. Intervienen: Dr. Estupiñán, Sr. Loayza y Anestesia Sr. Troya. CONDICIÓN FINAL: Alta el 14 de abril de 1924. Bien.

Los tres casos de tuberculosis testicular, condujeron a la oforectomía en todos ellos. Las explicaciones del texto de Robbins, sobre esta patología son las siguientes:

La tuberculosis casi invariablemente comienza en el epidídimo y puede extenderse al testículo. Con muy raras excepciones, estas lesiones manifiestan infección tuberculosa en otro lugar del cuerpo, casi siempre en los pulmones. Es muy raro que la epididimitis tuberculosa haya seguido a tuberculosis renal aparentemente aislada. En muchos de estos casos se ha observado infección tuberculosa de próstata y vesículas seminales; algunos autores consideran que la epididimitis es secundaria a la infección de estos otros sitios del aparato genital. (Robbins, 1975, p. 342).

Tuberculosis

En dos casos el diagnóstico fue únicamente de tuberculosis.

María Almeida (Pasa al Lazareto) Paciente de 25 años, raza mestiza, procedente de Chinquiltona, ingresa el 31 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 18 años. Ha tenido 3 embarazos, un aborto. Tiene 2 hijos vivos. Tuvo sarampión, tifoidea. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis**. CONDICIÓN FINAL: Pasa al Lazareto el 2 de abril de 1923.

Eloísa Lozada (Bien) Paciente de 24 años de edad, raza negra, residente en Perucho. Ingresó el 15 de julio de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido un embarazo y tuvo un aborto. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis**. LABORATORIO CLÍNICO: El examen bacteriológico de la orina da abundantes glóbulos de pus, células renales, no hay bacilos de ninguna clase. Dr. Pólit. Alta. Bien. No hay más información.

Tuberculosis miliar hepática

Hubo un caso de tuberculosis hepática miliar. Su desenlace fue fatal.

Wenceslao Andrade (Falleció) Paciente de 42 años de edad, empleado público, raza blanca, procedente de Ambato. Ingresó el 1 de enero de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido disentería. Desde hace dos años vino sufriendo de contención de gases con grandes dolores en el epigastrio y en el punto vesicular. Enteritis repetidas, que superaba con sal de Vichy. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde el 6 de noviembre de 1924 que se fue a donde el Sr. Dr. Viteri quien le examinó del hígado, y se fue solo por la vinagrera y los gases retenidos que se encontraban en el estómago. Tomó Laxol y arrojó con grandes dolores unos dos cálculos que seguramente fueron de la vesícula; desde entonces le instituyeron el tratamiento de expulsión de los cálculos, pero como no consiguiera viene a Quito el 15 de diciembre. Le examina el Dr. Pablo Suárez y le trata con colagogos para la expulsión de cálculos. Es de anotar que no ha tenido cólicos hepáticos ni tiene ictericia. EXAMEN FÍSICO: Hígado grande. Aparato digestivo: Alteración en las digestiones, muchas veces diarreas, vinagreras y acúmulo de gases, constipación a veces. Aparato respiratorio: normal. 22 respiraciones por minuto. Aparato circulatorio: corazón normal. Pulso lento desigual. 75 pulsaciones por minuto. Ha tenido sudores sin causa aparente durante los tres últimos días, localizándose solo en el tórax. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis miliar hepática primitiva confirmada por cirugía**. TRATAMIENTO: El 11 de enero de 1924: Laparotomía: intestinos y vesícula en buen estado; el hígado está completamente lleno de nódulos tuberculosos, que a la presión dieron la sensación de cálculos. EVOLUCIÓN: Luego de la cirugía el enfermo pasa con temperatura el día de la operación; al siguiente día tiene 37,5° C; por la tarde aumenta a 38° C. y amanece con 39° C., luego se le pone suero. CONDICIÓN FINAL: Muere a las 3 y 1/2 de la tarde del 13 de enero de 1924.

La tuberculosis hepática, “casi invariablemente se presenta en forma de siembra miliar, en consecuencia, se acompaña de manifestaciones de tuberculosis miliar en toda la economía” (Robbins, 1975, p. 343).

De acuerdo con la información registrada, solamente el hígado estuvo tomado por la enfermedad, pues se reportó que intestino y vesícula biliar estuvieron en buen estado.

Tuberculosis pulmonar y laríngea

Un caso, poco frecuente, fue el de Belisario Pazmiño, quien tuvo tuberculosis laríngea.

Belisario Pazmiño (Algo mejor) Paciente de 56 años de edad, raza blanca, agricultor, procedente de Ambato. Ingresó el 12 de marzo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido paludismo, fiebre tifoidea, gripe, pulmonías de repetición. ENFERMEDAD ACTUAL: La enfermedad actual la tiene desde hace 6 años y dice haber comenzado por las molestias durante las madrugadas. Mucho enflaquecimiento, sudores durante la noche y fiebre y algunas veces estrías de sangre en los esputos. Más tarde estos síntomas desaparecieron, sin embargo, el enflaquecimiento continuó haciéndose muy notable. Hace 2 años comenzó a sentir dolores vagos en la garganta, las que se hicieron cada día más intensos y molestos. Al propio tiempo empezó nuevamente a escupir con sangre y desde hace 1 año comenzó a apagarse la voz, a ponerse eritematoso el cuello en su región ante lateral. EXAMEN FÍSICO: Actualmente, el estado es malo, anémico, deprimido. Examen pulmonar: a la inspección hay depresión de las fosas supra claviculares, especialmente la izquierda, notase deprimida. Palpación: disminución de las vibraciones al lado izquierdo. Percusión: Submatitez. Auscultación: respiración estertorosa, disminución del murmullo vesicular, en fin, hay síntomas de un pulmón con infiltrado tuberculoso. Examen de la laringe: Al laringoscopio se nota que las cuerdas vocales casi han desaparecido, tienen grandes y profundas ulceraciones, las que igualmente se notan en los pilares posteriores del velo del paladar y en la úvula. El cuello en su parte exterior está muy eritematoso y doloroso. DIAGNÓSTICO: **Tuberculosis pulmonar y laríngea**. TRATAMIENTO: Se impone el tratamiento antituberculoso general y para la laringitis, pulverización a base de **gomenol con balsámicos y analgésicos**. Como siguen sangrando las úlceras, se dan vasoconstrictores. EVOLUCIÓN: Se compone la laringitis, pero el estado general se deprime, por lo que se aconseja al enfermo abandonar el hospital y que se le atiende en su casa. CONDICIÓN FINAL: Alta el 27 de marzo de 1920. Algo mejor.

La tuberculosis laríngea se presenta entre el 10 y 20 %, dependiendo de lo avanzado del período de las lesiones pulmonares. En los casos mínimos de tuberculosis apical, menciona que el compromiso laríngeo es raro, posiblemente en una proporción del 1% (Robbins, 1975, p. 343).

Personal médico

Intervinieron como cirujanos, ayudantes o anestesiistas, los siguientes profesionales: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Estupiñán, Dr. Miguel A. Iturralde R., Dr. Carlos Pólit. Sr. Miguel Andrade, Sr. Carlos Alvear M., Sr. Loayza, Sr. Troya, Sr. N. Ureña, Sr. J. Sanz y Sr. N. Arregui.

Tratamiento

Casi todos los enfermos diagnosticados por tuberculosis fueron intervenidos quirúrgicamente. No existe información completa del tratamiento realizado. En los casos de transferencia, no se dispone de información posterior. Se conoce el tratamiento aplicado a **Manuel M. Jácome**. Recibió antes de la herniorrafia bilateral y ooforectomía derecha, **aceite de ricino**, una inyección de **estricnina** y otra de **esparteína**. La información sobre las características de estos medicamentos consta en el Volumen I, para Aceite de ricino, pp. 218-219; 281-282, y para Estrictina, pp. 302-303. Sobre **Esparteína**, agente antiarrítmico y bloqueador de canales de sodio, que al parecer puede quelar iones de calcio y magnesio, existe información adicional en este volumen, en la descripción de los medicamentos utilizados para problemas respiratorios bajos.

Condición final

La mayoría de los pacientes de este grupo tuvo una relativa mejoría. La información no es completa en todos los casos, incluso en aquellos que fueron transferidos a otro servicio. Hubo una defunción, de **Wenceslao Andrade**, paciente de 42 años de edad procedente de Ambato, quien luego de una compleja cirugía por su tuberculosis miliar del hígado, falleció dos días después de la intervención quirúrgica y a los 12 días de su ingreso al hospital.

Conclusiones

Los pacientes con tuberculosis que ingresaron al servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD entre 1920-1925, presentaban formas clínicas que, en la mayoría, requerían tratamiento quirúrgico que solucionó sus problemas, hasta donde era posible en la época.

Las características de los casos de lesiones osteoarticulares y testiculares concuerdan con la descripción clásica de estas patologías, que en aquel tiempo fueron diagnosticadas clínicamente antes de las intervenciones quirúrgicas.

El paciente que presentó una enfermedad grave, con compromiso hepático tuberculoso miliar, falleció a las 48 horas de la intervención quirúrgica.

La presencia de un número significativo de problemas osteoarticulares, testicular, laríngeo y hepático, demuestran la agresividad de la infección, seguramente por las limitadas condiciones nutricionales e inmunológicas de los pacientes.

La condición general de los pacientes y su limitada respuesta a la agresión del germen son consecuencia directa de las condiciones de vida y entorno en que seguramente vivían las personas afectas, en un momento histórico en que la ciudad y el país vivían un empobrecimiento general, en medio de una hiperinflación y donde la disponibilidad de servicios básicos y de vivienda eran inexistentes o precarios.

Lo anterior reafirma la génesis de la tuberculosis. Como muchas de las enfermedades infecciosas, se producen por factores que superan a los gérmenes. Los factores de riesgo y los determinantes sociales de la enfermedad tienen un importante peso específico para su producción.

Absceso hepático (14 casos)

El diagnóstico de absceso hepático, en el servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios, afectó a 14 pacientes.

Diagnósticos

Entre las denominaciones diagnósticas, se encontraron las siguientes: absceso hepático amebiano, absceso hepático bacteriano, absceso del lóbulo izquierdo del hígado (forma abdominal). Excepto uno, comprobado microscópicamente como bacteriano, los demás fueron de origen amebiano.

Edad

De los 14 pacientes, 8 tuvieron edades entre 30 y 35 años, tres entre 40 y 45, y tres entre 50 y 68 años de edad. Once pacientes fueron mujeres y 3 hombres.

Los abscesos hepáticos amebianos son complicación temible de la disentería amebiana. Cabe suponer que los parásitos lleguen al hígado por la vena porta. Es característico que los abscesos tengan exudado pastoso pardo y no de pus, pero el diagnóstico depende de la identificación histológica de los parásitos en la pared del absceso. Los abscesos hepáticos pueden abrirse paso por el espacio subdiafragmático y llegar a los pulmones; a veces producen embolias desde pulmones a cerebro. (Robbins, 1975, p. 981).

La utilización del laboratorio clínico estaba muy restringida en el HSJD en aquella época. En un caso diagnosticado como absceso hepático, el reporte del líquido obtenido por punción proporcionó la siguiente información: "En el pus obtenido se encuentran estreptococos y colibacilos. No hay amebas", razón por la cual el absceso fue catalogado como bacteriano. La paciente, **María Guanoluisa**, de 30 años de edad, falleció antes de que se realice la cirugía.

Historias clínicas de pacientes con absceso hepático

Agustín Simbaña (Curación) Agricultor de 40 años de edad, residente en Chaupicruz. Ingresó el 8 de abril de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Paludismo, disentería, uso frecuente de chicha y alcohol. Tuvo absceso del lóbulo izquierdo del hígado (forma abdominal). PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: el 10 de abril de 1924: Punción con el **aspirador de Potain** da 500 cc. de pus amebiano. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático amebiano**. TRATAMIENTO: El 15 de abril de 1924: segunda punción con el **aparato de Potain**: 1200 cc. de pus. Alivio notable. Administración de sulfato varias ocasiones; **Emetina** 0,04 centigramos los días 16,17,18, 19,20 y 21 de abril. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: El 25 de abril de 1924, con anestesia local, se practica incisión paralela a la línea media, de 3 cm de extensión, en la región epigástrica, de piel y tejidos subyacentes. Sale gran cantidad de pus. Drenes y apósito. Luego 6 días consecutivos de emetina 0,04 centigramos. Afebril. Estado general magnífico. CONDICIÓN FINAL: Alta el 22 de mayo de 1924. Curación.

Luis Escobar (Falleció) Paciente de 30 años de edad, raza mestiza, jornalero, residente en Quito. Ingresó el 7 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Fiebre gástrica, inflamaciones y constantes dolores agudos. Ictericia aguda hace 1 año y medio. ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó hace 2 meses con escalofrío, fiebre moderada, anorexia, estado saburral de la lengua. El dolor que se había instalado insidiosamente se hizo entonces agudo, con propagación al hombro, la espalda. El dolor fue intensificando, se presentó la fiebre, enflaquecimiento, debilidad muy marcada, anorexia, e insomnio. Así ha permanecido durante 2 meses. EXAMEN FÍSICO: Temperatura 37.8° C., pulso 92 X 1'. Demacración, pero no muy extremada, decaimiento notable, no hay sudores ni escalofríos. El dolor ha aumentado, abarca toda la región hepática, intensificándose a nivel del borde costal y en la prolongación de la línea mamaria hacia afuera. Tiene también un punto doloroso muy intenso en la región posterior a nivel, más o menos, de la línea axilar posterior. A la inspección: el enfermo tiene disnea, se nota un abombamiento del hipocondrio derecho bastante notable, especialmente sobre el reborde costal en su cruce con la línea paraesternal. Percusión: es bastante dolorosa y delata un grande aumento de la matidez hepática que por arriba llega hasta la tercera costilla, por abajo rebasa 4 dedos del borde costal, por adentro llega al hipocondrio izquierdo. No hay fluctuación. Auscultación: hay un roce como de cuero que se estruja, signo de la inflamación peritoneal. Aparato Digestivo: hay estreñimiento. Aparato Respiratorio: A la inspección se ve que respira bastante menos el pulmón derecho. A la percusión hay una submatidez en el mismo y a la auscultación una disminución del murmullo, síntoma de una congestión de la base. El izquierdo normal. Tiene un derrame subictérico de las conjuntivas. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: Al día siguiente del ingreso, el 8 de enero de 1920, se practica una punción con el objeto de extraer el pus, ya que se diagnosticó un Absceso Hepático. Se introduce el trocar a nivel del 8° espacio y sin verificarse la inspiración porque no funciona el aparato, sale más o menos unos 300 gramos de un pus achocolatado característico. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático**. EVOLUCIÓN: el 9 de enero de 1920 se decide realizar una

hepatostomía que la practica el Dr. Villavicencio ayudado por el Dr. Luis Sojos y Ricardo Paredes; se cloroformiza al paciente. CIRUGÍA: Le seccionamos unos 10 cm de la 7ª costilla, practicase una amplia abertura del hígado y el vaciado del foco da unos 2500 cc. Por la tarde se inunda la cama de pus (un litro más). El enfermo continúa componiéndose en su estado general. La temperatura de 38°4 desciende a lo normal, se evacúa perfectamente el foco; CONDICIÓN FINAL: A los 8 días se presentan síntomas de una peritonitis y el enfermo fallece el 17 de enero de 1920.

Vicenta Álvarez (Falleció) Paciente de 30 años, indígena, ocupación cocinera, residente en Quito. Ingres a el 8 de marzo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Estuvo hospitalizada antes en La Virgen. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: Punción diagnóstica y vía para sacar pus, DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático**. TRATAMIENTO: lavados y administración de Emetina. CONDICIÓN FINAL: Falleció el 29 de marzo de 1922.

María Guanoluisa (Falleció) Paciente de 35 años, raza indígena, procedente de Latacunga. Ingresó el 13 de mayo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Viruela. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: Punción diagnóstica. LABORATORIO CLÍNICO: **En el pus obtenido se encuentran estreptococos y colibacilos**. No hay amebas. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático bacteriano**. CONDICIÓN FINAL: Murió antes de la operación.

Ignacia Trujillo de Rivas (Mejor) Paciente de 44 años de edad, mestiza, cocinera, residente en Quito. No registra fechas de ingreso. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 14 años. Ha tenido dos embarazos, un aborto y tiene un hijo vivo. Ha tenido paludismo, fiebre tifoidea, erisipela, ascariasis. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: punción exploradora en la que sale pus. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático**. TRATAMIENTO: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Hepatostomía. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de noviembre de 1922. Estado general satisfactorio.

Enriqueta Mancheno (Mejor) Paciente de 30 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingres a el 19 de mayo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Viruela y sarampión. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: El 23 de mayo de 1923 se realiza punción diagnóstica: se extrae 300 gramos de pus la primera vez. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático**. TRATAMIENTO: El 29 de mayo de 1923 se repite la punción y se extraen 150 (Dr. Villavicencio). Los días 24, 25, 26 y 27 de mayo se administró inyecciones de 4 centigramos de emetina. CONDICIÓN FINAL: Alta el 3 de junio de 1923. Sale mejor.

Josefina Vaca (Mejor) Paciente de 30 años de edad, procedente de San Felipe, provincia de León. Ingres a el 28 de febrero de 1924. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático**. TRATAMIENTO: Drenaje Quirúrgico. Emetina en lavados del absceso con suero. CONDICIÓN FINAL: Pase a la sala Santa Rosa el 2 de marzo de 1924 para continuar el tratamiento con emetina. Mejoría.

Manuel M. Ampudia (Mejor) Paciente de 35 años, carpintero, procedente de Lloa. Ingres a el 15 de mayo de 1924. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático**. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: Aspiración exploradora inicial extrae pus amebiano. Luego drenaje con el aparato **extractor de Potain**: 1.600 cc. de pus achocolatado. Dos intentos adicionales de drenaje fueron negativos. TRATAMIENTO: Emetina: 0,04 g cada día x 6 días. También se han administrado sulfatos. Se administrará otra serie de 6 inyecciones de emetina 0,04 g luego del alta. CONDICIÓN FINAL: Alta el 3 de junio de 1924. Mejor.

Ramón Tamayo (Información incompleta) Procedente de Patate, tiene 68 años de edad. Ingresó el 20 de abril de 1925. ANTECEDENTES PERSONALES: Neumonía, disentería y paludismo. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: Punción diagnóstica: absceso hepático. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático** TRATAMIENTO: Clorhidrato de emetina 0,04 g por cc. Poción pectoral para la tos. EVOLUCIÓN: El 26 de abril de 1925 se realiza aspiración con el **aparato de Potain** 2.000 gramos de pus. Luego drenaje con trocar y luego con sonda de Nelaton. Intervinieron Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Sr. Sarrade y Sr. Mateus. No hay más información.

Magdalena Terán Torres (Información incompleta) Paciente de 50 años de edad, mestiza, hija de Lorenzo Terán y María Torres, residente en Quito. Ingres a el 20 de agosto de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 15 años. Ha tenido 7 embarazos, 1 aborto y tiene 6 hijos vivos. Ha tenido disentería. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático amebiano**. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: Punción diagnóstica: sale pus característico de absceso hepático amebiano. No hay más información.

Antonia Cando (Información incompleta) Paciente de 45 años de edad, raza indígena, residente en Quito. Ingres a el 8 de mayo de 1924. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático del lóbulo izquierdo**. TRATAMIENTO: Drenaje quirúrgico con el **aparato de Potain**: 750 cc. inicialmente y luego 1.400 cc. Se inyecta por el trocar emetina y también por vía hipodérmica, emetina 0,04 cc. pasando un día.

Delfina Arias de Segovia (Mejor) Paciente de 50 años de edad, raza mestiza, ocupación cocinera, residente en Quito. Ingres a el 26 de junio de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido 11 embarazos, 1 abortos, tiene 2 hijos vivos y 8 muertos. Tuvo fiebre amarilla y paludismo en Guayaquil. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: El 26 de abril de 1925 se realiza aspiración con el **aparato de Potain** 2.000 gramos de pus hepático. Se deja dren. Interviene: Dr. R. Villavicencio. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático**. TRATAMIENTO: Clorhidrato de emetina 0,04 g por cc. Lavados del absceso con agua yodada, inyecciones de aceite alcanforado y emetina. EVOLUCIÓN: Satisfactoria. LABORATORIO CLÍNICO: Examen de orina: normal. CONDICIÓN FINAL: Alta en buenas condiciones el 30 de julio de 1922.

Josefina Vaca (Fuga con el dren puesto). Paciente de 30 años de edad, mestiza, procedente de San Felipe, provincia de León. Ingresó el 6 de marzo de 1924. DIAGNÓSTICO: **Absceso hepático**. TRATAMIENTO: Drenaje quirúrgico. CONDICIÓN FINAL: Se fugó con el dren puesto en el absceso el 16 de marzo de 1924.

Personal médico

En los casos de absceso hepático aparecen como actores quirúrgicos el Dr. Ricardo Villavicencio Ponce y los Señores Sarrade y Mateus. Esta es toda la información disponible.

Tratamiento

El tratamiento del absceso hepático en el HSJD (1916-1920) consta en el Volumen I, pp. 108-112. En el presente volumen, en el capítulo correspondiente a amebiasis, disentería amebiana y disentería, se analiza a **Ipecacuana** y la **emetina** como medicamentos para estas patologías.

A más del tratamiento quirúrgico, que se aplicaba generalmente, la emetina fue el tratamiento de elección para el absceso hepático amebiano hasta los años 70. La introducción del metronidazol desplazó con eficacia y mayor seguridad al uso de emetina.

Un aporte significativo del Servicio de Clínica Quirúrgica (1920-1925) fue la incorporación del aparato aspirador de Potain, cuya utilización se documenta en 5 de los 14 casos. El aparato de Potain fue diseñado para realizar toracocentesis para evacuar colecciones pleurales.

Aparato de Potain para drenaje del absceso hepático

El aspirador de colecciones pleurales fue diseñado por el médico francés Édouard Potain (1825-1901), quien era pionero en la semiología cardiovascular y pulmonar. Identificó las variedades del “ruido de galope”. Aclaró el mecanismo del latido apical y el de la regurgitación tricúspide, se interesó por el pulso y describió la pulsación hepática. Diseñó el primer esfigmomanómetro (1889). Sus investigaciones sistemáticas le permitieron comprobar el comportamiento de la presión arterial en las nefritis agudas y otras enfermedades.

Potain, en 1872, diseñó el aspirador pleural que más tarde le sirvió de punto de partida para introducir la colapsoterapia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Paradójicamente, murió por estenosis aórtica.

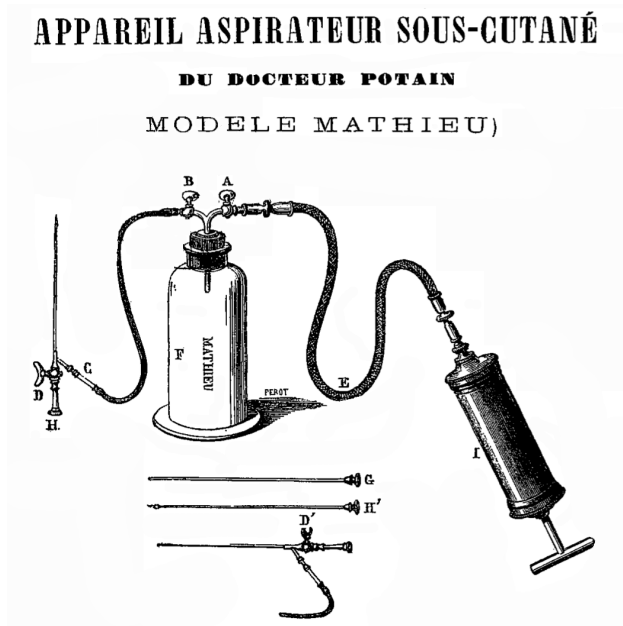
El aspirador de Potain, “Figuras 4 y 5”, se utilizó hasta comienzos del siglo XX para practicar la toracocentesis o pleurocentesis, para evacuar los líquidos contenidos en la cavidad pleural (pus, sangre, serosidades) por punción simple o por punción combinada con aspiración. Con este procedimiento se evita la entrada de aire durante la evacuación y la producción de neumotórax (Fresquet, 2011).

Figura 4. Aspirador de Potain simple Aubry, fabricado Société Anonyme des usines. Aubry à Gosselies (Belgique).



Nota: Imagen tomada de *Aspirador de Potain*, J. Fresquet, 2011 (<https://www.historiadelamedicina.org/Instrumentos/Potain.pdf>). Bajo copyright.

Figura 5. Aparato aspirador subcutáneo del Dr. Potain, 1872. Grabado del Mathieu, L. (fabricante de instrumental quirúrgico).



Nota: Imagen tomada de *Aspirador de Potain*, J. Fresquet, 2011 (<https://www.historiadelamedicina.org/Instrumentos/Potain.pdf>). Bajo copyright.

Condición final

La combinación de drenaje quirúrgico, a cielo abierto en unos casos y en otros mediante punción y drenaje utilizando el aparato extractor de Potain, permitió los siguientes resultados: mejor, 5 pacientes; curación, 1; fallecieron, 3 enfermos; información incompleta en 4 casos; y, uno “fugó con el dren puesto”.

Pacientes que fallecieron con absceso hepático

Los pacientes que fallecieron, fueron dos mujeres y un hombre:

- **Luis Escobar** (30 años de edad), quien tuvo una enfermedad prolongada y luego de 10 días de hospitalización y una hepatostomía de por medio, falleció por una peritonitis.
- **Vicenta Álvarez** (30 años de edad) a quien realizaron drenaje de la colección hepática y falleció a los 21 días de hospitalización.
- **María Guanoluisa** (35 años de edad) quien falleció por un absceso hepático bacteriano con presencia de estreptococos y colibacilos. Tuvo punción diagnóstica y “*Murió antes de la operación*”.

Conclusiones

Esta patología hepática afectó a 14 pacientes, adultos entre 30 y 55 años de edad, y en su mayoría mujeres.

Nuevamente, esta es una patología en que las condiciones de vida son determinantes sociales que inciden en la presencia o no de la enfermedad.

El saneamiento ambiental sin la dotación adecuada de agua potable y alcantarillado, e inadecuada disposición de la basura, facilitarán la contaminación de los alimentos y la colonización intestinal por amebas.

La calidad de la educación sería otro factor que sumado a las características de la vivienda y el trabajo son muy significativas en el desarrollo de esta enfermedad.

Es importante resaltar la utilización del aparato aspirador de Potain, diseñado originalmente para evacuación de colecciones pleurales, que en el servicio de Cirugía del HSJD fue utilizado con éxito en pacientes con absceso hepático.

La antigua y tóxica emetina contribuyó a la recuperación de estos pacientes.

Los resultados de las intervenciones clínico quirúrgicas fueron más bien positivas.

Hubo tres decesos que lamentar. La mortalidad en este grupo afecto a jóvenes, dos por absceso hepático amebiano y uno de ellos por un absceso bacteriano diagnosticado mediante laboratorio, clínico, que hasta el momento poca participación ha tenido en el diagnóstico clínico. Sin embargo, hay contribuciones del laboratorio especialmente en el diagnóstico de blenorragia, tuberculosis, lepra y algunas infecciones bacterianas de diferentes localizaciones.

Septicemia, necrosis y gangrena

Estos ocho casos tienen relación especialmente por la gravedad de los procesos. Afectaron diferentes estructuras corporales o hubo una infección generalizada con desenlaces fatales. A continuación, se presentan los casos correspondientes a estas patologías.

Septicemia (3 casos)

Los tres casos contienen muy poca información. Los diagnósticos son expresados en diferentes formas. Sin embargo, orienta su descripción hacia una septicemia. Solo se conoce que **Luz M. Simbaña** recibió antisépticos, seguramente administrados localmente en su herida infectada. El resultado final fue igual en los tres casos.

Luz Ma. Simbaña (Falleció) Paciente de 40 años de edad, procedente de Guajaló. Ingresó el 20 de agosto de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Herida en el dedo gordo de la mano. DIAGNÓSTICO: **Herida infectada. Septicemia generalizada.** TRATAMIENTO: **Antisépticos.** CONDICIÓN FINAL: Fallece. No se registra la fecha.

Betzabet de Guerrero (Falleció) Paciente de 24 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresó el 18 de octubre de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 13 años, Ha tenido sarampión. DIAGNÓSTICO: **Piohemia.** CONDICIÓN FINAL: Fallece el 27 de octubre de 1923.

Pastora Villavicencio (Falleció) Paciente de 70 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresó el 14 de noviembre de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES. Bocio. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresó en estado semi comatoso y se observan grandes melenas. DIAGNÓSTICO: **Estado infeccioso generalizado.** CONDICIÓN FINAL: Fallece el 16 de diciembre de 1923.

Necrosis (3 casos)

Los casos de necrosis llevan aparejados impactos psicosociales de gran dimensión. Ante la progresión de la infección y la necrosis de un segmento corporal, por más pequeño que haya sido, el sufrimiento físico y emocional del paciente debe alcanzar niveles imaginables solamente por quien soportó tal dolencia. Tal es el caso de **Mercedes Quishpe**.

El caso de **Martina Salazar de Zapata** tiene caracteres dramáticos y extraordinarios desde la perspectiva médico quirúrgica. Ante la progresión del proceso osteomielítico secundario a fiebre tifoidea, y “Como el estado de la enferma se agrava cada día, se resolvió la extirpación total del maxilar”. Se procedió a la cirugía, cuyo detalle consta en la historia de la paciente. El éxito del procedimiento fue evidente por radiología y llevó guardar la pieza extraída en la Sala Santa Teresa. Es otra de las intervenciones magistrales del Dr. Ricardo Villavicencio Ponce.

En el caso de **Presentación Lucano**, quien tuvo una necrosis séptica del maxilar inferior, se procedió a extraer un gran secuestro óseo del maxilar. Lamentablemente, no existen datos adicionales.

Mercedes Quishpe (Amputación) Paciente de 14 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 24 de julio de 1921. DIAGNÓSTICO: Necrosis del dedo gordo del pie derecho. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Amputación con cloroformización. No hay más información.

Martina Salazar de Zapata (Curación) Paciente de 32 años de edad, raza mestiza, procedente de Pujilí. Ingresó el 14 de septiembre de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo tifoidea 6 meses antes del ingreso (en marzo de 1922). Fueron necesarios dos meses para que convaleciera. ENFERMEDAD ACTUAL: Como crisis de esta fiebre se le presentaron simétricamente en los ángulos del maxilar inferior 2 abscesos. Uno de ellos, el izquierdo, se abrió espontáneamente rompiendo la piel; el derecho fue abierto en el Hospital. EXAMEN FÍSICO: El Dr. Villavicencio se dio cuenta entonces del proceso osteomielítico tífico que había desarrollado en la región subperióstica de dichos ángulos; que el periostio estaba allí desprendido del hueso, pero íntimamente unido a la mucosa de las encías. A pesar de que los dos abscesos estaban bien abiertos, la supuración continuaba muy abundante, se infiltraba una parte del pus entre la aponeurosis del cuello, la otra era tragada por la enferma, que presentaba un estado caquético con fuerte edema de las extremidades. Una prolija observación hizo descubrir que existían otros focos de osteomielitis en las ramas ascendentes del maxilar, lo mismo que en diferentes sitios de la rama horizontal. Entre muelas y dientes, la enferma tiene once el en maxilar inferior y todas ellas se manifiestan estar desprendidas de los alvéolos, aunque insuficientemente adheridas a la mucosa de las encías y al periostio. **Como el estado de la enferma se agrava cada día se resolvió la extirpación total del maxilar.** DIAGNÓSTICO: **Necrosis del maxilar inferior.** TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Extracción íntegra del maxilar inferior el 23 de septiembre de 1922: Cirujano el Dr. Villavicencio Ponce; Asistente el interno Sr. Gualberto Arcos; Cloroformizador el interno Sr. Ramón Ulloa. Practicase una incisión de un ángulo a otro del maxilar, siguiendo siempre su borde inferior. Fueron desprendidas todas las inserciones musculares que adherían muy poco, y muy cuidadosamente levantado el periostio de la cara interna y externa del maxilar, en todos los puntos en que este no se había desprendido por la supuración. Como se consideró a este hueso libre de su periostio el cirujano lo tiró hacia abajo con la mano derecha, al mismo tiempo que con el índice y el pulgar de la izquierda levantaba hacia arriba la mucosa gingival íntimamente adherida al periostio y los dientes implantados en estas membranas. El éxito fue completo, ya que sin romper el periostio ni aflojar los dientes fue desprendido el maxilar. La cavidad que quedó por la extracción de este hueso fue llenada por gasas asépticas y un vendaje sostenía la región. EVOLUCIÓN: La enferma era alimentada solo por líquidos administrados por medio de una cuchara. El apósito era renovado cada dos días con todas las precauciones necesarias para no desprender ni tirar sobre el periostio. La supuración disminuyó muy rápidamente y desapareció el edema de los pies, ganando mucho el estado general. El periostio principió a producir tejido óseo, este proceso de osificación se hace sumamente ostensible después de siete semanas en que ya está reconstituida la mayor parte de la rama horizontal. Aparece una fístula a través de la que pasa saliva de la boca al cuello; su trayecto es por entre el segundo molar y el fondo del alvéolo preformado. Esta secreción es muy abundante fastidiando muchísimo a la enferma. A los cuarenta días de la operación extrae el Dr. Villavicencio dicha muela con sumas precauciones para impedir la fractura del frágil hueso formado. Pocos días después la fístula salival desaparece. Han pasado ya dos meses y medio de la operación y la enferma se encuentra en muy buen estado general y no se le nota deformación alguna en la cara, pues la cicatriz de la larga incisión se ha retraído con dirección al cuello en donde el mentón la oculta. El nuevo maxilar está reconstituido en su mayor extensión, es de curva mayor y el cuerpo más delgado. Se conservan aún fijos dientes y muelas. Como se puede ver en la fotografía, los músculos masetéricos obran con alguna regularidad, permitiendo a la enferma abrir y cerrar la boca fácilmente. La fonación es casi perfecta, mientras que apenas extraído el maxilar osteomielítico era muy difícil comprender lo que la enferma hablaba. En el maxilar desprendido se notan algunos osteofitos en medio de una masa esponjosa. En algunos puntos el hueso se encuentra en buen estado y era a ellos a quienes adhería el periostio que tuvo que ser decorticado en la operación. **El examen de la enferma a los Rayos X, practicado por el Dr. P. A. Suárez, enseña que el hueso está reconstituido con un proceso de estratificación. Al examen se observa que el maxilar estaba reconstituido casi en su totalidad.** Se le ha extraído 7 piezas dentarias en totalidad. Quedan todavía unas pequeñas fístulas no cicatrizadas correspondientes a las muelas, pero que van cerrando rápidamente. Le quedan aún cuatro dientes incisivos que se sostienen bien en el nuevo maxilar. **La pieza extraída se guarda en la Sala Sta. Teresa.** CONDICIÓN FINAL: Se le concede el alta el 23 de marzo de 1923.

Presentación Lucano (No se registró la condición final) Paciente de 27 años de edad, raza india, ocupación carnífera, residente en Quito. Ingresó el 4 de enero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Primera menstruación a los 17 años. Ha tenido 6 embarazos, tiene un hijo vivo y 5 muertos. DIAGNÓSTICO: **Necrosis séptica del maxilar inferior.** TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Cirugía el 14 de febrero de 1923. Se le extrae un enorme secuestro. CONDICIÓN FINAL: Alta. No existe más información.

Gangrena (2 casos)

Los casos de gangrena, uno en la región glútea y otro en el pie derecho, no aportan datos sobre su manejo y evolución.

Juan Rivera (Fuga) Paciente de 24 años de edad, raza mestiza, ocupación sombrerero, residente en Quito. Ingresó el 6 de junio de 1920. EXAMEN FÍSICO: Presenta **escaras gangrenadas en la nalga**. Hace 3 meses que comenzó la enfermedad. DIAGNÓSTICO: **Gangrena**. CONDICIÓN FINAL: Sale de la sala sin hallarse curado, el 10 de junio de 1920.

Ángela Olivo (No existe información de su condición final) Paciente de 17 años de edad, raza india, ocupación sirviente, procedente de Cumbayá. Ingresó el 4 de junio de 1923. DIAGNÓSTICO: **Gangrena erisipelatosa del pie derecho**. No existe más información.

Conclusiones

Ante casos como los expuestos, poco es lo que se podía hacer como tratamiento clínico.

En el caso de Luz Ma. Simbaña, de 40 años de edad, se aplicaron antisépticos en la herida de uno de los dedos de la mano. No hubo efecto terapéutico y murió por sepsis.

Todos los pacientes con diagnóstico de sepsis, piohemia o infección generalizada fallecieron.

Los casos de necrosis son extraordinariamente impactantes. Demuestran la destreza quirúrgica del personal médico que intervino para su solución.

Los dos casos de gangrena no aportan información que permita conocer detalles de su tratamiento, evolución y condición final.

Estos casos recibieron la mejor atención quirúrgica posible para la época. Clínicamente con el único aporte de antisépticos de uso externo.

Apendicitis (8 casos)

Los 8 casos diagnosticados como apendicitis, presentan varias denominaciones: apendicitis (3); apendicitis supurada (2); apendicitis con plastrón (1); apendicitis crónica (1) y apendicitis de evolución crónica (1).

El caso de apendicitis más llamativo del servicio de Clínica Quirúrgica (1920-1925) fue el diagnosticado como “Apendicitis de evolución crónica” en una religiosa de 22 años de edad. Se encontró un grano de trigo en el interior de su apéndice, según consta en la historia clínica. El cirujano, Dr. Villavicencio Ponce, en un artículo publicado en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, relata que encontró “un grano de cebada principiando a germinar” en dicho apéndice (Villavicencio Ponce, 1928).

Historia natural de la apendicitis, otro aporte del Dr. Ricardo Villavicencio Ponce

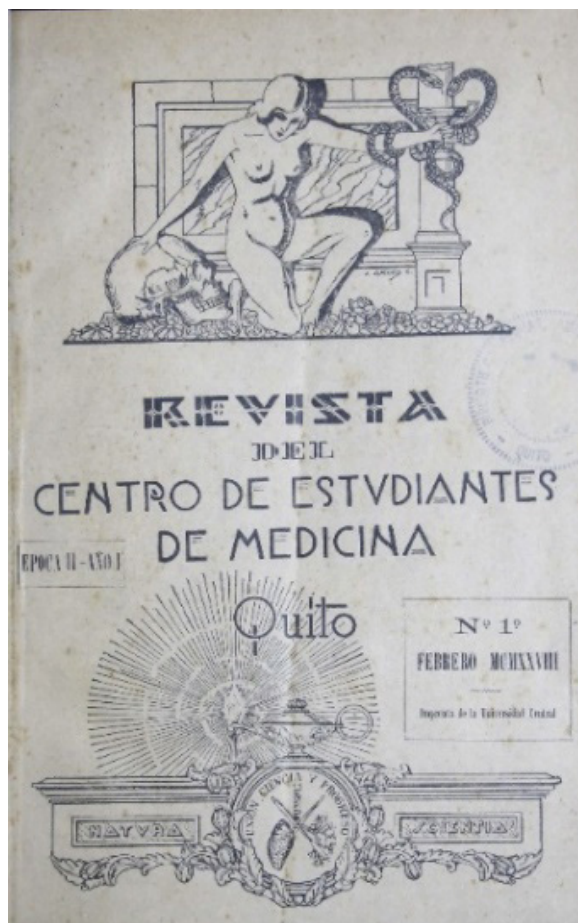
A propósito de los diagnósticos de apendicitis crónica, se incluye el aporte del Dr. Ricardo Villavicencio Ponce publicado en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*. Entonces, el Dr. Villavicencio era profesor de Clínica Quirúrgica y Dermatología.

Su capacidad y destrezas quirúrgicas fueron evidentes en el manejo de los pacientes quirúrgicos de su servicio. Adicionalmente, sus conocimientos en dermatología, especialmente en Lepra, se plasmaron en otro trabajo publicado por la *Revista del Centro de Estudiantes*. La inclusión de este interesante testimonio académico, en el que sistematiza sus conocimientos y experiencia, se acompaña de la presentación de varios casos de su propia cosecha. Es una valiosa descripción de la historia natural de la apendicitis, con modificación de su rumbo gracias a diferentes estrategias quirúrgicas. La inclusión de este trabajo magistral constituye un homenaje a los méritos y a la memoria del Dr. Villavicencio Ponce.

La apendicitis, algunos casos crónicos con síntomas raros. Dr. Ricardo Villavicencio Ponce – Profesor de Clínica Quirúrgica y Dermatología

Estudio publicado en la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina – Quito,

Figura 6. Portada de la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, Quito.



Nota: Imagen tomada de la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, No.1, Quito, Febrero, 1928.

La apendicitis estuvo confundida hasta el siglo pasado con la tiflitis y la peritífritis. En 1885 los cirujanos americanos principiaron a operar en casos de peritífritis y demostraron que siempre encontraban el apéndice enfermo y obtuvieron curaciones seguras con la escisión de este órgano. En 1888 Mac Burney, que fija el punto anatómico de este órgano para facilitar el diagnóstico y la operación, propone dar a la enfermedad el nombre de apendicitis.

Un poco más tarde principiaron los cirujanos europeos a operar el apéndice, obteniendo el mismo brillante resultado que los americanos. Tres circunstancias etiológicas tienen valor incontestable en la aparición de la apendicitis: la edad, la predisposición familiar y el influjo, algunas veces evidente, de una enfermedad infecciosa. La apendicitis presenta su máximo de frecuencia entre cinco y veinticinco años, es rara alrededor de los dos años, y sobre los treinta años hay pocos casos y son aquellos cuyas manifestaciones han pasado desapercibidas en la temprana edad.

En la mujer es menos frecuente que en el hombre. Más común en los países de costumbre gastronómica y menos entre los vegetarianos o que comen poca carne. Por esto explico el relativo pequeño número que encontramos entre nuestros indios en que la alimentación con carne es muy escasa o casi nula. No hay duda que hay familias en las que varios miembros han sido operados: se ve en ellos predisposición doble a la apendicitis y a las complicaciones de esta enfermedad, de manera que se puede asegurar que en esas familias la operación será laboriosa.

Las apendicitis secundarias a enfermedad infecciosas son evidentes: se ha observado seguir la apendicitis a una gripe, al sarampión, a las cotorras, etc. Una infección general puede crear una apendicitis. La diversidad de infecciones que la realizan prueba que la apendicitis no

es una enfermedad específica. La localización infecciosa en el apéndice es favorecida por su riqueza en tejido linfoide. El apéndice, por su estructura, es análogo a la amígdala y a los órganos linfáticos de la garganta. Algunos autores piensan que la asociación de la angina y de la apendicitis es frecuente.

Nosotros también lo hemos observado, en nuestra práctica, y la gripe nos parece, entre todas las enfermedades infecciosas, la que provoca más frecuentemente la apendicitis. Hemos dicho que es común al apéndice y a la amígdala el tejido linfoideo, cuya actividad sigue la ley de la edad: antes de un año los folículos son raros en el apéndice y después de los cuarenta y cinco años desaparecen progresivamente, como en las amígdalas. Si el apéndice y la amígdala no tiene necesariamente las mismas ocasiones para infectarse e inflamarse, tienen, al menos, las mismas razones de edad y de constitución individual que le predisponen a la inflamación.

En resumen, se admite que la inflamación del apéndice se desarrolla de dos maneras: *aguda*, que se establece consecutiva a una enfermedad infecciosa; y apendicitis por predisposición, la más frecuente, y esta es *crónica* antes de ser aguda. Se puede así decir que dejando durar la forma crónica se prepara los casos agudos y graves. La infección es de origen intestinal o de origen sanguíneo. La teoría de la infección intestinal se apoya sobre la existencia de disturbios intestinales en los apendiculares. Es cierto, y la experiencia ha probado, que las enteritis notablemente infecciosas como la disentería y la fiebre tifoidea, pueden complicarse con apendicitis.

El germen que se encuentra casi constantemente es el coli bacilo, asociado ya sea a estreptococos, a estafilococos o a saprófitos diversos que se hallan en la flora del intestino. También se ha descubierto la presencia constante de gérmenes anaerobios que explica la fetidez del pus y la tendencia gangrenosa de la apendicitis. Se puede también admitir que los microbios normales de nuestro intestino son los agentes de la apendicitis: ellos contaminan la pared del apéndice cuando la virulencia se ha exaltado.

Un microbio puede adquirir verdadera afinidad por el apéndice. He aquí esta observación: En 1915, Rosenow ve en una escuela militar 8 casos de apendicitis en el lapso de 12 días, y antes de fin de año vuelve a tener 7 casos más. De los ocho primeros casos, los siete operados y los apéndices sembrados en un buen medio de cultivo, dan un estreptococo. Al mismo tiempo estalló una epidemia de cotorras, y los estreptococos obtenidos de esta infección e inoculados a conejos, dan apendicitis en estos animales y también localizaciones paratíficas. Esto demuestra que Rosenow había encontrado el microbio de su epidemia de apendicitis. Y aún más, cosa muy curiosa, Rosenow reconoció el mismo estreptococo en la leche, crema, mantequilla y queso que se consumía en la escuela.

Hasta hace poco tiempo, la patogenia de la crisis apendicular se reducía a un incidente mecánico: la obstrucción del canal apendicular por un cuerpo extraño. Una reacción espasmódica de la mucosa principiaba, para arrojar en el ciego el cuerpo obliterante: era el cólico apendicular. Dieulafoy insistió sobre la exaltación de la virulencia de los microbios normales del intestino reclusos en una "*cavidad cerrada*" y vio en este mecanismo la causa constante de la apendicitis.

Recientemente, se adquiere una noción de fisiología que se la introduce en el estudio patogénico de la apendicitis y es el siguiente: el apéndice, entre otras propiedades, posee la de eliminar microbios de la circulación, de la misma manera que el hígado. Harvier ha observado la constante casi absoluta de la eliminación del bacilo de Eberth y de los paratíficos por la mucosa del apéndice. Lo mismo ha sido visto por el estreptococo. Esta eliminación no se hace sin alterar los tejidos del apéndice, lo que prepara una infección secundaria por la flora intestinal.

Ahora si podemos ver dos procesos que conducen a la inflamación del apéndice:

- a. Aquel en que la infección sanguínea o tal vez intestinal se basta, por la afinidad microbiana especial. Richet la llama apendicitis de ocasión, porque nada la prepara;
- b. Un proceso más frecuente en el que los microbios que se eliminan necesitan, para determinar lesiones, la cooperación de microbios de la cavidad apendicular y particularmente de los anaerobios, los que caracterizan su acción en las lesiones gangrenosas y pútridas de la apendicitis.

La apendicitis presenta lesiones más o menos causadas, desde la simple congestión hasta la necrosis y la perforación. El apéndice inflamado se pone voluminoso, grueso, con placas equimóticas de esfacelo y aun mismo de perforación. La mucosa engrosada, la cavidad contiene materias líquidas, cálculos o pus. Otras veces las lesiones macroscópicas del apéndice, que ha dado síntomas clásicos, son cuasi nulas: apenas si se nota un aspecto despulido que afirma que ha habido en la apendicitis participación del peritoneo. El examen histológico muestra alteraciones muy variadas: descamaciones de epitelio, infiltración embrionaria del corion, de las musculosas y de los folículos linfoides. La infiltración de estos folículos se ter-

mina frecuentemente por supuración y, entonces, se presentan abscesos minúsculos que se revienten al fuego del termocauterío que los abre.

En los casos crónicos de apendicitis vemos también lesiones inflamatorias crónicas con atrofia de la pared apendicular y de sus folículos. Sabemos que en la cavidad del apéndice se han encontrado cálculos y cuerpos extraños. Yo saqué del apéndice de una religiosa que operé hace algunos años en mi clínica, un grano de cebada principiando a germinar, por consiguiente que se iba dilatando y engrosando. Lo que explicaba el aumento gradual y creciente del dolor en el punto de Mac Burney.

Los cálculos son el resultado de una litiasis intestinal que depende, a su vez, de una inflamación crónica de la mucosa. Alrededor del apéndice se encuentran frecuentemente lesiones de peritonitis circunscrita, adherencias y supuración. El foco purulento puede estar en la inmediata vecindad del apéndice, pero puede localizarse también a una distancia más o menos grande, como en la región lumbar, espacio perirectal, perinefrítico y aún puede aparecer en la fosa ilíaca *izquierda*.

La apendicitis provoca peritonitis generalizada cuando las falsas membranas protectoras no han tenido tiempo de establecerse antes de la perforación del apéndice, la que comunmente tiene lugar cerca de la punta. El epiplon forma parte, algunas veces, del saco de pus. En las peritonitis sépticas difusas las lesiones son simples, apenas si las asas intestinales se encuentran congestionadas, medio pegadas y sobre ellas un poco de líquido de extrema virulencia. Estas apendicitis sépticas provocan accidentes generales de pronóstico fatal. Los accidentes tóxicos graves se manifiestan, en la autopsia, por lesiones renales y hepáticas particularmente. La apendicitis aguda se revela por un dolor brusco en el punto de Mac Burney: es el cólico apendicular. Ese dolor viene intempestivamente cuando el individuo goza de perfecta salud o en el curso de una enfermedad infecciosa, y se acompaña de irradiaciones al epigastrio, al ombligo, al pubis. Luego siguen los vómitos.

El dolor puede engañar apareciendo lejos del apéndice, por ejemplo en el epigastrio, en la región de la vesícula biliar y aún en la fosa ilíaca izquierda. Luego se presenta la hiperestesia cutánea y la defensa muscular. La calentura se enciende y, a las veinticuatro horas, aparece una tumefacción o empastamiento profundo, especie de plastrón. Sigue frecuentemente un período de estreñimiento debido a la paresia del intestino grueso por espasmo. Pero la diarrea no es un síntoma raro en el primer día. Entonces, la apendicitis puede evolucionar de dos maneras: sea por resolución del empastamiento, sea por formación de un absceso consecutivo a la perforación del apéndice.

Si se forma adherencia la peritonitis se circunscribe. Ahora bien, este foco y la tumefacción puede resolverse, pero otras veces el estado se agrava con síntomas alarmantes como calofrío intenso, elevación de la temperatura y del pulso. Es necesario que la colección purulenta se abra, la piel se pone roja, se adelgaza, se rompe y el pus sale al exterior, siguiendo inmediatamente la sedación de todos los síntomas infecciosos. Pero lo más frecuentemente un asiento de pus anuncia que el absceso se ha abierto en el ciego, en el intestino o en el recto.

Si la peritonitis no se ha localizado, sino que se generaliza, el peritoneo supura y se presentan signos de oclusión paralítica con vómitos verdes y luego porráceos; la lengua seca, el tinte icterico y el hipo. El enfermo muere más o menos tres días después. Hay casos en que la peritonitis es de forma séptica, difusa, con pulso rápido y temperatura baja. Son los más graves, porque indican una generalización rápida de la infección. Los enfermos mueren por síncope, habiendo conservado su lucidez hasta el fin.

No siempre la apendicitis sigue esta marcha franca; puede variar, notablemente, según la situación del órgano; unas veces este se encuentra situado a la derecha mismo, pero a altura variable; otras veces se aproxima a la línea media. Esta variaciones de localización trae perturbaciones en la evolución y sintomatología. Así, cuando el apéndice está bajo el hígado, el dolor no está en el punto de Mac Burney sino sobre una línea horizontal que pasa sobre el ombligo, también la ictericia aparece frecuentemente.

La inflamación de un apéndice intrapélvico provoca accidentes análogos a los de la anexitis. Pero aún más, *un operado, en plena convalecencia*, puede presentar complicaciones de orden supurativo bien singulares: así los abscesos que se desarrollan por inoculación que se hace de trecho en trecho y a distancia, en el peritoneo, el tejido subperitoneal o siguiendo los linfáticos. Estas supuraciones se manifiestan tardíamente. En el mayor número de casos el enfermo ha sido operado de varios días, cuando presenta un foco que reclama una segunda laparotomía para abrirlo bajo el hígado, entre el hígado y el diafragma o en la pleura. Aunque los signos que hemos dado de la apendicitis aparecen fáciles al observarlos, sobre todos los que constituyen la tríada de Dielafoy, nos veremos algunas veces obligados a hacer diagnóstico diferencial con el cólico hepático, nefrítico, la enterocolitis, la anexitis, ruptura de un embarazo tubario, ileus paralítico, riñón móvil, una invaginación de la última parte del ileon, u absceso en la vaina del psoas y aun mismo una fiebre tifoidea: más de un tífico ha principiado la enfermedad por una laparotomía creyendo en una apendicitis.

No hay más tratamiento de la apendicitis aguda que la apendicectomía. Solo se discute sobre el momento de la operación. Los defensores de la operación inmediata dicen que practicándola en las primeras veinticuatro horas el resultado es magnífico, con mortalidad casi nula, del uno al dos por ciento, al segundo día: un 10 a 12 % al tercer día. Al cuarto día la evolución se pronuncia: si es hacia la mejoría, es necesario abstenerse; nadie es intervencionista a esta época; todo se puede temer entonces: la operación como la peritonitis. Se puede razonablemente esperar para ver si forma una supuración local, pero siempre teniéndose listo para intervenir al menor signo de alarma. Se aplica, con todo rigor, el tratamiento médico que consiste en inmovilizar al enfermo acostado con la cabeza baja y con hielo al vientre para favorecer la formación de adherencias defensivas. Dieta absoluta, abstención de líquidos y sólidos. La inyección de morfina solo en los casos muy dolorosos. La alimentación no principiará sino a las 48 horas con un poco de té.

Los que defienden la operación a frío, al vigésimo día, hacen notar que en ese período el estado del enfermo es mejor, que al momento de la crisis dolorosa. Pero nadie puede conjeturar las sorpresas que esperan en la evolución apendicular. Son consideradas como manifestaciones de apendicitis crónicas ciertos síntomas secundarios, como los disturbios dispépticos, las reacciones cólicas, el enflaquecimiento, los disturbios a la sensibilidad en la fosa ilíaca derecha al comprimirla, estreñimiento, lengua sucia, tinte terroso, etc. El dolor que es más o menos vago se despierta por un ejercicio largo a pie, por un esfuerzo y aún por una buena comida. La corta duración del dolor es una característica importante. El vómito es frecuente. El enfermo se queja de digestión lenta y difícil; después de las comidas tiene sensación de peso con eructos que le alivian. No hay temperatura o el termómetro marca décimas. Como se ve la apendicitis crónica es difícil de descubrirla; se debe emplear el laboratorio y sobre todo la radiografía para que confirmen el diagnóstico.

Desde que se opera la apendicitis se ha observado que los síntomas más exaltados respondían algunas veces a lesiones insignificantes. El hecho existe hasta por apéndices que han sido extraídos a la segunda y tercera crisis y en plena apendicitis; los síntomas agudos diferentes de los síntomas crónicos son debidos probablemente a un modo de reacción del peritoneo que no depende del grado de lesión apendicular, pero si, más bien, de las condiciones de su infección. Con mayor razón en la apendicitis crónica, el mismo dolor localizado y persistente corresponde algunas veces a un apéndice libre que no presenta siquiera trazas de inflamación. Solo el resultado de la apendicectomía, la desaparición de los síntomas han justificado la operación. Las más grandes lesiones han sido vistas sin síntomas. Aún se ha reconocido que operando apendicitis crónicas benignas, en las que hasta la utilidad de la intervención había dado lugar a discusión, se ha encontrado, al abrir el peritoneo, lesiones graves. (Villavicencio Ponce, 1928, págs. 87-100)

Observaciones del Dr. Villavicencio Ponce

Los siguientes son casos relatados por el Dr. Villavicencio Ponce como complemento del artículo anterior:

El Sr. Dr. Dentista, de 40 años de edad, tuvo hace 18 años dolor agudo, pero difuso en el abdomen, sin disturbio alguno gastrointestinal, ni temperatura. Su cólico se caracterizó solo por dolor. En el año 1921 se había presentado un conjunto de síntomas propios de una afección de la vesícula biliar, con un dolor bien localizado en esa región. Desde entonces hasta el año de 1926 tuvo cólicos juzgados hepáticos, pero ya el dolor no se localizaba solamente en la mentada región sino también en el estómago, del que se aliviaba al vomitar. Toda comida, aun la de severa dieta, le causaba sensación de peso en el estómago. Este fastidio le condujo a rehusar el alimentarse, lo que causó una desnutrición grande y un agotamiento que hizo que le creyesen tuberculoso. Dolores de cabeza seguían a la terminación del cólico. En este año de 1926 solo almorzaba, porque la comida de la tarde le producía cólicos de la noche. Nunca tuvo dolor espontáneo en la región del apéndice, y cuando hice la palpación del punto de Mac Burney no se quejó. Había sido tratado por afección hepática, vesicular, renal, dispéptica, etc. Los lavados que se habían hecho del estómago le producían alivio. Al examinarle sospeché una apendicitis crónica y confirmé mi diagnóstico por el tacto rectal, ya que toqué un cierto empastamiento pélvico. Le opero el primero de noviembre de 1926 y encuentro un apéndice pequeño, bien grueso, con abscesos minúsculos en la base de implantación en el ciego. Desde entonces, el enfermo no vuelve a experimentar dolor alguno, recobra el apetito, y hoy está en plena salud.

La señorita R.E. de 23 años, viene de una provincia a la capital en 1926 para hacerse tratar la enfermedad que se caracteriza por estos síntomas: todos los días, desde febrero de este año por la mañana, antes de toda alimentación, nauseaba y llegaba algunas veces a vomitar un poco de moco y agua. Tuvo después un cólico muy agudo con dolores en la región de la vejiga, pero sin ningún disturbio a la micción; presentó calosfríos intensos y repetidos en ese mismo día y la temperatura que llegó a 38°. Pasa el cólico se levantó de la cama con dolor a la cadera y peso en la pierna derecha; al pisar con la punta del pie se acentuaba el dolor en la pierna. Nunca tuvo estreñimiento sino diarrea, sabor amargo, lengua pastosa. En abril se le repite el cólico y se le forma plastrón en la región del ovario derecho. Total, desaperencia y enflaquecimiento. Al examen pude comprobar que no se trataba de afección ovárica, sino que una palpación profunda y metódica yendo de la fosa ilíaca izquierda a la derecha, despertaba algún dolor apendicular. En el examen de sangre se encuentra leucocitosis y aumento de polinucleares.

La opero el 27 de diciembre de 1926. Encuentro un apéndice retrocecal crónicamente inflamado. La enferma cura, llamada la atención que desde el tercer día de la operación desaparecieron las náuseas y vómitos matinales.

La señorita M.E.A. de 26 años, en enero de 1927, me hace la relación siguiente: desde hace dos años principió a sentir dolores poco agudos pero pasajeros y fastidiosos en el abdomen. Luego se estableció un estreñimiento que le causaba dilataciones intestinales por abundancia de gases. Al año apareció un dolor en la cara interna de la rodilla derecha, y también en la ingle del mismo lado y finalmente en la punta del pie. La flexión de la pierna acentuaba el dolor en la ingle, llegó a andar cojeando. Nunca tuvo temperaturas. La señorita había sido considerada como sufriendo de coxalgia. Al examinarle observo que el dolor provocado por la flexión de la pierna era pequeño, y que la presión en la rodilla no despertaba dolor, sino que este era espontáneo. La tengo en cama y desaparece el dolor de la articulación coxo femoral. La presión en el abdomen despierta cierto dolor en el ciego. Al tacto rectal no le encuentro dolor alguno en el acetabulum, y descubro empastamiento pélvico. Al hacer simultáneamente dicho tacto combinado con presión externa sobre el punto de Mac Burney se despierta dolor en el apéndice. La exploración en el músculo psoas no nos manifiesta enfermedad en él. ¿El dolor en la rodilla era talvez producido por el nervio obturador comprimido por empastamiento en el interior de la pelvis? Pusimos el diagnóstico de apendicitis. La opero el 19 de enero de 1927, y encuentro un apéndice enorme, grueso y duro con ciertas adherencias al ciego y al epiplón. Con la operación desapareció el dolor a la ingle, a la rodilla y al pie. Ha quedado completamente curada.

El doctor N.N. ingresa a la clínica Pasteur el 19 de julio de 1927, y al cuarto día de haber tenido un fuerte cólico, con elevada temperatura, náuseas, vómito y diarrea. Nos relaciona que ya más de un año sufría de dolores que periódicamente le venían en la región baja de la fosa iliaca derecha. Este dolor estaba junto al anillo externo del canal inguinal, lo que había inducido a creer que se trataba de una punta de hernia. Desde entonces el enfermo había llevado un braguero con pelota herniaria. Al ingresar a la clínica tiene un cólico cuyo dolor máximo se localiza en la fosa iliaca *izquierda*, lo que hace que un médico dude del diagnóstico de apendicitis. Nosotros sostuvimos este diagnóstico, pero como se encontraba en el cuarto día creímos prudente esperar. Hemos dicho que en el cuarto día de apendicitis la evolución se pronuncia generalmente, ya sea hacia la mejoría o sea con tendencias a la difusión. Repetimos que todo podemos temer en ese momento, la operación como la peritonitis. La misma tarde tuvo 40°, pero mostrando tendencias a la localización del foco y un buen estado general. Los días siguientes se marcaron por una calma en todo sentido; notaba que el plastrón disminuía de extensión, la temperatura había bajado; cuando bruscamente el día 30 hubo un fuerte ascenso y decidí la operación. Al hacer la laparotomía encontré un foco de más de un litro de pus sumamente fétido, como es el de la flora anaerobia. El enfermo restableció.

El sargento mayor señor N.N. se nos presenta en enero 3 de 1928, y nos dice que hace años tuvo un paludismo y desde entonces un malestar al hígado, dolores en la región epigástrica, algunas veces localizado en la vesícula biliar y otras difuso en todo el abdomen. Ha sido hasta ahora curado como un vesicular, pero también habían sospechado en una apendicitis. Actualmente, el dolor en el abdomen no es permanente, pero vuelve al momento de las digestiones, que son malas. Durante la noche se despierta y siente torciones en el estómago. Tiene fermentaciones y eructos, lengua siempre empastada y gris, mal aliento, a pesar de los repetidos purgantes. Domina, sobre todo, ahora, la sintomatología de un neurasténico, cansado, agotado de fatiga, de nervios, de insomnio y enflaquecido por falta de alimentación. Al examinarle puedo descubrir un punto apendicular característico. Le opero el día 27 de enero de 1928 y encuentro un apéndice duro y esclerosado. Me sorprende que en los 20 días que estubo en observación nunca haya tenido la lengua limpia, y que tres días después de la apendicectomía hubiese desaparecido todo mal sabor, limpiado totalmente la lengua y recuperado el sueño. (Villavicencio Ponce, 1928)

Historias de los pacientes con apendicitis

A continuación, se presenta la información disponible en los libros del servicio de Clínica Quirúrgica del hospital (1920 y 1925). Son ocho casos de apendicitis, cinco mujeres y tres varones. Seguramente no constan todos los casos de apendicitis atendidos en el hospital y en el servicio durante el período en estudio. La pérdida de muchos libros de registros clínicos ha afectado a todos los períodos históricos del HSJD.

De este grupo, todos los pacientes tuvieron el alta. Se especifica en unos su mejoría. En los casos en que no hay información existen datos que señalan la evolución favorable de los pacientes.

Segundo García (No se indica la condición final) Paciente de 28 años de edad, procedente de Portoviejo, ocupación tapizador. Ingresó el 6 de julio de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, paludismo y gripe. ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza el 3 del presente con náuseas, vómito y diarrea (con una especie de colerín, según dice textualmente el enfermo) luego se le presenta un dolor a nivel de la fosa iliaca derecha, siendo continuo y bastante intenso; además también se queja de haber tenido dolores lumbares. EXAMEN FÍSICO: Al examen presenta el mismo dolor que no permite absolutamente la palpación, la lengua ligeramente saburral, anorexia y estreñimiento. DIAGNÓSTICO: **Apendicitis**. TRATAMIENTO: Purgantes carminativos y tónicos. EVOLUCIÓN: Con el tratamiento que se indica, los

dolores, malestar general y anorexia han desaparecido. CONDICIÓN FINAL: Alta el 17 de julio de 1920. No hay más información.

Mariana Morales de Morejón (Bien) Paciente de 52 años de edad, raza indígena, ocupación vivandera, procedente de Chilligallo. Ingresa el 17 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años de edad. Ha tenido 10 embarazos. Sus 10 hijos han muerto. Ha tenido fiebre, sarampión, pulmonías, disenterías. ENFERMEDAD ACTUAL: 8 días antes presentó escalofrío, calentura, dolor intenso del abdomen, vómitos y diarrea. EXAMEN FÍSICO: Presenta un gran plastrón en la fosa ilíaca derecha, acompañado de dolor, especialmente en el punto de Mac Burney. DIAGNÓSTICO: **Apendicitis con plastrón**. EVOLUCIÓN: El 25 de diciembre desaparece por completo el plastrón y el dolor abdominal. La enferma se siente bien y no quiere hacerse operar. CONDICIÓN FINAL: Alta el 3 de enero de 1922. Sale en buenas condiciones.

Juliana Niacalla (Bien) Paciente de 40 de edad, raza indígena, ocupación cocinera, procedente de Conocoto. Ingresa el 11 de mayo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 17 años, ha tenido 9 embarazos, tuvo 2 abortos, tiene 7 hijos vivos. DIAGNÓSTICO: **Apendicitis Crónica**. TRATAMIENTO: Clínico. EVOLUCIÓN: Rechaza la intervención y con el tratamiento clínico desapareció el dolor. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de mayo de 1922.

Olga Proaño (No se indica la condición final) Paciente de 4 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresa el 21 de mayo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión y tosferina. ENFERMEDAD ACTUAL: Son más o menos 19 días que ha comenzado a quejarse de dolor en la barriga. Fue llamado el médico, quien opinó que se trataba de apendicitis. Desde entonces se le ha tenido con hielo en el vientre y reposo en cama. EXAMEN FÍSICO: Lengua sucia; en el abdomen se nota un emplastamiento de la pared, que asienta en la fosa ilíaca derecha, alcanzando casi toda la parte inferior del abdomen que es ligeramente globoso. DIAGNÓSTICO: **Apendicitis**. EVOLUCIÓN: El jefe de Servicio opina que no es momento de intervención quirúrgica. CONDICIÓN FINAL: Alta el 23 de junio de 1922.

Mercedes Velásquez de Solís (Buenas condiciones) Paciente de 22 años de edad, raza mestiza, ocupación planchadora, procedente de Latacunga. Ingresa el 9 de agosto de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años de edad, ha tenido un embarazo y tiene 1 hijo vivo. ENFERMEDAD ACTUAL: A los 10 días de su único parto presento sensación de un bulto y dolor en la fosa ilíaca derecha. EXAMEN FÍSICO: La fosa ilíaca derecha es muy dolorosa y tiene un abultamiento. DIAGNÓSTICO: **Apendicitis**. TRATAMIENTO CLÍNICO: Reposo, hielo al vientre, purgantes salinos y pociones de salicilato de sodio. EVOLUCIÓN INICIAL: El dolor calmó sucesivamente en los siguientes días, pero en el fondo de la región se notaba todavía un ligero abultamiento duro. Continuó en reposo y después de varios purgantes salinos y de pociones de salicilato de sodio, la enferma está en condiciones de ser operada. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Apendicectomía: el 1 de septiembre de 1921: el peritoneo está notablemente engrosado y congestionado, la búsqueda del apéndice se hace muy difícil por las adherencias; luego se separa el apéndice con termocauterío; hay un punto de supuración que se lo cauteriza cuidadosamente; luego se peritoniza y cierra la pared. Opera el Dr. Montero, ayudan el Dr. A. Terán y el Sr. JF Arellano P. Administra cloroformo el Sr. M. Ribadeneira. EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA: Después de 8 días de la cirugía se quitan los puntos de sutura y el 15 de septiembre se da el alta. CONDICIÓN FINAL: Egresada en buenas condiciones.

Antonio Carvajal (Mejor) Paciente de 60 años de edad, empleado residente en Quito. Ingresa el 12 de mayo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, viruelas, empachos frecuentes, tifoidea, gripe, frecuente eliminación de áscaris por el recto y por la boca hasta hace dos años. DIAGNÓSTICO: **Apendicitis supurada**. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Drenaje quirúrgico del foco supurativo; dren. Intervinieron: Dr. Salgado, Sr. A. Villagómez, Cloroformizador Sr. Enrique Troya. CONDICIÓN FINAL: Alta el 10 de junio de 1924. Mejor.

Luis Moreno (Curación) Paciente de 25 años de edad, ocupación sastre, procedente de Chilligallo. Ingresa el 21 de junio de 1924. DIAGNÓSTICO: **Apendicitis supurada**. TRATAMIENTO: Lavados cotidianos de la herida quirúrgica con la solución amarilla del Dr. Salgado. Drenaje quirúrgico y colocación de dren. Continúa con lavados con la solución amarilla del Dr. Salgado. EVOLUCIÓN: satisfactoria, curación. Firma: Dr. Salgado. CONDICIÓN FINAL: Alta el 27 de julio de 1924.

Hermana Josefina Ron (Apendicitis crónica por grano de trigo. Egresada en buenas condiciones). Religiosa de 22 años de edad, residente en Quito. Ingresa el 10 de noviembre de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 15 años. Ha tenido sarampión y disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace dos años experimenta primero un dolor lento en el epigastrio que le dura casi todo el día, pero se exagera especialmente después de las comidas; más tarde nota una anorexia muy marcada, siente náuseas y a veces un vómito mucoso y bilioso. Esta localización del dolor en el epigastrio cambia de sitio y nota que va acentuándose hacia la fosa ilíaca derecha; aumentaba de intensidad días antes de presentarse la regla, no llegando a tener el carácter de verdadero cólico, hiperestesia cutánea o estreñimiento. Dice que siente como si se le pinchara con una aguja en esa región y que el dolor y amortiguamiento se irradiaban al miembro inferior correspondiente. Presentaba también crisis de diarrea, por lo que pensaron en parasitosis intestinal. Hace dos meses fue examinada por el Dr. Ontaneda quien le diagnosticó apendicitis de evolución crónica. EXAMEN FÍSICO: El Dr. Villavicencio le examina y confirmó el diagnóstico de apendicitis crónica, por lo cual se decide la operación. DIAGNÓSTICO: **Apendicitis de evolución crónica**. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: el 22 de noviembre de 1924 se realiza la apendicectomía. Interviene Dr. Villavicencio. Previa anestesia general se procede a la operación. Laparotomía mediana se va en busca del apéndice, en efecto se lo encuentra aumentado, tanto en longitud como en espesor; se procede a la extirpación según la técnica conocida. EVOLUCIÓN: Los días posteriores pasa muy bien, sin temperatura, el estado general magnífico. Al 6to día se le cambia el apósito. Se le quitan los puntos, la herida está curada. EXAMEN MACROSCÓPICO DEL APÉNDICE: Examinada la pieza sobre el acto revela la presencia de un cuerpo extraño, luego al incidir el apéndice en el sentido de su eje longitudinal, causa sorpresa la **presencia de un grano de trigo situado en el tercio medio del apéndice**. Firma Dr. Villavicencio. CONDICIÓN FINAL: Alta el 2 de diciembre de 1924. En buenas condiciones.

Personal médico

En los casos de apendicitis consta la intervención quirúrgica de los siguientes profesionales: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Arturo Terán Gostalle, Dr. Montero Carrión, Dr. Salgado, Sr. JF Arellano P., Sr. M. Ribadeneira, Sr. A. Villagómez y Sr. Enrique Troya.

Tratamiento

Como se señaló anteriormente, la evolución de los pacientes, aparentemente, fue favorable en todos los casos. Cuatro pacientes que fueron operados, se recuperaron adecuadamente. Los otros cuatro pacientes recibieron tratamiento clínico y evolucionaron al parecer positivamente. El caso de la niña Olga Proaño, de 4 años de edad, no se realizó la apendicectomía siguiendo los lineamientos escritos en el estudio del Dr. Villavicencio Ponce sobre el tema. La decisión tomada consta así: “El jefe de Servicio opina que no es momento de intervención quirúrgica” y recibió el alta.

Los tratamientos clínicos utilizaron reposo, hielo, purgantes, carminativos, tónicos y como analgésico salicilato de sodio.

Los carminativos

Son sustancias naturales con efecto antiflatulento y antiespasmódico que podrían disminuir la fermentación intestinal. Muchas plantas tienen, según los entendidos, efecto carminativo. No se menciona el medicamento utilizado. Se atribuye este efecto a: manzanilla, comino, cebolla, cilantro, toronjil, menta, yerba buena, anís, romero, tomillo, laurel, azafrán, cardamomo, orégano y seguramente otras más.

Condición final

El resultado final no es totalmente explícito. No es posible conocer la condición final cuando solamente consta el alta, o cuando el paciente no decidió someterse a la cirugía, o cuando no fue intervenido. No existe constancia de defunciones.

Conclusiones

El tratamiento clínico se basaba en el conocimiento de la evolución natural de la enfermedad, claramente expuesta en el documento escrito por el Dr. Villavicencio Ponce, y la observación del paciente, para decidir el momento más adecuado para realizar la cirugía.

Había dos temores expresados claramente por Villavicencio: la sepsis y la intervención quirúrgica. Los dos, con sus propios tiempos y riesgos, modulaban la intervención médica.

La observación sobre las bases mencionadas anteriormente fue el camino más adecuado. Una expectativa de alta tensión en que se jugaba la vida del paciente.

Los medicamentos utilizados, poco o nada, podían aportar a modificar el curso natural de la enfermedad. Esta seguía su curso, en función de la respuesta biológica del enfermo.

En medio de estas circunstancias, los resultados apuntan hacia el lado positivo del resultado final.

Herpes zoster o zona (5 casos)

Historias Clínicas de los pacientes con Herpes zoster o zona

Estanislao Simbaña (Curación) Peón de 40 años de edad, raza indígena, natural de Chingiltina (Parroquia Abdón Calderón). Ingresó el 4 de febrero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Son 4 meses que se le presentó una mancha colorada, dice el enfermo, en la parte anterior lateral izquierda del cuello; había prurito, ardencias y piquetes. A los 8 días ese rash se convierte en unas pequeñas pústulas, las que revientan dando una secreción amarillo sanguinolenta. Al mes de ello, presentó un rash similar en la región simétrica del lado derecho, el que tuvo igual evolución. Esas fistulas ya cicatrizadas (eran muy superficiales) han sido tratadas por medios cauterizantes (pomadas, yodo, etc.) Esto ha sido causa para que se ulceren y erosionen de una manera intensa. EXAMEN FÍSICO: En efecto, ahora presenta el siguiente aspecto en ambos lados del cuello: sobre el triángulo supra clavicular y el esternocleidomastoideo hay zonas extensas ulceradas, en parte cubiertas de costras y en parte forman pequeñas lagunillas de bordes pultáceos y que tienen una secreción purulenta, toda la piel que circunda a dicha zona está ligeramente esfacelada de color azul rojizo. Parece por dicho aspecto que hubo primero un Herpes Zoster de los nervios cutáneos del cuello y que luego la ulceración dio lugar a una lesión de una supuración banal. DIAGNÓSTICO: **Herpes Zoster**. CONDICIÓN FINAL: Sale curado el 25 de febrero de 1920.

Raimunda Micaila (Curación). Paciente de 13 años de edad, procedente de Latacunga. Ingresó el 28 de mayo de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Se hospitaliza por sentir fuertes dolores en el muslo derecho. Examen físico: Se observa una erupción vesicular diseminada en distintos puntos del muslo, siguiendo el trayecto de los nervios: fémoro cutáneo, abdomino genital e isquion. Cada fistula tiene un color blancuzco. DIAGNÓSTICO: **Zona**. TRATAMIENTO: **Salicilato al interior y polvos al exterior**. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 6 de junio de 1921.

Rosa Rivadeneira (No se indica la condición final) Paciente de 50 años de edad, raza mestiza, cocinera residente en Quito: Ingresó el 11 de enero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Ha tenido 8 embarazos y tuvo un aborto. Ha sufrido de neumonía, erisipela 3 veces. DIAGNÓSTICO: **Zona**. TRATAMIENTO: **Salicilato y polvos inertes al exterior**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 28 de enero de 1923.

N. Fuerte (No se indica la condición final) Paciente de 40 años de edad, raza mestiza, residente en Quito. Ingresó el 22 de mayo de 1923. DIAGNÓSTICO: **Zona en el abdomen**. No existe más información.

Amelia González (No se indica su condición final) Paciente de 50 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresó el 15 de febrero de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Ha tenido un embarazo y tiene un hijo vivo. Tuvo sarampión. DIAGNÓSTICO: **Zona cervical y torácica, lado derecho**. CONDICIÓN FINAL: Alta el 18 de marzo de 1924.

Joaquina Masapanta (No se indica la condición final) Paciente de 70 años de edad, raza india, procedente de Carapungo. Ingresó el 15 de febrero de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 13 años de edad. Ha tenido 5 embarazos, tiene 5 hijos vivos. DIAGNÓSTICO: **Zona de cadera izquierda**. TRATAMIENTO: **Salicilato de sodio y localmente polvos inertes**. CONDICIÓN FINAL: Alta. No hay más información.

Isabel Viteri (No se indica la condición final) Paciente de 60 años de edad, raza mestiza, procedente de Latacunga. Ingresó el 13 de noviembre de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 14 años de edad. Ha tenido 1 embarazo y un aborto. Ha tenido sarampión y fiebre. DIAGNÓSTICO: **Herpes Zona**. No hay más información.

Conclusiones

Es poco lo que se puede anotar respecto a esta enfermedad, dolorosa, prolongada, aunque autolimitada por su origen viral.

En el caso de Estanislao Simbaña es evidente una infección secundaria que terminó curada, después de una larga evolución de 4 meses y una prolongada hospitalización de 21 días.

En los otros casos la información es mínima. Se utilizó el salicilato de sodio como analgésico.

Localmente, aplicaron polvos inertes que podrían contener óxido de zinc.

No es posible aportar más en estos casos de Herpes Zoster o Zona.

Caries, mastoiditis y estomatitis

Historias clínicas de pacientes con caries (4 casos)

Los siguientes casos podrían ubicarse en otros grupos. Posiblemente, el más adecuado sería el de osteomielitis. Se los mantiene como un grupo distinto para conservar la denominación diagnóstica de caries que se utilizó y consta en los registros. Solamente un caso correspondería a lo que usualmente se conoce como caries en la actualidad. No se especificó el tipo de tra-

tamiento administrado en este último caso. En los otros casos el tratamiento fue quirúrgico, acompañado en la administración de A. de r. 30 g., que podría ser Agua de rosas. No se sabe.

La evolución fue positiva para todos los casos.

Segundo Freire (Curación) Paciente de 21 años de edad, trabaja en servicio doméstico en Mulaló. Ingresó el 13 de julio de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 7 meses sufrió una caída de caballo. Luego de tres días presenta dolor en el hombro derecho con inmovilidad del miembro, fiebre, malestar general durante 15 días consecutivos. Luego aparecen dos abscesos: uno sobre el deltoides derecho y otro sobre la espina del omóplato derecho. Hace 6 meses un médico de Latacunga abrió los abscesos y el 28 de febrero fue operado en el Hospital de Latacunga, habiendo realizado la resección de una parte de la espina del omóplato que seguramente estuvo cariada. Han pasado cuatro meses de la operación y la herida no ha cicatrizado, lo que le decide a venir a Quito para su curación. EXAMEN FÍSICO: Estado nutritivo regular, facies tranquila, afebril. A lo largo de la espina del omóplato derecho, desde el acromion hasta el borde interno del mencionado hueso, se nota un color rojo subido y fruncimientos que indican una cicatrización. La palpación descubre adherencias de la piel con el omóplato. Se observa en este mismo territorio dos o tres perforaciones de la piel de las cuales sale pus verdoso; una de ellas, la que coincide con el tubérculo de la espina del hueso indicado, la única explorable con el estilete, nos conduce por una pequeña fístula hasta el tejido esponjoso de la escápula. Además, siguiendo la dirección de la espina escapular hacia la línea media, se observa sobre una de las vértebras una pequeña cicatriz que coincide con un corto trayecto fistuloso terminado en tejido blando. DIAGNÓSTICO: **Caries de la espina del omóplato**. LABORATORIO CLÍNICO: Orina: Albúmina 0; glucosa 0. TRATAMIENTO: **Limpieza y curetaje de la fístula y región afectada**. Intervienen: Dr. Estupiñán, Sr. Villagómez, Cloroformizador Sr. Estupiñán. Curaciones diarias con la solución amarilla del Dr. Salgado. CONDICIÓN FINAL: Alta el 28 de septiembre de 1924. Curación.

Juan de la Cruz Cárdenas (Mejor) Paciente de 44 años, ocupación albañil, de Quito. Ingresó el 10 de noviembre de 1924. DIAGNÓSTICO: **Caries del calcáneo**. TRATAMIENTO: **A de r 30 g. Curetaje y eliminación de restos óseos**. Intervienen: Dr. Salgado, Sr. Alborno, cloroformizador Sr. Estupiñán. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta el 18 de abril de 1925. Mejor.

Victoria Álvarez (Alta) Paciente de 40 años de edad, peona de Quito, ingresó el 15 de abril de 1921. DIAGNÓSTICO: **Caries dental**. CONDICIÓN FINAL: Salió al segundo día el 17 de abril de 1921.

Adolfo Guadalupe (Curación) Paciente de 48 años de edad, panadero, procedente de Guayaquil. Ingresó el 11 de agosto de 1924. DIAGNÓSTICO: **Caries en algunos huesos del pie izquierdo**. TRATAMIENTO: **A de r 30 g. Curetaje de la herida** y tejidos aledaños. Dren. Intervienen: Sr. Villagómez, Sr. Estupiñán y cloroformizador Enfermero Troya. CONDICIÓN FINAL: Alta el 1 de enero de 1925. Curación.

Historia clínica de un paciente con mastoiditis

Igualmente, este sería otro caso para el grupo de osteomielitis. Consta su diagnóstico como mastoiditis y fue tratada quirúrgicamente. Su evolución fue satisfactoria, como consta en su registro conciso.

Isabel Racines B (Evolución satisfactoria) Paciente de 35 años de edad, raza blanca, ocupación matrona, residente en Quito. Ingresó el 21 de agosto de 1922. DIAGNÓSTICO: **Mastoiditis**. TRATAMIENTO: **Trepanación**. Intervienen: Villavicencio, Sr. H. Rueda, Sr. G. Arcos. Cloroformizador Sr. Ulloa. EVOLUCIÓN: Satisfactoria. CONDICIÓN FINAL: Alta el 30 de agosto de 1922. Sale en buen estado.

Historia clínica de un paciente con estomatitis

Este caso de estomatitis evolucionó lentamente con el tratamiento local con sustancias de acción antiséptica. Presentó una complicación que obligó a su traslado al servicio de Clínica.

Elisa Torres v. Jaramillo (Pase a la sana de la Virgen) Paciente de 35 años de edad, raza blanca, ocupación panadera, residente en Quito. Ingresó el 30 de mayo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Tuvo 2 embarazos y tiene 2 hijos vivos. DIAGNÓSTICO: **Estomatitis**. TRATAMIENTO: **Colutorios de glicerina yodada, lavado con agua oxigenada**. EVOLUCIÓN: La estomatitis cede lentamente. Después del tratamiento de la estomatitis, presenta tos fuerte, persistente, oliguria, polaquiuria. CONDICIÓN FINAL: Pase a Clínica a la sala de la Virgen el 11 de junio de 1922.

Paludismo

Los casos de paludismo de este acápite no ameritan mayores comentarios, aunque son algo atípicos. La mayor parte de casos de malaria, 53 casos, se estudiaron en el capítulo III. El primer caso de **Moisés Fuentes**, a más del paludismo, tiene un forúnculo ulcerado en la pier-

na, motivo por el cual, seguramente, fue ingresado al servicio de Clínica Quirúrgica. Recibió quinina y lavados de su úlcera con una solución de sublimado, que contiene azufre y actúa como antiséptico.

Tres casos corresponden a familiares procedentes de Calacalí. Dos de ellos, padre e hijo, Daniel y Manuel Vaca respectivamente, tuvieron paludismo y adicionalmente una erupción dérmica, cuyo diagnóstico no se especifica, y que fue tratada con éxito con bálsamo del Perú. El tercer familiar, **Segundo Vaca**, tuvo paludismo y un absceso en la rodilla. Recibió tratamiento con quinina.

Otro caso significativo es el de **Domingo Buirzone**, quien tuvo un paludismo resistente a la quinina y de acuerdo al registro superó el paludismo con la administración de Neosalvarsan.

Historias clínicas de pacientes con paludismo (5 casos)

Moisés Fuentes (Curación) Paciente de 23 años, raza mestiza, arriero, procedente de San Antonio de Ibarra. Ingresó el 27 de abril de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 5 meses en que comienza su enfermedad por la inflamación de un forúnculo en la región antero interna y parte media de la pierna. Hoy tiene ya dimensiones mucho mayores al foco de inflamación y reviste los caracteres de una úlcera simple. Además, por la facies del enfermo y todos los síntomas mencionados por él, como son gran calofrío, hipertermia y sudores abundantes por accesos, diarrea continua, etc., es afectado de un paludismo. DIAGNÓSTICO: Paludismo. TRATAMIENTO: Se le comienza el tratamiento, tanto del paludismo por la quinina, como de la úlcera con lavados de solución de sublimado. CONDICIÓN FINAL: Alta por curación el 23 de mayo de 1920.

Daniel Vaca (Curación) De 58 años, agricultor, residente en Calacalí. Ingresó el 5 de agosto de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Al final del tratamiento del paludismo, el enfermo acusa tos y arroja esputos sanguinolentos, tiene malestar, alza de temperatura, calofríos por las tardes y una inmensa demacración y debilitamiento. Después mejora y desaparecen los anteriores síntomas y se vuelve a la montaña de la que sale hace un año a vivir en Calacalí. Hace 8 meses el enfermo es contagiado por su hijo, de una erupción cutánea, es atacado de vivas comezónes. La erupción es menuda, roja al principio y luego se cubre de tejido cicatricial negro, la erupción es esparcida en todo el cuerpo, excepto en la cara. Actualmente, tiene tos en las tardes y arroja esputos blancos adherentes. Acusa un dolor en la región precordial que le impide trabajar. DIAGNÓSTICO: Paludismo. TRATAMIENTO: Infusiones pectorales. Al exterior, Bálsamo del Perú con lo cual ceden las erupciones.

Manuel Vaca (Curación) Tiene 9 años de edad, es agricultor y reside en Calacalí. Ingresó el 3 de agosto de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: A los 4 años de edad comienza a toser, a enflaquecerse y tener cefalalgias por las tardes. Hace 1 año y medio le comienza una erupción semejante a la de su padre (véase anterior) y por lo que entra en el servicio. Hoy presenta una intensa demacración, decaimiento, cefalalgia, anemia, tos por la tarde seguido de arrojo de esputos adherentes y además la erupción ya citada. DIAGNÓSTICO: Paludismo. TRATAMIENTO: Infusiones pectorales, purgantes y Bálsamo del Perú al exterior, con lo cual el enfermo cura.

Segundo Vaca (No se indica su condición final) Paciente de 22 años, agricultor, residente en Calacalí. Ingresó el 9 de agosto de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 semanas que súbitamente, amanece con dolor en la articulación de las rodillas por lo cual no puede caminar sino cojeando. Algunos días después tiene que quedarse en su casa, ya que es imposible caminar, por lo que viene a la Sala San Vicente, en donde se le forma un absceso en la parte posterior de la rodilla, esto hace 15 días. a los pocos días el absceso se abre de sí y con salida de mucho pus, esto hace 3 días, El enfermo ingresa al servicio con el absceso abierto. Después de varios días presenta elevaciones térmicas y calofríos. DIAGNÓSTICO: Paludismo. TRATAMIENTO: Quinina.

Domingo Buirzone (Curación) Paciente de 20 años, agricultor, procedente de Machachi. Ingresó el 12 de diciembre de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo paludismo hace un año en Guayaquil. Los médicos le han puesto muchísimas inyecciones de quinina que en ninguna ocasión ha soportado; le habían sobrevenido accesos anafilácticos, quizás más fuertes que el paludismo. ENFERMEDAD ACTUAL: Ahora viene a nuestro servicio por no haber desaparecido la enfermedad después de un año de tratamiento con quinina. Tiene accesos que se repiten cada 3, 4 o 5 días. El estado general es bueno. Lejos de presentar una facies anémica, se ve rosada debido a su temperamento sanguíneo. Tiene, además, síntomas poco acentuados de síndrome disentérico. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo bueno, facies muy rosada. Temperatura 37 °C., Pulso 72 x minuto. Aparato Digestivo: Apetito un tanto disminuido; lengua saburral; digestiones un poco retardadas; deposiciones diarreicas de mal olor acompañadas de un pequeño malestar en el vientre. Respiratorio y circulatorio, normales. Bazo ligeramente hipertrofiado. DIAGNÓSTICO: Paludismo rebelde al tratamiento por la quinina, durante un año. TRATAMIENTO: Recibió Neosalvarsan la víspera del ingreso, medicación que administró el Dr. Salgado. En el Hospital se le administró 3 inyecciones intravenosas de Neosalvarsan 0,15 g con intervalo de una semana entre ellas. Para el síndrome disentérico se le administró bebidas purgantes e ipeca, con lo cual cedió en 3 o 4 días. Durante su permanencia en el servicio no sobrevino ningún acceso de paludismo, es decir, este cedió a la primera inyección que recibió la víspera del ingreso. Su estado general es bueno. CONDICIÓN FINAL: Alta. Sale bien. Dr. Salgado.

Varioloide, viruelas, lepra, leishmaniosis y balanitis

Las historias de los casos de varioloide, viruelas, lepra, leishmaniosis y balanitis, son muy escuetas y no ameritan comentarios. Se incluyen estos registros que forman parte de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de Clínica Quirúrgica entre 1920-1925.

Varioloide y viruelas

Varioloide era una forma leve de viruela que ocurría en personas que habían sido vacunadas previamente contra esa enfermedad o que la habían tenido (Farlex, 2012).

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud, la viruela ha sido oficialmente erradicada en el mundo. Por tanto, la enfermedad diagnosticada como varioloide también debe haber desaparecido.

Historias clínicas de pacientes con varioloide (3 casos)

Dolores Enríquez (Curación) Paciente de 22 años, sirvienta, vive en Ambato. Ingresó el 22 de diciembre de 1921. DIAGNÓSTICO: **Varioloide**. TRATAMIENTO: Purgante, diaforéticos, diuréticos y poción tónica. Médico tratante: Dr. Miño. CONDICIÓN FINAL: Alta el 23 de diciembre de 1921. Curación.

María Soria (No se indica su condición final) Paciente de 17 años, mestiza, residente en Tumbaco. Ingresó el 1 de agosto de 1923. DIAGNÓSTICO: **Varioloide**. No existe información adicional.

José Figueroa (No se indica su condición final). Colegial de 18 años de edad, procedente de Tulcán. Ingresó el 3 de febrero de 1921. DIAGNÓSTICO: **Varioloide**. Alta el 25 de febrero de 1921. No existe información adicional.

Historia clínica de una paciente con viruelas

Rosa Segovia (No se indica su condición final) Paciente de 14 años de edad, raza mestiza. Ingresó el 4 de noviembre de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES. Ha tenido sarampión y Osteomielitis operada en la sala Santa Teresa. DIAGNÓSTICO: Viruelas. No existe información adicional.

Lepra

Historias clínicas de pacientes con Lepra (2 casos)

En los dos casos de pacientes con lepra, es significativa la utilización del laboratorio clínico como elemento de comprobación diagnóstica de la enfermedad. En el estudio realizado a **Rosario Jaramillo de Chávez** fue negativo para el “primer examen”. Esto induce a pensar que se realizaban varias indagaciones microbiológicas para definir la existencia o no de la enfermedad. En los dos casos se transfirió a los pacientes al Hospicio.

Sobre esta enfermedad se ha publicado en la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina* de 1916, la visita y clase práctica del Dr. Ricardo Villavicencio Ponce a los enfermos del leprocomio de Quito. La visita se constituyó en una clase teórico-práctica mediante la minuciosa revisión de cada uno de los casos. Consta con el título de “La Lepra, conferencia dada en el Lazareto de Pifo a los señores estudiantes de Medicina por el Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Profesor de Clínica Quirúrgica y Dermatología”, con fecha 20 de mayo de 1916.

Amable Reyes (Pasa al Hospicio) Paciente de 28 años de edad, ocupación carpintero, procedente de Riobamba. Ingresó el 25 de diciembre de 1920. EXAMEN FÍSICO: Examinado detenidamente encontramos un cuadro sintomático que nos induce a creer se trate de una lepra. DIAGNÓSTICO: Lepra. CONDICIÓN FINAL: Pasa al Hospicio.

Rosario Jaramillo de Chávez (Pase al Hospicio) Paciente de 50 años de edad, mestiza, procedente de Otavalo. Ingresó el 4 de octubre de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 13 años de edad. Ha tenido 4 embarazos. Tiene 4 hijos vivos. Una prima parecía lepra. MOTIVO DE CONSULTA: Fiebre. DIAGNÓSTICO: Lepra(?) LABORATORIO CLÍNICO: Primer examen para lepra salió negativo. CONDICIÓN FINAL: Se le da el pase al Hospicio el 11 de octubre de 1923.

Leishmaniosis

Historia clínica de una paciente con Leishmaniosis

Los datos existentes no permiten reflexión alguna.

Rosa Sevilla (No se indica su condición final) Paciente de 12 años de edad, raza india, ocupación agricultora. Ingresó el 17 de febrero de 1922. DIAGNÓSTICO: Leishmaniosis. No existe información adicional.

Balanitis

Historia clínica de un paciente con balanitis

En este caso, destaca la exploración de quien examinó a Ángel M. Erazo sobre la posible presencia de ganglios periféricos a la lesión, que puedan inducir al diagnóstico de “especificidad” que era la denominación usual de la sífilis, la cual fue descartada.

Ángel M. Erazo (No se indica su condición final) Paciente de 21 años de edad, ocupación Colacionero, procedente de San Gabriel. Ingresó el 4 de febrero de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó hace 5 meses por una ulceración al lado del frenillo el que se necrosó y comenzó a supurar produciendo luego una inflamación glande prepucial, desde entonces este último quedó en fimosis. No se hallan ganglios inguinales ni epitrocleares y no ha habido ninguna manifestación de especificidad. DIAGNÓSTICO: Balanitis. CONDICIÓN FINAL: Alta en 22 de febrero de 1921. No existe información adicional.

CAPÍTULO XVI

Patología dermatológica

En el servicio de Clínica Quirúrgica (1920-1925), los problemas de la piel, ocupan el segundo lugar. Se registraron 280 diagnósticos, agrupados en 29 patologías.

Las infecciones de la piel afectaron a 189 (67.50%) pacientes. Existieron procesos infecciosos primarios o secundarios, unos superficiales como impétigo y piodermitis; otros más profundos como erisipela, ectima y ántrax. También se registraron parasitosis como la escabiosis, la *invasión por niguas* y en algún caso consta la presencia de teniasis. En las escaras, un componente secundario casi siempre presente fue la infección y por la naturaleza de estas lesiones, las infecciones secundarias llegaron a ser mortales. Además, una psoriasis fue señalada como sifilítica y hubo un caso de verrugas plantares. La “Tabla 1” presenta la distribución de las patologías dermatológicas. Se marca con un asterisco a las enfermedades infecciosas.

Tabla 1. Patología dermatológica. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Patología	Nº	Patología	Nº
Erisipela*	76	Nevus	2
Eczema	38	Pitiriasis rosa de Gilbert	3
Escabies*	33	Quiste sebáceo	2
Impétigo*	28	Acné	1
Ectima*	21	Dermatitis por niguas*	1
Prurigo	18	Dermatosis generalizada	1
Ántrax*	14	¿Dermitis? Forma anormal de Liquen.	1
Escaras*	13	Erupción cutánea del cuero cabelludo	1
Psoriasis	6	Posible Actinomicosis facial*	1
Eritema	5	Verrugas*	1
Liquen	5	Vitíligo	1
Urticaria	5	Piodermitis*	1
Queloides	2	TOTAL	280

* *Enfermedades infecciosas de la piel.*

Historias clínicas de pacientes con patologías dermatológicas

Se presentan casos clínicos relevantes que corresponden a las siguientes patologías: erisipela, eczema, escabiosis, impétigo, ectima, ántrax, escaras, prurigo, queloides, psoriasis, liquen, urticaria, pitiriasis y dermatitis por niguas.

Historia clínica de una paciente con erisipela

Tránsito Iza (Alta) natural de Quito, de 35 años de edad, viuda, profesión quehaceres domésticos, ingresó a este servicio el 4 de marzo de 1921. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: El padre murió con neumonía hace 8 meses. La madre es cardíaca. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, viruelas, fiebre por varias ocasiones. A los 14 años empezaron las menstruaciones. Ha tenido 10 hijos, de los cuales solo viven 2. ENFERMEDAD ACTUAL: Hacían 10 días que le empezó la enfermedad, comenzó por un grano localizado en la nuca, dicho grano ha aumentado de volumen, acompañándose de una inflamación ganglionar en el cuello. Luego tuvo una erupción en el tórax acompañándose con prurito muy intenso, luego después tuvo calofríos, todas las noches durante 5 noches. EXAMEN FÍSICO: Presenta placas erisipelatosas cicatrizadas en la frente y en las dos mejillas. DIAGNÓSTICO: Erisipela. TRATAMIENTO: Ictiol, diuréticos y purgantes. CONDICIÓN FINAL: Alta: el 10 de marzo de 1921.

Historias clínicas de pacientes con eczema

Tomasa Guaranda (No indica condición final). Natural de Tablón Grande, ingresó a este servicio el 28 de enero de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Debido al poco estado de civilización no es posible pedir detalles. EXAMEN FÍSICO: Vino con un eczema localizado en las axilas y en la cabeza. DIAGNÓSTICO: Eczemas. TRATAMIENTO: Agua de Alibour (compresas). Se ha empleado puntitas de fuego. La enfermedad repitió por segunda vez.

Carmela Toledo (Sale casi igual). Natural de Quito, de 40 años de edad, soltera, profesión quehaceres domésticos, ingresó a este servicio el 9 de febrero de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido hace un año sarpullido. A los 17 años le empezaron las menstruaciones, siempre no han sido normales, tanto en tiempo como en la cantidad. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace unos 20 días empezó a observar una paspita en la pierna; en los brazos unas ampollitas blancas, con secreción que era del mismo color, acompañadas de un terrible prurito, luego ardencias; en los días siguientes ha ido aumentando hasta cuando ingresó a este servicio. EXAMEN FÍSICO: En la parte interior, externa y posterior del muslo derecho se observan multitud de pequeñas pápulas formando en conjunto una sola mancha de una coloración roja en distintos lugares de dicha placa; se observa que ha habido aglomeración de las pápulas con una ligera secreción. El mismo proceso se observa en los dos miembros superiores y ahora se encuentra en el segundo período del eczema, es decir en estado de descamación. En los brazos que se encuentran en período de descamación. DIAGNÓSTICO: Eczema (descamación). TRATAMIENTO: Diaforéticos, Agua de Alibour (compresas). CONDICIÓN FINAL: Salió el 12 de febrero de 1921, casi en el mismo estado.

Historia clínica de una paciente con escabiosis

María Carmen Ruiz (Curación). De Quito, de 12 años, raza mestiza, sabe leer, ingresa el 16 de febrero de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES. Sarampión a los 7 años, viruelas después y coqueluche. EXAMEN FÍSICO: Ingresó con manifestaciones de escabies generalizado en todo el cuerpo. DIAGNÓSTICO: Escabies. TRATAMIENTO: Baños jabonados y al azufre. CONDICIÓN FINAL: Alta el 23 de marzo de 1923. Sale sana.

Historias clínicas de pacientes con impétigo

Florinda Guevara (No se indica su condición final). Natural de Tulcán de 12 años de edad estudiante, ingresó a este servicio el 7 de junio de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 21 días de enfermedad, al comienzo estuvo caracterizada por la erupción de unos granitos acompañados de prurito, además, tenía la característica de aumentar de volumen durante el día y disminuir por la noche. La localización era el lado derecho de la cara y ambos antebrazos. EXAMEN FÍSICO: Se observan los granitos en las mismas regiones, acompañados de prurito, además en el cuello se observa una región llena de escamas. DIAGNÓSTICO: Impétigo. TRATAMIENTO: Bálsamo del Perú, óxido de zinc. EVOLUCIÓN: En los brazos se le aplica una pomada de Bálsamo del Perú y óxido de zinc, dando un buen resultado. Luego se le aplica en la cara, dando resultado negativo desde el hecho que, la secreción aumenta, tomando una coloración amarilla, como también observándose en el lado opuesto. Este aumento de secreción estaba acompañado de calor y calentura. No hay más información.

María P. Puga (No se indica su condición final). De Tabacundo, soltera, de 16 años, raza mestiza, no sabe leer. Ingresó el 29 de abril de 1923. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padres vivos, son sanos. ANTECEDENTES PERSONALES: Dice no haber tenido ninguna enfermedad. Ingresó al servicio con diagnóstico de impétigo en la cara que se le presentó 15 días antes de ingresar. Está en tratamiento. DIAGNÓSTICO: Impétigo. TRATAMIENTO: Agua de Alibour, Ictiol. Alta el 10 de mayo de 1923.

Historias clínicas de pacientes con ectima

Augusta Proaño (Falleció). Paciente de 60 años de edad, natural de Quito, soltera, ingresa a este servicio el 24 de mayo de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: La enfermedad comenzó hace un mes, al principio fueron pequeñas ampollas que tenían un líquido blanquecino, de las que unas se secaban y otras llegaban a la supuración, acompañadas de un fuerte prurito. La localización fue primero en las piernas y luego en los brazos y por fin en todo el cuerpo. Últimamente, la enferma siente dolores, además ha tenido una fuerte temperatura y un poco de ardencias en la región hipogástrica. EXAMEN FÍSICO: Hoy los granos están diseminados en todo el cuerpo y en especial en las piernas, además tiene la característica de que su superficie tiene aspecto de tachuela. DIAGNÓSTICO: Ectima. TRATAMIENTO: Pomada con bálsamo del Perú. Pomada de Helmerich, baños generales. EVOLUCIÓN: A los pocos días presenta fuerte disnea y edema muy generalizado. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 1 de junio de 1921.

Carmen Santacruz (Mejorada). Paciente de 55 años, raza mestiza, cocinera, residente en Quito. Ingresó el 5 de septiembre de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES. Ha tenido reumatismo y gripe. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días la enferma presenta granos pequeños con muy fuertes comezones; se propagan a todo el cuerpo, especialmente a las extremidades superiores e inferiores. Refiere, además, oscuridad de la vista, mareo de cabeza, dificultad para caminar por pesadez de las piernas. EXAMEN FÍSICO: Estado nutritivo bueno. Llama la atención unos granos propagados por todo el cuerpo, pero principalmente en las piernas y los brazos. El aspecto es redondo, costroso, aislados en forma de una cabeza de tachuela grande. En algunos puntos se han fusionado. Hay edema en las extremidades inferiores que a la presión digital deja huella. DIAGNÓSTICO: Ectima. EVOLUCIÓN: Ectima que ha provocado una nefritis, por reabsorción de las toxinas estreptocócicas de los estreptococos causantes de ectima. LABORATORIO CLÍNICO: Presencia de albúmina en las orinas, muy marcada. TRATAMIENTO: Antisépticos intestinales. Tratamiento de la nefritis por agentes diuréticos, tratamiento de la ectima por antisépticos débiles. CONDICIÓN FINAL: Alta el 19 de septiembre de 1922. Mejorada.

Historias clínicas de pacientes con ántrax

Antonio Morales (Información incompleta). Paciente de 38 años de edad. Residente en Quito, zapatero, raza mestiza. Ingresó el 20 de enero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 12 días se le ha presentado una eminencia en la parte media de la nuca con induración periférica de los tejidos vecinos. Estando ya iniciado este forúnculo ha tomado aguardiente. Pronto se induró el tejido y progresó la afección dando lugar a un ántrax de dimensiones gigantes. EXAMEN FÍSICO: La lesión ocupa toda la región de la nuca y en altura desde el occipucio hasta la segunda dorsal. Se halla fluctuante en su centro y abierto por una multitud de cráteres que constituyen el centro de otros tantos forúnculos. DIAGNÓSTICO: Ántrax de la nuca. TRATAMIENTO: El 21 de enero se lo abre previa anestesia general y se practica el vaciado por la cureta y cauterización ígnea. No hay más información.

Feliciano Pallasco (Curación). Paciente de 50 años de edad. Raza india, alfarero, residente en Quito. Ingresó el 2 de febrero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó hace 8 días con un forúnculo un poco por debajo y fuera del apéndice xifoides, que ha crecido en superficie y profundidad. EXAMEN FÍSICO: Aspecto de una gran pápula de 8 cm de diámetro, rodeada de una zona rubicunda llena de multitud de cráteres por los que sale una sustancia purulenta. DIAGNÓSTICO: Ántrax en el pecho. TRATAMIENTO: Quirúrgico + pulverizaciones fenicadas. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Con anestesia local clorotífica se incide el ántrax en cruz, se curetea el fondo y el borde. CONDICIÓN FINAL: Evolución favorable. Alta el 27 de febrero de 1920.

Agustín Valencia (Curación). Paciente de 65 años de edad, agricultor, procedente de Otavalo, ingresó el 12 de octubre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Frecuentes accesos de tos, tres pulmonías; continuos golpes en la región perineal. ENFERMEDAD ACTUAL: El 14 de noviembre de 1920 se presentó un absceso pequeño en la parte superior y posterior del muslo, bajo el pliegue glúteo. Este tumorcito fue acompañado de reacción febril de pocos días, supuró pocos días y quedó sano con la curación de 10 días. A los pocos días se presentó otro tumorcito igual al anterior, un poco más abajo, curándose con el mismo tratamiento. Tres semanas o quince días hace que se nota un ligero ardor al orinar, a pocos días nota que el prepucio se ha hinchado y se generaliza a todo el pene. A consecuencia de unas curaciones se forman focos de supuración abriéndose espontáneamente a los lados del surco balano prepucial y saliendo abundante pus, desde entonces se nota que la orina se expele por el punto abierto. DIAGNÓSTICO: Ántrax del pene. EVOLUCIÓN: Poco a poco avanza la destrucción del prepucio. Como diagnóstico hemos sentado luego de estudiar detenidamente que se trata de un ántrax del pene. TRATAMIENTO: Curación diaria, luego del lavado antiséptico, se ha usado vaselina fenicada. CONDICIÓN FINAL: Curación – Alta el 30 de noviembre de 1920.

Mercedes Paredes (Falleció). Paciente de 40 años de edad, procedente de Quito, ingresó el 9 de junio de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 8 días apareció un pequeño grano que creció en tamaño, acompañado de fiebre y dolores intensos. EXAMEN FÍSICO: Se observa que dicho grano ha aumentado considerablemente de volumen y se ha abierto espontáneamente. La facies del enfermo es vultuosa, los párpados superiores e inferiores están edematosos. DIAGNÓSTICO: Ántrax. EVOLUCIÓN: El día 10 presenta fuerte diarrea por la noche. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 11 de junio de 1921.

Carmen Zavala (Curación). Paciente de 40 años de edad, procedente de Ibarra, cocinera. Ingresó el 20 de enero de 1923. DIAGNÓSTICO: Ántrax. TRATAMIENTO: Se le abre al cuchillo y luego se cauteriza al termocauterío. CONDICIÓN FINAL: Alta el 26 de febrero de 1923. Sale bien.

Historias clínicas de pacientes con escaras

Zoila Rosa Espinosa v. de Miranda (No se indica su condición final). Natural de Quito, de 35 años de edad, ingresó el 7 de julio de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Hace 25 años que sufre de ataques epilépticos. ENFERMEDAD ACTUAL: La última crisis le ocasionó permanecer en la cama algunos días, siendo la razón por la que se formaron las escaras en las regiones glúteas. DIAGNÓSTICO: Escaras. TRATAMIENTO: Aceite gomenolado. Alta el 22 de julio de 1921.

Zoila Pullupasig (No indica resultado final). Natural de Yaruquí, de 18 años de edad, doméstica. Ingresó el 6 de octubre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: La enfermedad comenzó con trastornos en la marcha y dolores intermitentes y después durante el reposo, ocasionándole insomnio. EXAMEN FÍSICO: El estado general es desnutrido. Se observa en la región isquiática una pequeña escara y en la región del trocánter una pérdida de sustancia por la que se puede ver el trocánter con una secreción amarillenta. DIAGNÓSTICO: Escara y absceso frío. TRATAMIENTO: Cambio de apósitos, aceite gomenolado. El 8 de noviembre, mediante acción del cloroforno, se le abrió las fístulas. Operador Dr. Estupiñán, Ayudante el interno y Cloroformizador el Sr. Ponce. No hay más información.

Eufemia Rodríguez (Falleció) Paciente de 55 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresó el 9 de marzo de 1924. DIAGNÓSTICO: Escaras sacras. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 16 de marzo de 1924.

Espíritu Chimbo (Falleció). Paciente natural de Turubamba, ingresó el 4 de marzo de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: El estado de prostración como el saber hablar bien el castellano impiden pedir datos. EXAMEN FÍSICO: La enferma tiene escara en la región glútea. DIAGNÓSTICO: Escara. CONDICIÓN FINAL: Murió. No hay más información.

Historia clínica de un paciente con prurigo

Juana López (No se indica su condición final). Natural de Calacalí, de 22 años de edad, soltera, ingresó el 29 de octubre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un mes que comenzó la enfermedad, estando con la regla fue a bañarse, al regreso del baño sintió calofrío y por la noche calentura y observa una erupción cutánea que consistía en unas pequeñas manchas de una coloración rosada, localizada en los miembros superiores e inferiores y acompañados de un intenso prurito. EXAMEN FÍSICO: Actualmente, se observa una descamación y disminución de todos los síntomas. DIAGNÓSTICO: Prurigo. TRATAMIENTO: Baños, pomada secante. Alta el 4 de noviembre de 1921.

Historia Clínica de un paciente con queloide

Juan Canales (Curación). Agricultor de 25 años de edad, raza mestiza, procedente de Latacunga. Ingresó el 9 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 1 año ha sufrido una herida cortante en el cuello, la que cicatriza viciosamente y ha dado lugar a una formación de un queloide de 8 cm, localizado en la región sub mastoidea. DIAGNÓSTICO: Queloide en el cuello. TRATAMIENTO: Quirúrgico. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Se hace su extracción que se la practica con cloroformo para hacerlo con facilidad. Practicase una sutura subdérmica de manera que de la grande y fea cicatriz no queda sino una línea muy poco notable. Cirujanos: Drs. Villavicencio y Salvador. Cloroformo: Sr. Abel Alvear. CONDICIÓN FINAL: Alta el 22 de marzo de 1920.

Historia Clínica de un paciente con psoriasis

Victoria González (Mejor). Natural de Latacunga, de 15 años de edad, soltera. Ingresó el 10 de mayo de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años sin alteración. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace dos meses, 15 días de la enfermedad, al principio fueron pequeñas erupciones localizadas en la cabeza y brazos, luego en todo el cuerpo. Dichas erupciones iban acompañadas de ardencias y prurito. Los granos han aumentado de volumen y presentan una secreción blanquecina, no amarillenta. EXAMEN FÍSICO: Se observa una descamación considerable y dicha descamación oprimida entre los dedos se reduce a polvo muy fino. Además, haciendo un raspado con un cuerpo fino se observa que la sangre brota en forma de gotitas. DIAGNÓSTICO: Psoriasis. TRATAMIENTO: Pomada y baños. CONDICIÓN FINAL: Sin obtener una completa mejoría, pide el alta el 6 de junio de 1921.

Historias Clínicas de pacientes con liquen

María Medina (No se indica su condición final) Edad 10 años, mestiza, natural de Quito, ocupación sirvienta. Ingresó el 17 de marzo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Desde muy pequeña ha tenido en el cuerpo unos pequeños granitos que le dan fuertes comezones, por las noches. EXAMEN FÍSICO: Los granos están generalizados en todo el cuerpo. Forma menuda. Piel escamosa. DIAGNÓSTICO: Liquen de la infancia. TRATAMIENTO: Pomadas mentoladas, fricciones de ácido fénico y glicerolado de almidón. Luego carbonato de sosa, glicerina y agua de Alibour. CONDICIÓN FINAL: Alta, sin fecha.

Julián Mosquera (No se indica su condición final). De 70 años de edad, raza mestiza, ocupación carpintero, residente en Quito. Ingresó el 5 de marzo de 1925. ANTECEDENTES PERSONALES: Erisipela, várices en la pierna izquierda, disentería hace 40 años, absceso hepático hace 20 años. DIAGNÓSTICO: Liquen. TRATAMIENTO: Pomadas mentoladas, fricciones de ácido fénico y glicerolado de almidón. Luego carbonato de sosa, glicerina y agua de Alibour. CONDICIÓN FINAL: Alta.

Historias Clínicas de pacientes con urticaria

Juan Muela (Curación) De 20 años de edad, ocupación cocinero, raza indígena. Ingresó el 17 de junio de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 días comienza con malestar general, hipertermia, anorexia y luego aparece un eritema que por sus caracteres se asemeja a una urticaria. DIAGNÓSTICO: Urticaria. TRATAMIENTO: Purgantes salinos, diuréticos, tónicos. Alta por curación el 27 de junio de 1920.

Sebastián Simbaña (Mejor). Pacientes de 12 años de edad, sirvienta, indígena, residente en El Quinche. Ingresó el 12 de junio de 1920. DIAGNÓSTICO: Urticaria Crónica. TRATAMIENTO: Baños, pomada azufrada. Sale mejorado el 27 de junio de 1920.

Félix García (Curación). Pastelero de 27 años de edad, procedente de Quito, raza blanca. Ingresó el 28 de febrero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 19 días ha tenido un chancro específico en el surco balano prepucial, el que está evolucionando a la curación (tiene su pléyade ganglionar característica). DIAGNÓSTICO: Urticaria, independiente de la especificidad (Sífilis). TRATAMIENTO: Purgantes y métodos apropiados. CONDICIÓN FINAL: Sale curado el 8 de marzo de 1920.

Historia Clínica de un paciente con pitiriasis

Anatolia Granja (Sale muy bien). Natural de Cotacachi, soltera, ingresa el 21 de enero de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Se le hospitaliza por tener una enfermedad de la piel. Hacían dos meses de la enfermedad, al principio tuvo unas manchas pequeñas, regulares, bordes limitados, circulares, el centro de aspecto sano y localizadas en la cara. Las manchas han invadido el cuello y el dorso. No existen ni en los brazos ni en la parte anterior del tórax. Además, no hay dolor ni prurito. En el dorso del tronco las manchas se han fusionado, dando como consecuencia la formación de una sola placa. DIAGNÓSTICO: Pitiriasis rosa de Gilbert. TRATAMIENTO: Lavados con jabón negro y pomada con: glicerolado de almidón 50 g, Borato de sodio 0,50 y Óxido de zinc 2 g. Alcalinos al interior. CONDICIÓN FINAL: Sale muy bien el 27 de febrero de 1922.

Historia Clínica de un paciente con dermatitis por niguas (*Tunga penetrans*)

Ismael Medina (No se indica su condición final). Natural de Tulcán, 22 años de edad, ocupación carpintero. Sabe leer y escribir. Soltero. Ingresó a este hospital el 26 de enero de 1924. ANTECEDENTES FAMILIARES: El padre estuvo hospitalizado en el Hospital de Tulcán con adenitis unilateral; la madre es sana y buena. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: En la infancia

tuvo viruela; hace unos dos años tuvo una inflamación de la laringe que obligó a operarle y aún a la resección de la amígdala izquierda. Este dolor lo conserva aún, pero no es el que le ha obligado a ingresar a este hospital. ENFERMEDAD ACTUAL: Ha sido atacado de niguas en los dedos de los pies, especialmente en el izquierdo, produciéndole una hinchazón fuerte y dolorosa, semejante a la erisipela. EXAMEN FÍSICO: También es de notar que existen unas pápulas con escamas en la región lumbar y miembros inferiores. DIAGNÓSTICO: Dermatitis por niguas. TRATAMIENTO: Revulsivos y pomadas balsámicas. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de febrero de 1924.

La invasión por *Tunga penetrans*, conocidas como niguas en nuestro medio, se presentaba por la presencia de cerdos en los sitios en que las personas caminaban descalzos. Este era el caso de muchas playas de nuestra costa. La existencia de estos animales, deambulando en las playas, facilitaba la parasitosis con niguas, especialmente en el pliegue de los dedos de los pies. Por esta razón se las ha denominado también “pulgas de arena” o “bicho de chancho”. El tratamiento consistía en la extracción manual, utilizando una aguja, de las larvas parasitarias. La erradicación de los “chanchos sueltos” que vagaban por las playas, por parte de la Armada del Ecuador, eliminó desde hace unos 30 años esta parasitosis, al menos en las playas.

Historia Clínica de un paciente con “¿Dermatitis? Forma anormal de liquen”

Isabel Inés Barco (Mejor). Paciente de 20 años de edad, procedente de Babahoyo. Ingresó el 13 de junio de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Primera menstruación a los 14 años. Ha tenido paludismo. Fue tratada en Guayaquil por el Dr. Parker por enfermedad nerviosa y en Ambato por el Dr. Ribera por sífilis y tuberculosis de la piel. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 8 años presenta granos en el brazo y antebrazo izquierdo que han ido aumentando. Luego de tres años le pasó al miembro superior derecho, luego de otros 3 años se propagó al cuello y la cara. EXAMEN FÍSICO: Son pápulas pequeñísimas, semejantes a un eczema y muy pruriginosas. Parece liquen plano. DIAGNÓSTICO: ¿Dermatitis? Forma anormal de Liquen. TRATAMIENTO: Fricción con fórmula magistral, Rp: Naftol beta 5; Azufre precipitado, jabón verde c.a. 40; vaselina 30. Además, Rp: / Licor de Fowler 3 gotas en cada una de las comidas. Termocauterío en distintas regiones de la piel. Luego aplicación de ácido salicílico y óxido de azufre. Mejora parcialmente. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de septiembre de 1923. Sale mejor.

Personal médico

En los problemas dermatológicos, solamente se mencionaron nombres de personal médico, en 3 casos:

1. Erisipela y osteomielitis: Dr. Estupiñán y ayuda Sr. Calderón. Cloroformizador Sr. Rueda.
2. Erisipela y nefritis: Dr. Ricardo Villavicencio.
3. Escaras y absceso frío: Dr. Estupiñán, Ayudante el interno y Cloroformizador Sr. Ponce.

Tratamiento

Las patologías dermatológicas fueron tratadas en el servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios utilizando las terapéuticas que se exponen en la “Tabla 2”, muchas de ellas conocidas y utilizadas para iguales diagnósticos en el HSJD y que se describen en el Volumen I. En este capítulo se presentan los tratamientos nuevos aplicados entre 1920-1925.

Tabla 2. Patología dermatológica. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Patología	Tratamiento	Volumen I, Páginas:
Erisipela	Ictiol, diuréticos y purgantes.	Ictiol: 66, 67, 93. Purgantes: 281, 291.
Eczema	Diaforéticos, Agua de Alibour (compresas). Puntitas de fuego. Pomadas.	Diaforéticos: 280. Agua de Alibour: 99. Puntas de fuego: 216.
Escabies sarna brava o scabies	Baños jabonados y al azufre	Azufre (Sublimado): 90. Azufre (Coloidal): 352.

Impétigo	Bálsamo del Perú, Óxido de zinc. Agua de Alibour, Ictiol. .	Bálsamo del Perú: 66, 99. Oxido de zinc: 91. Agua de Alibour: 99. Ictiol: 66, 67, 93.
Ectima	Pomada con bálsamo del Perú. Pomada de Helmerich (Azufre sublimado y carbonato de potasio) baños generales. Antisépticos intestinales.	Bálsamo del Perú: 66, 99.
Prurigo	Baños, pomada secante (Posiblemente óxido de zinc).	Oxido de zinc: 91.
Ántrax	Previa anestesia general o local cloretílica, se incide el ántrax en cruz, se curetea el fondo y el borde. y cauterización ígnea (termocauterio). Curación diaria, luego del lavado antiséptico, Vaselina fenicada .	Termocauterio: 146, 378.
Escaras	Aceite gomenolado.	Aceite gomenolado: 228.
Queloides	Extracción con anestesia general con cloroformo, luego sutura subdérmica.	El Cloroformo en el San Juan de Dios: 237-241; 377.
Quistes sebáceos y otros	Con anestesia general con cloroformo o local con cincocaina. se realiza la enucleación total y se sutura.	El Cloroformo en el San Juan de Dios: 237-241; 377.
Psoriasis (una sifilítica, otra con teniasis)	Pomada y baños	
Liquen	Pomadas mentoladas, fricciones de Ácido fénico y Glicerolado de almidón . Luego Carbonato de sosa , Glicerina y agua de Alibour.	Mentol: 100. Ácido fénico: 92-93. Agua de Alibour: 99.
Urticaria	Purgantes salinos, diuréticos, tónicos. Baños, pomada azufrada.	Purgantes: 281, 291. Azufre (Sublimado): 90. Azufre (Coloidal): 352.
Pitiriasis rosada o rosa de Gilbert (una versicolor)	Lavados con jabón negro y pomada con: Glicerolado de almidón 50g., Borato de sodio 0,50 y Óxido de zinc 2 grs. Alcalinos al interior.	Borato de sodio: 227. Oxido de zinc: 91.
Nevus	Extirpación quirúrgica con anestesia local o general.	
Dermatitis por niguas	Revulsivos y pomadas balsámicas.	Revulsivos: 65-66; 110-112; 292; 304.
¿Dermitis? Forma anormal de Liquen.	Fricción con la siguiente fórmula magistral : Rp/. <i>Naftol beta 5;</i> <i>Azufre precipitado,</i> <i>Jabón verde c.a. 40;</i> <i>Vaselina 30.</i> Licor de Fowler , 3 gotas en cada una de las comidas. Termocauterio, aplicación de ácido salicílico y óxido de azufre.	Azufre (Sublimado): 90. Azufre (Coloidal): 352. Termocauterio: 146, 378.

Los tratamientos que no se utilizaron en el período 1916-192, están resaltados en negrita en la Tabla 2, y se los describe a continuación.

La información sobre la Pomada de Helmerich, el Glicerolado de almidón y la Pomada de óxido de zinc compuesta ha sido producida por la cátedra de Tecnología Farmacéutica de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (Tecnología Farmacéutica de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, 2010).

Pomada de Helmerich

Pomada antipsoriática, presenta como referencia la Farmacopea Nacional Argentina, 7ma. Edición, volumen IV. Las pomadas “son formas farmacéuticas para uso externo de consistencia semisólida que contienen hasta un 40% de agua sobre una base grasa” (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, 2013, p. 413). La fórmula magistral de esta pomada es la siguiente:

Rp. /Azufre precipitado 20 g.; Carbonato de potasio 10 g.; Agua destilada 10 g.; Lanolina 30 g.; Vaselina 30 g. Uso: Antiparasitario débil. Sarna.

Vaselina fenicada

La principal característica de la vaselina fenicada reside en su contenido de fenol, que debe encontrarse entre 4,5 y 5,5% del compuesto. Se prepara con la siguiente fórmula magistral:

Rp. / Fenol 5 g.; Vaselina sólida 95 g. Uso: Para tratamiento de ántrax.

Glicerolado de almidón

De la Farmacopea Nacional Argentina, 7ma. edición, volumen IV: Los glicerolados son pomadas que deben contener glicerina en al menos 50% ((Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, 2013). La fórmula magistral del glicerolado de almidón es la siguiente:

Rp. / Almidón, polvo fino 10 g; Agua destilada 15 ml; Glicerina 80 g. Uso: Secante.

Pomada de óxido de zinc compuesta (Farmacopea Nacional Argentina, 7ma. Edición, volumen III).

Esta pomada es conocida como pasta de Lassar. Las pastas son formas farmacéuticas semisólidas que contienen un alto porcentaje de sólidos para su aplicación tópica. Puede prepararse a partir de un gel acuoso o a partir de excipientes grasos, teniéndose en estos casos, ungüentos espesos que comúnmente no se ablandan a la temperatura corporal y en consecuencia sirven como capas protectoras sobre las áreas en las cuales se aplican. Su fórmula magistral es la siguiente:

Rp. / Óxido de zinc, polvo muy fino 25 g; Almidón, polvo muy fino 25 g; Vaselina 50 g.
Uso: Secante, astringente, usada para excoriaciones de la piel. Acción epidérmica por la poca penetración de la vaselina.

Carbonato de sosa

El carbonato de sodio (conocido como sosa o ceniza de sosa) es un producto químico tóxico que se encuentra en muchos productos industriales y de uso doméstico (“Carbonato de Sodio”, 2018). El carbonato de sodio se encuentra en jabones para lavavajillas, tabletas de Clinitest (examen de diabetes), vidrios, productos de pulpa y papel, algunos blanqueadores,

algunas soluciones para baños de espuma, algunos limpiadores para planchas de vapor y otros productos de uso frecuente en el hogar (Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU., 2022). En el Hospital San Juan de Dios fue utilizada como complemento para el tratamiento de Liquen, de acuerdo con la siguiente fórmula magistral:

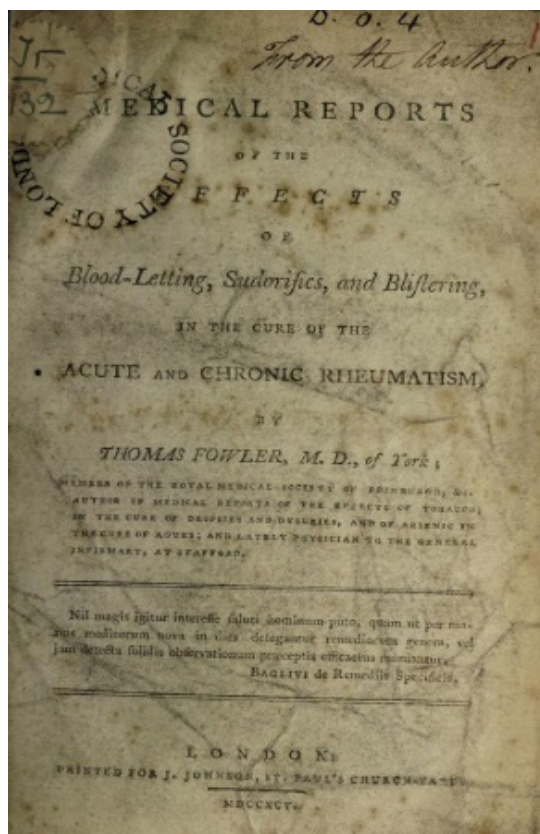
Rp: / Naftol beta 5; Azufre precipitado; Jabón verde c.a. 40; Vaselina 30.

Naftol beta es un producto corrosivo que en la actualidad se utiliza para la fabricación de colorantes. Se ha asociado a azufre precipitado, cuya principal función es antiséptica. Fue utilizada conjuntamente con el licor de Fowler en un caso dudoso entre dermatitis y una forma anormal de liquen.

Licor de Fowler

Este medicamento debe su nombre a Thomas Fowler (1736-1801), médico y farmacéutico inglés, quien en 1795 publicó, entre otros, el libro *Medical reports of the effects of blood-letting, sudorifics, and blistering, in the cure of the acute and chronic rheumatism*, “Figura 1”.

Figura 1. Portada de uno de los libros de Fowler, 1795.



Nota: Imagen tomada de *Wellcome Collection*, de Wellcome Museum & Library, 2021 (<https://wellcomecollection.org/about-us>). Bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International Licence.

Fowler empleó el arsénico para las fiebres intermitentes y para otras enfermedades. Su fórmula magistral estuvo inspirada en un remedio anterior elaborado por Thomas Wilson, denominado el *Agua insípida*. Este se popularizó en Inglaterra y América como **Licor de Fowler**²,

2 **El licor de Fowler** se prepara de acuerdo con la siguiente formulación: “1 dracma y 18 granos de ácido arsenioso pulverizado e igual cantidad de subcarbonato de potasa puro o sal de tártaro; se ponen estas dos sustancias en un matraz, y se añade 1 libra de agua destilada; se agita para hacer la mezcla, se hierve hasta que se haya disuelto; se tara el frasco, se echa en él el líquido, y

utilizado como alternativa a la quinina para el tratamiento del paludismo, así como en el caso de enfermedades de la piel, corea, cáncer, etc. Los habitantes de las regiones austriacas de Estiria y Tirol ingerían diariamente arsénico, como reconstituyente, para incrementar su fuerza muscular y su resistencia al trabajo. Ingerían hasta 30 o 40 cg. sin demostrar síntomas agudos de intoxicación.

Milne y Vavaseur, en 1826 con relación al ácido arsenioso, señalaban:

Es un veneno de los más violentos. A muy cortas dosis obra como excitante, muy enérgico. El Dr. Fowler es el primero que lo ha usado. Se emplea con ventaja en ciertas calenturas intermitentes, en las jaquecas periódicas, en algunas afecciones crónicas de las vísceras, cuando no hay aceleración en la circulación. M. Biett lo usa en el Hospital de San Luis de París, en el tratamiento de ciertas afecciones cutáneas rebeldes. **Es un medicamento muy peligroso cuya administración exige grande prudencia.** (Milne & Vavaseur, 1862, como se cita en De Jaime Lorén, 2010).

Siguiendo la recomendación para su dosificación, en el HSJD se utilizó en dosis de 3 gotas en cada una de las comidas, en el caso diagnosticado en forma incierta como *¿Dermatitis? Forma anormal de Liquen*. No se conoce el resultado de dicho tratamiento.

Condición final

En 216 pacientes se registró como condición final únicamente su alta. De los 280 casos dermatológicos, se conoce la condición final de 64 casos, en la siguiente forma: Curación: 52 casos, mejoría: 6 casos, sin mejoría: 2 casos, y defunciones: 4 casos.

Las muertes fueron producidas por escaras en dos casos, por ántrax en uno y por ectima en otro. Sus transcripciones constan anteriormente en este capítulo.

Conclusiones

Este grupo mayoritario de patología dermatológica, tiene como denominador común: la presencia primaria o secundaria de infecciones. Las dermatitis infecciosas obedecen, en su mayor parte, a las condiciones de vida, por tanto, a los determinantes sociales de la salud-enfermedad³.

Las condiciones sanitarias, la dotación de servicios básicos, la educación, los servicios de salud, el empobrecimiento de la población de nuestro país eran, y siguen siendo muchas veces, los elementos condicionantes para la prevalencia de este tipo de patología. Resalta este condicionamiento en los casos de ántrax de la nuca, cuello, pecho, escápula, pene y región lumbar, caracterizados, además, por su agresividad.

La carencia de medicamentos antimicrobianos efectivos, en una época en que todavía no se habían desarrollado los quimioterápicos (sulfanilamidas) y los antibióticos, agravaba la situación. Las consecuencias eran la cronicidad, la recidiva y la muerte, como se observó en algunos casos.

se añade agua hasta que el todo pese exactamente 1 libra; se tapa el frasco, y se guarda en un sitio cerrado con llave. **Siendo este licor un veneno violento, se despachará con mucha precaución**". Dosis: "de 5 a 10 gotas, pero se aumenta o disminuye la cantidad según lo crea conveniente el médico, y el farmacéutico que lo despache guardará la receta" (De Jaime Lorén, 2010).

3 La OMS los denomina **determinantes sociales de la salud** y los define como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". "Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas". "Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria" (World Health Organization, 1962).

También existen condiciones orgánicas personales que permitieron, en un contexto de vida específico, el desarrollo de eczemas, eritemas, urticarias, psoriasis y otras enfermedades de la piel.

Los tratamientos utilizados entonces, para los casos infecciosos o no, demostraban cierto grado de efectividad. Tanto es así, que algunas de las formulaciones magistrales de uso dermatológico son recursos terapéuticos, que se expenden actualmente, bajo prescripciones magistrales elaboradas por unas pocas farmacias en el país, o como especialidades farmacéuticas producidas por laboratorios farmacéuticos.

La condición final en la mayoría de casos se aprecia positiva. No es posible documentar los casos de recidivas. Hubo 4 casos fatales, dos de ellos específicamente infecciosos (ántrax y ectima) y dos secundariamente infectados (escaras).

Los esfuerzos del personal médico que intervino para tratar de solucionar estos problemas son altamente significativos dadas las limitas condiciones de su ejercicio.

CAPÍTULO XVII

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual fueron muy frecuentes entre los pacientes hospitalizados en el San Juan de Dios, en general, y en el servicio de Clínica Quirúrgica en particular.

Entre los antecedentes patológicos personales, en los servicios de Clínica y Clínica Quirúrgica, se relataron frecuentemente infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas: sífilis, blenorragia, condilomas y chancros.

Entre los diagnósticos del servicio de Clínica hubo pocos casos de sífilis. Algunos pacientes tuvieron otras enfermedades agudas como causa de su hospitalización y sufrían además sífilis. En el servicio de Clínica Quirúrgica hay un significativo número de casos de sífilis, blenorragia y otras ITS. Además, en el servicio de Sifilografía, se trataban los casos de esta enfermedad y que son tratados en un capítulo específico.

Entre 1916-1920, hubo 107 casos ITS: Blenorragia de diferentes localizaciones: 51; Sífilis en sus diferentes estadios: 38; Chancro blando o Chancro de Ducreyi: 15; y Papilomas o Condilomas: 3.

Diagnósticos de las ITS

En este segundo período de 1920-1925, hubo 154 casos de ITS. En este período hay un evidente predominio de sífilis sobre las demás infecciones, con variadas manifestaciones y estadios, "Tabla 1".

Tabla 1. Infecciones de Transmisión Sexual. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Patología	Diagnóstico	Número
Sífilis (82)	Sífilis o especificidad	57
	Chancro Sifilítico	17
	Rupia sifilítica	4
	Adenitis específica (Sífilis) /Goma sifilítico	2
	Fagedenismo Sifilítico	1
	Osteopatía sifilítica	1
Blenorragia (37)	Blenorragia (Gonocócica)	30
	Orqui epididimitis blenorragica	5
	Bartolinitis blenorragica doble	1
	Epididimitis gonocócica derecha	1
Otras ITS (35)	Chancro de Ducreyi /Chancro blando	24
	Condilomas / papilomas (ano genital)	8
	Chancroide	2
	Epididimitis derecha. Chancro Ducreyi	1
Total		154

Sífilis

Hubo 82 casos, 34 mujeres y 48 varones. Frecuentemente, tuvieron comorbilidades o lesiones avanzadas de su enfermedad. Pacientes con sífilis primaria o secundaria tenían blenorragia o siringomielia. Un caso de sífilis terciaria se asoció a papilomas Petri. Hubo sífilis con rupia, fimosis y úlcera de la garganta. Constan casos de sífilis en período terciario,

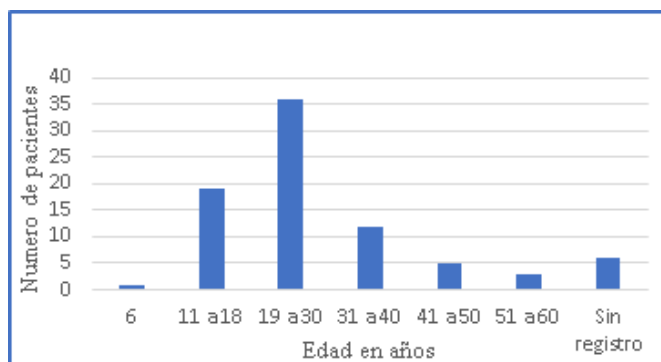
con papilomas perianales y placas mucosas en la garganta, con metritis, con absceso inguinal, con condilomas vulvares, con enfermedad azul de los Chillos y un caso con crisis nitritoidea por administración de Neosalvarsan.

Características de los pacientes con sífilis

Edad

Los pacientes con sífilis, con sus diferentes denominaciones diagnósticas, tuvieron edades entre 6 a 60 años. Se registraron 56 enfermos menores de 30 años. Veinte personas tenían menos de 18 años de edad. Hubo una niña de 6 años de edad, María Ramos, cuya historia se incluye “Figura 1”.

Figura 1. Edad de pacientes con sífilis. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925



Raza

En 34 casos se registraron sus características raciales. La mayor parte, 21 pacientes, fueron definidos como mestizos; 8 blancos; 4 indígenas; 1 negra.

Procedencia

Se registró la procedencia en 62 pacientes. La mayoría eran de Quito o sus alrededores. Otros procedían de diversas provincias del país y dos eran extranjeros, uno colombiano y otro español. El detalle es el siguiente: **Quito**, 27; Cotacollao, 2; Turubamba, 1; Guayllabamba, 2; Conocoto, 1; San José de Minas, 1; Pomasqui, 1; Cayambe, 3; **Ibarra**, 2; Cotacachi, 1; **Latacunga**, 4; Pujilí, 2; Saquisilí, 1; Sigchos, 1; Lasso, 1; Guambaló, 1; **Ambato**, 1; Patate, 1; Píllaro, 1; **Riobamba**, 2; Cuenca, 1; **Esmeraldas**, 1; **Guayaquil**, 1; **Napo**, 1; Túquerres, **Colombia**, 1; La Molina del Portello, Burgos, **España**, 1.

Ocupación

Las ocupaciones de los pacientes fueron muy variadas. Incluyeron artes, oficios y profesiones que reflejan el conjunto general de ocupaciones de los pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica. El detalle de las distintas ocupaciones se observa en la “Tabla 2”. Hay tres escolares en la lista.

Tabla 2. Ocupación de los pacientes con sífilis. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Ocupación	Número	Ocupación	Número
Carpintero	5	Dibujante	1
Zapatera	5	Músico	1
Escolar	3	Cargador de la Policía	1
Jornalero	3	Costurera	1
Sastre	3	Planchadora	1
Cocinera (1), doméstica (1), QQDD (1)	3	Empleado	1
Agricultor (2), peón (1)	3	Herrero	1
Hojalatero	2	Lustrabotas	1
Platero	2	Mecánico	1
Arquitecto	1	Pinche de cocina	1

Nombres de los pacientes con sífilis

Abigail Cevallos, Adán Vélez, Alberto Olalla, Alberto Sandoval, Alejandro Corrales, América Quiroz, Ángel Basantes, Ángel Lucero, Antonio Romero, Aurelio Cuervo, Aurora Baldeón, Carlos Dávalos, Carlos H. Vega, Carlos López V., Carlos Soria, Carmen Ron, Daniel Jácome, Darío Fierro, Dolores Dávila, Eduardo Yépez, Elías Iler, Eloísa Lozada, Encarnación Góngora, Exequias Palacios, Félix Mogollón, Fidel Contreras, Francisco Santos, Isabel Andrade, Isaías Montenegro, José Chalco, Daniel López, José Murillo, Lucas Barrera, Luis Enrique Almeida, Luis Rodríguez, Luz María Villagómez, Manuel Vargas, Manuela Flores, Margarita Cisneros, María D. Cortez, María Dolores Dávila, María Espinosa, María M. Quishpe, María Proaño, María Ramos, Mariana Cabezas, Mariana Rodríguez, Mercedes Bedoya, Pedro Iza, Pedro Maldonado, Rebeca Nieto, Roberto Carrillo, Rosa Naranjo de Sáenz, Rosa Pérez, Rosario Hidalgo, Rosario Proaño, Samuel Santacruz, Segundo Proaño, Sofía Benalcázar, Sofía Rodríguez, Vicente Fernández Gómez, Vicente Torres, Víctor Egas, Víctor Proaño, Zoila Chávez y Zoila Gallegos.

En consideración del elevado número de pacientes con sífilis, se presentan aquellos casos que generan interés especial por sus elementos clínicos, de diagnóstico, tratamiento, evolución o condición final.

Historias Clínicas de pacientes con sífilis

Carlos Dávalos (No se indica su condición final) Paciente de 45 años, raza blanca, zapatero, residente en Quito. Ingres a el 8 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 2 meses ha tenido un flujo blenorragico y al mes de aquello se le ha complicado con una balanitis que ha engendrado una lesión. EXAMEN FÍSICO: A la palpación se nota un endurecimiento en el surco, el que debe corresponder a la ulcera primitiva. Independiente de dichas infecciones tiene un absceso en la región glútea. DIAGNÓSTICO: Sífilis blenorragica. TRATAMIENTO y EVOLUCIÓN: Se le somete a la medicación mercurial más el enfermo es reacio a las inyecciones. CONDICIÓN FINAL: Abandona el servicio el 15 de marzo de 1920.

Luis Enrique Almeida (No se indica su condición final). **Paciente de 19 años**, ocupación platero, procedente de Ibarra. Ingres a el 17 de enero de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido paludismo y fiebre tifoidea. DIAGNÓSTICO: Sífilis con rupia, fimosis y úlcera de la garganta. TRATAMIENTO: Antisifilítico intenso, mercurio y arsenobenzol. Enero 22 se pone la dosis de 0,30 grs. El 29 de enero se le pone la dosis de 0,45 grs. EVOLUCIÓN: El 1 de febrero el paciente amanece con congestión pulmonar derecha, el día de ayer ha salido sin permiso a la calle. CONDICIÓN FINAL: Alta por insubordinado el 2 de febrero de 1921.

Carlos López V. (No se indica su condición final). Paciente de 47 años de edad, raza mestiza, lustrabotas residente en Quito. Ingres a el 7 de junio de 1921. DIAGNÓSTICO: Sífilis terciaria y Papilomas Petri. No hay más información.

Rosa Naranjo de Sáenz (No se indica su condición final). **Paciente de 18 años de edad**. Ingres a el 26 de diciembre de 1921. DIAGNÓSTICO: Sífilis (especificidad). TRATAMIENTO: Inyecciones (914). CONDICIÓN FINAL: Alta "Por orden del Dr. Villavicencio se le dio el alta por indisciplinada".

Zoila Chávez (Mejoría) **Paciente de 16 años**, residente en Quito. Ingres a el 5 de enero de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Se le hospitaliza por tener en la región vulvar varias úlceras específicas (Chancro) confirmados al ultramicroscopio. DIAGNÓSTICO: Sífilis (Específica). TRATAMIENTO: 914. CONDICIÓN FINAL: Alta el 5 de febrero de 1922. Mejoría.

Aurora Baldeón (Curación). Paciente de 28 años, raza blanca, cocinera procedente de Riobamba. Ingres a el 2 de mayo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Tifoidea y lesiones en el cuero cabelludo. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 8 meses aparece chancro vulvar específico. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Neosalvarsan + Curaciones locales con infusión vegetal. CONDICIÓN FINAL: Alta. Curada. Dr. Montero.

Mercedes Bedoya (Restablecimiento parcial) Paciente de 24 años de edad, mestiza, planchadora residente en Cayambe. Ingres a el 20 de junio de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Hace 8 años chancro específico no tratado. EXAMEN FÍSICO: Desnutrición, anemia específica, no hay lesión chancrosa; ganglios de Ricard diseminados en la región inguinal; ganglios retroauriculares y submaxilares. Destrucción parcial de los huesos propios de la nariz; ulceración gomosa del frontal; ulceración casi cicatrizada del malar derecho. En la boca: destrucción completa de los dientes y muelas de ambos maxilares que obliga a la enferma a usar dientes postizos. perforación terciaria de la bóveda palatina, sin destrucción del velo del paladar. LABORATORIO CLÍNICO: No se ha investigado treponema en las secreciones gomosas, por falta de material. DIAGNÓSTICO: Sífilis secundaria. TRATAMIENTO: Inyecciones periódicas de Neosalvarsan, que mejoran notablemente a la enferma. Mercurio, yoduro de potasio, azufre en inyecciones locales. CONDICIÓN FINAL: Alta. Restablecimiento parcial.

María Ramos (Alta a petición de la madre). **Paciente de 6 años de edad**, raza india, residente en Quito. Ingres a el 13 de octubre de 1922. EXAMEN FÍSICO: Presenta vulvitis gonocócica y chancro específico en el labio mayor derecho. DIAGNÓSTICO: Blenorragia. Sífilis. TRATAMIENTO: Mercurio. Jarabe Yodotánico. CONDICIÓN FINAL: Alta a petición de la madre.

María Espinosa (No se indica su condición final). **De 18 años**, raza india, doméstica de Riobamba. Ingres a el 19 de octubre de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingres a mandada de la sala de aislamiento de Sta. Marta. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Mercurio, Ioduro de sodio y ioduro de potasio. No hay más información.

Rosa Pérez (Mejoría) . Paciente de 25 años, mestiza. Ingres a el 8 de noviembre de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Chancro al lado del clítoris y en la cabeza un sin número de rupias. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Inyecciones de mercurio y 914. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de diciembre de 1922. Mejoría.

América Quiroz (No se indica su condición final). **Menor de 12 años**, raza blanca, procedente del Napo. Ingres a el 13 de marzo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Paludismo. EXAMEN FÍSICO: Grandes papilomas en el ano y ganglios característicos de especificidad. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Yoduros, 1ra dosis de Arzenobenzol el 15 de abril. CONDICIÓN FINAL: Alta el 26 de mayo de 1923. No hay más información.

Luz María Villagómez (No se indica su condición final). **Paciente de 16 años de edad**, mestiza, procedente de Pujilí. Ingres a el 1 de mayo de 1923. ENFERMEDAD ACTUAL: Lesiones ulcerativas en la garganta, tratadas en Latacunga como específica. No hay huellas de chancro en los genitales. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Mercurio. CONDICIÓN FINAL: Alta. No hay más información.

María D. Cortez (Mejor). Paciente de 40 años de edad, mestiza, ocupación quehaceres domésticos, procedente de Patate. Ingres a el 18 de mayo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 15 años de edad. Ha tenido 6 embarazos. Tiene 3 hijos vivos y 3 muertos. Ha tenido viruelas. DIAGNÓSTICO: Sífilis terciaria con Siringomielia. LABORATORIO CLÍNICO: Investigación de bacilo de Hansen: negativa por dos ocasiones. CONDICIÓN FINAL: Alta el 16 de junio de 1923. Mejor.

Sofía Benalcázar (Aborto secundario al tratamiento). Paciente de 36 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingres a el 26 de septiembre de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 12 años. Ha tenido 3 embarazos, de los cuales uno terminó en aborto y tiene dos hijos vivos. Está embarazada de 4 meses. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Se administra tratamiento con 914. A la tercera inyección de 914 se le inicia el aborto. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la Maternidad el 26 de octubre de 1923.

Alberto Sandoval (No se indica su condición final). **Paciente de 18 años de edad**, raza mestiza, zapatero, residente en Quito. Ingres a el 1 de diciembre de 1923. LABORATORIO CLÍNICO: Reacción de LANDEAU positiva. DIAGNÓSTICO: Sífilis, absceso inguinal. TRATAMIENTO: Biyoduro de Mercurio y Novarsenobenzol. Drenaje del absceso. CONDICIÓN FINAL: Alta. Debe venir a hacerse poner las inyecciones 0,60 y 0,70.

Darío Fierro (No se indica su condición final). Paciente de 22 años de edad, ingres a el 5 de enero de 1924. DIAGNÓSTICO: Sífilis período secundario. LABORATORIO CLÍNICO: Orina: para el tratamiento pedí el examen completo de orinas y como el resultado no presentó nada que contraindiqué el tratamiento, procedí a administrar Neosalvarsan, comenzando con la dosis de 0,15 g. Hoy se encuentra en la cuarenta y cinco.

Rebeca Nieto (No se indica su condición final). **Paciente de 13 años de edad**, residente en Cotacollao, no sabe leer. Raza mestiza. Ingres a el 22 de enero de 1924. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padre murió con los pulmones, según dice; la madre es sana. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión en la infancia; es impúber. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingres a con ulceración del velo del paladar. Dice la enferma que fue violada hace un año. EXAMEN FÍSICO: Al examen se observa ganglios submaxilares y preauriculares duros y móviles. Presenta ulceración en el velo del paladar. No hay en los genitales huellas de chancro, la vagina es amplia. DIAGNÓSTICO: Sífilis. No hay más información.

Exequias Palacios (No se indica su condición final). Paciente de 26 años, raza blanca, procedente de Túquerres, Colombia. Ingresó el 24 de enero de 1924. DIAGNÓSTICO: Sífilis período secundario. TRATAMIENTO: Neosalvarsan. CONDICIÓN FINAL: Alta. Debe venir a este servicio para completar las inyecciones correspondientes a la serie de Neosalvarsan.

Carlos Soria (No se indica su condición final). **Paciente de 17 años**, hojalatero, procedente de Quito. Ingresó el 29 de enero de 1924. DIAGNÓSTICO: Sífilis no confirmada. LABORATORIO CLÍNICO: Reacción de Landeau: resultado dudoso (El suero extraído es lechoso y por lo mismo es inservible para la reacción). CONDICIÓN FINAL: Alta.

Dolores Dávila (Falleció). Paciente de 40 años de edad, raza mestiza, residente en Quito, ingresó el 23 de febrero de 1924. DIAGNÓSTICO: Neumonía, Sífilis. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 12 de marzo de 1924.

Félix Mogollón (No se indica su condición final). Paciente de 30 años de edad, profesión arquitecto, residente en Guayaquil. Ingresó el 14 de marzo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Disentería, paludismo, blenorragia complicada con orquitis y abscesos inguinal. Grano en el prepucio. ENFERMEDAD ACTUAL: Dolores abdominales y estreñimiento pertinaz desde hace 14 meses. Visitó a varios médicos en Guayaquil: Dr. Serrano, Dr. Pajero Gault, Dr. Icaza, Dr. Tanca Marengo. Este último le ordenó vivir en la Sierra. En Quito tomó contacto con el Dr., Mario de la Torre. Se le indicó ingreso al Hospital. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Novazmol, Neosalvarsan de 0,15. CONDICIÓN FINAL: Alta el 2 de abril de 1924.

Luis Rodríguez (No se indica su condición final). Paciente de 23 años de edad, estudiante, procedente de Cayambe. Ingresó el 1 de mayo de 1924. LABORATORIO CLÍNICO: Reacción de B. WASSERMANN: ++++. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Bismuthyl. Luego de primera dosis control de albúmina en orina: pequeño disco. Se administró 14 dosis. No hay más información.

Lucas Barrera (Mejor). Paciente de 40 años de edad, jornalero, raza mestiza, residente en Latacunga. Ingresó el 20 de mayo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Fiebre tifoidea. DIAGNÓSTICO: Sífilis. LABORATORIO CLÍNICO: Reacción de Landeau positiva (Lcdo. Cevallos); Análisis de Orinas: Volumen 1200 cc.; Densidad 1.016; Albúmina 0; Glucosa 0; Cloruros: 8,51 - 10,21 en 24 horas; Urea: 19,85 -23,82 en 24 horas. Ex. Microscópico: Cristales de fosfato amoníaco-magnesiano. Quito, mayo 31 de 1924. TRATAMIENTO: Yoduro de potasio y en las erupciones cutáneas se le pone pomada y guataplasma. Se empieza tratamiento con Bismuthyl. Orina sin albúmina ni glucosa. Se continúa con el tratamiento. CONDICIÓN FINAL: Alta. Mejor.

Victor Egas (Mejor). Paciente de 22 años de edad, zapatero, raza mestiza, residente en Cayambe. Ingresó el 18 de septiembre de 1924. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Mercurial con las inyecciones de Novargyre y de Neosalvarsan. EVOLUCIÓN: A la 4ta inyección desaparece el grano del pene y también el infarto ganglionar. CONDICIÓN FINAL: Alta. Mejor.

Adán Vélez (Mejor). Paciente de 25 años de edad, ocupación sastre, raza mestiza, residente en Quito. Ingresó el 2 de noviembre de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: A la edad de 12 años tuvo una relación sexual con un hombre, haciendo de pederasta pasivo. Desde entonces ha continuado con ese vicio, siendo esta la causa del ingreso al Panóptico, donde permaneció 6 años. Es de notar que cuando tuvo la relación sexual hubo gran hemorragia por el recto, dando margen a que se creyera en unas hemorroides. A la edad de 14 años tuvo la «peste negra» («Bubónica») de la que se curó en el Hospicio -Lazareto de Guayaquil. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace unos 4 meses se le presentaron unos granos en todo el cuerpo, pero de preferencia en los miembros superiores e inferiores, respetando el tronco; en la cara también se nota granos diseminados en toda ella, pero de preferencia en los arcos superciliares, la frente y la base de la nariz. Estos granos no se asemejan a una rupia, ni roséola, más bien tienen semejanza a brotes de ectima. No hay dolor, comezones ni supuración. Durante este tiempo ha tenido muchos dolores de garganta, tres o cuatro anginas. EXAMEN FÍSICO: Examinada la cavidad bucal se nota que en la parte del velo del paladar hay unas manchitas blanquecinas, dando preferencia a dos más características en las dos amígdalas. También se queja de haber tenido grandes cefaleas nocturnas y que actualmente se repiten con poca frecuencia. En la fosa nasal izquierda, en la pared interna, hay una úlcera que se asemeja a goma sífilítica; este sangra cuando se suena demasiado fuerte y cuando se quita la costra con sus propios dedos. En el sistema ganglionar presenta: a) en la región retroauricular, no hay ganglios marcados; b) en la región axilar tampoco; c) existe el ganglio epitroclear hipertrofiado; d) los ganglios de cuello tampoco están visibles; e) los ganglios inguinales están característicos, confirmando la Pléyade de Ricow y notándose el Prefecto que está bien grande y nada adherido a la piel. En la parte de la comisura inter glútea y alrededor del orificio anal se notan unos dos grandes condilomas que semejan a los grandes labios de una vulva de mujer. Estos condilomas se le presentaron a la edad de 17 años, pero entonces eran pequeños. Anotemos que seguía sirviendo de pederasta pasivo. A los 18 años tuvo un granito como espinilla que se presentó junto al orificio anal, este era duro, poco doloroso, no había secreción mucosa y se sanó casi sin tratamiento a fuer de aplicaciones de tintura de yodo. LABORATORIO CLÍNICO: Han practicado en la oficina de Sanidad Pública una ultra microscopia y dio resultado positivo, encontrándose treponema pálido de Chandiny. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Comienzo con Neosalvarsan y Hg en los intervalos de Novarsenobenzol. El 3 de noviembre se le pone la primera inyección de 0,15 de 914. Se le sigue poniendo inyecciones de mercurio para hacerle el tratamiento mixto con Neosalvarsan. El día 16 de diciembre se pone la última inyección de 0,90. CONDICIÓN FINAL: Se le da el alta el 18 de diciembre de 1924. Mejor.

Consideraciones sobre las Historias Clínicas de los pacientes con sífilis

Los menores de edad con sífilis y otras ITS

Uno de los aspectos más dramáticos y dolorosos, que se vislumbra como la punta de un iceberg, es la edad de los pacientes afectados por sífilis y otras ITS. Espeluzna leer que tu-

vieron sífilis a los 6, 11, 12, 13, 13, 15, 15, 16, 16, 17, 17, 18, 18, 18, 18, 18 años de edad. Vidas de niñas y adolescentes arruinadas o perdidas, en una época en que los tratamientos eran excesivamente tóxicos y no sabemos si el mercurio, el bismuto y los arsenicales eran totalmente eficaces.

A propósito de eficacia de los medicamentos que se utilizaron antes de la disponibilidad de la penicilina en la década de 1940, el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* de diciembre de 1929, afirmaba lo siguiente:

La necesidad del rápido diagnóstico de la sífilis primaria queda patentizada por el hecho de que, dado un enfermo que coopere, las probabilidades de curación son de 100 % en la sífilis primaria seronegativa. Demorando el tratamiento hasta que la Wassermann sanguínea sea positiva o se presenten síntomas secundarios, quedarán a lo mejor de 5 a 20 % de casos de infección persistente. Además, si se agrupan los enfermos que cooperan y no, lo cual sucede en la práctica, las probabilidades de curación definitiva son casi dos veces mayores cuando se comienza el tratamiento en las primeras dos semanas de la infección (sífilis Wassermann-negativa), que cuando se demora hasta aparecer manifestaciones secundarias. A ningún enfermo debe dársele de alta como “curado.” Si se muestra puntual en su tratamiento, debe ser sometido a un completo examen físico cada año o dos. Si desaparece de observación durante varios meses, debe repetirse el examen antes de recomendar tratamiento. Sería imposible interpretar las anomalías descubiertas en los exámenes subsecuentes de no haber en el protocolo de la primera visita anotaciones precisas con respecto a las pupilas, los reflejos, ganglios, mediciones cardíacas, tensión sanguínea, orina, etc. (Earle-Moore, 1929, p. 1311).

El testimonio del sacerdote Ulrich von Hutten (1488-1523), quien sufrió la enfermedad e inicialmente fue tratado con mercurio, es muy significativo. Describió detalladamente las manifestaciones de la sífilis en su obra *De Morbo Gallico. A Treatise of the French Disease*. Fue uno de los principales detractores del tratamiento con mercurio, al haber sufrido personalmente sus síntomas tóxicos, como lo explica J. G. O’Shea en su artículo *Dos minutos con Venus, dos años con Mercurio* (O’Shea, 1990).

Las lesiones y la evolución de la enfermedad

En función del tipo de lesiones y su localización se puede identificar el estadio de evolución de la enfermedad. Además, estas características permitirían inducir la forma en que se realizó el contagio. Los pacientes llegaban al servicio con lesiones primarias, manifestaciones secundarias o terciarias. La destrucción de tejidos y la presencia de rupias⁴ son evidencias de sífilis terciaria.

La localización de las lesiones era variada. Rebase la región genital y sus ganglios periféricos. Así, por ejemplo, se describe en las historias de los pacientes:

- Tiene en la región vulvar varias úlceras específicas (Chancro) confirmados al **ultramicroscopio** (Sífilis primaria).
- Hace un mes se presentó un chancro en el círculo balano prepucial que se encuentra en cicatrización, *Chancro Duro* (Sífilis primaria).
- Se observa ganglios de Ricard diseminados en la región inguinal; ganglios retroauriculares y submaxilares, perforación de los huesos de la nariz y destrucción del velo del paladar, que le impide la deglución y la fonación (Sífilis terciaria).
- Chancro al lado del clítoris y en la cabeza un sin número de rupias (Sífilis terciaria).
- En la fosa nasal izquierda, en la pared interna, hay una úlcera que se asemeja a goma sífilítica; este sangra cuando se suena demasiado fuerte y cuando se quita la costra con sus propios dedos (Sífilis terciaria).

⁴ “**Rupia**: es una erupción que ocurre especialmente en la sífilis terciaria. Se producen vesículas, que tienen una base inflamada, llenas de líquido seroso, purulento o sanguinolento, que se seca y forma grandes costras cónicas negruzcas” (Merriam-Webster, s.f.).

- Destrucción parcial de los huesos propios de la nariz; ulceración gomosa del frontal; ulceración casi cicatrizada del malar derecho. En la boca: destrucción completa de los dientes y muelas de ambos maxilares que obliga a la enferma a usar dientes postizos. perforación terciaria de la bóveda palatina, sin destrucción del velo del paladar (Sífilis terciaria).
- Sífilis con rupia, fimosis y úlcera de la garganta (Sífilis terciaria).

La complejidad del diagnóstico, frente a las múltiples manifestaciones clínicas de la denominada “Gran imitadora”, fueron motivo para la siguiente recomendación: “Para el médico desconocedor de los elementos del diagnóstico dermatológico, cualquier eritema generalizado, úlcera bucal o faríngea inexplicada, pide a gritos una Wassermann sanguínea, o una consulta dermatosifilológica, o ambas cosas” (Earle-Moore, 1929, p. 1311).

Las agresiones sexuales y la forma de contagio

Las lesiones producto de agresiones sexuales, especialmente en los numerosos casos de menores de edad, permiten intuir la forma de violencia sufrida por los enfermos. Así, por ejemplo:

- Menor de 12 años, Grandes papilomas en el ano y ganglios característicos de especificidad.
- A la edad de 12 años tuvo una relación sexual con un hombre, haciendo de pederasta pasivo. Desde entonces ha continuado con ese vicio, siendo esta la causa del ingreso al Panóptico, donde permaneció 6 años. Tuvo gran hemorragia por el recto, dando margen a que se creyera en unas hemorroides.
- Paciente de 13 años de edad, impúber. Ingresó con ulceración del velo del paladar. Dice la enferma que fue violada hace un año. Ganglios submaxilares y preauriculares duros y movibles. No hay en los genitales huellas de chancro, la vagina es amplia.
- Paciente de 16 años de edad. Lesiones ulcerativas en la garganta, tratadas en Latacunga como específica. No hay huellas de chancro en los genitales.
- Presenta dos grandes condilomas que semejan a los grandes labios de una vulva de mujer. A los 18 años tuvo un granito como espinilla que se presentó junto al orificio anal, éste era duro, poco doloroso, no había secreción mucosa y se sanó casi sin tratamiento con de aplicaciones de tintura de yodo.

El Laboratorio Clínico y el diagnóstico de sífilis

En estos registros se puede constatar la utilización del laboratorio clínico para confirmar el diagnóstico de sífilis o consolidar el tratamiento medicamentoso. Se registraron datos como los siguientes:

- Reacción de Wassermann⁵: +++; luego de primera dosis control de albúmina en orina: pequeño disco. Se administró 14 dosis.
- Orina: para el tratamiento pedí el examen completo de orinas y como el resultado no presentó nada que contraindiqué el tratamiento, procedí a administrar Neosalvarsan, comenzando con la dosis de 0,15 g. Y hoy se encuentra en la cuarenta y cinco.
- Análisis de Orinas: Volumen 1200 cc.; Densidad 1.016; Albúmina 0; Glucosa 0; Cloruros: 8,51 - 10,21 en 24 horas; Urea: 19,85 -23,82 en 24 horas. Ex. Microscópico: Cristales de fosfato amoníaco-magnesiano.
- Han practicado en la oficina de Sanidad Pública una **ultra microscopia** y dio resultado positivo, encontrándose **treponema pálido de Chandiny**.
- Úlceras específicas (Chancro) confirmados al ultramicroscopio.

⁵ **Valor comparado del ultramicroscopio y de la Wassermann** “Cuando el chancro tiene más de 10 días, el examen en campo oscuro posee una eficacia de 90 a 95 %, en tanto que la Wassermann suele ser negativa (como 40 % positiva). Hasta la quinta semana, pueden identificarse con el ultramicroscopio como 80 % de las úlceras primarias no tratadas. A partir de entonces, el porcentaje disminuye rápidamente, en tanto que se eleva el porcentaje de la Wassermann, de modo que es casi siempre positiva a la sexta semana” (Earle Moore, 1929, pág. 1311).

Problemas con los pacientes en el servicio

Los siguientes registros ejemplifican las situaciones que debían ser manejadas por el personal sanitario:

- Por orden del Dr. Villavicencio se le dio el alta por indisciplinada.
- Otro paciente fue dado de alta *por insubordinado*.
- Se le somete a la medicación mercurial más el enfermo es reacio a las inyecciones y abandona el servicio el 15 de marzo de 1920.
- Una paciente fue transferida a la Maternidad por embarazo y aborto aparentemente producido por la administración de Neosalvarsan (914).
- Diagnóstico: Sífilis y Enfermedad azul de Los Chillos. En estas circunstancias se generó la siguiente nota: “Este enfermo tiene la enfermedad azul de Los Chillos, haciendo presente que este es un caso excepcional porque se trata de un individuo de raza blanca que ha sido contagiado de esta enfermedad”.
- Al tratamiento por el Neosalvarsan presentó una gran intolerancia, presentó **crisis nitritoidea**⁶ a la primera inyección.

Personal médico

En el tratamiento de estos pacientes intervinieron los médicos del servicio: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce como jefe del servicio de Clínica Quirúrgica y los doctores Abel Alvear y Montero Carrión.

Tratamiento

Los medicamentos utilizados en el Hospital San Juan de Dios para el tratamiento de la sífilis, entre 1920-1925, fueron descritos en el volumen I:

- Yoduro de potasio: pp. 133-135;
- Compuestos mercuriales: pp. 135-137;
- Salvarsan (compuesto 606) y Neosalvarsan (compuesto 914) en las pp. 131-132 y 137-138.

Novarsenobenzol

Novarsenobenzol fue otro compuesto **arsenical** utilizado para el tratamiento de la sífilis, propuesto como alternativa al Salvarsan o al Neosalvarsan. Sin embargo, se hacía una diferenciación entre estos dos productos. En 1917 Walter E. Libby, M.D., Wuhu, publicó en *The China Medical Journal*, un artículo titulado “A case of fatal poisoning by Novarsenobenzol” (Libby & Wuhu, 1918) sobre este producto. En dicho artículo se afirma que el

Novarsenobenzol is similar to neosalvarzan both in its reaction and in the method of its administration. The reaction, of course, depends upon the individual and the amount used. It has been said, and I myself have thought, that novarsenobenzol was less toxic than neosalvarzan but in the light of our recent experience this opinion seems untenable. [Novarsenobenzol es similar al Neosalvarsan tanto en sus reacciones, así como en el método de su administración. La reacción, desde luego, depende tanto del individuo como de la cantidad empleada. Se ha dicho, y yo mismo lo he pensado, que Novarsenobenzol fue menos tóxico que Neosalvarsan,

6 “La **crisis nitritoidea** caracterizase al principio por rubefacción cutánea, congestión conjuntival, asfixia, tos, palpitación y vómito, y más raramente por edema de los labios, lengua, glotis o cara, síncope o pulso filiforme. Puede acompañarse de calambres muy intensos en la porción inferior del dorso. Las causas pueden variar, pero la más importante es la administración demasiado rápida del medicamento. Rara vez se presenta después de la primera inyección, y una vez aparecida, probablemente molestará en las inyecciones subsecuentes. Si se espera esa reacción, puede casi siempre impedirse con la previa administración (5 a 10 minutos antes) subcutánea o intramuscular de 0.5 a 1 CC. de solución de adrenalina al 1:1000, o subcutánea de 1.3 mg. de sulfato de atropina 20 minutos antes del tratamiento, o inyectando la décima parte de la dosis de Salvarsan y esperando una hora antes de inyectar el resto. Es muy conveniente cambiar el preparado, es decir, de Neosalvarsan a argento Salvarsan” (Earle Moore, 1929, p. 1311).

pero a la luz de nuestras recientes experiencias esta opinión parece insostenible.] (p. 320)

El artículo de Libby y Wuhu (1918, p. 322) concluye con las siguientes observaciones:

1. Novarsenobenzol no es menos tóxico que otras formas de Salvarsan y, por tanto, es necesario ser cuidadosos en su administración.
2. Las mujeres son más susceptibles que los hombres a sus efectos tóxicos.
3. Debido a su toxicidad el intervalo de ocho días para su administración es demasiado corto, y parece mejor seguir el método de administrar Neosalvarsan, a un intervalo de dos semanas o más.

Figura 2. Novarsenobenzol “Billon”,

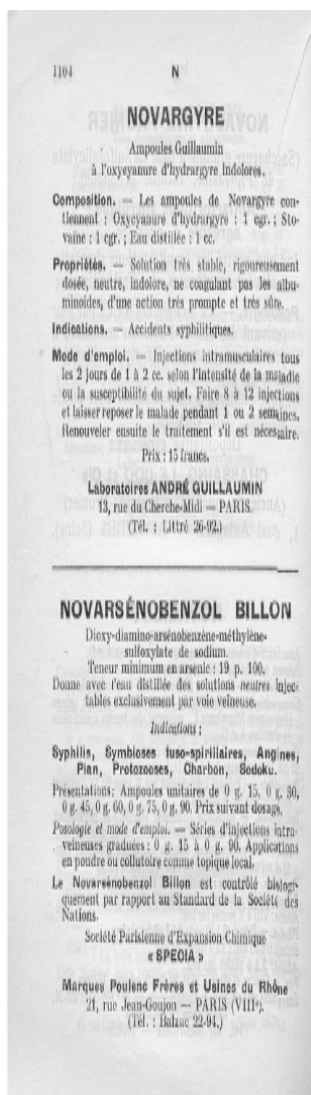


Nota: Imagen tomada de *Anticuari*, de Anticuari Trading, (<https://www.pinterest.com/ANTICUARI/apothecary-pharmacy-vintage/>). De dominio público.

Novargyre

Novargyre es otro compuesto **mercurial** que se utilizó en el tratamiento de los pacientes con sífilis en el Servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD entre 1920-1925 “Figura 3”. Las ampollas de este medicamento contienen Oxicianuro de hydrargyre 1 cgr.; Estovaína 1cgr.; Agua destilada 1 cc.

Figura 3. Propagandas de Novargyre y Novarsenobenzol Billon.



Nota: Imagen tomada de *Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques*, de L. Vidal, 1938 (<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=feuilletage-resultats&cote=&dico=dico&chapitre=novarsenobenzol&numero-resultat=17>). De dominio público.

Complejidad del tratamiento con Salvarsan y Neosalvarsan

Las facilidades actuales, que permiten administrar los medicamentos directamente de su envase farmacéutico a la vena o al músculo de los pacientes, no estaban disponibles. Basta recorrer la síntesis de las instrucciones para la administración de estos medicamentos, para valorar al más alto grado los logros de la Bioquímica y de la Farmacéutica, que han cambiado radicalmente la forma de administrar los distintos medicamentos. La ciencia ha aportado con elementos que la tecnología ha transformado en productos para solucionar los problemas médicos y más. El boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana describe el proceso de administración de los arsenicales, Salvarsan y Neosalvarsan, cuya síntesis adjuntamos (Earle Moore, 1929).

Figura 4. Método aséptico para administrar arsenicales



Nota: Imagen tomada de *Syphilis in Pregnancy*, de R. M. Cyr, 2014 (<https://history-of-obgyn.com/syphilis.html>). De dominio público.

Administración de Salvarsan (606)

El Salvarsan (compuesto 606) posiblemente es el más eficaz para el tratamiento de la sífilis primaria, pero por ser más difícil neutralizarlo con álcalis, se ha popularizado más el Neosalvarsan (compuesto 914). 0.6 g. de Salvarsan es terapéuticamente más activo que 0.9 g. de Neosalvarsan.

Para la administración de Salvarsan se requería frascos de Erlenmeyer; embudos de cristal; cilindros graduados; aparatos de gravedad; tubos de goma de pared gruesa (diámetro interno de unos 4 mm). Antes de emplear el tubo por primera vez, debe llenarse de solución de hidrato de sodio al 4 % durante no menos de 6 horas, enjuagarse bien después, esterilizarse por la ebullición, y luego enjuagarse bien con agua esterilizada, antes de emplearlo; agujas, de preferencia de acero inmanchable, de calibre 19 o 20, de bisel mediano. Deben ser limpiadas inmediatamente cada vez que se empleen y tomar precauciones para evitar la corrosión. Si es necesario, pásese la punta por una piedra antes de esterilizarla; tubo de cristal de 6 mm. de diámetro de 4 ventanillas, que debe encajarse en el tubo de goma algunos centímetros más arriba del extremo inferior; adaptadores, de metal o de cristal, para unir las agujas al extremo del tubo; llaves agarraderas para obstruir la corriente; gasa esterilizada para filtrar la solución; agua recién destilada esterilizada; solución salina (0.85 %) normal esterilizada; solución de hidrato de sodio (4 %).

Puede prepararse suficiente para un mes o más, con tal que se guarde en un frasco recubierto de parafina o cera, y con tapón de goma; una pipeta o una bureta graduada para medir con exactitud el álcali. Luego la administración requería una serie de pasos y procesos prolongados, previos a la administración del medicamento. La cantidad a preparar de una vez dependerá del número de enfermos, pero no deben prepararse lotes de más de 10 dosis.

Administración de Neosalvarsan (914)

La administración de Neosalvarsan (Diamino-dioxiarsenobenzol-metansulfoxilato), "Figura 5", era más sencilla, según el artículo citado, pues se disuelve fácilmente en una pequeña cantidad de agua, y no hay que alcalinizarlo. Se requería de agua recién destilada esterilizada, jeringas de cristal de 10 a 50 cc.; agujas de calibre 25, de bisel mediano; cristalería esterilizada para mezclar el medicamento. El proceso es algo menos engorroso que en el caso anterior, sin embargo, no deja de ser complejo.

Figura 5. Neosalvarsan (914) fabricado por I.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft Leverkusen, Alemania.



Nota: Imágenes tomadas de *La terapéutica farmacológica*, de J. Fresquet, 2010 (https://www.uv.es/fresquet/Expo_medicina/Terapeutica_XIX/terapeutica.html). Bajo copyright.

Condición final

En la mayor parte de los pacientes no se especificó su condición final. En un número significativo de casos consta solamente que salió con el alta. En pocos casos se registró “mejoría” o “curación”.

Una persona falleció. Fue **Dolores Dávila**, de 40 años de edad, quien había ingresado el 23 de febrero de 1924, murió el 12 de marzo de 1924, luego de permanecer hospitalizada durante 17 días. De acuerdo con el diagnóstico tuvo neumonía y sífilis. Posiblemente, falleció por la neumonía. Su historia no aporta más datos.

Conclusiones

Las fuentes primarias consultadas incluyeron 82 casos de pacientes con sífilis: 34 mujeres y 48 varones.

Los pacientes con sífilis tuvieron entre 6 a 76 años de edad, siendo más frecuente en jóvenes, adolescentes y aún niños. Más de la mitad tenían menos de 30 años de edad.

Las ocupaciones de los pacientes fueron variadas y comprendían una gama amplia de artes, oficios y profesiones.

Los enfermos procedían de Quito en su mayoría, con pacientes de distintas regiones y provincias del país. Además, se registró la hospitalización de un colombiano y un español.

La presencia de otras enfermedades fue frecuente, asociándose con blenorragia, papilomas y manifestaciones de sífilis avanzada como rupias, úlceras faríngeas, metritis, absceso inguinal, condilomas vulvares y en un caso con enfermedad azul de Los Chillos.

El impacto y las secuelas de esta enfermedad, relativamente frecuente, se observaron en distintos órganos, aparatos y sistemas, generalmente en relación con el estadio en que se encontraba la enfermedad. Se identificaron procesos patológicos agudos, subagudos y crónicos.

El laboratorio clínico fue utilizado para confirmar el diagnóstico de sífilis o vigilar la respuesta tóxica al tratamiento medicamentoso.

El tratamiento de los pacientes con diferentes manifestaciones sifilíticas se realizó con yoduro de potasio, compuestos mercuriales como el oxicianuro de hydrargyre (Novargyre), así como Salvarsan y Neosalvarsan. Estos dos medicamentos debían administrarse observando las recomendaciones propuestas por los fabricantes, bajo un proceso significativamente complejo.

La terapéutica presentó detalles adicionales de complejidad por las características de los pacientes, como su falta de aceptación del tratamiento o conductas inaceptables en el hospital. A esto se suma la presencia de algún caso de reacción adversa al medicamento o la presencia de un aborto después de haber iniciado el tratamiento.

Se presentó un solo deceso por una infección neumónica que se superpuso a la enfermedad luética. Los demás pacientes tuvieron el alta sin que haya sido registrada su condición final y en algunos casos consta que mejoraron o curaron.

Las agresiones sexuales, especialmente en los numerosos casos de menores de edad, reflejan la violencia existente y sufrida por los enfermos.

Blenorragia

Se registraron 37 casos de blenorragia: 18 mujeres y 19 varones. Constan como blenorragia aguda, blenorragia complicada con epididimitis, blenorragia con chancro blando, blenorragia de la uretra, blenorragia en período agudo, blenorragia crónica, blenorragia y artritis blenorragica, blenorragia y chancro sifilítico, blenorragia y sífilis.

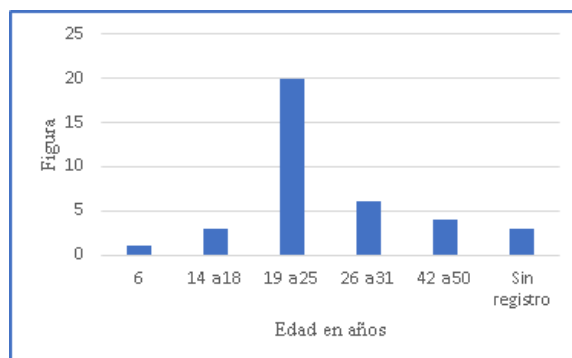
Si se agrupan los distintos diagnósticos, se dispone de los siguientes casos: Blenorragia: 30 pacientes; orquiepididimitis blenorragica: 5 casos; bartolinitis blenorragica doble: 1 caso y epididimitis gonocócica: 1 paciente.

Características de los pacientes con blenorragia

Edad

Los pacientes con blenorragia y constancia de edad tuvieron entre 6 a 50 años de edad “Figura 6”.

Figura 6. Edad de los pacientes con blenorragia. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925



La mayoría de los pacientes eran menores de 31 años, con grupo más numeroso entre 19 y 25 años. Hubo jóvenes, adolescentes y una niña, **María Ramos** (6 años), cuya historia fue transcrita entre las pacientes con sífilis.

Raza

En 20 casos se registraron sus características raciales. Hubo 12 mestizos, 5 blancos, 4 indígenas y 16 pacientes sin clasificación racial.

Procedencia

Se registró la procedencia en 35 pacientes, de los cuales 20 eran residentes en Quito y sus alrededores (Chillo Gallo, Nono, Pintag, Sangolquí y Tumbaco).

Los otros pacientes procedían de diversas ciudades, como Latacunga, San Felipe (Provincia de León), Ambato, Guayaquil, Otavalo, El Ángel (Carchi), Riobamba y Tumaco, Colombia.

Ocupación

Las ocupaciones de los pacientes fueron registradas en 22 casos. Incluyeron artesanías, oficios y profesiones. El detalle de las distintas ocupaciones se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Ocupación de los pacientes con blenorragia. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Ocupación	Número	Ocupación	Número
Carpintero	3	Mecánico	1
Comerciante	3	Militar retirado	1
Arriero	2	Músico (aprendiz)	1
Cocinera	2	Sastre	1
Agricultor	1	Sirviente	1
Estudiante	1	Sombrero	1
Jornalero	1	Tipógrafo	1
Maquinista de vapor	1	Zapatero	1

El más joven de los pacientes, **Enrique Velasco**, tenía 14 años de edad y ejercía como mecánico. La mayor de todos los pacientes, **Felisa Arias**, contaba con 50 años de edad y era cocinera. El estudiante, **Aurelio Donoso**, tenía 21 años de edad. Sus historias se transcriben posteriormente.

Nombres de los pacientes con blenorragia

Abelardo Rodríguez, Alberto Corral, Ana Ma. Cedeño de Maldonado, Ángel M. Larco, Aurelio Donoso, Bernardino Sánchez, Carmen Amelia Pérez, Carmen Rosa Paredes, César Augusto Cabrera, Delia Ma. Chávez, Diocelina Albuja, Enrique Velasco, Felisa Arias, Guadalupe Hidalgo, Hortensia López, Humberto Rodríguez, José Pérez, José V. Sánchez, Juan Portilla, Leticia Chiriboga, Manuel Ponce, Margarita Salazar, María Lucrecia Pérez, María Molina, María Ramos, María Torresano, Pablo Arias, Ricardo Gómez, Rogelio Sánchez, Rosa Aguirre, Rosa E. Pazmiño, Rosa M. Escobar, Rosalino Diaz, Rosario Constante, Santos Castro, Huberto Corral y Víctor Manuel Carrera.

Historias Clínicas de pacientes con blenorragia

A continuación, se detallan los casos más interesantes por sus elementos clínicos, de diagnóstico, tratamiento, evolución o condición final.

Rogelio Sánchez (No se indica su condición final) Paciente de 27 años de edad, raza blanca, ocupación carpintero, residente en Quito. Ingresa el 29 de enero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Son 20 días que dice sintió dolores uretrales durante las micciones, pero sin presentarse ningún flujo ni orina en pequeña cantidad. A los 8 días se le inflamó el testículo y epidídimo del lado derecho, acompañado de dolor intenso. Actualmente tiene un aumento de volumen de unos 2 o 3 partes más. DIAGNÓSTICO: Orquiepididimitis blenorragia derecha. TRATAMIENTO: Diuréticos y desinfectantes al interior, revulsivos al exterior. CONDICIÓN FINAL: Alta el 12 de febrero de 1920.

Ángel M Larco (No se indica su condición final) Paciente de 30 años de edad, raza blanca, es militar retirado y reside en Quito. Ingresa el 14 de abril de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 8 días ha tenido su blenorragia muy abundante, la que ha ido progresivamente en disminución. Hace 2 días ha tocado instrumentos de viento y hecho esfuerzos, propagándose la infección al epidídimo y testículo del lado izquierdo. Ambos órganos están inflamados, el primero duro, muy dolorosos. La turgencia se propaga también al cordón deferente, el cual está sumamente doloroso. DIAGNÓSTICO: Orquiepididimitis blenorragia izquierda. CONDICIÓN FINAL: No se indica.

Huberto Corral (Curación) Paciente de 20 años de edad, raza blanca, ocupación tipógrafo, residente en Quito. Ingresa el 30 de abril de 1920. EXAMEN FÍSICO: Sometido a examen y con los datos y antecedentes suministrados por el paciente, resulta una blenorragia que data de 4 meses, resultando hace unos 6 días, como complicación, orquitis izquierda; En efecto, tiene una supuración abundante de la uretra, con gran molestia al orinar etc. Además, los testículos se hallan aumentados de volumen, hay endurecimiento a nivel del epidídimo. DIAGNÓSTICO: Blenorragia. TRATAMIENTO: Reposo, diuréticos, agua caliente a las bolsas. Luego lavados con permanganato. CONDICIÓN FINAL: Sale curado el 14 de mayo de 1920.

José V Sánchez (pide el alta) Paciente de 22 años de edad, raza india, trabaja como sastre en Latacunga. Ingresa el 25 de mayo de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido sarampión, paludismo y fiebre amarilla. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde marzo se le presenta supuración de la uretra, que fue complicada con epididimitis, dice que tuvo un golpe y un coito sospechoso. EXAMEN FÍSICO: Ahora presenta la supuración y manifestaciones de orden sifilítico, ya que presenta chancro. Aparece con los caracteres de una úlcera en el lado derecho del surco balano prepucial. Además, presenta un brote en la parte anterior del tórax, maculo papuloso, parece también de origen sifilítico. DIAGNÓSTICO: Blenorragia y chancro sifilítico. TRATAMIENTO: Diuréticos, biyoduro de mercurio luego de hacerle la reacción auto hematoterapia por 3 veces. Lavados de permanganato. CONDICIÓN FINAL: Al encontrarse sin ninguna manifestación, pide el alta el 19 de junio de 1920.

Abelardo Rodríguez (No se indica su condición final). Paciente de 25 años de edad, arriero de El Ángel (Carchi). Ingresa el 25 de junio de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Dice, estuvo en la sala de San Vicente, curándose de Paludismo. Pasa a este servicio por tener una blenorragia que data de 8 meses. Además, se queja de una angina que por los antecedentes personales parece tratarse también de un específico. DIAGNÓSTICO: Blenorragia. TRATAMIENTO: Tisana diurética y lavados de permanganato de potasa. Además, se le instituye el tratamiento específico y se le deja gargarismos anticéticos.

Pablo Arias (No se indica su condición final). Paciente de 20 años de edad, procedente de Guayaquil. Ingresa el 1 de noviembre de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Inválido por la mala vista, Ha tenido gripe, fiebre tifoidea. ENFERMEDAD ACTUAL: Hoy se queja de una abundante supuración de la uretra anterior, la que data más o menos un mes. Luego adquiere por relaciones sexuales un chancro que presenta los caracteres del blando. Apareció una inflamación ganglionar en la ingle derecha, la que llega a supurar y se abre espontáneamente. EXAMEN FÍSICO: El chancro es único localizado en el lado derecho del surco balano prepucial. DIAGNÓSTICO: Blenorragia y chancro blando. TRATAMIENTO: Diuréticos al interior, curaciones diarias del chancro y de la adenitis. Luego se le hace también lavados uretrales de permanganato de potasio. CONDICIÓN FINAL: Alta el 8 de diciembre de 1920.

Aurelio Donoso (En proceso de curación, fuga) Estudiante de 21 años, residente en Riobamba. Ingresa el 7 de noviembre de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Blenorragia hace 1 mes, Chancro simple hace 12 días y muy anterior al chancro se presenta adenitis en ambas regiones inguinales, llegando a la supuración en el lado izquierdo. EXAMEN FÍSICO: Al examen el día del ingreso presenta un absceso inguinal izquierdo, blenorragia y temperatura de 38,8°. DIAGNÓSTICO: Blenorragia. TRATAMIENTO: Corte en el eje mayor del absceso para dar salida al pus con una gasa empapada en agua oxigenada y apósito. Urotropina y Salol, al interior: Vaselina con óxido rojo de mercurio para aplicación local en el chancro. CONDICIÓN FINAL: El 25 de noviembre de 1920 sale del servicio sin estar curado.

Ricardo Gómez (Curación) Paciente de 31 años de edad, comerciante de Latacunga. Ingresa el 16 de diciembre de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Habiendo tenido como origen un coito probablemente infectante, después del cual al tercer día apareció la supuración con ardores y dificultad al orinar. EXAMEN FÍSICO: Al examen presenta supuración de la uretra anterior que dice tener hace 10 días. Además, por el examen se encuentra el testículo izquierdo aumentado de volumen, duro y doloroso, con el epidídimo muy doloroso, etc. DIAGNÓSTICO: Blenorragia complicada con epididimitis. TRATAMIENTO: Reposo, dieta, diuréticos, guataplasmas y fricciones de salicilato de metilo. CONDICIÓN FINAL: Sale curado.

Humberto Rodríguez (No se indica su condición final). Paciente de 22 años de edad, ocupación maquinista de vapor. Ingresa el 29 de diciembre de 1920. EXAMEN FÍSICO: Presenta supuración de la uretra anterior, una úlcera chancrosa en el surco balano prepucial. DIAGNÓSTICO: Blenorragia con chancro blando. TRATAMIENTO: Reposo, dieta, diuréticos, guataplasmas y fricciones de salicilato de metilo. Se toca la úlcera con nitrato de plata y se cura diariamente. No existe más información.

Delia Ma. Chávez (Curación). Paciente de 47 años de edad, ocupación vendedora en Otavalo. Ingresa el 17 de febrero de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un año tuvo dolores lumbares. Hace un mes dolor hipogástrico, estreñimiento, las piernas se hinchaban, calambres y ardencias de los talones. Le era imposible realizar las micciones. EXAMEN FÍSICO: Tiene dolor lumbar, disbasia y siente un cuerpo extraño en la vagina. Examen urogenital verificado por el Dr. Villavicencio. DIAGNÓSTICO: Blenorragia de la uretra. TRATAMIENTO: Diuréticos, lavados. CONDICIÓN FINAL: Alta el 8 de marzo de 1921. Curación.

Guadalupe Hidalgo (Mejoría) Paciente de 23 años de edad, procedente de Pintag. Ingresó el 20 de febrero de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: La enferma siente punzadas en la región hipogástrica y la secreción es abundante de color amarillento. EXAMEN FÍSICO: Examinada por el Dr. Villavicencio a la simple inspección fue diagnosticada de Blenorragia. DIAGNÓSTICO: Blenorragia. TRATAMIENTO: Lavados. CONDICIÓN FINAL: Alta el 7 de marzo de 1921. Sigue mejorando.

Rosa Aguirre (No se indica su condición final) Paciente de 18 años de edad, ocupación sirviente en Quito. Ingresó el 30 de marzo de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 16 años. Tuvo gripe. ENFERMEDAD ACTUAL: Secreción genital anormal (almidón cocido) acompañada de dolores en el vientre. Disbasia últimamente. EXAMEN FÍSICO: Por el examen genital se encuentra cuello cerrado, duro. DIAGNÓSTICO: Blenorragia. CONDICIÓN FINAL: Alta el 7 de abril de 1921.

Alberto Corral (Mejoría) Paciente de 23 años de edad, raza mestiza, ocupación jornalero, residente en Quito. Ingresó el 30 de abril de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Tuvo una infección blenorragica hace 15 días (a los 4 días del coito) con abundante flujo. Continúa con sus ocupaciones que le exigen andar todo el día (llevaba suspensorio). Hace 5 días se presenta inflamación del testículo izquierdo, que el enfermo atribuye (con razón) por haber bailado el día anterior. EXAMEN FÍSICO: Inflamaciones del testículo y del epidídimo, que se hallan duros, muy dolorosos, aumentados en unas cuatro veces su volumen. La supuración disminuyó enseguida a gotas matutinas y al fin ha desaparecido. DIAGNÓSTICO: Orquiepididimitis blenorragica. TRATAMIENTO: Se aplican revulsivos y luego se ensaya la hiperemia por la **venda de Ucer**, que da muy buen resultado. La inflamación cede, el dolor igualmente. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de mayo de 1921.

Leticia Chiriboga (No se indica su condición final). Paciente sin registro de su edad, ingresa el 12 de junio de 1921. MOTIVO DE CONSULTA. Sensación de cuerpo extraño en el ano. EXAMEN FÍSICO: Secreción vaginal y úlcera alrededor del ano. DIAGNÓSTICO: Blenorragia. TRATAMIENTO: Tocaciones con nitrato de plata. Lavados. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de junio de 1921.

Víctor Manuel Carrera (Mejoría). Paciente de 23 años de edad, raza mestiza, ocupación aprendiz de músico, procedente de Sangolquí. Ingresó el 23 de junio de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: A los 3 días de una relación sexual se inicia con una supuración uretral, muy abundante hasta los primeros 15 días, con edema ganglionar, dolor, y luego, con el tratamiento, disminuyó notablemente hasta creerse curado hace un mes. Excesos de licor hicieron reaparecer el flujo que hoy es solo de unas cuantas gotas matutinas, Vírgulas de Fürbringer. Como consecuencia de la medicación ha sufrido hace dos meses una nefritis aguda, con temperatura, dolor lumbar, edema. Desde entonces la orina es un color oscuro. EXAMEN FÍSICO: Meato bien pequeño, mucosa uretral eritematosa, uretra poco prominente, dolorosa al tacto; por este medio (rectal) se nota una ligera hipertrofia con dolor de la próstata. DIAGNÓSTICO: Blenorragia uretral crónica. TRATAMIENTO: Se aplican revulsivos y luego se ensaya la hiperemia por la venda de Ucer, que da muy buen resultado. La inflamación cede, el dolor igualmente. Se comienza por la administración de diuréticos y lavados uretrales (uretra anterior) con jeringa y **método Guijón**. Se ensaya los masajes de la próstata. EVOLUCIÓN; Favorable. CONDICIÓN FINAL: El enfermo ha mejorado y se le da de alta el 27 de junio de 1921 para que continúe tratándose.

Diocelina Albuja (No se indica su condición final). Paciente de 20 años de edad, raza mestiza, procedente de Nono. Ingresó el 5 de abril de 1923. DIAGNÓSTICO: Gonococia. Embarazo. TRATAMIENTO: Se le hace un curetaje el 30 de abril de 1923. CONDICIÓN FINAL: No se registra.

Hortensia López (No se indica su condición final) Paciente de 21 años de edad, raza mestiza, residente en Quito. Ingresó el 8 de diciembre de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 11 años. Ha tenido un embarazo y tiene un hijo vivo. Ha tenido viruelas y fiebre. DIAGNÓSTICO: Bartolinitis blenorragica doble. TRATAMIENTO: Se le abre la glándula izquierda el día del ingreso. CONDICIÓN FINAL: Alta el 23 de diciembre de 1923.

Rosario Constante (No se indica su condición final). Paciente de 19 años de edad, raza blanca, residente en Guayaquil. Ingresó el 20 de agosto de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquía a los 12 años de edad. Ha tenido sarampión, viruelas y coqueluche. DIAGNÓSTICO: Blenorragia y artritis blenorragica. CONDICIÓN FINAL: Alta el 18 de octubre de 1924.

Personal médico

En el manejo de los pacientes con blenorragia y sus complicaciones aparecen en los registros los nombres del Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, en calidad de médico tratante y jefe del servicio. Además, en un caso consta el nombre de un externo, el Sr. Aurelio Rosales.

Tratamiento

El tratamiento de los pacientes con blenorragia y otras ITS como chancros o sífilis, incluyó diferentes estrategias dietéticas, higiénicas y medicamentosas.

- **Reposo y dieta:** con frecuencia se indicó reposo y dieta, sin caracterización de la dieta.
- **Permanganato de potasio** fue uno de los antisépticos más frecuentemente utilizados para lavados de la uretra anterior. Se los realizaba con una jeringa y mediante el método Guijón, cuyas características no se las describe actualmente.

- **Urotropina:** antiséptico urinario descrito anteriormente en este volumen y en el primer volumen, en la página 101. Es metenamina, que en orina ácida se transforma en formaldehído.
- **Calor local** de agua caliente aplicada en los genitales, en ocasiones acompañada de guataplasmas y fricciones de salicilato de metilo o salol o mediante la “hiperemia por la venda de Ucer”. A este método se le atribuye “muy buen resultado”. No ha sido factible conocer las características de esta venda. En un caso “Se ensaya los masajes de la próstata”.
- **Diuréticos:** En algunos casos se utilizó “diuréticos al interior”, como “tizana diurética”.
- **Revulsivos:** También se administró revulsivos o eméticos.
- **Medicamentos tópicos** como “Vaselina con óxido rojo de mercurio para aplicación local en el chancro”. En otros casos “Se toca la úlcera con nitrato de plata y se cura diariamente”.
- **Arsenicales o mercuriales** en los pacientes con sífilis. En un caso, se administró el “Tratamiento específico y se le deja gargarismos antisépticos”.

Condición final

En la mayor parte de casos no se consigna su condición final, aunque consta que recibieron el alta. En poco de ellos se estableció su curación o mejoría. No hubo decesos vinculados a esta patología.

Conclusiones

La blenorragia afectó tanto a mujeres como a varones hospitalizados en el servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD. De los 37 pacientes con gonococia, 18 eran mujeres y 19 varones.

La mayoría de los pacientes eran menores de 31 años. Entre ellos había jóvenes, adolescentes y una niña de 6 años de edad, que además tenía sífilis. El grupo más numeroso estaba compuesto por jóvenes con edades comprendidas entre 19 y 25 años.

La calificación racial se adjudicó a pocos pacientes. La mayoría de los pacientes catalogados constan como mestizos. Al parecer esta clasificación estaba perdiendo importancia.

La procedencia se señaló en 35 pacientes, de los cuales 20 eran residentes en Quito o sus alrededores. Los otros procedían de diversas ciudades y provincias del país; adicionalmente, hubo un colombiano.

La ocupación de los pacientes fue registrada en 22 de los 37 casos. Ejercían una variedad de artesanías, oficios y profesiones.

Para el tratamiento de esta enfermedad se utilizaron varios procedimientos, tanto dietéticos como higiénicos y medicamentosos. Se utilizó el calor y vendajes para las complicaciones inflamatorias producidas por esta enfermedad.

Los antisépticos, como el permanganato de potasio para lavados uretrales y la urotropina, por vía oral, fueron los preferidos.

Para analgesia se administró salicilato de metilo o salol.

También fueron utilizadas aplicaciones de nitrato de plata, vaselina con óxido rojo de mercurio, gargarismos con sustancias antisépticas, e inclusive masaje prostático.

En pocos casos se especificó su curación o mejoría. En la mayoría de los pacientes no registró su condición final. No hubo decesos por esta enfermedad.

Otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

En el servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD se registraron 35 pacientes con otras ITS. Unas producidas por *Haemophilus ducreyi*, y otras por el virus del papiloma humano (VPH). En algunos casos coexisten dos o más ITS en un paciente. Los 35 casos correspondían a:

- ITS producidas por *Haemophilus ducreyi*:
 - Chancro de Ducreyi / Chancro blando: 24 pacientes
 - Chancroide / cancroide: 2 pacientes
 - Epididimitis. Chancro Ducreyi: 1 caso.
- ITS producidas por virus del papiloma humano (VPH):
 - Condilomas / papilomas (ano-genital): 8 casos

ITS producidas por *Haemophilus ducreyi*

Esta infección de transmisión sexual, producida por el coco bacilo *Haemophilus ducreyi*, se caracteriza por la presencia de una úlcera necrótica, denominada *chancro blando*, que aparece en el sitio de inoculación en los genitales. Favorece su implantación la presencia de heridas o laceraciones de la piel y mucosas. Comienza como una mácula pequeña que se convierte en pápula y después forma un absceso intradérmico o pústula. Luego se produce la ulceración húmeda del sitio, usualmente mide menos de 1 cm de diámetro y puede llegar hasta 2 o 3 cm. Posteriormente, se cubre por una escara necrótica purulenta, con alguna semejanza con el chancro duro de la sífilis, sin el endurecimiento característico de este. En un 50 % de los casos se desarrolla hiperplasia inflamatoria dolorosa de los ganglios regionales. Algunas veces los ganglios inflamados se transforman en abscesos (Robbins, 1975). Las personas que tienen actividad sexual y viven en países con sistemas de salud y condiciones sanitarias deficientes también son propensos a contraer esta infección de transmisión sexual (Peterson, 2017).

Historias Clínicas de pacientes con chancro blando o chancro de Ducreyi

Tránsito Paredes (Curación). Paciente de 20 años de edad, procedente de Malchinguí. Ingresó el 9 de mayo de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 14 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un mes, más o menos, que empezó la enfermedad, siendo la causa una visita de confianza. A los ocho días sintió unos piquetes y dos granitos en los labios (vagina). A los 15 días tuvo infarto ganglionar en el lado izquierdo, región triángulo de Scarpa. EXAMEN FÍSICO: Uno de los ganglios está en supuración, habiéndose abierto espontáneamente. Presenta chancro de Ducreyi en el labio de la vulva y un absceso en el triángulo de Scarpa. DIAGNÓSTICO: Chancro blando. TRATAMIENTO: Pomada y abertura de absceso. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de mayo de 1921. Curación.

Emilia López (No se indica su condición final) Paciente de 25 años, residente en Quito. Ingresó el 11 de octubre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Tuvo 3 embarazos, tiene 3 hijos vivos. Ha tenido sarampión y viruelas. ENFERMEDAD ACTUAL: Grano en los grandes labios. EXAMEN FÍSICO: Ulceraciones chacriformes en la región interna del muslo. Las bases no presentan induración, seguramente no son específicos. DIAGNÓSTICO: Chancro de Ducreyi. TRATAMIENTO: Antisépticos y revulsivos. CONDICIÓN FINAL: Alta el 7 de noviembre de 1921. Interno Ricardo Rueda.

Carlos Proaño (No se indica su condición final) Paciente de 22 años de edad, raza mestiza, empleado en Quito. Ingresó el 27 de abril de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: La infección ha adquirido en esta ciudad y a los 8 días de la relación sexual, anotándose que de 8 individuos que tuvieron copulación con la misma mujer, solo han infectado dos. EXAMEN FÍSICO: Infección balanoprepucial y adenopatía. DIAGNÓSTICO: Chancro de Ducreyi. TRATAMIENTO: La inflamación ganglionar continúa su curso, no obstante, la más enérgica revulsión. Mayo 13: Como sigue con fimosis se debrida el prepucio; anestesia local. Edema. Se pone el miembro en agua caliente, con lo que desaparece el edema. CONDICIÓN FINAL: Alta el 14 de junio de 1921.

Gabriel Jijón (Alta) Paciente de 22 años de edad, raza mestiza, pintor residente en Quito. Ingresó el 22 de mayo de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 8 días presenta úlcera en surco balanoprepucial. Desde hace 4 días ha sentido una bola en el pliegue inguinal derecho. Debido a tocamientos realizados con nitrato de plata se han ulcerado varios sitios contiguos al chancro, que está en proceso de cicatrización. EXAMEN FÍSICO: Úlcera en surco balanoprepucial. DIAGNÓSTICO: Chancro de Ducreyi. TRATAMIENTO: Lavados de aseo. Aplicación de pomada *beurre* de calomel. CONDICIÓN FINAL: Cicatrizan las ulceraciones y sale de alta el 2 de junio de 1921.

Carlos Almeida (No se indica su condición final) Paciente de 27 años, agricultor, raza mestiza, residente en El Quinche. Ingresó el 5 de mayo de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: A la semana de una relación sexual presenta úlcera al lado izquierdo del frenillo y luego de 8 días inflamación ganglionar al lado derecho. Supura y se abre espontáneamente. EXAMEN FÍSICO: junio 14: Se presenta un nuevo infarto ganglionar. Se abre y drena el ganglio mencionado. Se instituye el tratamiento de costumbre. Sin embargo, la herida de esta segunda adenopatía tiene mal aspecto, los bordes están esfacelados, cianóticos, hay bastante

supuración y la herida tiene un carácter invasor. DIAGNÓSTICO: Chancro de Ducreyi con adenopatía TRATAMIENTO: Grandes irrigaciones con Solución de Dakin y tópicos con Yodoformo. CONDICIÓN FINAL: No se registra.

Víctor M. Parra (Curación) Paciente de 27 años, raza mestiza, trabaja como carpintero en Quito. Ingresó el 13 de junio de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un mes tuvo a la entrada de la uretra un chancro de pequeñas dimensiones, suave, indoloro, que se presentó a los 9 días de las relaciones sexuales. El chancro cicatrizó fácilmente, dejando como secuela un infarto ganglionar derecho que ha llegado a la supuración. DIAGNÓSTICO: Chancro de Ducreyi con adenopatía supurativa. TRATAMIENTO: Drenaje quirúrgico: Incisión y, luego, tópicos de éter yodofórmico. Luego de la incisión y colocación de éter yodofórmico, se obtiene la desaparición del pus y cicatrización de la herida en solo 6 días. CONDICIÓN FINAL: Alta el 21 de junio de 1921. Curación.

Alejandro Morales (Curación) Escolar de 14 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 18 de marzo de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó hace 2 meses produciendo la supuración del ganglio inguinal izquierdo que se abrió con una ancha brecha y luego fue mal atendido. EXAMEN FÍSICO: Se ha producido una ulceración de los bordes que se hallan dentados, el fondo es cianoso, hay bastante pérdida de sustancia. Aún supura el chancro. DIAGNÓSTICO: Chancro de Ducreyi. TRATAMIENTO: Se instituye el tratamiento conveniente y la reproducción del tejido es bastante lenta. Se logra la curación completa. CONDICIÓN FINAL: Alta. Curación.

Historias Clínicas de pacientes con chancroide

Chancroide es otra denominación de la infección producida por el germen productor del chancro blando o chancro de Ducreyi.

Cayetano Males (Curación) Peón de 38 años de edad, raza indígena, procedente de Obillus (Pintag). Ingresó el 2 de febrero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: Hace 1 año se le presentó un tubérculo pequeño en la región malar izquierda, el cual fue aumentando de volumen hasta adquirir el volumen más o menos de una ciruela, cupuliforme, nada doloroso. ENFERMEDAD ACTUAL: Así ha progresado hasta hace 15 días en que, previa una medicación mercurial, se ha craterizado. EXAMEN FÍSICO: Ahora se observa un tumor ulcerado, de unos rebordes duros, fondo anfractuoso, poco profundo, rojizo, sangra fácilmente. En el borde, en su parte externa, tiene una prominencia papilar. La invasión ganglionar se nota en los ganglios parotídeos, los retroauriculares del propio lado. En el triángulo supraclavicular no se nota adenitis, como tampoco en las axilas. Sigue siendo indoloro, pero despiden un ligero mal olor, no hay zona de infiltración periférica. DIAGNÓSTICO: Cancroides vulgares. TRATAMIENTO: Se practica la ablación del tumor procurando quitar minuciosamente todo el tejido invadido. Aplicase la cauterización ígnea. Se deja toda la superficie (del tamaño de un sol) al descubierto y se aplica sesiones diarias de Rayos X. Al segundo día comienza una proliferación asombrosa, de manera que al día 25 en que abandona la sala se hallaba cerrada la herida y cicatrizada perfectamente. Cirugía: Cirujano Dr. Villavicencio. Ayudante: Luis Sojos. Cloroformo: Alvear. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta el 29 de febrero de 1920.

Nicolás Salazar (No se indica su condición final) Paciente de 70 años de edad, raza mestiza, carpintero residente en Quito. Ingresó el 26 de abril de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido fiebre amarilla y gastralgias. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un año tuvo un pequeño tubérculo (un grano) en la nariz, que había evolucionado lentamente. En un servicio de la calle se cometió el desacierto de extirparlo quirúrgicamente, dejando la herida abierta, con lo cual se dio un verdadero fuetazo a la afección que tomó un carácter invasor, destruyendo los tegumentos y afectando luego a los huesos. Desde hace 3 meses se ha aplicado los rayos X que han aumentado la necrosis de los tejidos. EXAMEN FÍSICO: Hoy presenta una destrucción de las alas de la nariz y del tabique, de manera que en un sitio están aún perforados los huesos propios de la nariz; los bordes son desiguales, como hechos con sacabocados y la destrucción tiene tendencia a la invasión. DIAGNÓSTICO: Chancroide de la nariz. TRATAMIENTO: El 3 de mayo, previa cloroformización (que la hace el Sr. Alvear) se elimina cuidadosamente con la cureta el tejido invadido y cauteriza luego con termo cauterio, Drs. Villavicencio y Estupiñán. EVOLUCIÓN: La herida toma buen aspecto, el mal olor ha desaparecido, la secreción purulenta es muy escasa. Mayo 20: La secreción ha aumentado notablemente, está francamente purulenta y de mal olor. Los bordes y el fondo del cancro están cianosos, necrosados. Junio 7: Se practica un nuevo curetaje de la herida cancerosa. (Lo hacen los Drs. Salvador y Estupiñán, cloroformo el Sr. Alvear). En la anestesia tiene un ligero accidente asfíctico. Junio 20: Formase una colección purulenta en uno de los ganglios parotídeos, se lo abre y se vacía un pus de aspecto banal. CONDICIÓN FINAL: No se registra más información.

Historia Clínica de un paciente con epididimitis y chancro de Ducreyi

Este caso corresponde a una complicación de la infección por el *Haemophilus ducreyi*.

José Luis Cruz (Curación). Paciente de 45 años de edad, comerciante de Conocoto. Ingresó el 2 de febrero de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido erisipela, tifoidea y pulmonía. Tuvo blenorragia hace 8 años, la que, al decir del paciente, desapareció completamente. Hace 3 meses tuvo un chancro que produjo infarto y supuración de un ganglio inguinal derecho. ENFERMEDAD ACTUAL: Son 15 días que el testículo derecho está grandemente doloroso y empezó a inflamarse. EXAMEN FÍSICO: Ahora el ganglio se halla duro, con un pequeño orificio supurativo, el testículo está grandemente doloroso y aumentado 4 veces el volumen. No hay supuración uretral y solo ha sentido ardores al orinar. Uno de los ganglios inguinales

derechos, sigue infartado y se nota la presencia de pus. DIAGNÓSTICO: Epididimitis derecha. Chancro de Ducreyi. TRATAMIENTO: Drenaje del ganglio inguinal derecho. La intervención no da buen resultado, sino que, por el contrario, la herida toda se infecta, sus bordes y zona limitante están esfacelados, presenta un muy mal aspecto. La herida ha sufrido una degeneración chancrosa y presenta el más feo aspecto, por lo cual se hace una nueva intervención que consiste en abrir ampliamente la herida, debridar la piel y se curetea fuertemente el tejido celular interesado. Se logra la cicatrización lenta de la gran superficie ulcerosa. Tratamiento revulsivo y analgésico con lo cual se logra, al cabo de 1 mes, la desinflamación completa. El 8 de mayo se practican unas puntas de fuego. CONDICIÓN FINAL: Alta, curado, el 4 de junio de 1921.

ITS producidas por virus del papiloma humano (VPH)

Los condilomas, condilomas acuminados o verrugas genitales son producidas por los virus del papiloma humano (VPH). Puede encontrarse en el organismo en portadores sanos. Constituyen una ITS que en la actualidad alcanza gran frecuencia y difusión mundial. Se presentan en los genitales, el ano, el cuello uterino y la uretra masculina. Se asocia con diferentes tipos de cáncer, especialmente aquellos localizados en áreas genitales de varones y mujeres y en el aparato reproductor femenino. Se presenta más frecuentemente en pacientes con enfermedades graves, que usan quimioterápicos para el cáncer o reciben inmunosupresores para evitar el rechazo en trasplante de órganos. Las deficiencias de vitamina A y ácido fólico pueden facilitar su presencia. Los subproductos de la nicotina alteran el sistema inmunitario del cérvix uterino en las mujeres fumadoras y favorecen la aparición de condilomas. El recién nacido puede infectarse en el canal del parto. El uso de preservativos proporciona una forma limitada de prevención, que no es completa. (Health Central, 2019). Entre los pacientes con condilomas hubo algunos con sífilis.

Historias Clínicas de pacientes con condilomas

Los siguientes son algunos de los casos de pacientes con condilomas.

Rosa Elena López (No se indica su condición final). Paciente de 18 años de edad, residente en Quito, ingresó el 16 de julio de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días y luego de haber tenido una relación sexual por el recto, al principio sintió dolores del ano y hemorragia, luego tuvo tenesmo y ardores. EXAMEN FÍSICO: Se observa alrededor del ano y en los grandes labios, pequeños condilomas y una secreción vaginal color amarillento que le ocasiona ardencias. El meato tiene una coloración roja y es doloroso cuando se le palpa. DIAGNÓSTICO: Condilomas. TRATAMIENTO: Puntas de fuego. CONDICIÓN FINAL: Alta el 3 de agosto de 1921.

Agustín Jaramillo (No se indica su condición final) Paciente de 26 años de edad, raza mestiza, ocupación organista procedente de Guayllabamba. Ingresó el 17 de mayo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 4 meses sintió un pequeño grano en el borde del ano, el que desapareció después de un mes; luego de tres meses presentó erupciones papulosas alrededor del esfínter anal, las que fueron en aumento, se acompañan de ardores y molestias al sentarse. Este enfermo ha adquirido la enfermedad sin tener el chancro en el pene por haber sido Pederasta pasivo. DIAGNÓSTICO: Condilomas de origen sífilítico. LABORATORIO CLÍNICO: Reacción de Landeau positiva (Lcdo. Cevallos). TRATAMIENTO: Bismuthyl. CONDICIÓN FINAL: Alta.

Esteban Martínez (No se indica su condición final). Paciente de 38 años de edad, raza mestiza, sastre en Tambillo. Ingresó el 1 de enero de 1920. ANTECEDENTES PERSONALES: El paciente indica que desde hace 8 meses tuvo una úlcera en la parte posterior de las bolsas, pero por los estigmas dejados parece que no hubiera sido sífilítica. ENFERMEDAD ACTUAL: Son 3 meses y medio que, debido, indudablemente, a prácticas pederásticas, tuvo una erosión alrededor del ano la que se convirtió pronto en condilomas aislados y pequeños. EXAMEN FÍSICO: Condilomas en el borde y aun dentro del orificio, con una zona condilomatosa de carácter específico. DIAGNÓSTICO: Condilomas específicos en el ano. CONDICIÓN FINAL: No se indica.

Francisco Acevedo (No se indica su condición final). Paciente de 34 años de edad, indígena, carpintero de Ambato. Ingresó el 11 de enero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 4 meses ha tenido un chancro específico en el surco balano prepucial, el que ha producido la consiguiente adenopatía inguinal. EXAMEN FÍSICO: El chancro mal atendido, ha producido una gran ulceración del surco y en estas condiciones, practicándose el mismo enfermo las curaciones, se ha presentado un nódulo condilomatoso en el ano, el que pronto ha dado lugar a la formación de un extenso anillo de condilomas específicos. El enfermo niega rotundamente prácticas pederásticas, pero el aspecto y posición de la afección inclinan a creer en una sodomía. DIAGNÓSTICO: Condilomas específicos en el ano. CONDICIÓN FINAL: Alta el 8 de marzo de 1920.

Juan de Dios Ayala (Abandona el servicio). Seminarista de 18 años de edad, raza blanca, residente en Machachi. Ingresó al pensionado el 23 de enero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 2 meses y medio que se le ha presentado un chancro específico en la parte media del pene. Al mes se le han presentado dos nódulos condilomatosos en el ano. Hay sospecha de prácticas pederásticas. EXAMEN FÍSICO: Condilomas específicos en el ano. DIAGNÓSTICO: Condilomas. CONDICIÓN FINAL: Abandona el servicio antes de hallarse curado el 3 de febrero de 1920.

Romelia Meriano (Curación). Escolar de 7 años de edad, residente en Riobamba. Ingresó el 4 de octubre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresó por tener unas vegetaciones no específicas localizadas en la vulva y en labios. DIAG-

NÓSTICO: Vegetaciones tipo condiloma. TRATAMIENTO: Al día siguiente del ingreso se llevó a cabo una intervención quirúrgica. Intervienen Dr. Estupiñán y cloroformizador el Sr. Rueda. El termocauterío fue pedido a la clínica del Dr. López. CONDICIÓN FINAL: Curación.

Personal médico

Realizaron el diagnóstico y tratamiento de estos casos el Dr. Ricardo Villavicencio, el Dr. Estupiñán y el Dr. Salvador. Como ayudantes constan los internos Sr. Luis Sojos y Sr. Ricardo Rueda. En la administración de Cloroformo aparece el Sr. Alvear, quien asume también otras tareas quirúrgicas al igual que el interno Sr. Rueda.

Tratamientos

Tratamiento del chancro de Ducreyi

En el manejo de los pacientes con chancro de Ducreyi se efectuaron tratamientos clínicos o quirúrgicos, de acuerdo con el tipo de lesiones.

Tratamientos clínicos

Desde la perspectiva clínica se utilizó calomel, antisépticos, revulsivo y medios físicos.

Calomel

Se utilizó la pomada *beurre* de calomel. El cloruro de mercurio es conocido como Calomel. Forma una masa blanca, suave, muy pesada, sin olor e insípido. Ha sido utilizado como catártico desde el siglo XVI. Actualmente se encuentra en desuso, por su toxicidad, producida por la disociación de esta sal en mercurio y cloruro de mercurio. En la actualidad se utiliza para la fabricación de insecticidas, fungicidas y para construir electrodos de calomelanos, para medir el potencial entre dos conductores eléctricos en una solución electrolítica.

Antisépticos

No se especificó el tipo de antisépticos que se aplicaban a un tejido vivo o sobre la piel, para disminuir las probabilidades de infección.

Yodo

Se usó yodo en forma de yodoformo. Posiblemente, en forma de gasa yodoformizada, como se utilizó para el tratamiento de osteomielitis. También se administró como éter yodofórmico.

Solución de Dakin

Se realizaron “grandes irrigaciones” con solución de Dakin. Esta solución ideada durante la Primera Guerra Mundial por Alexis Carrel y Henry Dakin, se la conoce como solución Dakin-Carrel. Este antiséptico contiene hipoclorito sódico (0,45 % al 0,5 %) y ácido bórico (4 %). Se utilizó con éxito tanto para limpiar y combatir la infección de heridas de guerra abiertas. Posee gran actividad bactericida, sin daño a los tejidos ni dificultad para la cicatrización de las heridas (a pesar de los grandes volúmenes suministrados). El uso de esta solución ha perdido vigencia por la baja estabilidad de la solución, el dificultoso método de preparación, los grandes volúmenes requeridos y el potencial tóxico de la solución (Antunovic et al., 2013).

Revulsivos

Se utilizó revulsivos, medicamentos que producen vómito o actividad purgante intensa. ¿Cómo podría solucionar el uso de revulsivos la presencia de un chancro blando?

Medios físicos

La inmersión de un segmento corporal en agua caliente, fue utilizada para casos de edema. También consta la utilización de “lavados de aseo”.

Tratamientos quirúrgicos

Los tratamientos quirúrgicos, combinados con el uso de procedimientos clínicos lograron tratamientos aparentemente exitosos. Entre los procedimientos quirúrgicos constan:

- Drenaje quirúrgico de abscesos mediante incisión y luego aplicación de antisépticos.
- Debridación de tejidos, por ejemplo, del prepucio, con anestesia local.
- Ablación y curetaje de lesiones para eliminar el tejido comprometido.
- Cauterización ígnea con termocauterío.
- Aplicación de sesiones diarias de Rayos X.

Tratamiento de los Condilomas

Para el tratamiento de los condilomas se utilizaron varias estrategias:

- **Puntas de fuego:** fue la más utilizada.
- **Termocauterío:** en un caso el termocauterío fue pedido a la clínica del Dr. López.
- **Revulsivos:** “Tratamiento revulsivo y analgésico con lo cual se logra, al cabo de 1 mes, la desinflamación completa”.
- **Bismuthyl:** sal de bismuto utilizada en un caso de probable sífilis por su acción bactericida. Estas sales son menos tóxicas que el mercurio y constituyeron parte del tratamiento de la sífilis con metales pesados. Se las describe en el primer volumen de la Medicina del San Juan de Dios 1916-1920, pp. 130-131.

Condición final

La condición final consta pocos casos. En algunos casos se dice que hubo mejoría o curación exitosa. En otros, solamente se registra que recibió el alta. No se registraron defunciones.

Conclusiones

Varios de los casos de este grupo demuestran la existencia de violencia sexual contra menores de edad: una niña de 7 años con “vegetaciones tipo condilomas”; un escolar de 14 años con chancro de Ducrey; una adolescente de 16 años con chancro blando, otra de 18 años con condilomas y un seminarista de 18 años con condilomas en el ano.

Las estrategias clínico-quirúrgicas para el tratamiento de estos casos fueron aparentemente exitosas, aun cuando no se disponía de antibioticoterapia.

Las limitaciones para el trabajo de los médicos del HSJD se evidencia por falta de provisión de recursos y equipamiento para esta institución, una de las más importantes para el cuidado de la Salud Pública en el país. Fue necesario recurrir al aporte de colegas o instituciones de buena voluntad, como en el caso del termocauterío proporcionado por el Dr. López.

Como menciona Peterson, las personas que tienen actividad sexual y viven en países con sistemas de salud y condiciones sanitarias deficientes, son más propensos a contraer estas infecciones de transmisión sexual.

CAPÍTULO XVIII

Patología traumática

La patología traumática afectó a 152 personas. Se las ha agrupado en seis categorías:

- Fracturas y traumatismos (60 casos): con fracturas de miembros inferiores, superiores, cráneo, maxilar, clavícula, y costillas.
- Heridas (45 pacientes): hubo heridas por mordeduras de perros, cornadas de toros, armas de fuego, atropellamientos y accidentes de trabajo.
- Quemaduras (23 casos): con quemaduras de primero, segundo y tercer grado. En 5 casos no se determinó su categoría.
- Luxaciones (10 pacientes): hubo ocho luxaciones, un esguince y una lesión tendinosa.
- Otras lesiones (8 casos): con lesiones traumáticas accidentales o de origen no determinado.
- Contusiones (6 casos): con contusiones diversas.

Fracturas y traumatismos

En este período, en el servicio de Clínica Quirúrgica, se registraron 60 casos de fracturas y traumatismos, 37 en hombres y 23 en mujeres. Su ubicación anatómica consta en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Patología traumática. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Características anatómicas	Número
Fractura de fémur	15
Fractura de tibia o peroné	14
Fractura total del cúbito o radio	6
Fractura de clavícula	6
Traumatismos múltiples (Una paciente fue víctima de su esposo)	6
Fractura del cráneo (Un paciente murió al caer de un andamio)	4
Fractura de húmero	3
Fractura de maxilar	2
Fracturas óseas y heridas contusas (Un paciente murió por septicemia).	1
Fractura de costilla y traumatismos múltiples	1
Fractura de miembro inferior izquierdo (MII) y escaras	1
Fracturas múltiples del miembro inferior	1
Total	60

Características de los pacientes con fracturas y traumatismos

Estadía hospitalaria

La permanencia hospitalaria fue prolongada. El promedio de estadía de 40 pacientes, en los que constan las fechas de ingreso y egreso, fue de 33,3 días, con un rango entre 4 y 193 días.

Edad

La mayor parte de los pacientes tenían menos de 40 años. La mayoría tuvo entre 19 y 40 años de edad. Hubo un número significativo de niños y adolescentes “Tabla 2”.

Tabla 2. Edad de los pacientes con fracturas y traumas. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Edad en años	Número de pacientes
1 a 7	2
11 a 18	10
19 a 30	19
31 a 40	12
41 a 50	10
51 a 60	4
70 - 79	3
Total	60

El menor de los pacientes, **Aníbal Alfredo Cando**, tenía 2 años, 7 meses de edad, tuvo fractura de fémur y salió en buenas condiciones. No consta la causa de su fractura. El paciente de mayor edad fue **Manuel Chanataxi**, de 79 años, fue atropellado por un automóvil. Alcanzó “mínima mejoría”.

Procedencia

Un total de 41 pacientes procedían de Quito y cercanías. De Quito (19) y de sitios cercanos (22): de Alóag, Carapungo, Cotocollao, Los Chillos, Machachi, Malchinguí, Nayón, Pomasqui, Puenbo, Sangolquí, Tumbaco y Yaruquí. Los demás pacientes provenían de provincias cercanas de la región interandina norte y central: Latacunga y Toacazo (7), Ambato (4), Ibarra (2), Riobamba (1) y sin registro (5).

Ocupación

Las ocupaciones fueron variadas. Desde cargadora o peona, así en femenino, hasta escolares. Las lesiones tenían alguna relación con sus actividades laborales, aunque hubo otros elementos que intervinieron para la producción de las fracturas, como vehículos o animales. Hubo agricultores, jornaleros, peones y picapedreros. Hubo 40 registros de ocupaciones “Tabla 3”.

Tabla 3. Ocupación de los pacientes con fracturas. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Ocupación	Número	Ocupación	Número
Agricultor	8	Comerciantes (2) / vendedora (1)	3
Jornalera/o	6	Cargadora	1
Empleado	5	Carbonera	1
Peona	3	Costurero	1
Picapedrero	3	Fotógrafo	1
Carpintero	2	Quehaceres domésticos	1
Escolar	2	Sastre	1
Servicio doméstico	2	Comerciantes (2) / vendedora (1)	3

Raza

Entre los pacientes con fracturas y traumatismos diversos, en pocos se asignaron las “razas”. Constan 11 categorizaciones de los 60 pacientes de este grupo. Se clasificó como de “raza” indígena a 6; mestiza a 3 y blanca a 2.

Condición final

La mayor parte de los pacientes tuvo una evolución favorable, la cual culminó con calificativos de satisfactoria, curación, bien o mejoría. En un caso, el de Manuel Chanataxi, de 79 años de edad, se reportó una mínima mejoría.

Hubo dos fallecidos. Uno fue **José Ignacio Andrade**, quien sufrió un grave accidente laboral en la fábrica donde trabajaba. Tuvo múltiples fracturas y heridas. Falleció por septicemia. Otro fue **José Rosero**, quien cayó desde un andamio en la Casa de los Correos, tuvo fractura de cráneo y falleció. Se transcriben sus historias entre los pacientes con accidentes laborales.

Personal médico que atendió a los pacientes con fracturas

Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Estupiñán, Dr. Salgado, Sr. Villagómez R., Sr. Sanz, Sr. Troya, Señores internos y un enfermero, sin registro de su nombre.

Nombres de los pacientes con fracturas y traumatismos varios

Agustín Usilla, Alegría Mosquera, Alejandro Guichamín, Alfonso Salgado, Ángela Cevallos, Aníbal Alfredo Cando, Valerio Suntasa, Baltazara Proaño, Carlos Rivera, Carmen López, Carmen María Pérez, Carmen Quishpe, Carmen Santacruz, Cirilo Carpio, Colonia Quiroga, Daniel Román, Elías Traves, Emperatriz Erazo, Eustorgio Álvarez, Ezequiel Chacón, Feliciano Quinaucho, Francisca Gordón, Francisco Guachamín, Isabel Ruiz, Jorge Proaño, Jorge Tobar, José Ignacio Andrade, José Rosero, Josefina Arauz, Juan Francisca Trujillo, Luis Gonzalo Proaño, Luis Toapanta, Luis Vergara, Manuel Chanataxi, Manuel Román, Manuela Sánchez, Marco A. Cevallos, María Eloísa Balseca, Matías Quisaguano, Narciso Pullas, Nicanor Noboa, Nicolás Naula, Pedro Muso, Rafael Arias, Raúl Méndez, Reinaldo Toaso, Rosario Pupente, Segundo Pérez, Victoria Flores, Vidal Tufiño, Virginia Muñoz, Reinaldo Almache, Adelaida de la Fuente, María Luisa Guayaquil, Felisa Navarro, María Martínez de Quisaguano y Margarita Acosta.

Historias Clínicas de pacientes con fracturas y traumatismos varios

A continuación, se presentan los casos de pacientes con fracturas. Están clasificados por las causas de su producción. Se incluyeron aquellos que presentan mayor información y permiten conocer mejor las características de la forma en que se produjeron las fracturas, su diagnóstico, tratamiento, evolución y condición final. Se han categorizado en:

- Accidentes laborales: 14 casos
- Caídas de altura: 8 casos
- Accidentes producidos por automóviles: 8 casos
- Traumatismos varios: 6 casos
- Accidentes relacionados con animales: 4 casos
- Accidentes relacionados con el ferrocarril: 2 casos
- Accidentes relacionados con el tranvía: 2 casos
- Sin causa definida: 2 casos.

Fracturas por accidentes laborales (14 casos)

Manuela Sánchez (Accidente laboral. Fractura de tibia. Sale bien). Paciente de 22 años de edad, peona en Malchinguí. Ingresó el 13 de diciembre de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Tifoidea, estuvo en el Lazareto de tíficos. ENFERMEDAD ACTUAL: Este mismo día estaba con otros obreros levantando una viga, pero le sueltan intempestivamente y le cae sobre la pierna derecha. EXAMEN FÍSICO: Tiene un edema que enmascara la cresta de la tibia; acusa un gran dolor cuando se le palpa y no puede hacer ningún movimiento de la pierna ni del pie. DIAGNÓSTICO: Fractura de la tibia. TRATAMIENTO: El golpe ha lastimado la piel y además

por el edema no se le pone aparato de yeso. Se asegura la inmovilidad con las férulas y el vendaje. EVOLUCIÓN: 20-12-1921: Se hace necesario cambiar el vendaje porque la herida comienza a supurar y tiene unos 3 centímetros de profundidad. 31-12-1921: Disminuye la supuración de la herida, se nota ya la formación del callo de consolidación de la fractura. 30-1-1922: Se encuentra en condiciones de caminar, la consolidación del hueso es completa y se le da el alta. CONDICIÓN FINAL: Alta el 30 de enero de 1922. Sale bien.

Baltazara Proaño (Accidente laboral. Fractura de clavícula en el trabajo. Sale bien). Indígena de 30 años, ocupación peona, procedente de Latacunga. Ingres el 13 de enero de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Sufrió accidente de trabajo con tablón de eucalipto. DIAGNÓSTICO: Fractura de clavícula. TRATAMIENTO: Vendaje para inmovilización. Colocación de aparato de yeso el 18 de enero de 1922. CONDICIÓN FINAL: Alta en buenas condiciones el 30 de enero de 1922.

Emperatriz Erazo (Accidente laboral en el ferrocarril. Fracturas múltiples del miembro inferior. Sale bien). Paciente de 45 años de edad, raza mestiza, peona de Yaruquí. Ingres el 12 de mayo de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Accidente, al estar trabajando en el ferrocarril de Esmeraldas, le cayó una gran piedra encima de la cadera y el miembro inferior. DIAGNÓSTICO: Fracturas múltiples del miembro inferior. TRATAMIENTO: Cirugías reconstructivas del MI. Dr. Villavicencio, Dr. A. Terán y Sr. JF Arellano. Cloroformo. Sr. H. Rueda. 2da cirugía: Dr. Villavicencio; Dr. Estupiñán y Sr. M. Ribadeneira. Cloroformizador Sr. JF Arellano. EVOLUCIÓN: Se realizó una primera cirugía para lo que utilizó hilos de plata para unir los huesos. Esta primera cirugía se complicó con infección erisipelatosa en la herida. Fue trasladada al Lazareto, de donde regresó sin el problema, pero en la herida se observaba la cabalgadura de los segmentos del hueso fracturado. Luego de una segunda cirugía y de un largo proceso de inmovilización mediante aparato de yeso la enferma pudo pararse y luego caminar, con lo cual recibió el alta. CONDICIÓN FINAL: Alta el 22 de noviembre de 1922. Sale bien.

Carmen Santacruz (Accidente laboral. Fractura de cráneo, sale bien). Pacientes de 47 años de edad, jornalera procedente de Latacunga. Ingres el 20 de octubre de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 14 años. Ha tenido disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Sufre traumatismo craneal por pieza de madera que cae desde 8 metros de altura sobre su cabeza. Quedó inconsciente varias horas. EXAMEN FÍSICO: Presenta herida en la región parietal derecha: 5-7 cm de longitud, coágulos de sangre, lesión del periostio y de la tabla externa del parietal con la presencia de fragmentos óseos. DIAGNÓSTICO: Fractura con hundimiento del parietal derecho. TRATAMIENTO: Limpieza quirúrgica, extracción de esquirlas óseas. Se realizan lavados y se coloca dren. CONDICIÓN FINAL: Buena. Alta el 29 de noviembre de 1923. Sr. Sanz.

Valerio Suntas (Accidente laboral en la fábrica. Amputación de antebrazo. Sale bien) Paciente de 45 años de edad. Empleado de fábrica en Los Chillos. Ingres el 3 de febrero de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Es cogido por una escarmenadora de algodón, produciéndole heridas en el miembro superior izquierdo. Como fuera intensa la hemorragia, le hacen una ligadura en el 1/3 superior del brazo y lo conducen en automóvil inmediatamente al Hospital Civil de Quito, al que llega a las 3 y 1/2 p.m. Enseguida es atendido por el médico interno, el que decide la operación de urgencia. EXAMEN FÍSICO: Facies estuporosa, respiración excesivamente superficial y aumentada de frecuencia al igual que el pulso, el cual es además excesivamente débil. Hay una subconciencia de sus actos. Su cuerpo permanece en una misma posición, no dando manifestaciones de vida sino por la respiración o por el pulso. Solo responde al dolor. Su facies está demacrada y su color es amarillento. Desgarramiento de todo el miembro superior izquierdo menos es 1/3 inferior del húmero; en cuanto a lo demás es una masa informe: mezcla de músculos y huesos. DIAGNÓSTICO: Fractura total del cúbito y radio. TRATAMIENTO: Amputación del antebrazo: le amputa el Dr. Estupiñán sin anestesia hasta el codo. Luego se le pasa una inyección de suero cafeinado 500grs, 2 veces. Se hace la amputación del 1/3 medio del brazo. Intervienen: Dr. Estupiñán, Sr. Villagómez R., Anestésico Sr. Troya. EVOLUCIÓN: El 4 de marzo viene una congestión ligera del pulmón derecho. Se le da una poción diaforética y ventosas. Mejora. Aceite de ricino 30 grs. CONDICIÓN FINAL: Alta el 6 de abril de 1924. Sale bien.

Elías Traves (Accidente laboral en la cantera. Fracturas múltiples MID. Sale bien). Paciente de 40 años de edad. Picapedrero residente en Quito. Ingres el 25 de marzo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Accidente en la cantera. Le cae una piedra, cae al suelo, no puede levantarse, presenta una herida con hemorragia y mucho dolor. Llevado al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Deformidad de la rodilla derecha, con herida de bordes irregulares y muy doloroso desde el tercio medio de la pierna derecha sobre la cara antero-externa de la tibia. MID derecho se encuentra deformado, forma arcos en el muslo y en la pierna, hay tumefacción considerable y gran dolor. Hay crepitación en el muslo y en la pierna. En esta última región las fracturas coinciden con la descripción anterior. Fractura del tercio medio del fémur derecho. DIAGNÓSTICO: Fractura del tercio medio del fémur derecho, abierta y conminuta; fractura de la tibia derecha y fractura de peroné del mismo nivel. TRATAMIENTO: 26-3-1924: Se le coloca el aparato de Tillaux con 4 kg de peso. EVOLUCIÓN: 2-4-1924: Se le quitan 2 kg de peso y se le ponen férulas en el muslo. Supuración abundante de la herida en la pierna. Gran derrame en la articulación de la rodilla. 11-4-1924: Disminuye la supuración de la herida. Se colocan férulas en la pierna. Sigue con el aparato de extensión. 19-4-1924: Se ha formado una gran colección purulenta en la parte postero superior de la pierna derecha. Se saca una astilla de hueso y colocan drenes. 29-4-1924: Desaparece la colección mediante el drenaje y curaciones cotidianas con lavado de solución de Dakin. Su temperatura ha bajado. 15-5-1924: se nota tendencia a la anquilosis de la rodilla. 30-5-1924: Va mejor. Puede ejecutar movimientos de pequeña magnitud. Poco dolor, marcha con muletas. CONDICIÓN FINAL: 7-6-1924: Alta. Se le recomiendan movimientos de los miembros que aún no puede flexionarlos ampliamente. Sale bien.

Feliciano Quinaucho (Accidente laboral en la hacienda. Fractura de maxilar inferior. Curación). Paciente de 30 años de edad. Jornalero de Toacazo. Ingres el 23 de abril de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Trabajando en la Hacienda Rabuyaco sufre caída del caballo y una patada en la boca. Es llevado a la casa de hacienda y luego traído al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Inspección: Abundante hemorragia de una herida vertical en el maxilar inferior, marcada deformidad en el lado izquierdo. Palpación: dividido el maxilar inferior en la línea mentoniana y con otra división entre el primer molar y el canino; este cuadrilátero de maxilar está descendido y salido hacia afuera. Hay desgarramiento de la mucosa bucal y mucho dolor espontáneo. Los movimientos del maxilar son imposibles. No puede deglutir la saliva, que sale sanguinolenta por la boca entreabierta. Se comunica por señas. DIAGNÓSTICO: Fractura doble indirecta del maxilar inferior. TRATAMIENTO: Reducción de la fractura y sujeción con hilos de plata colocados entre los dientes. EVOLU-

CIÓN: Cicatriza herida de la mucosa, mejora progresivamente, habla perfectamente. CONDICIÓN FINAL: Alta el 8 de mayo de 1924. Se recomienda gargarismos frecuentes. Curación.

Reinaldo Toaso (Accidente laboral en la cantera. Fractura de fémur. Curación). Paciente de 35 años de edad, jornalero residente en Quito. Ingres a el 8 de mayo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Estaba trabajando en una cantera que está en Santa Clara, se produjo un derrumbe y una piedra le golpea el muslo derecho, pierde el conocimiento y más tarde siente un fuerte dolor en el MID con imposibilidad de moverlo. Es traído al Hospital en el servicio de ambulancia de la Policía, ingresa a las 8 pm. EXAMEN FÍSICO: Deformación en el muslo derecho con gran hinchazón y deformidad especialmente del 1/3 medio y derrame de la rodilla. Dolor a la palpación. Crepitación. Los fragmentos están poco cabalgados. El acortamiento del miembro es de más o menos unos 2 cm. DIAGNÓSTICO: Fractura de fémur derecho en forma de pico de flauta. TRATAMIENTO: Aparato de Tillaux con 4 kg de peso. Férulas en el muslo. EVOLUCIÓN: El 3-6-1924 se le quita el aparato de extensión. Consolida bien. Marcha con muletas. Poco dolor. Se recomienda movimiento de la articulación de la rodilla. Se reabsorbió derrame de la rodilla. Fractura bien consolidada y no hay acortamiento ni deformación. CONDICIÓN FINAL: Alta el 8 de junio de 1924. Curación.

José Rosero (Caída de altura en el trabajo. Fractura de cráneo. Fallece). Paciente de 30 años de edad, jornalero residente en Quito. Ingres a el 12 de junio de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Media hora antes del ingreso cae al suelo desde un andamio en la Casa de Correos. Entra enseguida en estado comatoso y es traído a nuestro servicio. EXAMEN FÍSICO: Estado comatoso. Herida pequeña contusa en la región temporal derecha. DIAGNÓSTICO: Fractura de la base de la bóveda del cráneo, alas mayores del esfenoides y fisura temporal del lado derecho (revelado por la autopsia). TRATAMIENTO: Lavado drástico (sulfato de sodio y miel de mercurio 30 g). EVOLUCIÓN: Sigue comatoso los siguientes días. Dos punciones lumbares fallidas. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 16 de junio de 1924. **AUTOPSIA:** se realiza el 17 de junio de 1924. Cráneo equimosis extensa en la región temporal derecha. Meninges congestionadas con venas repletas de sangre. La bóveda craneal presenta una fisura en la región temporal derecha, fisura que atraviesa de parte a parte y desciende hacia abajo dividiendo las alas mayores del esfenoides del mismo lado, coincidiendo en este punto terminal de la fisura (polo anterior del cerebro) con un abundante derrame sanguíneo extradural. Además, en el mismo lado derecho del cuerpo se observa equimosis en los músculos de la pared abdominal y los intestinos con placas gangrenosas.

Rafael Arias (Explosión de pólvora. Heridas y fractura de tibia y peroné. Curación) Paciente de 50 años de edad, picapedrero residente en Quito. Ingres a el 7 de julio de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Por explosión de cierta cantidad de pólvora en una fábrica de fuegos pirotécnicos, es lanzado con algunas quemaduras, a alguna distancia. A los dos días ingresa al servicio. EXAMEN FÍSICO: Facies de dolor. T° 38,2 °C. Respiraciones 28 x 1'. Pulso 90 x 1'. Se encuentra en Schoc "[sic]". Irritación conjuntival de ambos ojos y secreción purulenta abundante en las pestañas las cuales presentan señales de quemadura. En la piel presenta quemaduras de poca importancia en las piernas, en los pies y en la cara. Herida infectada sobre la ingle derecha que interesa la piel y el tcs. Tumefacción considerable del miembro inferior derecho con esfacelación sobre todo en la pierna, en donde se comprueba, además, la fractura de la tibia y del peroné en sus tercios superiores. Hay crepitación y movilidad. DIAGNÓSTICO: Fractura de la tibia y del peroné derechos (tercio superior). TRATAMIENTO: Se coloca en una gotiera y se aplican guataplasmas, curación de la herida inguinal y lavados oculares con agua boricada. EVOLUCIÓN: Satisfactoria. CONDICIÓN FINAL: Alta el 6 de septiembre de 1924. Curación.

Francisco Guichamín (Accidente laboral con su carreta. Fractura de fémur. Curación). Paciente de 28 años de edad. Costurero residente en Quito. Ingres a el 19 de agosto de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Estando conduciendo una carreta tirada por una mula y habiéndose espantado esta con un automóvil que pasaba cerca, fue enredado las piernas con las riendas y luego arrojado al pavimento de la calle y, en estas circunstancias, le alcanzó a pasar, sobre el muslo derecho, una de las ruedas de la carreta. No pudo levantarse después por los dolores que sentía en el miembro traumatizado, por lo cual fue trasladado enseguida en automóvil a este Hospital. EXAMEN FÍSICO: Estado nutritivo bueno, facies de dolor, T 37,2° C; respiraciones 21 x 1'; pulso 78 x 1'. Presenta herida puntiforme situada en el muslo derecho, tercio medio, región postero externa. Sangra en pequeña cantidad. Ha sido producida por el extremo inferior del fémur fracturado. Se comprueba una fractura del fémur derecho en el tercio medio, pico de flauta. Tumefacción del muslo del mismo lado, dolor exagerado, movilidad con crepitación. muslo arqueado formando convexidad externa. Existe un acortamiento de 4 cm. DIAGNÓSTICO: Fractura en pico de flauta del fémur derecho en su tercio medio. TRATAMIENTO: Aparato extensor con 5 kg de peso y apósito en la herida. Queda el miembro reposando sobre una gotiera de alambre. EVOLUCIÓN: Luego de 10 días se coloca férula. En dos semanas más se retira el aparato extensor. El miembro sigue con férulas y descansa en la gotiera. CONDICIÓN FINAL: Alta el 21 de septiembre de 1924. Curación.

Luis Toapanta (Accidente laboral. Caída de altura. Fractura de fémur. Curación). Paciente de 16 años de edad, jornalero residente en Quito. Ingres a el 26 de agosto de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Sufrió una caída desde el segundo piso de una casa en construcción, de una altura de 15 m. Habiendo quedado exánime fue trasladado enseguida a la Clínica Quirúrgica de los doctores Ayora y Villavicencio, de donde es mandado previa colocación de férula en el muslo izquierdo. EXAMEN FÍSICO: Facies de dolor, estado nutritivo bueno, T 37,3 °C; respiraciones 26 x 1'; pulso 85 x 1. Presenta esfacelos pequeños en distintas partes del cuerpo. Muslo izquierdo tumefacto, doloroso, casi un arco de convexidad externa, movilidad de las partes óseas con crepitación; desviación del eje longitudinal y acortamiento del miembro. DIAGNÓSTICO: Fractura en pico de flauta del fémur izquierdo en su tercio medio. TRATAMIENTO: Colocación de aparato extensor con peso de 3 kg. EVOLUCIÓN: El 30-8-1924 se colocan férulas. 25-9-1924: se retira el aparato extensor. Queda solo con las férulas. Hay consolidación ósea. No hay desviación del eje longitudinal, acortamiento ni deformaciones. 10-10-1924: marcha con una sola muleta. CONDICIÓN FINAL: Alta el 10 de octubre de 1924. Curación.

José Ignacio Andrade (Accidente laboral en fábrica. Múltiples fracturas y heridas. Fallece por septicemia). Paciente de 38 años. Agricultor residente en Quito. Ingres a el 6 de septiembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Estando trabajando en una fábrica de muebles fue alcanzado por una banda de tracción y es arrollado; atrozmente mutilado, fue conducido en el auto de la Cruz Roja a este Hospital. EXAMEN FÍSICO: Estado nutritivo bueno, facies de angustia, T 36°, respiraciones 14 x 1'; pulso 74 x 1'. Pulso débil y regular. Latidos cardiacos debilitados. Respiración lenta y poco perceptible. Obnubilado. Presenta una herida en la axila izquierda que

interesa piel, tcs y los músculos. 2da herida en el brazo izquierdo y fractura conminuta del húmero. 3era herida de la mano derecha con desgarro considerable de la piel que puso al descubierto los tendones en el dorso y fractura del segundo metacarpiano conminuta. 4ta fractura por compresión de los huesos del metatarso del pie izquierdo y parte de los del tarso con desgarro de las partes blandas, quedando la extremidad del pie sujeta tan solo por la piel gruesa de la planta. 5ta fracturas de la tibia y del peroné derecho, con arrancamiento de las partes blandas, en el tercio inferior, quedando sostenido el resto del miembro por uno que otro tendón, algunos vasos y la piel de la región posterior de la pierna. 6to. contusiones, con esfacelación en diferentes sitios de la piel, repartidas en todo el cuerpo. DIAGNÓSTICO: Heridas contusas y fracturas óseas. TRATAMIENTO: Curaciones y amputaciones múltiples, de acuerdo con las lesiones. Férulas. EVOLUCIÓN: Evolución irregular. CONDICIÓN FINAL: Muere por Septicemia el 17 de septiembre de 1924.

Manuel Román (Accidente laboral en la cantera. Fracturas de fémur. Sale bien). Paciente de 35 años de edad. Picapedrero de Rumi-pamba. Ingresó el 26 de septiembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Estaba trabajando en una mina de piedras y fue sepultado por el derrumbe de una peña. Una vez desenterrado y recobrado el conocimiento no pudo ponerse de pie. Fue transportado a las pocas horas a este Hospital. EXAMEN FÍSICO: Estado nutritivo magnífico. Facies de dolor. T 38 °C; respiraciones 28 x 1'; frecuencia cardíaca 90 x 1. Cardio circulatorio normal. Presenta esfacelación y equimosis en varias partes del cuerpo. Muslo derecho: tumefacción considerable, forma un arco de convexidad externa, doloroso, hay crepitación y desviación del eje. El miembro presenta un acortamiento considerable de 6 a 8 cm debido a la potente musculatura y a la clase de fractura ósea (pico de flauta) la cual está a nivel del tercio medio del fémur derecho. DIAGNÓSTICO: Fractura del tercio medio, en pico de flauta, del fémur derecho. TRATAMIENTO: Aparato extensor de Tillaux con 4 kg de peso. Queda el miembro descansando en una gotiera grande. EVOLUCIÓN: El 4-10-1924: se colocan las férulas por disminución de la tumefacción y se aumenta el peso del aparato extensor a 6 kg por persistir acortamiento del miembro. 14-9-1924: se aflojan las vendas y se disminuye 1 kg de peso del aparato extensor. Casi no hay acortamiento. 30-10-1924: se retira el aparato extensor. CONDICIÓN FINAL: 9-11-1924: Alta. Mueve mejor la rodilla. Marcha más segura. Fractura consolidada.

Consideraciones sobre los accidentes laborales

Las circunstancias en las que se produjeron los accidentes laborales se resumen en los siguientes hechos:

Una peona levantaba una viga que cayó sobre ella; otra peona tuvo lesiones por un tablón de eucalipto que le cayó; a otra peona le cayó una gran piedra; a una jornalera le cae una pieza de madera, desde 8 metros de altura, sobre su cabeza; al empleado de una fábrica una escarmentadora de algodón le cercena el antebrazo y tuvo que ser amputado; a tres picapedreros, por separado, les caen piedras y los fracturan; un trabajador de hacienda cae del caballo y este le patea en el maxilar, fracturándolo; un trabajador sufre consecuencias de una explosión de pólvora; a un trabajador le pasa la rueda de una carreta tirada por una mula; otro cae de una construcción desde 15 metros de altura; otro, el obrero que murió fue arrollado por una banda de tracción de un taller de muebles y otro que cayó de un andamio de la Casa de Correos, tuvo fractura de cráneo y falleció.

En la mayoría de los accidentes no aparecen elementos de seguridad para los trabajadores. La falta de seguridad laboral, posiblemente, fue un factor para la producción de lesiones graves y hasta dos muertes. En dos casos se reporta la participación institucional, en uno de la Cruz Roja y en otro de la Policía, para el transporte de los pacientes. Las fracturas fueron graves: de fémur; tibia, peroné o ambos huesos; clavícula; cráneo y maxilar. Conllevan todas ellas la imposibilidad de trabajar y sobrevivir.

Los médicos y el personal del hospital proporcionaron atenciones acordes a las necesidades de los diferentes pacientes. Realizaron reducciones, inmovilización, colocación de aparatos de tracción, cirugías reconstructivas utilizando en una de ellas hilos de plata entre los dientes para fijar las fracturas del maxilar inferior, amputación en un caso y en varios casos hicieron manejo de fracturas expuestas utilizando, solamente, curaciones con antisépticos como la solución de Dakin (hipoclorito sódico de 0,45 % al 0,5 %) y ácido bórico (4 %), yodo o agua de Alibour.

La rehabilitación necesaria para restablecer la integridad funcional de los segmentos afectados era casera y formaba parte de las recomendaciones para la casa. Al parecer, la mayoría de las personas afectadas obtuvieron un resultado terapéutico satisfactorio.

Caídas de altura (8 casos)

Josefina Arauz (Ebria cae de altura. Fractura de tibia. Sale bien). Paciente de 34 años residente en Quito. Ingresó el 24 de noviembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Estuvo ebria y cayó de 1 metro de alto. Viene entablillada. EXAMEN FÍSICO: Se

constató que la longitud de los miembros era igual y no se abrió el vendaje. DIAGNÓSTICO: Fractura de tibia. EVOLUCIÓN: El 31 de diciembre ya pudo dar unos pasos, la fractura está consolidada. CONDICIÓN FINAL: Alta el 1 de enero de 1922. Sale bien.

Carmen María Pérez (Caída de altura. Fractura del fémur. Mejora). Paciente de 13 años, raza blanca, trabaja en quehaceres domésticos en Ibarra. (No se registra fecha de ingreso). ENFERMEDAD ACTUAL: Accidente por caída de piso alto. Cae de pie. Inicialmente, se pensó que era una contusión del pie, lo cual se confirmó con radioscopia. Luego el Dr. Pablo Arturo Suárez realizó Rx del MI y detectó "*Fractura del cuello anatómico del fémur con ligera superposición de los fragmentos*". EXAMEN FÍSICO: El miembro tenía un acortamiento de un centímetro más o menos y no puede hacer ningún movimiento. DIAGNÓSTICO: Fractura del cuello del fémur. TRATAMIENTO: Extensión del miembro e inmovilización. EVOLUCIÓN: Luego del estiramiento e inmovilización, al mes se retira las férulas que lo inmovilizaban. Después de algunos días pudo caminar, el pie está en abducción y rotación externa. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de julio de 1922. Mejor.

Victoria Flores (Caída de su propia altura. Fractura de húmero. Sale bien). Pacientes de 60 años de edad, raza mestiza, residente en Quito Ingres a el 24 de mayo de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años. Tuvo viruelas, sarampión y diarreas. ENFERMEDAD ACTUAL: El 19 del presente mes sufrió una caída sobre unos ladrillos, en la mitad del brazo derecho y codo el dolor fue muy duro y la enferma perdió el conocimiento. Al día siguiente le llevaron a un curandero quien le hizo una reducción y después le puso un unguento con miel, harina de cebada y sebo; la entablilló con un cartón grueso. Dijo el curandero que regresaría a verla después de tres días, más no regresó (sin embargo, le cobró \$ 1,00 por la reducción y \$ 0,20 por los remedios). Viéndose sola se obligó a ingresar al Hospital Civil. EXAMEN FÍSICO: Se nota un aumento de volumen en el tercio superior, inmovilidad completa, coloración normal y un edema generalizado en todo el miembro superior. Hay movilidad anormal y crepitación y dolor intenso al tratar de movilizar el brazo. El movimiento de la mano conserva su integridad, la fuerza está notablemente disminuida. El brazo sano mide 10 kilogrametros y el brazo enfermo 2 kilogrametros. DIAGNÓSTICO: Fractura reducida y consolidada. Rx: Fractura de la diáfisis humeral con cabalgamiento de los extremos rotos. TRATAMIENTO: Reducción de la fractura y colocación de apósito enyesado. EVOLUCIÓN: Satisfactoria. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de junio de 1922. Sale bien.

Marco A. Cevallos (Caída de 12 m. en la escuela. Fractura de fémur izquierdo. Sale bien). Escolar de 11 años, residente en Quito. Ingres a el 15 de mayo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Caída de un andamio desde una altura de doce metros, más o menos, en la Escuela de los Hermanos Cristianos, una hora antes del ingreso al Hospital. Perdió el conocimiento para recobrarlo casi a la media hora en que despierta con un vivo dolor en el muslo izquierdo y sin poder levantarse. Es conducido enseguida en automóvil a este servicio. EXAMEN FÍSICO: En el 1/3 superior del muslo izquierdo se ve una deformación, algo así como un levantamiento muscular. Dolor exagerado en esa región, fractura ósea, crepitación, desviación del eje del miembro y acortamiento. DIAGNÓSTICO: Fractura del 1/3 superior del fémur izquierdo. TRATAMIENTO: Se le coloca el aparato de Tillaux con 2 kg de peso. Queda bien. EVOLUCIÓN: Satisfactoria. CONDICIÓN FINAL: Alta el 9 de junio de 1924. Sale bien.

Raúl Méndez (Caída de 12 m. de altura en la Escuela. Fractura de fémur derecho. Sale bien). Escolar de 7 años de edad, residente en Quito. Ingres a el 15 de mayo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Caída de un andamio desde una altura de doce metros, más o menos, en la Escuela de los Hermanos Cristianos, una hora antes del ingreso al Hospital. Perdió el conocimiento por unos minutos; al recobrarlo siente dolor agudísimo en el MID y imposibilidad de moverse. Es conducido enseguida en automóvil a este servicio. EXAMEN FÍSICO: Gran excitabilidad, angustia terrible, dolores en la lesión. Presenta alguna esfacelación en el cuerpo y una pequeña herida en la frente. El MID ha sufrido un acortamiento, ha perdido la dirección de su eje y en el muslo se nota una deformación con una curvatura de concavidad interna. Se comprueba crepitación y dolor intenso bien localizado. DIAGNÓSTICO: Fractura del tercio inferior del fémur derecho. TRATAMIENTO: Se le coloca el aparato de Tillaux con 2 kg de peso. Se mueve mucho por lo que se colocan dos férulas grandes para inmovilizar la fractura y la articulación de la rodilla. Sulfato sódico, aceite de ricino. CONDICIÓN FINAL: Alta el 12 de junio de 1924. Sale bien.

Daniel Román (Caída de su propia altura. Fractura de cúbito y radio con desgarro de la piel. Curación). Paciente de 47 años de edad. Carpintero residente en Quito. Ingres a el 29 de mayo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Cae, por un resbalón, sobre el pavimento de la Av. 24 de mayo. Al levantarse siente un dolor vivo del antebrazo izquierdo y observa movilidad en su tercio inferior. A poco, precisamente por movimientos, así como también por falta de cuidado, le desgarra la piel a manera de una lanza el decúbito fracturado. Enseguida ingresa al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Deformación en el antebrazo izquierdo, con una pequeña herida en el tercio inferior del borde cubital del antebrazo izquierdo, de 1 cm y medio de longitud. Dolor intenso. Hay deformación y crepitación y se observa una punta de hueso en la herida. DIAGNÓSTICO: Fractura en los tercios inferiores del cúbito y del radio izquierdos con desgarro de la piel (debido al fragmento superior del cúbito). TRATAMIENTO: Antisepsia, reducción, férulas y vendaje. Al día siguiente mucho dolor por lo que se revisa la lesión, se observa mala disposición de los huesos fracturados. Se cambia el apósito de la herida y se colocan nuevas férulas. EVOLUCIÓN: 23-5-1924: fracturas consolidadas, se recomienda movimientos con la articulación de la muñeca. CONDICIÓN FINAL: Alta. Curación.

Carlos Rivera (Caída de altura, fracturas, curación). Paciente de 14 años de edad, sastre residente en Quito. Ingres a el 18 de agosto de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Una hora antes del ingreso a este servicio cayose desde un corredor al patio de su casa, dos o tres metros de altura. Después de esta caída no pudo levantarse y sintió vivos dolores en la pierna izquierda, motivo por el cual es trasladado a este Hospital. EXAMEN FÍSICO: Facies angustiada. T 38, R 24, P 85. Presenta dos heridas pequeñas circulares. Una de ellas, la más grande e inferior, sangra bastante y es del tamaño de la moneda de un níquel de medio centavo, observándose, además, que el tejido celular subcutáneo está saliendo en aquel lugar. Coinciden estas heridas con el sitio de las fracturas óseas en la unión del tercio medio con el inferior de la pierna izquierda. La pierna en este lugar presenta gran sensibilidad, tumefacción y movilidad, lo que da la sensación de crepitación. Hay, pues, fracturas de la tibia y del peroné izquierdos; la tibia con sus dos picos salientes como lanzas, refiriéndonos al fragmento superior, que ha ocasionado las dos pequeñas heridas de la piel en el sitio corres-

pondiente a la lesión. Hay un pequeño acortamiento del miembro. DIAGNÓSTICO: Fractura abierta de la tibia y del peroné izquierdos, en la unión del tercio inferior con el tercio medio de la pierna correspondiente. TRATAMIENTO: Enseguida de su ingreso se coloca un aparato extensor con 4 kg de peso. Asepsia de las heridas, apósitos y vendaje compresivo. Miembro descansa en una **gotiera**¹. EVOLUCIÓN: La herida supuró y exigió realizar curaciones y colocar dren empapado en solución antiséptica. Evolucionó lentamente pero bien. CONDICIÓN FINAL: Alta el 8 de octubre de 1924. Marcha sin muletas. Curación.

Matías Quisaguano (Caída de altura. Luxación de cadera y fractura de clavícula. Curación). Paciente de 35 años de edad. Agricultor en Machachi. Ingresó el 19 de agosto de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: La víspera del ingreso cayó desde una altura de 8 m. al quebrarse una rama del eucalipto en que se encontraba. Cayó sobre dos hachas que se encontraban en el suelo. EXAMEN FÍSICO: Facies de dolor, estado nutritivo regular. Lengua vellosa, anorexia, estreñimiento. En el hipocondrio derecho se nota la presencia de un abombamiento bien pronunciado, poco doloroso, elástico y sonoro a la percusión. En el hemitórax derecho se observa un aumento considerable de la matidez, pues tiene estos límites: línea para esternal; 3er espacio intercostal; línea mamaria 3er espacio; línea axilar 4to espacio y en el escapular 5to espacio. Auscultación pulmonar: lado izquierdo: respiración complementaria; lado derecho: silencio respiratorio en la base, tanto adelante como atrás y lateralmente. región mamaria estertores crepitantes y disminución del murmullo vesicular; vértice respira exageradamente adelante y atrás. Ruidos del corazón normales. Esfacelación en el tronco. Luxación de la articulación de la cadera izquierda: cabeza del fémur se encuentra hacia atrás y hacia arriba, y el miembro correspondiente inmóvil y en rotación interna. Además, se confirma la fractura de la extremidad externa de la clavícula derecha. DIAGNÓSTICO: Luxación de la articulación de la cadera, fractura de la clavícula derecha (tercio externo). TRATAMIENTO: Con anestesia general con cloroformo, el Dr. Estupiñán, con ayuda del interno y de un enfermero que realiza cloroformización, se realiza la reducción de la articulación luxada. Se coloca en su lecho con una gotiera grande. EVOLUCIÓN: Al día siguiente se coloca vendaje compresivo en la fractura de la clavícula. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta el 27 de agosto de 1924. Curación.

Consideraciones sobre las caídas de altura

En los casos de caídas de altura existieron varios componentes relevantes:

Una paciente cayó por ebria; otra, de un piso alto; otra, cayó sobre ladrillos y recibió atención con menjunjes e inmovilización realizada por un curandero, que no regresó a curarla, y, sin embargo, cobró por su trabajo.

Sorprenden dos casos de escolares, uno de 7 y otro de 11 años de edad, de la Escuela de los Hermanos Cristianos, que cayeron de un andamio de una altura de 12 metros, tuvieron inconsciencia pasajera y fracturas en los huesos de miembros inferiores. Hubo pacientes que cayeron en su casa, otros en la calle y uno al quebrarse la rama de un árbol.

Las imágenes radioscópicas y radiológicas fueron de utilidad. En un caso se utilizó, primero, la radioscopia que tenía el hospital y luego una radiografía realizada en forma privada por el Dr. Pablo Arturo Suárez, quien colaboraba desinteresadamente con los pacientes del HSJD. La mayoría de pacientes de este grupo cayó desde grandes alturas. Se recuperaron gracias a los cuidados prodigados por el personal del hospital.

Fracturas producidas por automóviles (8 casos)

Isabel Ruiz (Atropellamiento por automóvil mientras trabajaba. Fractura del húmero. Mejor). Paciente de 23 años de edad, raza indígena, ocupación cargadora en Latacunga. Ingresó el 12 de febrero de 1923. ENFERMEDAD ACTUAL: Estaba cargando unas piedras y un automóvil le alcanzó y botó al suelo. Al levantarse sintió un amortiguamiento en todo el brazo derecho sin que sintiera ningún dolor. EXAMEN FÍSICO: Gran tumefacción en el brazo y antebrazo con equimosis. A la palpación se nota fácilmente la fractura del húmero en su tercio superior, con desplazamiento y superposición de un fragmento sobre el otro. Es de notar que todas estas maniobras se facilitan porque la enferma no acusa ni el más pequeño dolor. DIAGNÓSTICO: Fractura del húmero. RADIOLOGÍA: Rx: fractura del húmero, TRATAMIENTO: Colocación normal de los fragmentos e inmovilización con férulas y vendaje compresivo. CONDICIÓN FINAL: Alta el 18 de febrero de 1923. Mejor.

Jorge Tobar (Atropellamiento auto, fractura, curación). Paciente de 23 años de edad, carpintero residente en Quito. Ingresó el 24 de abril de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Ha sido atropellado por un automóvil en la avenida 18 de septiembre de donde fue recogido por la ambulancia de la Policía y traído a este Hospital en estado de inconsciencia. EXAMEN FÍSICO: Hiperestesia cutánea del tercio anterior inferior del muslo derecho, con esfacelo y color ligeramente violáceo. El muslo derecho tiene una defor-

1 **Gotiera:** 'aparato en forma de canalón que sirve para inmovilizar un hueso en una fractura o luxación', procedente del francés, se registra por vez primera en 1763, en el Tratado de vendajes y apositos, de F. Canivell, y se documenta posteriormente hasta mediados del siglo XX, cuando, probablemente, pierde la batalla ante la preferencia en el uso de su rival férula. El origen francés queda patente en el primer repertorio lexicográfico en que se consigna esta voz: Domínguez, en su *Diccionario universal francés-español* (1845), la recoge para dar equivalencia, junto a las palabras *canal* y *ranura*, al vocablo *gouttière* (Real Academia Española, 2020).

mación muy notable, con desviación del miembro hacia afuera. A la palpación hay dolor agudo localizado que se irradia muy poco y crepitación. Además, acortamiento de 3 cm. DIAGNÓSTICO: Fractura del fémur derecho en el tercio inferior (forma de pico de flauta). TRATAMIENTO: Reducción de la fractura y colocación de férula, una gotera y un aparato de Tilean con 2 kg de peso. Aceite de ricino 30 g. EVOLUCIÓN: Luego de un mes en tracción se retira el aparato de extensión. Se recomienda movimientos de la rodilla que presenta un pequeño grado de anquilosis. Fractura bien consolidada, no hay acortamiento, deformación, ni desviación del eje. Marcha con muletas el 26-5-1924. CONDICIÓN FINAL: Alta el 2 de junio de 1924. Curación.

Vidal Tufiño (Atropellamiento por automóvil. Fractura de tibia. Mejor). Paciente de 47 años de edad, agricultor en Nayón. Ingresó el 11 de mayo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Absceso en la tibia hace 8 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Ha estado con unos amigos tomándose unas copas en el centro de la ciudad y a eso de las 8 p.m. se separa para dirigirse a su casa y antes de llegar a la esquina entre la Benalcázar y la Avenida Colón es cogido por un automóvil, pasándole una rueda por la pierna izquierda, enseguida trató de levantarse, siéndole imposible, tanto por el dolor como porque estaba muy móvil la pierna. Hace llamar la camilla de la Policía, la que le conduce al Hospital. Llega entre las 11 p.m. EXAMEN FÍSICO: Hinchazón de la pierna y pie. Fractura de la tibia en el 1/3 inferior en forma de pico de flauta. Hay dolor localizado y crepitación. DIAGNÓSTICO: Fractura de la tibia en el 1/3 inferior. TRATAMIENTO: Durante tres días se ponen guataplastas para la tumefacción. Luego de los 3 días se reduce la fractura y se la inmoviliza con férulas. EVOLUCIÓN: Siente alivio. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta el 19 de mayo de 1924. Sale mejor.

Agustín Usilla (Accidente laboral por atropellamiento. Fractura de tibia y peroné. Curación). Paciente de 40 años de edad. Agricultor residente en Cotocollao. Ingresó el 25 de mayo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: En momentos que conducía una carreta de bueyes es atropellado por un automóvil que le pasa sobre la pierna izquierda. Queda tendido en el suelo, inmóvil y con dolores terribles de la pierna izquierda. Es trasladado enseguida a este Hospital. EXAMEN FÍSICO: Piel con algunas esfacelación debido a la contusión. El MII presenta acortamiento y desviación del eje, tumefacción notable y excesivo dolor. Movilidad y crepitación entre el tercio medio y el inferior de la pierna. DIAGNÓSTICO: Fractura doble en el tercio inferior de la tibia y peroné izquierdos. TRATAMIENTO: Se aplican férulas y un vendaje adecuado. EVOLUCIÓN: El 18-6-1924 se levanta del lecho. El callo se ha formado bien. CONDICIÓN FINAL: Alta el 22 de junio de 1924. Curación.

Alfonso Salgado (Atropellamiento por automóvil. Fractura de tibia y peroné. Curación). Paciente de 12 años de edad, fotógrafo residente en Quito. Ingresó el 29 de junio de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Atropello de un automóvil que le hace caer al suelo sin conocimiento. Es conducido enseguida a este servicio con dolores exagerados de la pierna derecha. EXAMEN FÍSICO: Facies angustiada, bastante excitación por el dolor. Esfacelación en algunas partes del cuerpo. La pierna derecha está tumefacta y ha perdido la dirección del eje del miembro. Muy dolorosos a la palpación, se siente, cuando se le coge con las dos manos, la sensación de crepitación. El tercio inferior está móvil; no hay acortamiento. DIAGNÓSTICO: Fractura de la tibia y del peroné derechos (transversales). TRATAMIENTO: 30-6-1924: RADIOSCOPIA: SE COMPRUEBA EN EL GABINETE DE RADIOSCOPIA LAS FRACTURAS y se colocan férulas y un vendaje. EVOLUCIÓN: 4-7-1924: se vuelven a acomodar las férulas y el vendaje. Se administra un purgante. 26-7-1924: se retiran las férulas, el callo está formado y las fracturas consolidadas. No hay dolor. 28-7-1924: camina con muletas. Ha quedado reducida la fractura en muy buenas condiciones. CONDICIÓN FINAL: Alta el 1 de agosto de 1924. Curación.

Ezequiel Chacón (Accidente laboral por atropellamiento. Fractura de tibia y peroné. Curación). Paciente de 27 años de edad. Agricultor residente en Latacunga. Ingresó el 16 de julio de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Estaba conduciendo un barril de aguardiente y en la Alameda es cogido por un automóvil y arrojado al suelo; luego una de las ruedas le pasa por la pierna izquierda. Trata de levantarse, pero le es imposible porque el MII le flaquea y por el agudo dolor que tiene. Evita todo movimiento. Es conducido al Hospital en el mismo automóvil que le atropelló. EXAMEN FÍSICO: Facies normal, estado nutritivo bueno, afebril. Respiraciones 18 x 1'; pulso 80 x 1. Pulso lleno y fuerte. Pequeño esfacelo en el maléolo interno y una enorme flictena situada en el MII en la unión del 1/3 medio con 1/3 inferior. Todo el MII está hinchado y ligeramente desviado hacia afuera. En la tibia presenta ligera depresión en la unión del 1/3 medio con el inferior, con crepitación e intenso dolor. DIAGNÓSTICO: Fractura doble de la tibia en la unión del 1/3 medio con el inferior y del peroné en el 1/3 inferior. TRATAMIENTO: 18-7-1924: con motivo de la hinchazón solo se pone guataplastas y se administra analgésicos. EVOLUCIÓN: 19-7-1924: manchas equimóticas en 1/3 inferior de la pierna y en el dorso del pie. 20-7-1924: colocación de férulas y vendaje. 28-7-1924: cambio de férulas y se ha puesto mayor cantidad de algodón. CONDICIÓN FINAL: 7-8-1924: alta. Marcha con muletas. Curación.

Manuel Chanataxi (Atropellamiento por automóvil. Fractura de clavícula. Mínima mejoría) Paciente de 79 años, jornalero residente en Quito. Ingresó el 4 de octubre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Pocas horas antes del ingreso a este Hospital fue atropellado por un auto. Al caer, una de las ruedas delanteras chocó contra su hombro izquierdo. Fue trasladado en el auto de la Cruz Roja. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutricional malo. Facies de dolor. T 37° C; respiraciones 20 x 1'; frecuencia cardíaca 80 x 1'. Tiene depresión. Sordera poco acentuada. Pequeñas esfacelación en la espalda, piernas y antebrazos. Hombro izquierdo: se constata fractura de la clavícula en su tercio medio, casi en el punto de unión con el tercio externo. Fractura es en pico de flauta, tendiendo el fragmento interno de hueso a desgarrar la piel. DIAGNÓSTICO: Fractura del tercio medio de la clavícula izquierda. TRATAMIENTO: Enseguida de su ingreso se coloca el aparato de Sayre. EVOLUCIÓN: Fractura no consolidada. Cabalgamiento del fragmento interno sobre el externo, aunque no tanto que pueda perforar la piel. No toleró el aparato de Sayre, por lo que resultó imposible una buena coaptación. CONDICIÓN FINAL: Alta el 16 de octubre de 1924. Mínima mejoría.

Jorge Proaño (Atropellamiento auto - motocicleta, fracturas, mejoría). Paciente de 27 años de edad, empleado residente en Quito. Ingresó el 16 de diciembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Momentos antes del ingreso al Hospital es atropellado por un automóvil que le alcanza a comprimir la pierna, entre el guarda choque y la motocicleta en la que iba el paciente. Caído al suelo, trata de levantarse apoyándose en la pierna izquierda, sin conseguirlo, porque fragmentos del hueso fracturado seccionan la piel y

los pantalones y asoman al exterior. Enseguida es conducido en automóvil a este Hospital. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo bueno. Facies de angustia, muy pálido. 37°, 82 x 1', un poco irregular. Aparatos Digestivo y Respiratorio normales. Circulatorio: arritmia poco ostensible. Estado de Shock. Presenta dos heridas pequeñas en la cara interna de la pierna izquierda, tercio medio, producidas por fragmentos del hueso de la tibia. Otra herida en la cara externa ocasionada por la salida del peroné fracturado en el tercio inferior. Hemorragia. La pierna izquierda presenta una notable tumefacción, con dolor muy concentrado en el tercio medio; movilidad anormal tanto en el tercio medio como en el inferior. Se alcanzan a tocar los fragmentos de los huesos. DIAGNÓSTICO: Fractura abierta de la tibia y del peroné izquierdos, en sus tercios medios; conminuta y complicada.

Figura 1. Rx de la fractura de tibia y peroné del paciente Jorge Proaño.



Nota: La radiografía original se encuentra en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, Ecuador. De dominio público.

TRATAMIENTO: 17-12-1924: Operación: Se extrajeron dos pedazos del hueso de la tibia de 5 cm y de 3 a 4 cm y de algunas esquirlas diseminadas. La tibia en su tercio medio está totalmente destruida, habiendo desaparecido su cara anterior. A este nivel la tibia queda unida por dos puntos correspondientes a cada uno de los dos fragmentos (superior e inferior). El periostio se le conserva íntegramente. El peroné ha sufrido una fractura transversal en el tercio inferior. Se sutura la piel previa sutura del músculo tibial anterior que también había sido seccionado; en la parte superior de este músculo se suturó también la aponeurosis. Férulas y vendaje. Dr. Salgado, Dr. Estupiñán, Cloroformizador. Sr. Troya. **EVOLUCIÓN:** ENERO: Se ha practicado curaciones todos los días, haciendo, al principio, grandes lavados con solución de agua oxigenada a fin de impedir la infección que felizmente no se presentó. Sin embargo, a pocos días de la operación, se forman unas flictenas y la piel de una parte de la herida se elimina dejando descubierta una porción de la parte inferior del fragmento superior. FEBRERO: La cicatrización de la piel ha avanzado quedando tan solo tres fistulitas que llegan hasta el hueso mismo: el hueso no está aún soldado, hay una pseudo artrosis. El enfermo es sacado todas las mañanas al sol y comienza a ensayar la marcha con muletas. **CONDICIÓN FINAL:** MARZO 2: Alta en regulares condiciones. El paciente puede andar con muletas a pesar de no estar todavía consolidados los fragmentos de tibia y tener pseudo artrosis; pierna deformada por la falta de una buena parte de la cresta anterior de la tibia. En este estado se le sacó una radiografía que acompaña esta H. C. Mejoría.

Consideraciones sobre los accidentes automovilísticos

Quito nace al siglo XX con la presencia de su primer automóvil, el cual llegó a la ciudad en 1901. Los autos coexistieron con carretas tiradas por mulas y desde 1914 compartieron espacios con el tranvía. En esas circunstancias se dieron 7 casos de atropellamientos por automóviles y uno por una carreta tirada por una mula.

Consta en uno de los registros que un atropellamiento por un automóvil se dio en la intersección de las calles “Benalcázar” y “Colón”, calles que no se cruzan y es poco probable que alguna vez se hayan cruzado. En Latacunga también hubo un accidente con causado por un automotor. Una

cargadora fue la víctima. En dos casos se contó con radiografías que confirmaron las fracturas. En otro caso se comprobó la fractura en el “gabinete de radioscopias”. Los accidentes de Quito tuvieron auxilio de la Policía en dos ocasiones, de la Cruz Roja una vez y una de quien produjo el accidente, quienes llevaron a los traumatizados al hospital.

También las carretas produjeron fracturas: “En momentos que conducía una carreta de bueyes es atropellado por un automóvil que le pasa sobre la pierna izquierda” y tuvo fractura de tibia y peroné izquierdos. Ventajosamente, el paciente curó de sus lesiones.

El licor fue parte integrante de los accidentes. Uno que salía luego de libar con sus amigos y otro que conducía un barril de aguardiente.

La mayor parte de los pacientes se recuperaron adecuadamente, excepto un adulto mayor, de 79 años de edad, quien sufrió un atropellamiento, tuvo fractura de clavícula y alcanzó “mínima mejoría” luego del tratamiento.

Traumatismos varios (6)

Reinaldo Almache (Trauma de rodilla. Curación). Paciente de 22 años de edad, comerciante de Sangolquí. Ingresó el 23 de mayo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido blenorragia. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días, cuando emprendía una carrera a pies, sufre una caída a consecuencia de un tropezón, se golpea la rodilla izquierda contra una piedra. Luego de 12 días presenta dolores intensos en la rodilla izquierda, no puede mantenerse en pie y debe reposar. Se hincha la articulación y acude al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Enrojecimiento de la piel de la rodilla y dolor de la articulación, que está inmóvil y tumefacta. Existe derrame. Fondos de saco sinoviales desaparecidos, rótula inmóvil y levantada hacia arriba, indican la abundancia del derrame. No existe choque rotuliano, Atrofia del cuádriceps crural. Pierna en flexión y apoyada sobre el plano de la cama. DIAGNÓSTICO: Trauma de rodilla. TRATAMIENTO: Purgante salino. Guataplastas mañana y tarde. Inmovilidad. EVOLUCIÓN: 25-5-1924: Punción del derrame articular: 30cc de líquido fluido, turbio, amarillo verdoso. Dolor, fiebre y epistaxis. 29-5-1924: segunda punción: de 35 a 40 cc. de líquido de similares características que el anterior. Mucho dolor y tumefacción. Epistaxis. CONDICIÓN FINAL: Alta el 28 de junio de 1924. Curación.

Adelaida de la Fuente (Trauma de rodilla. No registra condición final). Paciente de 70 años de edad, raza blanca, residente en Quito. Ingresó el 15 de mayo de 1924. DIAGNÓSTICO: Traumatismo de rodilla y MII. TRATAMIENTO: Inmovilización y luego reducción el 9-6-1924. No existen más datos.

María Luisa Guayaquil (Trauma Facial. Curación). Indígena de 48 años de edad, procedente de Latacunga. Ingresó el 10 de junio de 1923. DIAGNÓSTICO: Traumatismo facial. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de junio de 1923. Sana.

Felisa Navarro (Traumatismo por caída de altura. No registra condición final). Paciente de 29 años de edad, vendedora en Ambato. Ingresó el 26 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Caer de 3 metros de altura. DIAGNÓSTICO: Traumatismo por caída de altura. TRATAMIENTO: Reposo, diuréticos, bolsas de agua caliente y lavados. CONDICIÓN FINAL: Alta el 5 de enero de 1922.

María Martínez de Quisaguano (Sale bien) Paciente de 24 años de edad, raza indígena, carbonera, residente en Machachi. Ingresó el 12 de abril de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: La víspera del ingreso dirigía una carreta tirada por bueyes con dirección a Quito; cayó una rueda en un bache del camino y del cimbrón cayó debajo de la carreta y la rueda le pasó por la caja torácica. EXAMEN FÍSICO: La enferma es traída en brazos, se queja de fuertes dolores en el cuerpo, tiene tos que aumenta el dolor. Presenta traumatismos múltiples en todo el cuerpo. DIAGNÓSTICO: Traumatismos múltiples. TRATAMIENTO: Tópicos y baños generales del cuerpo. EVOLUCIÓN: A los tres días desaparece el dolor y pide el alta. CONDICIÓN FINAL: Pide alta el 16 de abril de 1922.

Margarita Acosta (Traumatismos ocasionados por el esposo. Pase a la sala de la Virgen). Paciente de 45 años de edad, comerciante, residente en Ambato. Ingresó el 28 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días de enfermedad, teniendo como causa el haber salido a las 4 de la mañana estando muy caliente. Al principio sintió unos dolores vagos en los miembros inferiores y superiores, y a medida que el tiempo ha pasado sintió que los miembros inferiores estaban pesados y siéndole imposible la marcha y la bipedestación en cuanto al miembro superior izquierdo le es imposible todo movimiento; además siente mucho frío en el miembro izquierdo inferior. Así como también la enferma ha recibido del esposo una paliza hasta introducirle la mano en la vagina, ocasionándole lastimaduras, según dice la enferma. EXAMEN FÍSICO: Examen genital: no dio nada de particular. DIAGNÓSTICO: Traumatismos múltiples ocasionados por el esposo. CONDICIÓN FINAL: Se ordenó el pase a la sala de la Virgen.

Consideraciones sobre los traumatismos varios

Este conjunto presenta traumatismos de diferentes causas, que no llegaron a producir fracturas. Afectaron a rodillas, a la cara y múltiples traumatismos corporales. Unos fueron ocasionados por una caída en su propio nivel y otro por una caída de altura. No faltó la carreta tirada por dos bueyes como parte de uno de los accidentes.

El caso más triste y doloroso es el de **Margarita Acosta**, mujer de 45 años de edad. La paciente atribuye sus lesiones corporales a que “ha recibido del esposo una paliza hasta introducirle la mano en la vagina”. Fue transferida a la sala de la Virgen. No existen indicios de intervención del poder público. Al parecer, se toleraba esa conducta, seguramente lamentando lo sucedido y pidiéndole a la agredida que no le dé más motivos a su esposo.

Fracturas producidas por accidentes relacionados con animales (4 casos)

Eustorgio Álvarez (Caída de caballo. Fractura del maxilar inferior. Curación). Paciente de 16 años de edad, zapatero. Ingresó el 29 de mayo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: A consecuencia de una caída de caballo presenta fracturado el maxilar inferior en ambos lados. Además, hay un desgarramiento de la mucosa del labio inferior, entre la encía y el labio. DIAGNÓSTICO: Fractura del maxilar inferior. TRATAMIENTO: Se le hace la curación necesaria. CONDICIÓN FINAL: Alta por curación el 9 de junio de 1920.

Pedro Muso (Caída de mula. Fractura de clavícula. Sale mejor). Paciente de 38 años de edad, agricultor en Carapungo. Ingresó el 29 de agosto de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Cae de espaldas y sobre un terreno duro, desde una mula en la que iba cabalgando. Inicialmente estuvo aturdido. Luego notó que no podía mover el miembro superior izquierdo. A las tres horas del accidente fue traído a este Hospital. EXAMEN FÍSICO: Estado nutritivo bueno, facies tranquila. T° 37; respiraciones 20 por minuto; pulso 73 por minuto. Presenta pequeña esfacelación en los codos. Fractura de la clavícula izquierda en su tercio medio. El fragmento interno, con su extremo cortado, tiene tendencia a atravesar la piel que le cubre; en cambio, el fragmento externo se halla hundido debajo del interno. La articulación del hombro, sin resistencia de la clavícula fracturada y por la acción de los músculos, se ha dirigido hacia adelante y adentro. DIAGNÓSTICO: Fractura de la clavícula izquierda, en su tercio medio. TRATAMIENTO: A la hora de haber ingresado se le coloca el aparato de Sayre. EVOLUCIÓN: Satisfactoria. CONDICIÓN FINAL: El 5 de septiembre de 1924 solicita el alta. Deberá venir cada 5 días a control. Acudió dos veces a control, debiéndose cambiar el aparato. A la tercera consulta no regresó. Sale Mejor

Luis Gonzalo Proaño (Caída de caballo, fractura de la base del cráneo. Curación). Paciente de 13 años de edad, trabaja en servicio doméstico en Quito. Ingresó el 11 de noviembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Caída de caballo, de cabeza y sobre pavimento de piedra, que le ocasiona herida en la región occipital, contusiones en varias partes del cuerpo y pérdida del conocimiento. Pocas horas más tarde es conducido a este Hospital en el auto de la Cruz Roja. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo bueno, facies un poco pálida, apacible. 37,5 °C, Pulso debilitado, regular a 60 veces por minuto. Aparatos Digestivo, Cardio-Vascular y Respiratorio normales. Estado semi comatoso. No hay parálisis ni abolición de reflejos. El paciente habla, si bien con dificultad, cuando se le interroga. Sensibilidad normal. Pequeña esfacelación en las piernas y el brazo derecho. DIAGNÓSTICO: Fractura de la base del cráneo. TRATAMIENTO: 12-11-1924: Curación y sutura de la herida occipital. No hay señal de hundimiento de la lámina externa del hueso. Estado soporoso. Se administra aguardiente alemán. EVOLUCIÓN: 14-11-1924: Presenta equimosis sub palpebral en el lado derecho. Estado soporoso, pesadez de la cabeza, cefalalgia. Se le dan analgésicos. 16-11-1924: PL: LCR claro, 10cc. 17-11-1924: Soporoso. Fiebre que coincide con la aparición de tumefacción en la región paratiroidea derecha. Tratamiento: guataplasmas, purgante drástico y diurético. 21-11-1924: Continúa en igual estado general. Herida cicatrizada. Ha desaparecido el dolor de la región parotídea derecha y se ha cambiado a la supraorbitaria del mismo lado. Equimosis sub palpebral persistente. Cara edematosa. Diuréticos. 26-11-1924: Ha mejorado; estado soporoso menos pronunciado. Responde mejor a las preguntas. Tiene pesada la cabeza. Lengua sucia por lo cual se le da purgante salino. 28-11-1924: Mejor, va desapareciendo su estado anterior. CONDICIÓN FINAL: 30-11-1924: alta por estar ya en buenas condiciones. Curación.

Narciso Pullas (Patada de caballo. Fractura de clavícula. Curación). Paciente de 34 años de edad. Empleado en Quito. Ingresó el 1 de diciembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Sufrió una patada de un caballo en el hombro izquierdo. Como consecuencia de esto queda un dolor permanente y la imposibilidad de mover el miembro superior izquierdo. Enseguida es conducido en el auto de la Cruz Roja a este Hospital. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo regular. Facies de dolor. 37,4, 82. CV, R, D, normal. Fractura en el tercio externo de la clavícula izquierda. DIAGNÓSTICO: Fractura del tercio externo de la clavícula izquierda. TRATAMIENTO: Se coloca el aparato de Sayre, queda bien. EVOLUCIÓN: Evolucionó bien. CONDICIÓN FINAL: Alta el 12 de diciembre de 1924. Curación.

Consideraciones sobre los accidentes relacionados con animales

Tres caballos y una mula participaron en la producción de graves fracturas y heridas. Se produjeron por caída de los jinetes en tres casos o en un caso por una patada del animal. Un maxilar inferior, dos clavículas y una base del cráneo fueron el resultado de estos accidentes. En dos de los cuatro casos participó la Cruz Roja llevando a los enfermos al hospital.

Se utilizó el aparato de Sayre para inmovilizar las clavículas. Para el estado soporoso del paciente con fractura de cráneo se administró aguardiente alemán, analgésicos, guataplasmas, purgante drástico y diurético. Se realizó punción lumbar a este paciente. En todos los casos los pacientes consiguieron una adecuada recuperación.

Accidentes relacionados con el ferrocarril (2 casos)

Cirilo Carpio (Aplastamiento por dos carros del tren. Fractura de cúbito y radio. Sale bien). Agricultor de 30 años de edad, procedente de Alóag. Ingresó el 1 de febrero de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Fue a la estación del ferrocarril a recibir un tarro de leche que debía llegar en el tren mixto para la familia Uribe a quienes sirve y por un descuido se coloca entre dos carros en el momento mismo en que hacía un cambio una máquina, lo que hace retroceder un carro, el que choca contra el otro cogiéndole el antebrazo en el que se produce una amplia herida. Inmediatamente, es traído al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Facies amarilla, hay ligera disnea, pulso filiforme. Insomnio por el dolor. Extremidad inferior derecha: pérdida de la piel y del tejido celular subcutáneo (tcs) en el espacio como de unos 10 cm cuadrados. Hay además unos músculos desgarrados. Se nota gran crepitación al querer mover el antebrazo y su extremidad inferior está formando un ángulo muy abierto. DIAGNÓSTICO: Fractura de cúbito y radio en 1/3 medio. TRATAMIENTO: Curación de la herida, tocamientos con yodo, colocación de dren y férula. Al día siguiente lavado con solución de Dakin, tocamientos con yodo, nueva férula y charpa. Luego de unos días de poca supuración mejora. Se le administró suero cafeinado 500 cc. La reparación del músculo y tcs es buena, solo falta reconstituirse la piel. Aparece una erupción en la piel. se realizan lavados con Agua de Alibour, pomada de óxido de zinc y bálsamo del Perú. Mejora el estado de cicatrización de la herida, lentamente. CONDICIÓN FINAL: Alta el 22 de marzo de 1924. Debe continuar con curaciones e inmovilización. Sale bien.

Segundo Pérez (Caída del ferrocarril. Fractura de fémur. Curación). Paciente de 22 años de edad. Empleado en Ambato. Ingresó el 22 de octubre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: En un accidente de tráfico ferroviario, por nerviosismo, se lanzó de la plataforma de uno de los carros, antes de que ocurra el mencionado accidente, cayendo en una alcantarilla de doce metros de profundidad, aproximadamente. Cayó de pies, luego no pudo levantarse por la intensidad del dolor y la inacción muscular como defensa propia y falta de apoyo para la contracción. Fue conducido desde Tambillo, lugar de la catástrofe, en automóvil. EXAMEN FÍSICO: Estatura mediana, estado nutritivo bueno, facies de dolor, T 37,9° C; respiraciones 21 x 1'; Pulso 79 x 1. 'Cardiovascular normal. Respiratorio normal. Estado depresivo. Esfacelación en varias partes del cuerpo. Muslo derecho: tumefacción notable, dolor poco localizado. Forma un arco de convexidad externa; palpación muy dolorosa, crepitación. acortamiento de 2 cm y desviación hacia afuera del eje longitudinal del miembro. DIAGNÓSTICO: Fractura en pico de flauta del fémur derecho en su tercio medio (unión con el inferior). TRATAMIENTO: Colocación de aparato extensor de Tillaux con peso de 4 kg. Se colocan dos férulas grandes. EVOLUCIÓN: 24-11-1924: retiro del aparato de Tillaux. Hay consolidación ósea. No hay desviación del eje longitudinal, acortamiento ni deformaciones. CONDICIÓN FINAL: Alta el 26 de noviembre de 1924. Curación.

Consideraciones sobre los accidentes relacionados con el ferrocarril

El ferrocarril, desde junio de 1908 en que llegó a Quito, era parte de la ciudad. Sus aportes fueron mucho más que los accidentes que se relacionaron con este medio de transporte, vital para la comunicación entre las dos regiones productivas del país. Los accidentes se produjeron en circunstancias especiales: Como consta en uno de los registros "por un descuido" se produjo uno de los accidentes. Hubo fractura de cúbito y radio y desgarramientos musculares que se infectaron y fueron tratados con medicamentos conocidos: yodo, solución de Dakin, agua de Alibour, pomada de óxido de zinc y bálsamo del Perú. Salió bien. Otro accidente se produjo cuando el paciente "por nerviosismo, se lanzó de la plataforma de uno de los carros". Hubo una fractura de fémur que curó gracias al aparato extensor de Tillaux.

Fracturas relacionadas con el tranvía (2 casos)

Nicanor Noboa (Cae del tranvía. Fractura de la base del cráneo. Sale bien). Paciente de 25 años de edad, empleado, residente en Quito. Ingresó el 22 de mayo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Viajaba en uno de los tranvías eléctricos de esta ciudad y, debido a una imprudencia, al sacar la cabeza fuera de una de las plataformas, sufrió un golpe muy fuerte, en la región parietal derecha, contra un poste. Cayó como una masa inerte sobre el pavimento de la calle. Fue trasladado enseguida por el servicio de ambulancia de la Cruz Roja. Entra en estado comatoso. EXAMEN FÍSICO: Facies pálida, pulso débil y muy lento (45). Ruidos cardiacos apagados. Se encuentra en estado de coma. Presenta pequeño derrame en la región parietal derecha, sin signos de fractura ósea. Pequeña esfacelación en la parte súpero externa del muslo derecho. DIAGNÓSTICO: Fractura de la base del cráneo. TRATAMIENTO: Recibió inyección de cafeína y aceite alcanforado. Luego se le administra enema de 4 gr de Hidrato de cloral y a tomar con leche XX gotas de Láudano de Sydenham. Vendaje compresivo luego del drenaje del hematoma parietal por parte de los señores internos de turno. EVOLUCIÓN: Permaneció inconsciente unos 30 minutos, luego presenta agitación y delirio. Luego períodos de sueño y agitación, cada vez menor. Responde coherentemente. Fue necesario drenar varias veces el hematoma. Para el 10-6-1924 se observa notable mejoría. Pasa gran parte del día fuera de su cama, pero con marcha lenta pero segura. conversa más o menos bien y va recobrando paulatinamente la memoria. Poca energía en sus manifestaciones vitales. Casi ha desaparecido la equimosis de los párpados del ojo izquierdo y bajo el cuero cabelludo no hay derrame. 26-5-1924: PUNCIÓN LUMBAR: LCR 26 cc., líquido hemorrágico. Numerosos hematíes y pequeña cantidad de leucocitos. 29-5-1924: Segunda punción lumbar: 25 cc líquido claro que sale a gran presión. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta el 10 de junio de 1924. Mejor.

Alejandro Guichamín (Caída del tranvía. Fractura del fémur. Curación). Paciente de 12 años. Trabaja en servicio doméstico en Quito. Ingresó el 21 de junio de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Sufre caída desde la plataforma delantera de uno de los tranvías eléctricos, se golpea con una estructura de hierro. Fue levantado por transeúntes y conducido al Hospital por un cargador.

Se queja de dolores muy vivos de la pierna derecha. EXAMEN FÍSICO: Facies de dolor. Presenta contusiones varias en todo el cuerpo. El MID está inmóvil; el muslo forma un arco de convexidad externa, está tumefacto y muy doloroso a la palpación, sobre todo en su tercio medio; desviación del eje longitudinal del miembro, crepitación; acortamiento. DIAGNÓSTICO: Fractura del tercio medio del fémur derecho (pico de flauta). TRATAMIENTO: 21-6-1924: Extensión y contra extensión y luego aparato de Tillaux extensor. El 25-6-1924: Se colocan férulas para inmovilizar la articulación de la rodilla. EVOLUCIÓN: 18-7-1924: Se retiran las férulas y el aparato extensor. No tiene acotamiento, desviación ni deformidad. Tampoco tiene dolor. 24-7-1924: Marcha con muletas. CONDICIÓN FINAL: Alta el 24 de julio de 1924. Curación.

Consideraciones sobre los accidentes relacionados con el tranvía

El tranvía fue un importante medio de transporte para la ciudad desde su inauguración en 1914. Recorría desde la estación del ferrocarril de Chimbacalle, al sur de Quito, hasta la avenida Colón y 6 de diciembre, al norte. Los accidentes se produjeron por fallas humanas y, por lo que consta escrito en los registros clínicos, no hubo responsabilidad directa del tranvía.

En un caso, “debido a una imprudencia, al sacar la cabeza fuera de una de las plataformas” se produjo una fractura de la base del cráneo. Se hicieron dos punciones lumbares, la primera con sangre y la segunda a gran presión. Caféina, aceite alcanforado, hidrato de cloral, Laúdano de Sydenham, vendaje compresivo y varios drenajes del hematoma parietal alcanzaron su mejoría. Otro paciente cayó del tranvía, presentó fractura de fémur y con el aparato extensor de Tillaux consiguió la curación.

Fracturas sin causa definida (2 casos)

Colonia Quiroga (Fractura de costilla y traumatismos múltiples. ¿Causa? Sale bien). Paciente de 40 años de edad, raza indígena, procedente de Puenbo. Ingresa el 25 de diciembre de 1923. No sabe leer. ENFERMEDAD ACTUAL: Dos días antes del ingreso sufrió una serie de contusiones en todo el cuerpo. EXAMEN FÍSICO: Presenta un gran número de equimosis, pero sin importancia; en el lado izquierdo del tórax y en la parte inferior y línea axilar presenta un punto muy sensible a la presión profunda que se acompaña de una crepitación. En el tercio medio de la novena costilla, acompañado de un vivo dolor, se notan los extremos de la fragmentación manifiesta de una fractura. DIAGNÓSTICO: Fractura de costilla y traumatismos múltiples. TRATAMIENTO: Reposo, se aplica una pelota de algodón y luego un vendaje compresivo. Se calman los dolores. EVOLUCIÓN: Examinada el 5 de enero no manifiesta ya ningún punto doloroso. Notase la formación del callo óseo. CONDICIÓN FINAL: Alta el 6 de enero de 1924. Sale bien.

Nicolás Naula (Caída en una zanja. Fractura de clavícula. Fuga por la iglesia. Mejor). Paciente de 18 años, agricultor, residente en Quito. Ingresa el 8 de diciembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Sufrió una caída de hombro en una zanja de una hacienda. Queda después de la caída con impotencia funcional del miembro superior derecho y con excesivo dolor. T 37 °C; Frecuencia cardíaca 79 x 1'. Aparatos cardio vascular, respiratorio y digestivo, normales. Presenta fractura del tercio externo de la clavícula derecha. DIAGNÓSTICO: Fractura del tercio externo de la clavícula derecha. TRATAMIENTO: 8-12-1924: Se le pone el aparato de Sayre. EVOLUCIÓN: El 12-12-1924: Fuga del servicio por la Iglesia. Sale con el aparato de Sayre. CONDICIÓN FINAL: Mejor.

Consideraciones sobre accidentes sin causa definida

Una mujer indígena de 40 años “sufrió una serie de contusiones en todo el cuerpo” sin que se relate causa alguna. Seguro que no fue uno de los “duendes” de la serranía causante de fractura de costilla y traumatismos múltiples. Salió bien. Lamentablemente, esta historia apunta a maltrato familiar. En ese caso, el primer comprometido podría ser su pareja.

Otra, una joven de 18 años cae en una zanja, mas no se explican las circunstancias. Pudo haber sido un accidente o ¿Quién sabe? Presentó una fractura de clavícula de la cual mejoró con el aparato de Sayre. Fugó por la iglesia cuando estaba mejor. Se llevó puesto el aparato de Sayre.

Conclusiones

Se produjeron un gran número de accidentes graves, que provocaron diversas fracturas.

Los elementos causantes de las lesiones fueron variados: coches, trenes, tranvías, carretas tiradas por mulas, carretas tiradas por bueyes, caballos, mulas, andamios, casas, calles o zanjas. No faltó el marido violento y abusador.

La colaboración de la Cruz Roja y de la Policía se dio, en algunos de los casos, para el traslado de los traumatizados.

No hubo intervención de poderes públicos para indagar por las agresiones del esposo a la paciente. Tampoco hubo preocupación del personal de salud para hacer y registrar alguna gestión al respecto. Demasiada tolerancia y más bien ¡mirar para otro lado!

En pocos casos se utilizó la radioscopia del propio hospital y la radiología del servicio privado del Dr. Pablo Arturo Suárez.

Las curaciones de las heridas con antisépticos fueron los elementos más importantes para el control de las infecciones.

La mayoría de los pacientes recibió tratamientos apropiados a sus lesiones y lograron su curación. Hubo una amputación, hubo cirugías reconstructivas y lamentablemente dos decesos.

La labor de los médicos del servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD fue importante y positiva, a pesar de las limitaciones impuestas al hospital y a los servicios públicos de salud.

Pacientes con heridas

Se registraron 45 casos de heridas, producidas por diferentes causas, las cuales produjeron diversos tipos de lesiones. Su distribución numérica consta en las Tablas 4 y 5.

Tabla 4. Causas de las heridas. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Causa	Número	Causa	Número
Heridas sin causa especificada	9	Accidente con auto	3
Accidente laboral	6	Heridas con bala	2
Accidentes caseros	6	Cornadas por un toro	2
Peleas	4	Intento de suicidio	1
Violencia familiar (esposo)	3	Herida con perdigones	1
Mordedura de perro	3	Golpe de una vaca	1
Accidente con carreta	3	Caída de caballo	1
Total			45

Tabla 5. Tipo de heridas. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Características	Número
Heridas cortantes y contusas	19
Heridas infectadas	10
Mordedura de perro (una infectada)	4
Herida de bala / esquirla	4
Atropellamiento por auto (heridas y contusiones)	3
Herida por cornada de toro	3
Accidentes de trabajo (heridas y contusiones)	2
Total	45

Características de los pacientes con heridas

De los 45 casos de pacientes con diferentes tipos de heridas, 35 fueron mujeres y 10 hombres. Esta distribución posiblemente tiene relación con el tipo de lesiones sufridas por las mujeres, por los oficios que realizaban y por las agresiones recibidas.

Edad

Los pacientes que sufrieron heridas, en su gran mayoría, tenían menos de 30 años, con prevalencia de los jóvenes con edades entre 19 y 30 años. Hubo niños y adolescentes. Los detalles en la “Tabla 6”.

Tabla 6. Edad de los pacientes con heridas. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Edad en años	Número de pacientes
1 a 7	2
9 a 18	9
19 a 30	17
31 a 40	10
41 a 60	7
Total	45

Procedencia

La procedencia de los pacientes con heridas reconoce un predominio de Quito (20) y localidades cercanas (13): Atahualpa, Calacalí, Conocoto, Guangopolo, Sangolquí, Tumbaco, Uyumbicho y Zámiza. Además, existieron pacientes de la Sierra central: Latacunga y Toacazo, 6; Ambato, 1; Ibarra, 1; Otavalo, 1; Riobamba, 1; y de Guayaquil 2.

Ocupación

En la “Tabla 7” se detallan las ocupaciones registradas en 32 pacientes con heridas.

Tabla 7. Ocupación de los pacientes con heridas. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Ocupación	Número	Ocupación	Número
Cocinera	4	Empleado	1
Quehaceres domésticos	4	Cedacera	1
Agricultor	3	Arriera	1
Jornalera/o	3	Servicio doméstico	1
Peón /a	3	Cargadora	1
Comerciante / vendedora	3	Costurera	1
Labradora	2	Albañil	1
Panadera	2	Arriera	1
Total			32

Raza

En este conjunto de pacientes con heridas se registra un número relativamente alto de categorización racial, con 31 de 45 pacientes “Tabla 8”. Es llamativo el predominio de pacientes

de la raza indígena. De hecho, se registraron agresiones graves cometidas contra indígenas por parte de los “dueños” o “patrones” de las haciendas o casas grandes donde laboraban.

Tabla 8. Distribución por “Razas” de los pacientes con heridas. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

“Raza”	Número de pacientes
Indígena	16
Mestiza	10
Blanca	4
Negra	1
Sin registro	14
Total	45

Estadía hospitalaria

El promedio de estadía de los pacientes con heridas, en los 41 casos en que constan las fechas de ingreso y egreso, fue de 19,14 días, con un rango entre 0 y 85 días. Hubo dos casos de pacientes que salieron el día en que ingresaron al hospital, luego de recibir atención a sus heridas. La permanencia hospitalaria fue relativamente prolongada, aunque bastante menor que en el caso de los pacientes con fracturas, que fue de 33,3 con un rango entre 4 y 193 días.

Condición final

La mayor parte de pacientes salió mejor o curado. En un caso se indica, que, si bien está mejor, debe regresar periódicamente para efectuarle curaciones. Se registró un caso fatal. Se trataba de un trabajador del Cementerio de San Diego. Su nombre era **Juan Lima**. Su historia clínica se describe luego.

Personal médico que atendió a los pacientes con heridas

Constan como personal médico e internos que atendieron a los pacientes con heridas, los siguientes nombres: Dr. Eustorgio Salgado, Dr. Estupiñán, Dr. Montero Carrión, Sr. Enrique Troya, Sr. JF Arellano P., Sr. Modesto Rivadeneira, Sr. Loayza, Sr. Cevallos y Sr. Batallas.

Nombres de los pacientes con heridas

Alfredo Andrade, Manuela Yánez, Rosa E. Miño de Méndez, María Del Carmen Argüello de Báez, Regina Soto de Rojas, Ceferino Sigcha, José E. López, Jacinta Soria, Juan E. Herrera, Ángel M Román, María B. Díaz, Carmen López, María Luisa Navarro de Campaña, María Lasluisa, Manuela Ortega, Virginia Muñoz, Ignacia García, Manuel Gualotuña, Juan Lima, Encarnación Pérez de Vega, Elena Peña, Rosario Chasquituña, Isabel Flores, Genoveva Alarcón, Ramona Reiteri, Santos Hervas, Zoila Mindo, Simona Defaz, Encarnación Zimbaña, Dolores Salazar, José M. Bonilla, Juana Apolinario de Montaguano, Vicente Salguero, María Almache de Chicaiza, Dolores Castillo de Barahona, Rosario Cunalata, María Simbaña, Rosa M. Sánchez, María Troya, Magdalena Yépez de Ramírez, Miguel Acosta, Victoria Andrade, Manuela Escobar, Celia Morgüitio de Endara, Laura Vargas, María Pallacha y Adelaida Barreno.

Historias Clínicas de los pacientes con heridas

A continuación, se transcriben las Historias Clínicas de los pacientes que sufrieron diferentes heridas y fueron atendidos en el Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios entre 1920-1925.

Juan Lima (Accidente laboral. Tétanos. Falleció). De 40 años de edad, jornalero residente en Quito. Ingresó el 7 de agosto de 1924 y falleció a los 9 días, el 16 de agosto de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Encontrándose en su trabajo de jornalero

del panteón de San Diego, cáele una plancha de zinc de tejado sobre el pie izquierdo que le ocasiona una herida. Se ha hecho curar en la sala de cirugía de la calle hasta que el médico de esa sala, a los tres días, le manda a este servicio, a fin de conservar los dedos del pie herido. EXAMEN FÍSICO: Facies tranquila, estado nutricional bueno. T 37,5 °C; respiraciones 23 x 1'; pulso 75 x 1. Ruidos cardíacos normales en tiempo y frecuencia. Aparato respiratorio normal. Herida del pie de 5 cm de longitud que secciona íntegramente el tegumento que cubre a las bases de implantación dorsal de los dedos segundo y tercero del lado izquierdo. Esta herida interesa los planos subyacentes poniendo al descubierto las articulaciones de los mencionados dedos con metatarso, articulaciones que se encuentran desbaratadas en el punto superior, lo que permite ver, claramente separadas, las superficies articulares. Los bordes de la herida, anfractuosos, gruesos e irregulares, se halla supurados lo mismo que toda la herida. Pus verdoso de olor gangrenoso. El tercer dedo está gangrenado; el segundo está en mejores condiciones. DIAGNÓSTICO: Herida infectada del pie izquierdo. TRATAMIENTO: 8-08-1924: primera curación en este servicio. Enseguida se efectúa la amputación del tercer dedo que se encuentra sostenido tan solo por un colgajo de piel. Cura antiséptica con agua oxigenada y yodo. Apósito y vendaje. Administración de 30 g de sulfato de sodio que produce buen efecto. La tarde pasa mejor. 09-08-1924: Segunda curación de la herida; su aspecto ha mejorado notablemente, el pus es menos fétido y está en menor cantidad. dolor poco acentuado. estado general bueno. Temperatura 37.3 °C. 10-08-1924: Sigue mejor. La temperatura baja casi a la normal. 11-08-1924: Acusa un pequeño dolor de garganta y trismus poco acentuado. Gargarismos con fenosalil y compresas húmedas calientes en el cuello. Temperatura normal. 12-08-1924: El trismus es más manifiesto y se le presentan contracturas de los músculos de la nuca, intermitentes y dolorosas. Disfagia. 13-08-1924: continúa en el mismo estado. Se le administra 30 g. de sulfato de sodio con buen efecto. Las contracciones han invadido los músculos del dorso: no puede permanecer sentado por estas contracciones violentas, intermitentes y dolorosas que le obligan a permanecer en decúbito dorsal. 14-08-1924: Desde ayer no se le puede tomar la temperatura a consecuencia del trismus intenso. Facies sonreída por contracción de los músculos bucinadores. Contracciones generalizadas de todo el cuerpo. opistótonos. La herida presenta buen aspecto. Enema con 4 g. de hidrato de cloral. 15-08-1924. Ha empeorado: casi no habla y permanece con los ojos cerrados, insensible a lo que le rodea. De momento en momento se nota una sacudida generalizada, verdadera convulsión; el corazón late 150 veces por minuto. Facies continúa con una sonrisa característica. Enema con 6 g. de hidrato de cloral. 16-08-1924: Muere. **NOTA:** La víspera de la muerte se efectuó un frotis del pus de la herida y se encontró cultivo puro de estreptococo. Después de la muerte se examinó el LCR para ver si se constataba el mismo microorganismo y al microscopio no se constató nada.

Se trata de un caso evidente de Tétanos. La función del paciente en el panteón, más el manejo posterior de la herida, determinaron el efecto mortal del *Clostridium tetani*. En el hospital no se insinúa el diagnóstico de tétanos como causa de su muerte. Es probable que no estuvieran familiarizados con esta enfermedad, seguramente poco frecuente, a pesar de que habían pasado 25 años desde que se estableció el origen de esta enfermedad.

In 1889, Kitasato Shibasaburo isolated the organism from a human, showed that it produced disease when injected into animals, and reported that the toxin could be neutralized by specific antibodies. In 1897, Edmond Nocard demonstrated the protective effect of passively transferred antitoxin, and passive immunization in humans was used for treatment and prophylaxis during World War I. A method for inactivating tetanus toxin with formaldehyde was developed in the early 1920s. This led to the development of tetanus toxoid in 1924. It was first widely used during World War II. [En 1889, Kitasato Shibasaburo aisló el organismo de un humano, mostró que producía enfermedad cuando se inyectaba en animales, e informó que la toxina podría ser neutralizada por anticuerpos específicos. En 1897, Edmond Nocard demostró el efecto protector de la antitoxina transferida pasivamente, y la inmunización pasiva en humanos se usó para el tratamiento y profilaxis durante la Primera Guerra Mundial. Un método para inactivar la toxina tetánica con formaldehído se desarrolló a principios 1920. Esto condujo al desarrollo del toxoide tetánico en 1924. Fue ampliamente utilizado por primera vez durante la Segunda Guerra Mundial] (Tiwari, Moro, & Acosta, 2021, p.21)

Alfredo Andrade (Intento de suicidio. Heridas con sección de tendones. Curado). Comerciante de 25 años residente en Quito. Ingresó el 17 de septiembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Encontrándose en estado de embriaguez decide suicidarse, para lo cual con una navaja se infiere dos cortes en el antebrazo izquierdo. Para cohibir la hemorragia, algunas personas amigas efectuaron una ligadura por debajo de la flexión del brazo; al siguiente día fue conducido desde Calacalí, lugar donde acaeció este suceso, ingresando al Hospital por la mañana. EXAMEN FÍSICO: Facies de dolor. Estado nutritivo bueno. T 37°, respiraciones 25 x 1'; pulso 84 x 1. Aparatos cardio y respiratorio, normales. Se encuentra bastante deprimido. Presenta dos heridas situadas en la cara palmar, tercio inferior, del antebrazo izquierdo. La superior es de 5 cm de longitud, interesa la piel y el tcs. La herida superior, a más de los planos superficiales, ha interesado algunas venas y varias arterias de pequeño calibre y ha seccionado tres tendones: el del flexor del pulgar, el del índice y el del anular. En la extremidad interna de esta herida, donde más profundamente ha seccionado la cuchilla de la navaja, se ve en el fondo latir la arteria cubital. Hay movimiento, pero limitado, de los tres dedos cuyos tendones están seccionados. DIAGNÓSTICO: Dos heridas en el antebrazo; sección de tres tendones en una de ellas. TRATAMIENTO: A de r 30 g. Reparación de los tendones y sutura de las heridas. Dr. Salgado, Dr. Estupiñán, Cloroformizador, Sr. Troya. EVOLUCIÓN: Curaciones posteriores con agua oxigenada y yodo

para controlar una pequeña supuración. Al alta se indica que hay adherencias de los tendones a la piel. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta el 27 de septiembre de 1924. Sale bien.

Manuela Yáñez (Herida en pelea. Mejoría). Cedacera de Guanguapolo, de 24 años, indígena. Ingres a el 16 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: En reyerta en el llaló con los pobladores de Alangasí, le propinaron un machetazo en la cabeza, 7 días antes del ingreso. EXAMEN FÍSICO: Herida en la región parietal derecha, atraviesa cuero cabelludo y periostio. Es denudado el hueso. DIAGNÓSTICO: Herida del cuero cabelludo. TRATAMIENTO: Lavados y aplicaciones antisépticas. La herida está infectada por lo que no se sutura. CONDICIÓN FINAL: Fuga el 28 de diciembre de 1921. Salió mejor.

Rosa E. Miño de Méndez (Herida en pelea. Sale bien). Panadera de 20 años de edad, raza mestiza, procedente de Otavalo. Ingres a el 9 de abril de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: El mismo día de su ingreso al servicio, tuvo un altercado con su marido, el cual golpeó con un palo en la cabeza. EXAMEN FÍSICO: Tiene 3 heridas, la más grande es de 3 cm de largo en la región occipital, las otras dos insignificantes. DIAGNÓSTICO: Herida en cuero cabelludo. TRATAMIENTO: Se le hace dos puntos de sutura. CONDICIÓN FINAL: Alta el 12 de abril de 1922. Sale bien.

María del Carmen Argüello de Báez (Herida en abdomen por cuchillada del esposo. Curada). Paciente de 24 años de edad, raza, blanca, costurera en Quito. Ingres a el 28 de junio de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Hoy mismo, a las ocho de la mañana, en momentos en que iba a bañarse, se presentó el esposo en el cuarto de baño del Sena y le dio una cuchillada en el abdomen con un cuchillo de zapatero. Enseguida le salió por la herida algo que parecía intestino, gaseoso y suave, que ella mismo se introdujo en la herida, sosteniéndola con los dedos. Llevada a la policía, primeramente, le conducen después al Hospital. Ingresó a este servicio a las 10 del día. EXAMEN FÍSICO: Facies lívida, el pulso filiforme e incontable, parece que ha habido una gran hemorragia, los vestidos están sumamente manchados de sangre. La herida es de unos 3 centímetros de largo, situada horizontalmente sobre la región epigástrica, a cuatro traveses de dedo por encima y a la izquierda del ombligo. No se puede precisar si ha sido tocado el intestino, pero la pared abdominal si está atravesada por completo. DIAGNÓSTICO: Herida en abdomen por cuchillada. TRATAMIENTO: Inmediatamente, se le hace una inyección de éter y después 500 cc. de suero fisiológico. Desinfectada la herida es suturada con un solo punto de sutura. EVOLUCIÓN: El resultado obtenido por las inyecciones para el levantamiento del pulso y el examen de palpación que se hace posible, permiten asegurarse que no ha habido hemorragia intra abdominal, sino que se trataba de un verdadero shock. Parece también que el intestino no ha sido tocado, y después de exploración el Dr. Villavicencio concluye que lo que ha salido por la herida fue el gran epiplón. Luego de la sutura, la herida cicatriza por primera intención sin volver a presentar dolor alguno alrededor de la herida, ni superficial ni profundamente. Desde el primer día la enferma presenta temperatura de alrededor de 38°; Se queja de dolor en la región de la vesícula biliar, con náuseas y vómitos. La enferma nos cuenta que desde hace años ha sufrido de cólicos hepáticos. Se instituye el tratamiento para las vías biliares y se llama en consulta al Dr. Sánchez. Parece que el traumatismo ha despertado una colecistitis. Pasa el acceso y la enferma recibe el alta completamente curada. CONDICIÓN FINAL: Alta el 15 de julio de 1922. Sale curada.

Ceferino Sigcha (Herida abdominal con hernia de epiplón. No se registra su condición final). Pacientes de 35 años de edad, trabaja como albañil en Quito. Ingres a el 3 de agosto de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingres a al Hospital el domingo 3 de agosto de 1924 por tener una herida en la región abdominal ocasionada en una reyerta, en estado de embriaguez, en una cantina situada en las afueras de la población. A las 6 pm. EXAMEN FÍSICO: Facies de dolor, estado nutritivo bueno, afebril, respiraciones 25 x 1'; pulso 85 x 1. Gran excitación por el dolor. El paciente no pasa aún del estado de embriaguez. Presenta una herida de 2 o 3 cm de extensión de dirección transversal, causada con una navaja, a nivel y a cuatro traveses de dedo a la izquierda del ombligo. A través de la herida que atraviesa los planos profundos se ha herniado el epiplón. Hay sensibilidad exagerada en los contornos de la mentada herida. DIAGNÓSTICO: Herida abdominal con hernia de epiplón. CONDICIÓN FINAL: Alta el 21 de agosto de 1924. No se registra su condición final.

José E. López (Herida accidental en la mano con compromiso de tendones. En recuperación). Paciente de 26 años de edad. Empleado residente en Quito. Ingres a el 28 de febrero de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Sosteniendo una bomba de vidrio de la luz del arco se le rompe en dos partes; la más pesada cae y la otra le corta con su borde la región dorsal de la muñeca derecha. Inmediatamente, es trasladado al Hospital Civil. EXAMEN FÍSICO: Hay una herida transversal en la muñeca derecha de más o menos 5 ms de extensión en la que se halla interesada: la piel, la aponeurosis, cuatro tendones del músculo flexor común superficial de los dedos y una que otra vaina superficial sin importancia. Trae la mano en media flexión. La extensión la hace perfectamente, pero la flexión es imposible. DIAGNÓSTICO: Herida cortante en la mano. TRATAMIENTO: Sutura de las vainas de los tendones y sutura de la piel. Dr. Salgado, Dr. Estupiñán, Anestesia Sr. Enrique Troya. CONDICIÓN FINAL: Alta el 30 de marzo de 1924. Herida en proceso de recuperación..

Jacinta Soria (Herida de bala. Sale bien) Paciente de 37 años de edad, residente en Ambato. Ingres a el 13 de agosto de 1923. DIAGNÓSTICO: Herida de bala. TRATAMIENTO: Curaciones. CONDICIÓN FINAL: Alta el 23 de agosto de 1923. Sale bien.

Juan E. Herrera (Herida de bala. Curado). Paciente de 23 años de edad, agricultor procedente de Atahualpa. Ingres a el 5 de abril de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Con motivo de haber sido cultivador de tabaco se dirigen los empleados del Estanco a su casa a inspeccionar por si tuviera algún depósito, más, aquellos señores han estado algo ebrios y tratan de victimar al padre, por lo que este se ve precisado a salir en defensa de aquel, entonces uno de los guardas le dispara un tiro de pistola que va a dar en la cara dorsal de la flexura del codo. EXAMEN FÍSICO: Bastante dolor a nivel de la herida e imposibilidad de todo movimiento de flexión. La piel es de color violáceo en el tercio inferior del brazo y tercio superior del antebrazo. Presenta una herida de pequeñas dimensiones en la región posterior de la flexura del codo. Hay infiltración de toda esta región. RADIOSCOPIA: hay una línea de fractura en la cabeza del radio y por delante de él y un poco más abajo se encuentra un cuerpo metálico que ha llegado hasta aquella, probablemente siguiendo el canal epitrocleo-olecraneano. DIAGNÓSTICO: Herida de bala en el codo. TRATAMIENTO: Aceite de ricino 30 grs. Localización digital de la bala y extracción con una pinza de Pean. Desinfección y sutura. Sr. S.A. Loayza, Sr. Troya. Anestesia local. EVOLUCIÓN: Luego de 20 días de la cirugía, se ha formado un pequeño absceso. Al tratar de inmovilizar el brazo y el antebrazo se siente una crepitación. Mejora lentamente. A los 28 días hay alguna movilidad - supura un poco, está muy deshinchado. CONDICIÓN FINAL: Alta el 5 de junio por curación.

Ángel M Román (Heridas por perdigones. Curado). Paciente de 28 años de edad, raza blanca, agricultor procedente de Toacazo. Ingresa el 18 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Antier, a las 2 de la tarde (por disgustos de familia), su cuñado, Moisés Balseca le hace un disparo de escopeta a más o menos 20 metros de distancia. El disparo hace blanco en la cara anterior del muslo derecho, causándole las heridas de la que luego hablaremos y en el abdomen. El herido intentó perseguir a Balseca, pero no pudo hacerlo, pues cayó al suelo con dolor agudo en la herida y hemorragia que le fluía de todos los puntos de penetración de los perdigones, pero de ninguno era la hemorragia muy abundante, en pila. Llevado a su casa, se aplicó unos fomentos empapados en orina y aguardiente. Hoy ha venido a esta ciudad en ferrocarril. Desde ayer ha sentido un grande malestar estomacal, vómitos no muy repetidos, náuseas, hipo. Estos síntomas se han acentuado durante el viaje y se ha iniciado un abaloniamiento abdominal que hoy es muy pronunciado. EXAMEN FÍSICO: Al examen se nota un grande abaloniamiento de todo el abdomen, pero más notable en el epigastrio e hipocondrio izquierdos, está muy deprimido (más por una autosugestión psíquica, creyéndose malo). Pulso 80 x 1'. T 37°; lengua saburrosa muy cargada. Examinando las heridas se nota, como dejamos anotado, que el punto central del disparo ha sido el muslo; en efecto, en su cara anterior, cerca del pliegue inguinal, en una zona circular de más o menos 15 cm de diámetro, se halla lívida, se ven los orificios de entrada de 17 municiones, hay una en el glande, toda esta zona y sus contornos se hallan notablemente edematosos. En el abdomen, a la izquierda, a 2 o 3 dedos del ombligo, hay 4 orificios de entrada, por encima y a la derecha, 3 orificios. DIAGNÓSTICO: Herida de bala en muslo y abdomen. TRATAMIENTO: Apenas llegado se administra un enema purgante (el enfermo no ha depuesto desde el accidente). Se cauteriza con el termocauterío, uno a uno, todos los orificios y se ordena hielo al abdomen y parte del muslo interesado. Se dan absorbentes (Mg, carbón, etc.) y se hace amanecer al paciente con continuas bolsas de hielo al abdomen y 0,01 de ergotina por vómito. EVOLUCIÓN: Por la tarde el enfermo sigue con buen pulso, no hay temperatura elevada (37,2°) pero el meteorismo del abdomen es muy notable y penoso. Por el pulso y temperatura, se opina que no hay peritonitis, además que, si se hubiese producido aquella, el estado sería alarmante y que el abaloniamiento, es meteorismo gastrointestinal. El 19 de marzo amanece mejor: ha disminuido el hipo y poco el meteorismo. Se le da un purgante oleoso porque la lengua sigue muy saburral. Se continúa con el hielo, por la tarde tiene un vómito herrumbroso. Del 20 al 22 de marzo el meteorismo ha desaparecido, el enfermo está tranquilo y solo se decide atender las heridas superficiales. CONDICIÓN FINAL: Alta el 11 de junio de 1920.

María B. Díaz (Accidente laboral con heridas de mano y antebrazo. Curada). Paciente de 12 años de edad, procedente de Sangolquí. Ingresa el 5 de abril de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: La víspera del ingreso se encontraba trabajando en una maquinaria que se descarriló y apesó la mano y el antebrazo derechos, produciendo una gran herida, especialmente en la muñeca derecha, región dorsal, mostrándose los músculos y tendones. EXAMEN FÍSICO: Presenta gran edema de la mano y mitad del antebrazo derecho, con una coloración gris sucia, de mal olor, hay esfacelo de la piel de la mano. Con el polvo medicamentoso que le habían puesto se ha formado una capa o costra que impide reconocer toda relación anatómica. No hay hemorragia, además carece de todo movimiento voluntario de la articulación. DIAGNÓSTICO: Herida de mano y antebrazo. TRATAMIENTO: Se sumerge el brazo en agua hervida para reblandecer y limpiar la herida. Se coloca un guataplasma durante 4 días, con lo cual se reblandecen los elementos superficiales y caen. El aspecto de la herida es mejor, asoman botones carnosos muy exuberantes, la curación marcha progresivamente. EVOLUCIÓN: La reparación de los tejidos se ha verificado totalmente, la curación es completa. Solo le ha quedado un poco de impotencia funcional de la mano, especialmente del del pulgar. CONDICIÓN FINAL: Alta el 31 de mayo de 1924. Curación.

Manuel Gualotuña (Mordedura de perro. Herida infectada. Curado). Paciente de 15 años de edad, raza indígena, trabaja como peón en Los Chillos. Ingresa el 1 de enero de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Son 8 días que un perro le arrancó un trozo de piel y tejido celular subcutáneo, en la región poplítea. EXAMEN FÍSICO: Herida de forma cuadrangular; de más o menos 8 cm de largo por 5 de ancho; solo el fondo se halla esfacelado en plena supuración. DIAGNÓSTICO: Herida infectada del espacio poplíteo. TRATAMIENTO: Pasados algunos días en que se mejora un tanto, la superficie sin tegumento, se le cierra la herida descolando la piel del contorno, se sutura. EVOLUCIÓN: La intervención que se le practicó con anestesia rectal, no da buen resultado porque supura la sutura y el fondo de la herida, por lo cual se rompen los hilos. Síguese tratando como una herida infectada, logrando una cicatrización que se verifica paulatinamente. CONDICIÓN FINAL: Sale curado el 30 de enero de 1920.

Rosario Chasquituña (Accidente con carreta, herida infectada en el pie. No registra su condición final). Pacientes de 20 años de edad, raza indígena, sirviente en Zámbriza. Ingresa el 30 de mayo de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Estaba caminando por la avenida 24 de mayo, cuando una carreta, súbitamente, cambió de dirección y la cogió con la rueda en el pie derecho. EXAMEN FÍSICO: La herida es de unos 6 cm en el dorso del pie; comienza en el espacio interdigital del dedo grande con el segundo dedo y se extiende hasta el borde externo del pie, cerca de la planta. DIAGNÓSTICO: Herida infectada en el pie. TRATAMIENTO: No se le sutura porque está infectada y permanece en el servicio en tratamiento hasta el 15-6-1922. CONDICIÓN FINAL: el 15 de junio de 1922. No registra su condición final.

Santos Hervas (Mordedura de perro. Herida infectada. Mejor). Paciente de 3 años de edad, mestiza, ocupación, quehaceres domésticos, vive en Quito. Ingresa el 12 de julio de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Mordedura de perro en el pie derecho. Acude al servicio a los cinco días de la mordedura. EXAMEN FÍSICO: Pie enormemente hinchado y con un poco de secreción sero purulenta. DIAGNÓSTICO: Herida infectada por mordedura de perro. TRATAMIENTO: Curaciones todos los días. CONDICIÓN FINAL: Pide el alta el 20 de julio de 1922. Mejor.

Zoila Mindo (Accidente laboral. Herida infectada. Sale bien). Peona de 18 años de edad, procedente de Tumbaco. Ingresa el 11 de octubre de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Trabajaba en la línea del ferrocarril a Esmeraldas, resbaló y un clavo le hiere al caer. EXAMEN FÍSICO: La «herida» está en la parte inferior y adentro del muslo izquierdo, tiene 10 cm de longitud interesando la piel y parte queda descubierto el músculo. DIAGNÓSTICO: Herida penetrante en el muslo. TRATAMIENTO: Cura antiséptica. EVOLUCIÓN: La herida evoluciona favorablemente y cicatriza. CONDICIÓN FINAL: Alta el 26 de octubre de 1922. Sale bien.

Simona Defaz (Herida en la planta del pie. Curada). Paciente de 45 años de edad, indígena, vivandera en Guaytacama. Ingresa el 21 de marzo de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: El día de San José había tomado algunas copas de aguardiente, en el camino tropezó y un

clavo se introdujo en la planta del pie. EXAMEN FÍSICO: La herida es pequeña, se le hace una curación y se le da el alta. DIAGNÓSTICO: Herida penetrante en el pie. TRATAMIENTO: Curaciones. CONDICIÓN FINAL: Alta el 23 de marzo de 1922. Sale bien.

Encarnación Zimbaña (Cornada en el muslo. Curada). Paciente de 15 años de edad, raza indígena, trabaja como labradora en Uyumbicho. Ingres a el 19 de septiembre de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Pasaba por el patio de la hacienda en la que trabaja y el toro que se jugaba le coge y la bota al suelo. Llega al servicio al siguiente día. EXAMEN FÍSICO: Gran herida en el tercio superior y parte interna del muslo izquierdo. La herida es extensa, los bordes de la piel levantados tienen la forma de un ángulo recto y de unos 10 cm de longitud, ha formado un colgajo de piel y tejido celular amplio, sin herir en nada los músculos. Los bordes están esfacelados y en el interior hay los tejidos que están infectados y de color negruzco. DIAGNÓSTICO: Herida por cornada. TRATAMIENTO: Cirugía: Se extirpa el tejido esfacelado y la grasa; lavado con solución fuerte de permanganato y suero fisiológico. Se adosan los bordes de la herida con puntos de seda e internos de catgut. Se coloca un dren en la parte más declive y luego un vendaje. Opera el Dr. Montero, ayuda el Sr. JF Arellano P. EVOLUCIÓN: A las 48 horas se quita el apósito, casi no ha drenado nada, cerca de los puntos hay un esfácelo en la piel. Los demás días se elimina la piel poco a poco en sus bordes, el resto de la piel se adhiere después de separado el dren. Sept. 25: La cicatrización continua poco a poco, la necrosis se limita a la parte inferior y con el tratamiento antiséptico diario prolifera el tejido. Oct. 19: La herida está completamente cicatrizada y se le da el alta. CONDICIÓN FINAL: Alta el 19 de octubre de 1922. Sale curada.

Dolores Salazar (Cornada en el pubis. Curada). Paciente de 30 años de edad, procedente de Uyumbicho. Ingres a el 6 de agosto de 1923. ANTECEDENTES PERSONALES: Se encuentra en el 5to mes de embarazo. ENFERMEDAD ACTUAL: Tres días antes del ingreso se encuentra súbitamente con un toro que la embiste y produce una herida en la región del pubis. No recibió atención adecuada. Acude al Hospital. DIAGNÓSTICO: Herida por cornada de toro. TRATAMIENTO: Inicialmente, se suturó la herida. Al día siguiente sale por la herida un líquido sero purulento. Se quitan los puntos y se realizan curaciones para que cicatrice por segunda intención. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de agosto de 1923. Sale bien. Se indica reposo.

José M. Bonilla (Mordedura de perro en el antebrazo. No registra su condición final). Paciente de 18 años de edad, indígena, residente en Quito. Ingresó el 15 de marzo de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Anteayer ha sufrido una mordedura de perro en el antebrazo derecho, la que ha producido un desgarro que interesa la epidermis y dermis. DIAGNÓSTICO: Herida por mordedura de perro. CONDICIÓN FINAL: Sale con el alta el 20 de marzo de 1921. No registra condición final.

Juana Apolinario de Montaguano (Herida en el cuero cabelludo. Curado). Indígena de 50 años de edad residente en Quito. Ingres a el 3 de junio de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Murió su madre y para gratificar a los acompañantes dio y tomó algunas copas de trago. Al llegar a casa y subir la escalera, se resbaló y cayó; de esto le resulta una pequeña rotura de la cabeza en la región occipital, sin comprometer el hueso. EXAMEN FÍSICO: Herida occipital, pequeña y superficial. DIAGNÓSTICO: Herida traumática en cuero cabelludo. TRATAMIENTO: Se le sutura inmediatamente. EVOLUCIÓN: Los días siguientes hay ligera secreción serosa. Después de varias curaciones cicatriza perfectamente. CONDICIÓN FINAL: Alta el 11 de junio de 1922. Sale bien.

Vicente Salguero (Accidente laboral. Herida en cantera. Sale mejor). Paciente de 19 años de edad, ocupación jornalero, residente en Quito. Ingres a el 6 de mayo de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Mientras trabajaba en una cantera rueda una piedra de regulares dimensiones, de la que trata de sustraerse, mas, con todo, le coge, alcanzándole la pierna derecha, por lo que es arrojado al suelo: allí es auxiliado por sus compañeros de trabajo que lo conducen al Hospital inmediatamente. EXAMEN FÍSICO: Extensa herida en el 1/3 inferior de la pierna derecha, en semicírculo, de unos 8 cm de largo por 6 de ancho. Es un colgajo el que se ha bajado incluso con el tes. El tendón de Aquiles tiene un pequeño desgarro lateral y está perfectamente visible. DIAGNÓSTICO: Herida traumática. TRATAMIENTO: Lavado de la herida con solución de ácido pícrico, luego agua oxigena y por fin yodo. Sutura y colocación de dren. Sr. Loayza, Sr. Cevallos. EVOLUCIÓN: A la semana el colgajo de piel se desprende y se lo amputa. Se continúa con curaciones. CONDICIÓN FINAL: Alta el 30 de junio de 1924. Sale mejor.

María Almache de Chicaiza (Golpe de una vaca en el pecho, herida, en proceso de curación). Paciente de 30 años de edad, raza indígena, labradora en Santa Clara de San Millán. Ingres a el 11 de junio de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Estando en sus quehaceres del campo, repentinamente fue acometida por una vaca que le golpeó en el pecho. Llegó al servicio 36 horas después del accidente. EXAMEN FÍSICO: Tienen en el seno derecho una herida de unos 5 cm de largo, con desprendimiento de la piel de la parte superior de la herida. DIAGNÓSTICO: Herida traumática del tórax. TRATAMIENTO: La herida está infectada, sin embargo, se le hace algunos puntos de sutura. EVOLUCIÓN: Se esfacela la piel y los puntos de sutura no dan resultado: se le hace curaciones antisépticas con lo que se cierra poco a poco la herida. CONDICIÓN FINAL: Alta el 18 de junio de 1922. Deberá volver para curaciones.

María Simbaña (Herida producida por carreta. Pase a sala Santa Rosa). Paciente de 34 años de edad, indígena, cocinera en Calacalí. Ingres a el 13 de febrero de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: El día del ingreso ingirió aguardiente y fue arrojada al suelo por una carreta. EXAMEN FÍSICO: Herida en el pie de 12 cm desde el maléolo externo hasta 2 cm por encima del maléolo interno, pasando por la garganta del pie. DIAGNÓSTICO: Herida traumática infectada en el pie. CONDICIÓN FINAL: Pase a Sta. Rosa el 27 de febrero de 1922.

Magdalena Yépez de Ramírez (Herida por su esposo. Sale mejor). Paciente de 30 años de edad, mestiza, cocinera en Quito. Ingres a el 20 de mayo de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Su esposo ebrio, le da de golpes con el fuete de oficial de policía. Llegó al hospital a las tres de la mañana. EXAMEN FÍSICO: Presenta una rotura de unos 3 cm de largo en la región parietal izquierda, contusiones en la cara y otra pequeña rotura de la piel en el labio superior. DIAGNÓSTICO: Herida y contusiones. TRATAMIENTO: Se practica la primera curación aproximando los bordes de las heridas y a las ocho de la mañana se le sutura el labio, cuyos bordes no se han adosado. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de mayo de 1922. Sale mejor.

Miguel Acosta (Accidente laboral. Heridas en antebrazo y mano. Amputación. Curación). Paciente de 14 años de edad, jornalero residente en Sangolquí. Ingres a el 9 de septiembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: Estando trabajando en la fábrica de tejidos de Ruiz, una cardadora le tritura con sus rodillos la mano y la extremidad inferior del antebrazo izquierdos. EXAMEN FÍSICO: Estatura pequeña, estado nutritivo bueno. Facies de dolor. T 36.4 °C; respiraciones 26 x 1'; pulso 79 x 1. Cardio respiratorio normal. Depresión

considerable. Desgarro irregular en el tercio inferior del antebrazo y mano izquierdas. Trituración a partir del tercio inferior del antebrazo izquierdo y de toda la mano. Están a descubierto los vasos, nervios, tendones y fragmentos de los huesos. DIAGNÓSTICO: Heridas contusas del antebrazo y de la mano izquierdas con trituración de los huesos. Accidente de trabajo. TRATAMIENTO: Enseguida del ingreso se decidió la operación: Amputación en el tercio medio del antebrazo izquierdo. Sr. Estupiñán, Sr. Modesto Rivadeneira, Clorofornizador, Sr. Batallas. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de octubre de 1924. Curación.

Celia Morguítio de Endara (7 heridas producidas por su esposo. Suturas. Curada). Paciente de 22 años de edad, mestiza, vendedora en Quito. Ingresó el 5 de mayo de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Estando en el trabajo se presenta el esposo con un cuchillo y le asesta unas cuantas heridas. Inmediatamente, es traída al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Presenta 7 heridas: tres en la espalda. La más profunda de estas es de 3 cm y está a nivel de la séptima vértebra cervical; la otra en el borde interno de la escápula; la otra en la parte posterior del hombro. En el brazo derecho lleva la herida más grande, de unos 6 cm de largo y 4 cm de profundidad y situada en la parte externa y media del brazo. Las otras son insignificantes y están, la una en el antebrazo, región posterior junto a la apófisis estiloides del cúbito, la otra en el anular y por último en el mentón, a la derecha de la línea media. DIAGNÓSTICO: Heridas por arma cortante. TRATAMIENTO: Inmediatamente, se hacen algunos puntos de sutura en las heridas más grandes. Las pequeñas se adosan con esparadrapo. EVOLUCIÓN: Ninguna de las heridas supura. Cicatrizan por primera intención. Se quitan los puntos el 11-08-1922. CONDICIÓN FINAL: Alta el 13 de agosto de 1922. Sale bien.

Tabla 9. Historias Clínicas de paciente con heridas que registran pocos datos. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Nombre Fecha de ingreso Fecha de alta	Edad Raza	Procedencia, Ocupación, Causa	Diagnóstico	Tratamiento	Condición final
Carmen López No registra No registra	30	Ibarra	Herida en el talón	Aceite gome-nolado	
María Lasluisa 20-03-1922 22-02-1922	36 I.	Latacunga, Cargadora	Herida de rodilla	Sutura	Sale bien.
Manuela Ortega 09-03-1922 13-03-1922	45 M.	Quito Cocinera	Herida en cuero cabelludo	Agua yodada	
Virginia Muñoz 19-10-1922 No registra	30 I.	Quito Cocinera (accidente laboral)	Herida parietal	Agua yodada	
Ignacia García No registra. No registra.	60	Quito	Herida infectada		
Encarnación Pérez de Vega 13-03-1922 No registra	50 I.	Tumbaco QQ.DD. (caída de caballo).	Herida infectada en el cuero cabelludo	Curaciones	Pasa a sala Sta. Rosa Mejor
Elena Peña 27-12-1923 13-01-1924	6 M.	Riobamba	Herida infectada en muslo derecho		Sale bien.
Isabel Flores 24-01- 1924 23-02-1924	25 B.	Quito	Herida infectada en el pie	Yoduro de potasio 0,05 cl.	Mejor.
Genoveva Alarcón 11-10-1923 08-12-1923	9	Quito	Herida infectada en el talón	Curaciones	Bien

Ramona Reiteri 17-10-1923 26-11-1923	15 N.	Guayaquil	Herida infectada en la rodilla	Curaciones	Bien.
Dolores Castillo de Barahona 03-03-1922 13-03-1922	40 B.	Quito (caída de altura: 2 m.)	Herida parietal de 12 cm.	Sutura. Drenes.	Mejor.
Rosario Cunalata 18-02-1922 23-02-1922	28 I.	Mulalillo	Herida en la planta del pie.	Curaciones	Bien.
Rosa M. Sánchez 04-07-1923 20-07-1923	30 I.	Quito	Herida vulvar infectada	La herida se cura por segunda intención	
María Troya 03-11-1921 No registra	45 I.	Quito Panadera (Atropellada por un vehículo. Está ebria.)	Herida y contusiones múltiples		
Victoria Andrade 20/12/1921 20/12/1921	40	Cuenca (Caída)	Heridas en la cabeza	Antiséptico, pomada cloroformada	
Manuela Escobar 11/12/1921 06/01/1922	42	Latacunga (Atropellado por una carreta de cerveza)	Heridas en la pierna	Sutura de heridas	Sale bien
Laura Vargas 20/07/1924 07/08/1924	7 M.	Quito	Heridas por cogida de auto.		
María Pailacha 01/08/1924 20/08/1924	9 M.	Quito	Heridas por cogida de auto.		
Adelaida Barreno 08/08/1922 11/08/1922	38 I.	Conocoto, Arriera (Un individuo le atacó y estropeó fuertemente)	Heridas y contusiones múltiples	Reposo dos días. Baños generales	

Raza: M: mestiza; I: indígena; B: blanca.

Conclusiones

Las mujeres sufrieron un mayor número de heridas. Sin embargo, los jóvenes, mujeres y varones sufrieron con más frecuencia diferentes tipos de heridas.

La mayoría de pacientes heridos procedían de Quito y localidades cercanas. Además, existieron pacientes de la Sierra central y de Guayaquil.

La ocupación de los pacientes con heridas era variada, y refleja los oficios y actividades prevalentes entonces.

La mayor parte de los pacientes fueron catalogados como de raza indígena, con un menor número de mestizos, blancos y una paciente negra. En cerca del 30%, no se registró categorización racial.

La estadía hospitalaria fue relativamente prolongada, aunque menor que la hospitalización de los pacientes con fracturas y otro tipo de lesiones, excepto el caso de quemaduras, que registró el promedio de estadía hospitalaria de mayor duración entre todos los pacientes traumatizados.

Desatacan como causas varios hechos violentos interpersonales: violencia familiar en que las mujeres fueron víctimas de sus cónyuges; peleas, heridas de bala y perdigones. Hubo una autoagresión por intento de suicidio.

Otro segmento de heridas tuvo relación con medios de transporte, ya sean automóviles, carretas o la caída de un caballo.

Hubo heridas provocadas por animales: mordedura de perros, cornadas de toros y un golpe producido por una vaca.

Los accidentes laborales y caseros fueron comunes. No se especificó la causa en un alto número de casos.

La mayor parte de las heridas fueron cortantes y contusas. Un gran número presentó heridas infectadas.

Por su causa y tipo, las heridas reflejan las condiciones de vida existentes. Lamentable hubo heridas producidas por violencia familiar y las afectadas fueron, en su mayoría, mujeres indígenas.

La atención proporcionada por el personal del servicio de Clínica Quirúrgica fue usualmente exitosa. Un paciente murió luego de su ingreso tardío al hospital y su infección tetánica no podía ser controlada con los medios existentes.

El tratamiento proporcionado a los pacientes con heridas fue eminentemente quirúrgico. Se utilizaron diferentes antisépticos como ácido pícrico, yodo, yoduro de potasio, agua oxigenada, permanganato de potasio y curaciones con suero fisiológico. Se utilizó también aceite gomenolado y pomada cloroformada.

Hubo cirugías reparadoras de tendones de la mano y también la amputación de un antebrazo. Se aplicó termocauterío en un caso, se aplicaron guataplasmas, se colocó un dren cuando fue necesario y en un caso consta que se adosaron los bordes de la herida con esparadrapo.

Las heridas tratadas en el servicio de Clínica Quirúrgica reflejan las condiciones de vida y características culturales de aquella época y que lamentablemente, algunas de ellas, persisten hasta la actualidad.

Los accidentes de tránsito y laborales produjeron heridas significativas. No se conoce de regulaciones estatales destinadas a proteger a los transeúntes y trabajadores.

Pacientes con quemaduras, luxaciones, lesiones y contusiones variadas

Los pacientes con quemaduras, luxaciones, lesiones y contusiones fueron 46 en total. Su distribución por tipos y características de las lesiones se presenta en la "Tabla 10".

Tabla 10. Pacientes con quemaduras, luxaciones, lesiones y contusiones varias. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925.

Tipo de lesión	Características de las lesiones	Nº de casos
Quemaduras (23)	Quemadura de 2do grado	11
	Quemadura	5
	Quemadura de 3er grado (una por explosión de pólvora negra)	4
	Quemadura de 1er grado	3
Luxaciones (10)	Luxación traumática (varias articulaciones, una recidivante)	8
	Esguince de tobillo	1
	Arrancamiento del tendón de Aquiles.	1
Otras lesiones (7)	Aguja en la mano / dedo	5
	Fibromioma del músculo masetero	1
	Panadizo	1
Contusiones (6)	Contusión	6
Total		46

Características de los pacientes con diferentes tipos de lesiones

De los 46 casos de pacientes con diferentes tipos de lesiones, 37 fueron mujeres y 9 hombres, como se observa en la “Tabla 11”.

Tabla 11. Distribución por sexo. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Tipo de lesión	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Quemaduras	4	19
Luxaciones	4	6
Lesiones varias	1	6
Contusiones	0	6
Subtotal	9	37
Total	46	

Edad

Se registró la edad de 45 de los 46 pacientes de este grupo. Los jóvenes, entre 19 y 30 años, sufrieron con mayor frecuencia este tipo de lesiones. Los menores de 30 años de edad, incluso niños y adolescentes, fueron los afectados frecuentemente por quemaduras y otras lesiones. “Tabla 12”.

Tabla 12. Relación, edad con tipo de lesión. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Edad en años	Quemaduras	Luxaciones	Lesiones	Contusiones	Subtotal
1 a 7	2		1	1	4
8 a 18	6	1	2	1	10
19 a 30	7	2	3	3	15
31 a 40	2	3			5
41 a 50	4	2		1	7
51 a 60	2	1			3
70 - 79		1			1
Total	23	10	6	6	45

Procedencia

Los pacientes con lesiones diversas provenían mayoritariamente de Quito (20) y de localidades cercanas (14): Conocoto, Cumbayá, Guayllabamba, Machachi, Amaguaña, Nono, Puembo, Sangolquí y Uyumbicho. Además, hubo pacientes de la Sierra norte y central: Ambato, 3; Píllaro, 1; Latacunga, 1; Chota, 1 y un paciente de Loja. Se registró la procedencia en 41 de los 46 pacientes.

Ocupación

En la “Tabla 13” se detallan las ocupaciones de los pacientes. En 28 pacientes no se registró la ocupación.

Tabla 13. Ocupación de los pacientes con lesiones varias. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Ocupación	Número	Ocupación	Número
Cocinera	3	Peona	1
Agricultor	2	Picapedrero	1
Jornalero	2	Lavandera	1
Escolar	2	Obrera (Fábrica de fósforos)	1
Sirviente	2	Albañil - picapedrero	1
Quehaceres domésticos	1	Cohetero	1
Total			18

Las ocupaciones de los pacientes, por tipos de lesiones, fueron las siguientes:

- Quemaduras: jornalero (2), escolar (1), cohetero escrito “cuetero” (1), y albañil-picapedrero (1).
- Luxaciones: agricultor (2), cocinera (1), costurera (1), escolar (1), peona (1), picapedrero (1) y obrera en la fábrica de fósforos (1).
- Lesiones varias: sirviente (2) y quehaceres domésticos (1).
- Contusiones: cocinera (2), costurera (1) y lavandera (1).

Raza

En los pacientes con lesiones varias se registra un número bajo de categorización racial, con 25 de 45 pacientes. La mayoría de pacientes de este grupo fueron catalogados así: raza mesti-

za (15), indígena (5), blanca (4) y negra (1). En todos los subtipos de lesiones la distribución fue similar.

Estadía hospitalaria

La permanencia hospitalaria fue variable. Solamente se registraron las fechas de ingreso y egreso en 27 pacientes. El promedio de los cuatro subgrupos juntos fue de 25,48 días, con un rango de 1 a 155 días. La mayor estadía promedio correspondió a los pacientes con quemaduras, que alcanzó un promedio de estancia hospitalaria de 45 días, y superó al promedio de hospitalización de los pacientes con fracturas, que fue de 33,3 días.

Los detalles se pueden observar en la “Tabla 14”. La menor estadía promedio fue para los pacientes con lesiones varias.

Tabla 14. Estadía hospitalaria por tipo de lesión. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Características	Quemaduras	Luxaciones	Lesiones varias	Contusiones
Nº de registros	11	7	5	4
Rango en días	6 a 155	3 a 43	1 a 18	3 a 29
Promedio en días	45	15,14	6	14,25

Condición final

La mayor parte de pacientes salió mejor o curado al recibir el alta. En un caso se indica que, si bien está mejor, debe regresar periódicamente para efectuarle curaciones. En este grupo de pacientes hubo dos decesos:

Santos Hidalgo (Falleció). Paciente de 56 años de edad, raza mestiza, ocupación cohetero (está escrito “cuetero”). Procedente de Amaguaña. Ingresó el 2 de abril de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: El día de hoy por la mañana al tostar unas 4 libras de pólvora se ha inflamado produciéndose quemaduras. EXAMEN FÍSICO: Presenta quemaduras de 1er orden, en toda la cara, los antebrazos y las manos. Los ojos estaban indemnes, pero hay una intensa secreción conjuntival. Debido a la edad el enfermo se pone delicado, a pesar de que los síntomas intoxicación no son intensos. DIAGNÓSTICO: Quemaduras de 2do grado en la cara y manos. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 20 de abril de 1921.

Eloy Cabrera (falleció). Paciente de 30 años de edad, raza mestiza, ocupación jornalero, residente en Quito. Ingresa el 20 de marzo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Hoy a las 12 y media del día mientras se ocupaba en agitar una paila de malta de la fábrica de cerveza “Sport” al tratar de dejar el borde del trasto, resbaló su pie (dice no haberse hallado embriagado) y cayó dentro del líquido hirviente, de pies. EXAMEN FÍSICO: Se ha quemado totalmente los miembros inferiores hasta la cintura y parte de la espalda, en manos tiene quemaduras aisladas; tiene completamente ilesas la parte superior del cuerpo. Las quemaduras son en unos sitios, de primer orden, en otras interesan el dermo y en puntos aun el tejido celular grasoso. DIAGNÓSTICO: Quemadura de los miembros inferiores y abdomen. TRATAMIENTO: No obstante que desde el primer instante se hace una estricta cura de aseo. EVOLUCIÓN: Algunos puntos supuran, el enfermo tiene temperatura, delirio y desmejora su estado general. CONDICIÓN FINAL: El 17 de abril de 1920, fallece.

Personal médico que atendió a los pacientes con lesiones varias

Constan como personal médico e internos que atendieron a los pacientes con diferentes lesiones, los siguientes nombres: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Eustorgio Salgado, Dr. Estupiñán, Dr. Montero Carrión, Sr. Pólit, Sr. Pólit, Sr. Villacís, Sr. Bustamante.

Tratamiento de los diferentes tipos de lesiones

Quemaduras:

- Aceite gomenolado, en la mayor parte de casos.
- Pomada con ictiol y cloroformo.
- Yodo en solución para curaciones locales.
- Permanganato de potasio para lavados de las lesiones.
- Vaselina seroformada para evitar que se peguen las gasas en las áreas quemadas.

Luxaciones:

- Aparato de Sayre para la luxación de la articulación acromio clavicular.
- Gotiera y vendaje compresivo: En un paciente con luxación de la articulación de la cadera y fractura de la clavícula derecha, “El Dr. Estupiñán, con ayuda del interno y de un enfermero, que realiza cloroformización, se realiza la reducción de la articulación luxada. Se coloca en su lecho con una gotiera grande. Al día siguiente se coloca un vendaje compresivo en la fractura de la clavícula”.
- “Reducción por el método de Matieu y Kocher combinado, bajo la acción de anestesia” para luxación del codo y del hombro. Se realizó reducción e inmovilización del brazo afectado.
- Sutura del tendón de Aquiles: En un caso de ruptura del tendón de Aquiles, “con anestesia local (4cc) se procede a suturar el tendón de Aquiles con catgut N° 2 mediante dos puntos en U en cada uno de los extremos, se cierra la vaina del tendón, el tcs y la piel. Se deja un dren”.
- Para el paciente con esguince de tobillo se indicó “reposo y se realizó fuerte vendaje del pie”.

Lesiones varias:

- Rx y extracción de aguja: En dos casos de incrustación de una aguja en el dedo o en la mano, se realizó Rx de la mano. Con anestesia con cloroformo se procedió a extracción de la aguja, de la eminencia hipotenar o de uno de los dedos de la mano. Se colocó “puntas con seda”.
- Para el fibromioma del músculo masetero: Se realizó “extirpación quirúrgica parcial y se envía tejido para estudio histopatológico”. Posteriormente, “se eliminará todo el tumor gracias al resultado del laboratorio histopatológico de tumor benigno. Cuando haya cicatrizado la herida de la primera operación, se realizará la extirpación total”.

Contusiones:

- Se aplicó “baño caliente y un diaforético, purgantes y reposo en cama”.
- En algunos casos consta la utilización de revulsivos, purgantes y reposo.

Nombres de los pacientes con lesiones varias

Quemaduras:

Adelaida Méndez, Andrés Guamán, Carmelina Monge, Carmen Cevallos, Concepción Ma. Proaño, Eloísa Cruz, Eloy Cabrera, Enriqueta Figueroa, Isabel Baldeón, Isabel Chicaiza, Juana Urquía, Manuel Pillajo, María E. Maldonado, María Escobar, María Lucila Proaño, María Valencia, Mariana Espinosa, Nelson Montalvo, Rosa Ma. Silva, Rosario Cadena, Santos Hidalgo, Teodora Chauca y Zoila de Romero.

Luxaciones:

Alfonso Eduardo Núñez, Benjamín Morales, Carmen Angara, Concepción Serrano, Dolores Lema, Elena Espinoza, Encarnación Castillo, Matías Quisaguano, Rosa Estupiñán y Rosendo Campaña.

Lesiones varias:

Clara Delgado, Luis Alberto Reyes, Luz Ma. Duque, María Ron, María Vega, Olimpia Barba, Regina Soto de Rojas y Rosario Alvarado.

Contusiones:

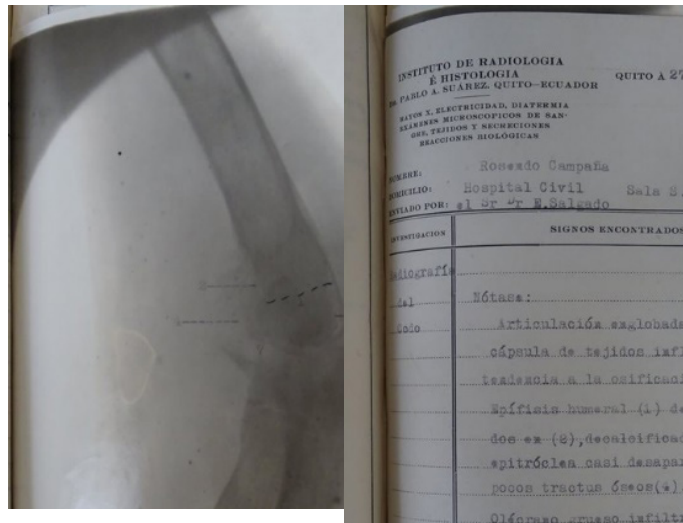
Beatriz Armijos, Hortensia Godoy, María Tonato, Mercedes Beltrán de Yáñez, Rosario Lema y Zoila Paredes.

Historias Clínicas de los pacientes con lesiones varias

Se presentan tres casos de especial interés y que tienen datos bastante completos. En la “Tabla 15” se presentan los demás casos.

Rosendo Campaña (Subluxación antigua de la articulación del codo. Amputación) Agricultor de 39 años de edad, procedente de Amaguaña. Ingresó el 18 de noviembre de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: En la infancia sufrió una caída que le traumatizó sobre todo el codo derecho que soportó durante la caída, todo el peso del cuerpo. Se le hinchó la articulación del codo y quedó con el antebrazo en semiflexión y con movimiento de flexión y extensión limitados. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace dos años se le presentaron dolores y tumefacción en esa articulación. Un “fregador” le trató con masajes y extensión forzada y violenta, apoyando el codo del paciente en su rodilla y enderezando el antebrazo hasta que, según nos relata el enfermo, se produjo un crujido o ruido de crepitación en la flexura del brazo. Los masajes muy repetidos y la extensión forzada produjeron una inflamación violenta que terminó en la supuración. Se abrió el flemón espontáneamente en siete partes alrededor de la articulación.

Figuras 2 y 3. Radiografía e informe. Articulación del codo del paciente Rosendo Campaña, Instituto de Radiología e Histología del Dr. Pablo A. Suárez. 27 de noviembre de 1924.



Nota: Los originales se encuentran en el Museo Nacional de Historia de la Medicina “Eduardo Estrella”, en Quito, Ecuador. De dominio público.

EXAMEN FÍSICO: Estatura alta, estado nutritivo malo. Facies muy pálida. T 38° C, vespertina. El codo derecho presenta una tumefacción considerable y presencia de siete ulceraciones llenas de pus fétido. Si hay trayectos fistulosos. No puede ejecutar ningún movimiento y cuando se intenta doblar el antebrazo, se le ocasiona un dolor vivo en la articulación. El antebrazo se encuentra en abducción. Hay cinco trayectos fistulosos que convergen hacia la articulación, más o menos profundos; en algunos de ellos se toca el hueso en el fondo. **EXAMEN RADIOLÓGICO:** 27-11-1924: se realiza Rx. Se adjunta foto de la radiografía e informe. **LABORATORIO CLÍNICO:** Se ha examinado el pus para ver si corresponde a una infección parasitaria. El resultado es negativo. **DIAGNÓSTICO:** Subluxación antigua de la articulación del codo. **TRATAMIENTO:** Curaciones de las ulceraciones de la articulación. **EVOLUCIÓN:** 26-11-1924: Hasta aquí, curación de las ulceraciones de la articulación. Guataplasmas. La T° ha bajado a 37° C. Operación: Curetaje y corrección parcial de la luxación, sin resultado en la supuración y en la funcionalidad o consolidación de la articulación. 23-marzo-1925: Amputación. Dr. Salgado, Sr. Villagómez, Cloroformizador Sr. Estupiñán. 8-abril-1925: Ha

cesado la supuración Cura del muñón con tintura de yodo. **CONDICIÓN FINAL:** No hay más información sobre la evolución de este paciente.

Regina Soto de Rojas (Herida palmar por aguja. Extracción. Sale bien). De 20 años de edad, mestiza, ocupación quehaceres domésticos, residente en Quito. Ingresó el 3 de julio de 1922. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Estaba lavando la ropa y se le introdujo en la región hipotenar de la mano derecha un pedazo de aguja. **EXAMEN FÍSICO:** Rx: se comprueba que la aguja está en dicho sitio. **DIAGNÓSTICO:** Herida. **TRATAMIENTO:** Con anestesia local, el Dr. Villavicencio extrae la aguja; luego se le da dos puntadas con seda y al siguiente día el alta. **CONDICIÓN FINAL:** Alta el 4 de julio de 1922. Sale bien.

Manuel Pillajo (Quemadura 3er grado por explosión de pólvora negra. Cirugía. Mejoría notable). Paciente de 33 años de edad, ocupación albañil – picapedrero, procedente de San José de Minas. Ingresó el 27 de diciembre de 1920. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Quemaduras en la mano por explosión de pólvora. **EXAMEN FÍSICO:** La explosión ha ocasionado quemaduras de tercer orden en todo el dorso de la mano izquierda, siendo el centro a nivel de la articulación carpo metacarpiana, habiéndose eliminado el meñique y presentado un estado gangrenoso con depósitos de fragmentos de piedra, de pólvora e incrustaciones de esquirlas óseas. Dedos y antebrazo dolorosos y edematosos; se teme la pérdida del miembro. Hay temperatura, malestar, un estado infeccioso. **DIAGNÓSTICO:** Quemadura de tercer grado, de la mano izquierda a consecuencia de una explosión de pólvora negra. **EVOLUCIÓN:** El 15 de marzo de 1921, sale del hospital, con permiso para regresar el 1 de abril, la herida está completamente cicatrizada, todos los dedos gozan de movimientos a excepción del dedo meñique. Se le indica regresar después de marzo a fin de practicar una sutura de los tendones y ver si se restablecen los movimientos correspondientes. El meñique y anular, no tiene extensión. **TRATAMIENTO** El mayo 2, Regresa al servicio para someterse a la intervención. En mayo 10 se practica la intervención que consiste en levantarle la piel poniendo al descubierto el tendón del extensor del dedo medio y el cabo distal del tendón del anular, dividir un haz externo del tendón sano y parchando en dos el tendón distal, injertarlo entre los dos haces y suturar. Luego la piel. En la eminencia hipotenar se corta un colgajo de piel y se elimina un tubérculo óseo que molesta. No se injerta el meñique por cuanto se ha eliminado el metacarpo. El resultado es de lo más halagador, las suturas cicatrizan por primera intención, el 15 se quitan los puntos. Curaciones con solución de ácido fénico y apósito en la noche y se logra cicatrizar. **CONDICIÓN FINAL:** Alta el 30 de mayo. La extensión del anular está recobrada, la del mediano se ha entorpecido un tanto, la flexión de todos los dedos (menos el meñique) es perfecta, la forma de la mano es bastante aceptable. Se le da el alta aconsejándole ejercicio. Mejoría notable.

María Escobar (Quemaduras de 1ro y 3er grado. Sale mejor). Paciente de 16 años, mestiza, obrera en la fábrica de fósforos de Sangolquí. Ingresó el 12 de julio de 1922. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Estaba trabajando como encajadora de fósforos. Se produjo un incendio súbito sobre la cantidad de fósforos sobre los que trabajaba y se propagó a la blusa. Le quemó el brazo. Le curaron con ácido pícrico y bicarbonato. **EXAMEN FÍSICO:** Extensa quemadura del miembro superior derecho. La quemadura es de primer grado en su mayor extensión, pero en el borde cubital del antebrazo y en la parte interna del brazo los músculos estaban descubiertos, la piel ha sido destruida. **DIAGNÓSTICO:** Quemaduras de 1ro y 3er grado. **TRATAMIENTO:** Curaciones cada dos días con aceite gomenolado. Como se pegan las gasas se aplica abundante vaselina seroformada. **EVOLUCIÓN:** Mejora progresivamente con persistencia de dos puntos, uno en el antebrazo y otro en el brazo, que aún no están cubiertos de piel. **CONDICIÓN FINAL:** Pide alta el 6 de agosto de 1922. Sale mejor.

Las Historias Clínicas que se encuentran en la “Tabla 15” tienen como denominador común el mínimo aporte de información, el cual ha sido transcrito en su totalidad.

Tabla 15. Historias Clínicas de pacientes con quemaduras y pocos datos. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Nombre, Fecha de ingreso, Fecha de alta	Edad, Raza, Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
Zoila de Romero 19/11/1924 No registra	25, B Quito	Quemadura 2do grado (pie izquierdo)
Isabel Chicaiza 15/01/1922 No registra	43 Ambato	Quemadura 1er grado (brazo y manos con comida hirviente). Aceite gomenolado, pomada con ictiol y cloroformo. Mejoría
María Valencia 23/03/1921 15/05/1921	50 Quito	Quemadura de 1er grado (abdomen, muslo y glúteo con agua hirviente). El conocido. Curación
Nelson Montalvo 13/11/1920 18/12/1920	14 Quito Escolar	Quemadura de 2º grado (miembros inferiores, con agua hervida). Solución caliente de permanganato, reparando la epidermis desprendida – glicerina. ictiolada y apósito. Curación.

Concepción Ma. Proaño 21/7/1921 No registra	7 Quito	Quemadura de 2do grado (piernas con leche hirviente). Aceite gomenolado
Juana Urquía 12/06/1923 24/09/1923	44 I Píllaro	Quemadura de 2do grado. Alta
María E. Maldonado 07/10/1923	3 M Quito	Quemadura de 2do grado (abdomen y muslos). Alta
Andrés Guamán 29/04/1924	30 I Quito Jornalero	Quemadura de 2do grado (muslo y pierna). Alta
Adelaida Méndez 16/04/1924 15/05/1924	48 M Ambato	Quemadura de 2do grado (talón)
Teodora Chauca 7/10/1923 10/3/1924	20 I Cumbayá	Quemadura de 3er grado (dos brazos y la cara). Alta, sale bien.
María Lucila Proaño 06/08/1923 12/08/1923	10 B Quito	Quemadura de 2do. Grado (miembro inferior izquierdo)
Carmelina Monge 10/02/1921 27/03/1921	18 Quito	Quemadura de 2do orden (cara, cuello y tórax, lado derecho, brazo derecho, 1/3 inferior del brazo y mano izquierda y muslo derecho con agua hirviente). El convenio. "Sin decir a nadie una sola palabra se fue el 27-3-1921"
Carmen Cevallos 13/09/1923 04/10/1923	26 M Quito	Quemadura (mano izquierda). Sale bien.
Enriqueta Figueroa 31/01/1923 26/02/1923	16 M Quito	Quemadura en las manos (por ataque epiléptico). Alta.
Rosa Ma. Silva 08/10/1921 No registra	21 Quito	Quemaduras (cara, antebrazo y manos). Aceite gomenolado.
Isabel Baldeón 20/04/1923 09/05/1923	15 M Sangolquí	Quemaduras 2do grado (cara y brazos). Sale bien.
Eloísa Cruz 20/9/1921 No registra	23 Monteserrín	Quemaduras de 1er grado (cara y brazo). Aceite gomenolado

Rosario Cadena 12/08/1921 No registra	60 Guayllabamba	Quemaduras de 3er grado (cabeza, hombros y piernas por incendio). Aceite gomenolado
	35	
Mariana Espinosa	M Sangolquí	Quemaduras (espalda por ataque epiléptico)
Abreviaturas referentes a "Raza": M.: mestiza; B.: Blanca; I.: indígena		

Conclusiones

Las mujeres fueron las que más sufrieron las lesiones correspondientes a este grupo. Los jóvenes, mujeres y varones fueron los más frecuentemente afectados. Procedían de Quito, de poblaciones cercanas a la capital y de ciudades y poblados de la sierra norte y centro.

La estadía hospitalaria fue prolongada, especialmente en los pacientes con quemaduras, con 45 días de promedio, superando a los pacientes con fracturas.

El resultado final fue generalmente positivo, excepto dos casos de pacientes con quemaduras que fallecieron.

Se registró la utilización de Rayos X en pocos casos. Sin embargo, su contribución para un correcto diagnóstico y tratamiento fue esencial. Fue necesaria la colaboración del gabinete radiológico privado del Dr. Pablo Arturo Suárez.

Se utilizó muy poco el laboratorio clínico en el manejo de estas patologías. Llama la atención la búsqueda de parásitos que se hace en las lesiones infectadas de un paciente. Podría estar en relación con la presencia de miasis.

Los casos de los pacientes con lesiones diversas fueron manejados con significativo éxito por los médicos del hospital y su servicio de Clínica Quirúrgica. Aunque los medios eran limitados, se combatió la infección de las lesiones con antisépticos y otros recursos que en la actualidad poco o nada se utilizan para ese fin, como el permanganato de potasio.

En el manejo de las quemaduras se utilizó aceite gomenolado con el que se consiguió resultados positivos en las quemaduras.

En los pacientes con lesiones osteo articulares se realizaron reducciones con anestesia general mediante cloroformo, e inmovilización con aparatos, como el de Sayre, que permitieron la recuperación total de la lesión.

En algunos casos, se realizaron cirugías exitosas para recuperar tendones, como el de un tendón Aquiles, otros más complejos en la mano y en algún caso la amputación de un miembro.

Muchos de los accidentes que produjeron las quemaduras y otras lesiones, tuvieron relación con las actividades ocupacionales de los pacientes. Seguramente dependían de las condiciones de seguridad con las que ejercían las diversas actividades. En varios de estos puntos, se evidencia la ausencia del Estado, para normalizar y asegurar la aplicación de procedimientos y utilización de equipos de seguridad para los trabajadores.

CAPÍTULO XIX

Patología Gineco Obstétrica

La patología gineco-obstétrica, entre 1920-1925, fue atendida en las Salas Santa Rosa y Santa Teresa del hospital. Un total de 149 pacientes tuvieron diversas patologías. Se excluyen los diagnósticos de cáncer, la mayoría de ellos del aparato genital femenino, los cuales serán estudiados en el capítulo siguiente. La distribución de estas patologías se presenta en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Diagnósticos de pacientes con patología gineco-obstétrica. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Diagnóstico	Nº de pacientes	Diagnóstico	Nº de pacientes
Metritis (25) y endometritis (1)	26	Salpingitis	3
Mastitis	23	Bartolinitis	2
Fibroma uterino	18	Epitelioma uterino y de mama	2
Prolapso	15	Vulvitis	2
Aborto	10	Antero versión y prolapso vaginal	1
Quiste	8	Embarazo	1
Retroversión uterina	8	Hemorragia vaginal	1
Cistocele	6	Mioma de ovario	1
Leucorrea	5	Obstrucción parcial de vagina	1
Pólipo	5	Ovaritis dolorosa crónica	1
Salpingo oovaritis	5	Perimetritis	1
Metrorragia	4	Total	149

Características de las pacientes con patología gineco obstétrica

Edad

Las pacientes menores a 30 años de edad constituyeron más de la mitad del conjunto. Entre ellas, 10 menores de 18 años: una niña de 6 años, María N., residente en el Orfanato de Quito, con diagnóstico de “secreciones vulvares banales” y 9 adolescentes con los siguientes diagnósticos: Aborto: 3; embarazo: 1; mastitis: 4 y vulvitis: 1. Tabla 2.

Tabla 2. Edad de las pacientes con patología gineco-obstétrica. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Edad en años	Número de pacientes
6	1
9 a 18	9
19 a 30	75
31 a 40	26
41 a 60	30
Sin registro	8
Total	149

Diagnósticos de 6 a 30 años de edad

En la “Tabla 3” se incluyen los diagnósticos de las pacientes de 6 a 30 años de edad.

Tabla 3. Diagnósticos de pacientes con edades comprendidas entre 19 y 30 años. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Diagnóstico	Nº pacientes	Diagnóstico	Nº pacientes
Metritis	17	Vulvitis	2
Mastitis	17	Bartolinitis	1
Fibroma uterino	8	Cistocele	1
Aborto	8	Endometritis	1
Retroflexión uterina	6	Hemorragia vaginal	1
Salpingo ovaritis	5	Ovaritis crónica	1
Embarazo	4	Prolapso uterino	1
Leucorrea	3	Prolapso vaginal	1
Metrorragia	3	Quiste de Bartolino	1
Salpingitis	2	Rectocele y Cistocele	1
Quiste de ovario	2	Total	85

Se registraron 48 procesos inflamatorios: metritis, mastitis, salpingo ovaritis, leucorrea, salpingitis, vulvitis, endometritis, ovaritis. Por tanto, más de la mitad de los 85 diagnósticos en este grupo. Estos procesos inflamatorios, en la mayor parte de casos, conllevan la posibilidad de infección bacteriana. Sin el aporte decisivo de los antimicrobianos, la resolución de estos procesos seguramente fue difícil y fácilmente recurrente.

Diagnósticos de 31 a 60 años de edad

Los diagnósticos de las 56 pacientes mayores de 30 años fueron distintos a los del grupo anterior. En este grupo predominaron los procesos degenerativos o secundarios a su historia gineco-obstétrica. Así, fibromas uterinos, cistocele, prolapsos uterinos, epitelomas, retroversión uterina, mioma y obstrucción de la vagina luego de una histerectomía, sumaron cerca de la mitad de los casos, con 20 diagnósticos. Coexistieron 12 procesos inflamatorios como mastitis, metritis, salpingitis, bartolinitis y leucorrea como procesos inflamatorios-infecciosos. Los demás diagnósticos, con 10 casos, podrían obedecer a diferentes etiologías, como los pólipos, los quistes de ovario, útero y mama y una metrorragia. También hubo 2 abortos en este grupo. “Tabla 4”.

Tabla 4. Diagnósticos de pacientes con edades comprendidas entre 31 y 60 años. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Diagnóstico	Nº pacientes	Diagnóstico	Nº pacientes
Cistocele / Prolapso uterino	17	Retroversión uterina	2
Fibroma uterino	9	Salpingitis	2
Pólipos uterinos	5	Bartolinitis	1
Mastitis	4	Metrorragia	1
Metritis	4	Mioma	1
Quistes de ovario, útero y mama	4	Obstrucción vaginal	1
Aborto	2	Leucorrea	1
Epitelomas	2	Total	56

Diagnósticos de pacientes sin registro de edad

En las Tablas 3 y 4 no se incluyeron 8 casos de pacientes sin registro de su edad. Los diagnósticos de estas pacientes fueron los siguientes: metritis: 3; antero versión y prolapso de vagina: 1; fibromioma uterino, tumor ovárico: 1; mastitis supurativa: 1; metritis posaborto: 1 y quiste ovárico: 1.

Procedencia

Las pacientes que acudieron al hospital para recibir atención de patologías gineco-obstétricas procedían de 9 provincias de Ecuador y de 2 países, Colombia y México. En 5 casos no se registró su procedencia. La mayor parte de los 144 casos de procedencia conocida provenían de la provincia de Pichincha con 61 pacientes. Luego, las provincias de la sierra central y norte tuvieron un mayor aporte de pacientes. También vinieron de Azuay y Guayas. “Tabla 5”.

Tabla 5. Procedencia de las pacientes gineco-obstétricas. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Provincia	Localidad	Nº casos	Provincia	Localidad	Nº casos
Pichincha (61)	Quito	36	Cotopaxi	Tanicuchí	2
	Cotacollao	4	(Continuación)	Toacazo	2
	Machachi	3	Imbabura (18)	Ibarra	10
	Pomasqui	3		Otavalo	6
	Cumbayá	2		Atuntaqui	1
	Conocoto	2		Pimampiro	1
	Guayllabamba	1	Tungurahua (14)	Ambato	11
	Carapungo	1		Píllaro	2
	Carretas	1		Quisapincha	1
	Cayambe	1		Riobamba	6
	Chillogallo	1	Chimborazo (8)	Guano	1
	El Quinche	1	Carchi (3)	Mocha	1
	Perucho	1		Tulcán	3
	Pifo	1		Bolívar (3)	Guaranda
	Sangolquí	1	Chimbo		1
	Tumbaco	1	Azuay (2)	Cuenca	2
Yaruquí	1	Guayas (3)	Guayaquil	3	
Cotopaxi (26)	Latacunga	11	Colombia (4)	Ipiales	2
	Pujilí	4		Pasto	2
	Saquisilí	2	México (1)	México	1
	Lasso	2	Sin registro		5
	Mulaló	2	Total		149
	Guaytacama	2			

Es significativa la variedad de procedencias, como una demostración del prestigio del hospital y de la falta de servicios que puedan solucionar sus problemas en sus propias provincias o sitios más cercanos.

Ocupación

Se conoce la ocupación de 81 pacientes, cuya distribución se presenta en la “Tabla 6”. La mayoría de las mujeres con las patologías señaladas se dedicaban a tareas de casa. También hubo pacientes con oficios del área comercial, artesanal y de campo. Se incluyó a una niña del Orfelinato.

Tabla 6. Ocupación de las pacientes gineco-obstétricas. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Ocupación	Nº pacientes	Ocupación	Nº pacientes
Quehaceres domésticos	18	Planchadora	4
Cocinera	11	Peona	3
Costurera	11	Sombrerera	3
Vendedora, vivandera o negociante	7	Agricultora	3
Labradora	5	Hiladora	1
Doméstica, sirviente	4	Niña de Orfanato	1
Lavandera	4	Tejedora	1
Panadera	4	Tintorera	1
Total			81

Raza

En la “Tabla 7” se presenta la distribución racial de las pacientes, de acuerdo con los registros respectivos.

Tabla 7. Distribución por “Razas” de las pacientes gineco-obstétricas. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

“Raza”	Número de pacientes
Mestiza	64
Blanca	28
Indígena	15
Negra	1
Sin registro	41
Total	149

La mayoría de pacientes fueron catalogadas de “raza” mestiza. Existe un número significativo de pacientes de “raza” blanca, que supera al número de indígenas.

Es notoriamente alto el número de pacientes sin categorización racial, lo que podría significar una pérdida de importancia de este aspecto, por lo menos para algunos de los internos que redactaban las historias clínicas.

Estadía hospitalaria

El promedio de estancia hospitalaria fue de 23 días, con un rango de 3 a 124 días. Estos datos corresponden a 92 de las 149 pacientes en que se registraron fechas de ingreso y egreso del servicio. En la “Tabla 8” se relacionan los días de estadía hospitalaria y los diagnósticos.

Tabla 8. Relación, estancia hospitalaria y diagnósticos. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Días	Patología	Nº casos
De 3 a 7	Aborto	6
	Leucorrea	2
	Metritis	2
	Metrorragia	2
	Prolapso uterino	2

	Salpingo ovaritis; Salpingitis (Falleció)	2
	Fibroma uterino	1
	Retroflexión uterina	1
	Endometritis	1
	Metritis	6
	Fibroma uterino	3
	Retroflexión uterina	2
	Prolapso uterino	1
	Bartolinitis	1
De 8 a 15	Mastitis	1
	Metrorragia	1
	Obstrucción parcial de vagina	1
	Pólipos uterinos	1
	Quiste de la glándula de Bartolino	1
	Quiste ovárico (Falleció)	1
	Salpingitis	1
	Prolapso uterino	5
	Fibroma uterino	4
	Metritis	4
	Mastitis	3
De 16 a 29	Salpingitis / ovaritis	3
	Cistocele	2
	Retroversión uterina	2
	Aborto	1
	Ovaritis dolorosa crónica	1
	Quiste uterino	1
	Fibroma uterino	5
	Mastitis	4
	Prolapso uterino	4
	Metritis	3
De 31 a 59	Pólipo	2
	Cistocele; Retroflexión uterina	1
	Metritis	1
	Quiste de ovario derecho	1
	Retroversión uterina	1
	Salpingo ovaritis	1
71	Epitelioma uterino	1
72	Quiste de ovario	1
84	Quiste de ovario, estreñimiento (Falleció)	1
124	Embarazo	1
Total		92

Condición final

En 83 de los 149 registros, existe la condición final. En 68 pacientes existe constancia de que salieron bien. Otras, unas pocas, salieron igual, una en estado malo y 3 pacientes fallecieron. Además, una paciente que ingresó con embarazo pretérmino fue sometida a cesárea y su recién nacida falleció. Hubo un pase a la sala de Santa Teresa y otro a la sala de Santa Rosa. En 66 pacientes no consta su estado final al momento del alta.

Historias Clínicas de las pacientes que fallecieron

María Vizuete de Sánchez (Quiste de ovario gigante. Fallece). Paciente de 38 años de edad, mestiza, trabaja como cocinera en Laso. Ingresa el 7 de febrero de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Regalada a los 12 años. Ha tenido 7 embarazos, de ellos un aborto, tiene 2 hijos vivos y 4 hijos muertos. Ha sufrido de sarampión, gripe y pulmonía. DIAGNÓSTICO: Quiste de ovario, estreñimiento. TRATAMIENTO: Laparotomía: **Dr. Villavicencio, Dr. A. Salvador, Dr. J. Montero Carrión y el Sr. C. Pólit. Cloroformo: Sr. José Francisco Arellano C.**: Hallazgo quirúrgico: Quiste con líquido seroso, amarillento, adherido a pared anterior del abdomen y a las asas intestinales. El quiste se ha formado a expensas del grande epiplón. Se cierra la pared y se deja dren entre el quiste y la vejiga urinaria, y otro dren en la parte inferior de la cavidad peritoneal. Después de la operación se administran 500 cc. de suero adrenalizado por dos ocasiones. Luego se realizan curaciones, lavado gástrico con bicarbonato y administración de 1000 cc. de suero con caféina. **El líquido extraído del quiste mide 16 litros y pesa 15 kilos.** Se administró: Ruibarbo, teobromina, agua lactosada, jugo de frutas y enemas purgantes. EVOLUCIÓN: El 10 de marzo se queja de dolor abdominal, anorexia. En los días siguientes la enferma continúa en estado muy delicado, el pulso es débil, hay anorexia y vómito de todos los alimentos ingeridos. Está disneica, muy enflaquecida, Se suspende toda la medicación. Fallece el 2 de mayo de 1922.

María Luisa Yépez (Salpingitis supurada doble. Fallece). Paciente de 22 años de edad, soltera, mestiza, residente en Quito, ocupación planchadora. Ingresa el 15 de mayo de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Ha tenido un embarazo, tiene un hijo vivo. Tuvo sarampión, fiebre, gripes ocasionales. ENFERMEDAD ACTUAL: Hacen veinte días que fue a lavar, cargando una maleta y sintió que se le desprendía algo interiormente, parece que quedaba colgando, con mucho dolor, vahidos de cabeza y se le oscureció la vista. Una compañera le aconsejó fajarse el vientre con una media de lana, lo que le produjo gran alivio y así continuó lavando; más tarde le fue imposible regresar cargando la ropa y desde entonces ha permanecido en cama. La pequeña hemorragia que apareció con el desmayo se ha mantenido hasta ahora. Desde el primer momento fue atendida por una partera que le ha hecho lavado e introducido taponés de iotiol. La enferma refiere que desde hace 5 años ha tenido leche en los senos, ahora a la expresión sale abundante leche, nunca se sintió embarazada. Ha tenido un parto normal y nunca abortos. Hace tres días la enferma experimenta disuria, con dificultad para deponer. Se ha enfermado con las reglas normalmente los meses de enero, febrero y marzo; en abril la menstruación fue muy escasa y continuó una pequeña hemorragia los primeros 15 días de mayo acompañada con fuertes dolores, hasta su ingreso. EXAMEN FÍSICO: Vientre más o menos normal. En la horquilla vaginal notase preminencia de una parte de la mucosa vaginal posterior, formando una especie de rectocele. A la palpación delimitase una tumoración pastosa en las fosas ilíacas hasta cerca del ombligo y más predominante en el lado derecho. No hay gran defensa muscular sino más bien un dolor sordo. **Examen interno:** Al introducir los dedos en la vagina llama la atención la falta de fondo de saco posterior y que se reemplaza por una prominencia; el cuello está hacia arriba y hacia la izquierda. El cuerpo es muy difícil limitarlo, sin embargo, parece inclinado hacia la derecha, el hocico de tenca está entreabierto y deja pasar pequeña secreción sanguínea. **Examen rectal:** Toca una gran colección intraabdominal que empuja hacia abajo la pared anterior del recto, de manera que el orificio rectal ha disminuido sus dimensiones. Hace tres días la enferma experimenta disuria, con dificultad para deponer; coincidió al mismo tiempo la formación del rectocele, lo que explica perfectamente la disuria y la dificultad para deponer. La temperatura a su ingreso es de 39,8 ° C. El **Dr. Villavicencio** cree que se trata de un embarazo extrauterino. La tarde del 16 de mayo es examinada por el **Dr. Isidro Ayora** y está conforme con el diagnóstico del jefe del Servicio. En consecuencia, se la prepara para la operación. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Embarazo extrauterino; EVOLUCIÓN: La enferma yace en la cama quejándose, la temperatura se sostiene alrededor de 39° C., el pulso es pequeño, sufre mucho durante el examen genital. TRATAMIENTO: El 17 de mayo se practica una laparotomía media, el **Dr. R. Villavicencio P.**; actúan, de primer ayudante el **Dr. Isidro Ayora**, de segundo el **Sr. Licenciado Manuel J. Carrión**. Administra el cloroformo el **Sr. J. F. Arellano C.** Abierto el vientre se encuentra que se trataba de una **salpingitis supurativa doble**, con muchas adherencias a los órganos vecinos, se limpió cuanto es posible del pus; la cavidad se lava con suero fisiológico, luego con éter, se peritoniza la herida después de la extirpación de las trompas de Falopio y parte de los ligamentos anchos en donde se infiltraba el pus. Se cierra la laparotomía dejando un dren de tubo de caucho que queda 24 horas en que se lo separa del abdomen. La temperatura se sostiene elevada, el pulso es pequeño. DIAGNÓSTICO POSQUIRÚRGICO: Salpingitis supurada doble. CONDICIÓN FINAL: La enferma fallece después de algunas horas de excitación delirante, el 21 de mayo de 1922.

Zoila Cruz Cevallos (Quiste ovárico. Falleció) No consta la edad de esta paciente. Procedente de Pimampiro, de raza blanca. Ingresa el 6 de septiembre de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Menarquia a los 16 años, ha tenido 3 embarazos, tiene 3 hijos vivos. Sufrió de sarampión y viruelas. DIAGNÓSTICO: Quiste ovárico. Defunción el 14 de septiembre de 1924. No se registraron más datos.

Historia Clínica, una adolescente cretina, embarazada y cuya hija nació por cesárea y falleció

Natalia Herrera, Natural de Quito, de 14 años, soltera, no sabe leer. Ingresa al servicio el **20 de agosto de 1923**. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Viven los padres, son sanos. ANTECEDENTES PERSONALES: Hace un año tuvo disentería. Reglada hace más o menos unos 7 meses, presentan caracteres de irregularidad y escasez, pero nada dolorosos. MOTIVO DE CONSULTA: Hace 4 meses que empezó a sentir primero una sensación de peso y luego aumento de volumen del vientre. Más tarde la hinchazón, dice, aparece en los pies que luego se generaliza a todo el cuerpo, presenta dolores en las encías de ambos lados, pero lo que más le ha llamado la atención es el aumento enorme del abdomen al punto de no alcanzar los vestidos. EXAMEN FÍSICO: Al examen se comprueba que la enferma es de una estatura muy pequeña, mide 1 m 16 cm de alto. **El aspecto general es de una cretina**, hay una infiltración edematosa en todos los tejidos, pues la piel es blanduzca y como gelatinosa. Después de este aspecto lo que más llama la atención es el abdomen, que se encuentra muy aumentado de volumen, pero este aumento no está localizado a un lado, sino que abarca casi toda su extensión, siendo más notable hacia la línea media; el ombligo presenta una eminencia como si se tratara de una hernia. Acostada la enferma en decúbito dorsal y al obligarle que se levante por sus propias fuerzas se nota de una manera clara y con límites precisos la separación de los dos músculos rectos del abdomen, circunscribiendo una superficie romboidal; esto se confirma mejor por el tacto, pues, se palpan perfectamente los bordes de dichos músculos y se oye también un gorgoteo. TRATAMIENTO INICIAL: Como el estado de infiltración no permite el explorar la cavidad abdominal, se sujeta al tratamiento siguiente: baño, reposo, dieta, una serie de purgantes y diuréticos. Notase con esto una notable mejoría y al practicar un nuevo examen se comprueba que el edema disminuye en las extremidades, la piel se encuentra arrugada y casi seca. CONTINUACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO: La exploración también permite constatar que la enferma se encuentra encinta aproximadamente de unos 5 meses; aduciendo a esto de una manera evidente

la relación íntima del embarazo con el funcionamiento de la glándula tiroidea. EVOLUCIÓN: El **22 de octubre**, amenaza de aborto, se indica reposo. Examinada posteriormente se nota que el feto adquiere un tamaño considerable con respecto a la excavación pelviana; **los movimientos fetales son activos, lo que llama enormemente la atención de la enferma, quien no se da absoluta cuenta del estado en que se encuentra.** La cabeza flota sobre el estrecho superior, es dura, pequeña; se cuenta 130 latidos fetales por minuto, y además se nota contracciones lentas del músculo uterino. El **10 de diciembre** por la noche la enferma pasa muy inquieta, pues las contracciones aumentan en intensidad y frecuencia. **Diciembre 11:** como manifiesta que el parto se aproxima, se ordena el pase a la Maternidad. *A continuación, la historia de Natalia Herrera en la Maternidad de Quito: MATERNIDAD DE QUITO, Historia Clínica, No. 6.592.- Natalia Herrera* ingresa a las 10 a.m. de **11 de diciembre de 1923.** Soltera de 14 años de edad, doméstica, natural de Quito. No sabe leer. Los padres, viven, son sanos. Raza mestiza. Menstruó por primera vez hace 1 año 4 meses. Reglas escasas e irregulares. Mide 1 metro, 16 centímetros, musculatura poco desarrollada, sistema óseo, corazón y pulmones normales. Orina sin albúmina. Diámetros de la pelvis: Espinas 18; crestas 19, trocánteres 22 conjugado externo; Conjugado verdadero 6. Diámetros oblicuos 17. **EXAMEN INTERNO efectuado por el Dr. Isidro Ayora:** Vulva y vagina estrechas. Pared posterior y laterales lisas. Fondos de saco persisten. Coloración rosada. Recto vacío. Hocio de Tenca mira hacia abajo, reblandecido. Cuello externo cerrado. Sacro profundamente excavado. Promontorio bajo. Existe falso promontorio. Mamas pequeñas. Pezón prominente. A la expresión sal calostro. Areola poco pigmentada. Abdomen fusiforme. Circunferencia 0mte.83. altura del ombligo 0mts.18. ombligo algo prominente. Estrías poco manifiestas. Paredes abdominales algo tensas. Muslos rectos. Piel sin edema. Labios mayores sin edema. Periné normal. Fondo uterino a 3 traveses de dedo del reborde costal. Posición del tronco a la izquierda, de las extremidades a la derecha, nalga hacia arriba, cabeza abajo flotante sobre el estrecho superior, es pequeña. Los ruidos fetales se oyen en la mitad de una línea que va desde el ombligo a la espina ilíaca antero superior del lado izquierdo y se cuentan en número de 120 al minuto, son regulares. EVOLUCIÓN EN LA MATERNIDAD: La constitución de la pelvis no hacía ver que pudiera efectuarse un parto normal. Como el día 12 de diciembre señalado para la operación no presentara ninguna contracción uterina manifiesta, se resuelve aplazarla hasta que éstas sean francas. Se vigila a la enferma constantemente para en el momento en que se presenten las contracciones intervenir quirúrgicamente. **Diciembre 20:** En la noche del 20 de diciembre se nota que vuelve a tener ligeras contracciones las que se acentúan y se hacen más continuas en el día 21 que pudo constatar el Sr. Dr. Julio Arellano que ésta se repetía cada 5 minutos. **Diciembre 21:** En estas condiciones se telefona al Sr. Dr. Villavicencio para que viniera a operar y aun cuando se espaciaron por minutos más las contracciones se resuelve operar enseguida, para evitar que el aumento de éstas se agravara el estado de la enferma. OPERACIÓN: El Dr. Villavicencio hizo la operación cesárea. Ayuda del Sr. Dr. Julio Arellano y del Sr. Dr. Carlos Pólit; suministró cloroformo el Sr. Pablo Enrique Alborno; se hizo la incisión de la piel a las 10 horas 20 minutos p.m. El peritoneo fue incidido a las 10 horas 25 minutos; se sacó el útero de la cavidad abdominal a las 10 horas 26 minutos; se extrajo de la cavidad uterina a las 10 horas 28 minutos el huevo íntegro, rompiéndose inmediatamente la bolsa y extrayendo a la niña que se encontraba asfíctica. El Sr. José Francisco Arellano logró después de unos minutos de respiración artificial por método de Schultzen presidida de extracción de mucosidades y baños fríos y calientes para que la niña respirara; notándose la debilidad de ella en su respiración y aún en los pocos gritos que dio. Como se verá por los datos que constan en el cuadro respectivo el peso de la niña es el más ínfimo que se ha observado en una preñez a término y que indica la ninguna viabilidad de ella. A las 10 horas 30 minutos se le pone una inyección de pituitrina y a las 10 horas 33 minutos se hizo el surget del útero en el primer plano. Surget del segundo plano 10 horas 37 minutos. Para evitar que la mujer vuelva a concebir se ligó y seccionó las trompas en el orden siguiente: la izquierda a las 10 horas 42 minutos, la derecha a las 10 horas 43 minutos. El surget del peritoneo se hizo a las 10 horas 44 minutos. A las 11 horas se puso puntos en los músculos y a las 11 horas y 1 minuto se hizo el surget de la aponeurosis. Agrafes² se pone a las 11 horas 7 minutos y finalizó la operación a las 11 horas 14 minutos conduciendo luego a la enferma a la respectiva sala de operadas. **Diciembre 22:** Continúa la enferma con náusea y mucho vómito, su estado general es por los demás bueno. La niña que había permanecido en la incubadora sigue respirando con la misma dificultad que dejó ya anotada, **falleciendo a las 10 horas 30 minutos.** **Diciembre 23:** El estado general de la operada es magnífico, ha desaparecido ya el vómito, el pulso es bueno. Para evitar la constipación se pone una inyección de pituitrina y un lavado intestinal. La herida está buena, el abdomen no está hinchado. **Diciembre 24:** Sigue mejor su estado general. Permanece tranquila. **Diciembre 25:** Nada de anormal viene a perturbar el ya casi completo éxito de la operación, sigue restableciéndose la enferma. **Diciembre 26:** Pasa mejor, estado general bueno, aparato digestivo normal. MEDIDAS DE LA NIÑA: Longitud 38 cm. Peso 1400 g. Hombros: Diámetro 8; Circunferencia 26. Tórax: Diámetro: 7 ½; Circunferencia 25. Pelvis: Diámetro 6; Circunferencia 20. CABEZA: Diámetro antero posterior: 9; Circunferencia mayor 29. Diámetro vertical: 8 ½; Circunferencia media: 28. Diámetro transversal mayor: 7; Circunferencia menor: 25 Labios mayores no cubren los menores. PLACENTA: Peso 295 g. Dimensión 14 x 12. Espesor 1 centímetro. Forma ligeramente oval. Tejido blando. Cordón: longitud 32 centímetros. Inserción central. Espirales dos³.

Consideraciones sobre el embarazo de Natalia Herrera

Frente a este embarazo en una niña con probable retraso mental por su cretinismo, surgen algunas interrogantes:

- ¿Quién fue el responsable de esta violación?
- En la historia de la Maternidad se estableció que era empleada doméstica. En esa época y hasta finales del siglo XX, las empleadas domésticas eran “puertas adentro”, para atención de sus “patrones” durante las 24 horas, los 365 días del año. Si la situación de Natalia era así, ¿Qué responsabilidad tenían sus patrones en el abuso sexual que agredió a esta niña?

2 *Pieza para unir los bordes de una herida. Sinónimo grapa.* (RAE, 2021).

3 Nota: esta es toda la información. No se registró la fecha y condición al momento de su alta. La primera parte fue manuscrita en el libro de la Sala Santa Teresa del HSJD. La información de la Maternidad se encuentra registrada en una copia, que se guarda en el libro indicado, que fue realizada en una máquina de escribir.

- Natalia ingreso al pensionado de Santa Teresa el **20 de agosto de 1923** y fue trasladada a la Maternidad el **11 de diciembre de 1923** ¿Quién asumió ese costo? (¿Por qué? ¿Solamente por responsabilidad de los patrones o de su familia?)
- ¿Por qué en ninguna de las Historias Clínicas de Natalia, la del HSJD y la de la Maternidad, existe mención alguna de violación a una niña de esas condiciones? Tal era la complicidad con estos execrables sucesos que “¿es mejor no hablar de ello?”.

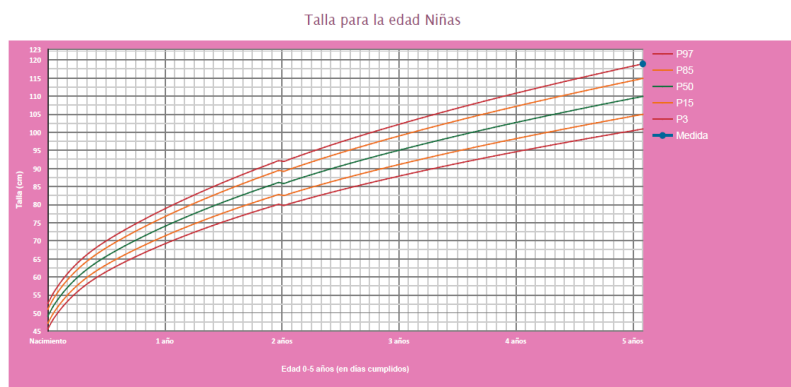
Su desarrollo corporal y seguramente mental se detuvieron entre los 5 y 6 años de edad. Como se puede observar en las curvas de talla expuestas a continuación, el único dato antropométrico disponible, la talla, indica que estaba severamente afectado su crecimiento en estatura. En las curvas de talla para la edad de las niñas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) su talla estaría en el percentil 97 para los 5 años. Su talla promedio debería ser de 1,60 m., valor que correspondería al percentil 50 para los 14 años (Figuras 1 y 2).

Se trata de un caso de enanismo por posible hipotiroidismo congénito, agravado por el embarazo. Se menciona que “**El aspecto general es de una cretina**”. En esas condiciones, esta niña sufrió abuso sexual y un embarazo del cual no tenía consciencia, como se señala cuando se registró: “los movimientos fetales son activos, lo que llama enormemente la atención de la enferma, quien no se da absoluta cuenta del estado en que se encuentra”.

Desde la perspectiva médica son significativos varios hechos:

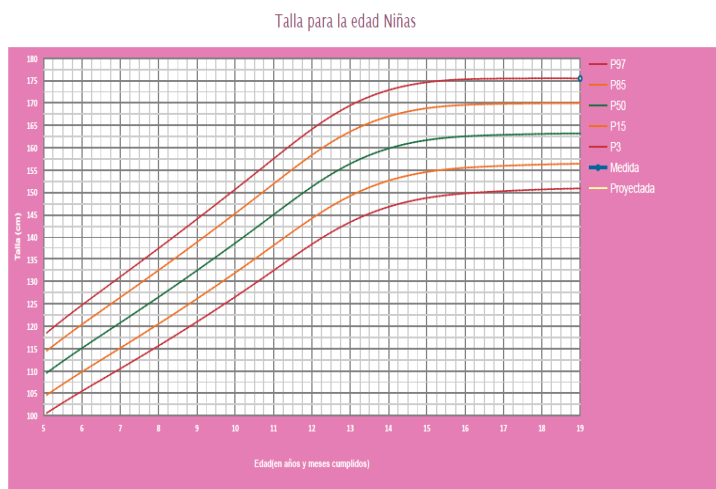
- Todos los datos inducen a pensar en un hipotiroidismo congénito (cretinismo).

Figura 1. Curvas de talla para niñas de 0 a 5 años



Nota: La talla de Natalia Herrera, de 14 años de edad, correspondería al percentil 97 para 5 años (Flecha). Tabla modificada a partir de *Length/height-for-age*, de World Health Organization, (<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/length-height-for-age>). De dominio público.

Figura 2. Curvas de talla para niñas de 5 a 19 años (OMS).



Nota: La talla de Natalia Herrera, de 14 años de edad, correspondería al percentil 97 para 5 años (Flecha). Su talla podría considerarse adecuada para una niña de 6 años (Estrella de 4 puntas). El percentil 50 de talla para niñas de 14 años es de 1,60 m. (Estrella de 5 puntas). Tabla modificada a partir de *Length/height-for-age*, de World Health Organization, (<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/length-height-for-age>). De dominio público.

- La evaluación realizada a Natalia en el Hospital San Juan de Dios fue la base para su traslado a la Maternidad Quito cuando comenzó la labor de parto.
- El Dr. Isidro Ayora realizó una valoración exhaustiva y sistemática de la condición pélvica y obstétrica de la niña. Sobre esa base y en consideración de la talla de la niña, se decidió realizar la operación cesárea.
- La cesárea fue realizada por personal del Hospital San Juan de Dios, dirigido por el Dr. Ricardo Villavicencio Ponce. La presencia del Dr. Villavicencio podría ser por solicitud de los patrones, de los familiares, de los médicos de la Maternidad o alguna otra circunstancia, considerando que en la Maternidad ejercía el Dr. Isidro Ayora, notable obstetra, que podía asumir sin problemas esa cirugía.
- Es significativo el registro cronográfico de la cesárea, la cual duró 54 minutos, desde la primera incisión en la piel hasta cuando finalizó.
- Lamentable la forma de reanimación de la recién nacida con el “método de Schultzen presidida de extracción de mucosidades y baños fríos y calientes para que la niña respirara”

Cuando se menciona el método de Schultzen, posiblemente se referían al método de **Schultz**, “En el siglo XX se observaron numerosas recomendaciones para la reanimación neonatal, como el método de Schultz de estimulación, muy practicado por los obstetras entre el 1900-1939” (Mir Villamayor, 2006), que posiblemente incluía las inmersiones en agua fría y caliente, un método utilizado:

La inmersión de los recién nacidos asfixiados en agua fría para conocer su viabilidad fue una práctica sistemática. Soranus de Éfeso, el gran sabio de la medicina, rechazó esto como una tortura innecesaria, mencionó que el frío de la sala de parto era suficiente para inducir el llanto. (Mir Villamayor, 2006)

La edad gestacional era desconocida. En el examen físico de la RN existen indicios de prematuridad, por ejemplo, en sus genitales y en su antropometría. En las condiciones en que se gestó y en la forma en que nació es poco probable que pudiera sobrevivir. Aún en la actualidad sería un neonato de alto riesgo que requeriría una unidad de cuidados intensivos neo-

natales, con personal especializado, cuidados, equipos, insumos y medicamentos, que desde luego incluirían antibióticos, entonces inexistentes. La asfixia, la hipotermia, su condición de pretérmino, su inmadurez pulmonar, los cambios metabólicos, hipoglicemia, hipocalcemia y otros déficits y alteraciones propias de su inmadurez orgánica, eran suficientes para que no sobreviviera. Si a todo esto se suman las condiciones de su nacimiento y manejo, lastimosamente estaba asegurado su deceso.

Operación Cesárea por Pelvis Pígemea y Raquítica

Figuras 3 y 4. Carátula de la Revista del Centro de Estudiantes de Medicina. Enero-febrero, 1920. Fotografía de Juana Martínez Unga



Nota: Imágenes tomadas de la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, No. 8, enero-febrero 1920.

La *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina* publicó, en el N° 8 de enero-febrero de 1920, el artículo “Operación Cesárea por Pelvis Pígemea y Raquítica”. La historia clínica es completa y tiene numerosos detalles e incluye su fotografía. Figuras 3 y 4. En resumen, la paciente, Juana Martínez Unga (La enana de Gatazo), de 40 años de edad, ingresó el 12 de abril de 1919. Soltera, mide noventa centímetros y ocho milímetros. Se encuentra a término de la preñez, faltando solo 3 días para completar las cuarenta semanas. Luego de la evaluación obstétrica realizada por el Dr. Isidro Ayora, el 13 de abril, a los 5 y 5 minutos de la tarde comenzó intervención Cesárea. “Operador: Dr. Isidro Ayora, 1er ayudante: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, 2do. Ayudante el Sr. Ángel A. Terán, cloroformo el Sr. Julio Arellano”. El recién nacido presentó llanto débil y dificultad respiratoria.

Se realizó tracciones rítmicas de la lengua, acompañadas de movimientos de compresión del tórax. La respiración progresaba en lentitud; se cateteriza repetidas veces la tráquea; manobra de resucitación de Schultzen, baños fríos y calientes por más de una hora, hasta que un estetoscopio confirma que los ruidos cardiacos son imperceptibles. El niño había muerto, por ser inviable, ya que pesaba solo 1.150 gramos y medía 37 cm de longitud” Salió con el alta el 4 de mayo de 1919. (L.L.D., 1920)

Resumen de la condición final de las pacientes con patología gineco-obstétrica

En la “Tabla 9” se observa la caracterización de las condiciones de egreso de las pacientes de las salas Santa Rosa y Santa Teresa. El balance general es altamente positivo en función de las condiciones de la época en el Hospital San Juan de Dios.

Tabla 9. Condición final de las pacientes gineco-obstétricas. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Condición final	Nº de pacientes
Bien, completamente mejorada, curación, sale bien, sale en buen estado, sale mejorada, sana, evolución satisfactoria, mejor, mejoría paulatina, muy buen estado, notablemente mejorada.	68
Igual	3
Deberá volver	3
Falleció	1
Malo	1
No acepta cirugía	4
Pasa a Santa Teresa	1
Regresó por tercera vez	1
Requiere segunda operación	1
Sin registro	66
Total	149

En las condiciones materiales, técnicas y científicas en que se desarrolló la atención de estas pacientes se alcanzó un importante número de pacientes que egresaron bien, curadas o en proceso de recuperación de su salud. Hubo una mínima mortalidad el grupo de estas pacientes.

Personal Médico que atendió a las pacientes con problemas gineco-obstétricos

En las Historias Clínicas de las pacientes gineco-obstétricas hospitalizadas en las salas Santa Rosa y Santa Teresa, constan los nombres de los siguientes médicos e internos: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Ángel Salvador, Dr. Arregui, Dr. Arturo Terán G., Dr. Estupiñán, Dr. J. Montero C., Dr. Jaramillo y Dr. Julio Arellano. Sr. Aray, Sr. Batallas, Sr. C. Bustamante, Sr. C. Salas, Sr. Carlos Pólit, Sr. C. Jácome, Sr. M. Cortez Donoso, Sr. Delgado, Sr. Garcés, Sr. Granja, Sr. Grijalva, Sr. G. Arcos, Sr. H. Rueda, Sr. M. Iturralde, Sr. Jaramillo, Sr. José Francisco Arellano P., Sr. Luis Alcívar, Sr. V. Paredes, Sr. L. Ponce, Dr. L. Velasco, Sr. Modesto Ribadeneira, Sr. Montenegro, Sr. N. Calderón, Sr. N. Cevallos, Sr. N. Guzmán, Sr. N. Loayza, Sr. N. Torres., Sr. N. Ulloa, Sr. N. Ureña, Sr. Pablo Enrique Albornoz y Sr. Sanz.

Tratamientos de los problemas gineco-obstétricos

Los tratamientos efectuados fueron de tres tipos: Cuidados generales, medicamentos y procedimientos quirúrgicos

Cuidados generales

Agua lactosada, baño general, bolsa de hielo, bolsas de agua caliente, hielo en el vientre, jugo de frutas, lavados intrauterinos y vaginales muy calientes, reposo y ruibarbo.

Medicamentos

Antisépticos, ergotina, enemas purgantes, diuréticos, tampones de glicerina, teobromina, tónicos, reconstituyentes, suero 500 g, inyección muscular de urotropina durante 3 días, pociones de salicilato de sodio, lavados antisépticos diarios, lavados vulvares con permanganato de potasio.

Procedimientos quirúrgicos:

Los procedimientos quirúrgicos que se mencionan en los registros de las pacientes, dependiendo del diagnóstico correspondiente, son los siguientes:

- Ablación (Quiste de la glándula de Bartolino; pólipos)
- Acortamiento de los ligamentos anchos
- Amputación cónica del cuello
- Apertura con drenaje (absceso)
- Cesárea
- Colporrafia
- Curetajes:
 - o Curetaje uterino previa **dilatación con laminarias**, se rectifica ante flexión uterina.
 - o Curetaje previa **dilatación uterina con Hegars**
 - o Curetaje uterino y ventro fijación
 - o Curetaje y colporrafia anterior
 - o Raspado del útero para trata la metritis y para extraer por completo el pedículo del pólipo extraído anteriormente, el mismo que estuvo implantado en el útero.
 - o Raspado, con destrucción total de la mucosa uterina
 - o Resección de los pólipos con curetaje uterino por el origen de los pólipos
 - o Dilatación vaginal del cuello uterino, inyección de ergotina, expulsión de membranas y placenta. Inyección de suero gelatinado.
- Extirpación:
 - o Extirpación del fibroma
 - o Extirpación total: se extrae el tumor carnosos y lleno de cavidades quísticas, fue fácil enuclearlo, se aproximan los labios de la herida y se cierra con puntos de seda, dejando en la axila un dren.
 - o Histerectomía
 - o **Histerectomía vaginal**
 - o Histerectomía; Ventro fijación
 - o Histeropexia
 - o Histeropexia e histerectomía parcial
 - o Histeropexia y apendicectomía
- Laparotomía:
 - o Laparotomía: Quiste con líquido seroso, amarillento, adherido a pared anterior del abdomen y a las asas intestinales. El quiste se ha formado a expensas del grande epiplón. Se cierra la pared y se deja dren entre el quiste y la vejiga urinaria y otro dren en la parte inferior de la cavidad peritoneal.
 - o Laparotomía: El tumor está completamente adherido a los intestinos y a la vejiga; es imposible toda disección. Se fija el fibroma a la pared abdominal y se cierra la laparotomía.
 - o Laparotomía: El tumor tiene 25 cm de largo y es multilobulado y muy vascularizado.
 - o Laparotomía: Se comprueba el diagnóstico, el quiste está lleno de un líquido blanquizco, seroso, de aspecto gelatinoso.
 - o Laparotomía: se comprueba en todas sus partes el diagnóstico. El quiste tiene más o menos litro y medio de líquido sero hemorrágico. La bolsa quística tiene mucha adherencia con los órganos vecinos; se vacía el quiste y se deja un dren intra quístico y se cierra la laparotomía.
 - o Laparotomía: Quiste con numerosas adherencias incluyendo al útero. Se rompió el quiste y sale líquido seroso y luego otro purulento. Fue necesaria la histerectomía.
 - o Laparotomía: Se encuentra que el tumor era debido al útero que presentaba la dilatación de los vasos, consistencia y demás signos de embarazo. Como la enferma había perdido mucha sangre y estaba en estado anémico, se procedió a la histerectomía. Abierto el útero se encontró focos hemorrágicos antiguos a lo

- largo del seno venoso, lo que explicaba las anteriores hemorragias; el embarazo parece ser de cuatro meses, más o menos.
- Laparotomía para histerectomía subtotal.
- Laparotomía, pero se encuentra un proceso inflamatorio dependiente del apéndice. Se resuelve realizar apendicectomía. Ventró fijación se realizará posteriormente.
- **Operación de Adams Alexander⁴**
- Ovariectomía izquierda.
- Plastia vaginal: disección de la mucosa, Sutura reconstructiva en forma de elipse.
- Ventró fijación del útero a la pared abdominal anterior por medio de tres hilos de catgut que, atravesando peritoneo, músculos y aponeurosis, levantan el útero y fija al abdomen.

Nombres de las pacientes con problemas gineco-obstétricos

Abigail Delgado de Sarmiento, Alejandrina Salcedo, Ambrosia García, Ana María Guacollanta, Ana María Paredes de Vieira, Ángela María Salazar de Bonilla, Beatriz Torres de Flores, Bibiana Salazar, Blanca Villota, Carlota Brambila de Soto, Carmelina Palacios, Carmen Alarcón, Carmen Bastidas, Carmen Cadena, Carmen Cadena de Morales, Carmen López, Carmen Morocho, Carmen Pacheco, Carmen Yépez, Catalina Samaniego, Cita Bonilla v. Oña, Clemencia Villota, Clementina Estrella, Clotilde Guerrero, Concepción Reinoso, Concepción Santamaría, Consuelo Acuña, Consuelo Benítez, Delia María Guevara, Dolores Ávila, Dolores Carrera, Dolores Cruz de Vargas, Dolores Fabara de Salvador, Dolores Pilataxi, Dolores Romo, Dolores Tapia de Adrián, Elena Reyes, Ermelinda Cueva, Etelvina Almeida de Iturralde. Eudoxia Díaz de Hernández, Eusebia Gordillo v. Gordillo, Felisa Zarauz v. de Quinteros, Francisca Nicahuano, Griselda Carrillo, Hortensia López, Hortensia Moya, Isabel Manrique, Isabel Suárez, Isabel Suárez de Toro, Josefa Vaca, Josefina Hernández, Josefina Hurtado, Josefina Hurtado, Josefina Quelal, Juana Espinel, Juliana Cashi, Leonor Noguera, Leonor Noguera de Arteaga, Leonor Quintana, Lucila Pazmiño, Lucinda Guanoquiza, Luz Ma. Duque, Luz María Chicaiza de Chicaiza, Luz María León, Luz María Yáñez, Luz Zumárraga, Madre Marta, Manuela Bracero Arturo, Manuela Jácome de Bustos, Margarita Figueroa, Margarita León, Margarita Oliva G., María Analuisa, María Andrade, María Ardila, María Carrillo, María Catota, María Cevallos, María Changoluisa de Vásconez, María Cruz, María Cruz, María E. Velásquez, María Estrella, María Herrera, María Inés Flores, María J. Casa, María Luisa Jaramillo, María Luisa Yépez (soltera), María N., María Natividad Vargas de Pazmiño, María Olimpia Luna, María Oquendo de Granizo, María Ríos, María Sánchez, María Sevilla, María Teresa C. de Zambrano, María Teresa Guzmán, María Torres, María Vicenta Valdez, María Vizuete, María Vizuete de Sánchez, Mariana Guzmán, Mariana Liger, Mariana Pareja, Mariana Pavón, Mariana Tobar, Mercedes Benítez, Mercedes Espín de Velastegui, Mercedes Gabela, Mercedes Gómez de López, Mercedes Robalino, Natalia Herrera, Nicolasa Oschina, Olimpia Figueroa, Petrona Mejía, Rafaela Cruz de Atapuma, Rafaela Paredes, Regina Cáceres, Rosa Aguirre, Rosa Ana Cevallos, Rosa Benavides de Atapuma, Rosa Calderón, Rosa Elena Muñoz, Rosa Espinosa, Rosa M. Novoa, Rosa María Bermúdez v. de Latorre, Rosa María Coronado de Egas, Rosa María Tobar, Rosa Reyes, Rosa Sandoval, Rosa Vizcaino de Salazar, Rosa Yugcha, Rosario Arteaga de Potosí, Rosario Manosalvas, Rosario Rodríguez, Sabina Coba, Sofía Benalcázar, Soledad Rodríguez, Tránsito Pérez, Valentina Carvajal, Victoria Carrera, Victoria Cisneros de Naranjo, Victoria Molineros de Ribadeneira, Victoria Olmedo, Zoila Cruz Cevallos, Zoila Ledesma, Zoila Luna, Zoila Rojas de Argoti y Zoila Tello.

Historias Clínicas, que presentan datos sucintos, de pacientes con problemas gineco-obstétricos

En las siguientes Tablas, de la 11 a la 15, se presenta la síntesis de las Historias Clínicas de las pacientes con patología gineco-obstétrica, agrupadas por años, desde 1921 hasta 1924 y un pequeño grupo en cuyos registros no consta la fecha de ingreso.

⁴ Alexander-Adams: Operación para retroversión uterina.

En la mayoría de estas pacientes las Historias Clínicas son escuetas y frecuentemente faltan datos como la fecha de egreso y la condición de alta.

En la “Tabla 10” se detalla la distribución de los casos de acuerdo con el año de ingreso.

Tabla 10. Distribución por años de los registros de gineco-obstetricia. Salas Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925

Año	Nº de pacientes
1921	31
1922	61
1923	24
1924	22
Sin registro	5
Total	143

Historias Clínicas de Gineco-obstetricia, año 1921

Tabla 11. Historias Clínicas de las pacientes con problemas gineco-obstétricos. Salas de Santa Rosa y Santa Teresa. Año 1921

Nombre, Fecha de ingreso y egreso	Edad, “Raza”, Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
Leonor Quintana 15/03/1921 19/03/1921	20 Perucho Cocinera	Leucorrea como almidón cocido. El conocido. Alta
Juana Espinel 18/12/1921 23/12/1921	24 Latacunga Peona	Aborto. Tamponamiento.
Carmen Bastidas 23/06/1921 29/06/1921	20 El Quinche	Hemorragia vaginal. Ergotina. Suero 500 g. Se dio el alta por necesidad de cama
María Ardila 26/03/1921 03/04/1921	19 Cotocollao	Metritis. 3 días luego del parto en la Maternidad: dolores, diarrea y secreción vaginal amarilla. Curación
Consuelo Benítez 07/03/1921 15/03/1921	30 Cotocollao QQ.DD.	Metritis. Debe venir a las curaciones diarias. Alta.
Rosa Aguirre 21/07/1921 29/07/1921	Lazareto HSJD	Metritis. Cirugía
Concepción Santamaría 23/05/1921 01/06/1921	30 Conocoto	Metrorragia. 17 días de evolución. Lavados y Ergotina B al interior. Curación.

Margarita Figueroa 06/12/1921 16/12/1921	28 B. Riobamba	Retroversión uterina. Ventre fijación. Bien
Alejandrina Salcedo 13/06/1921 28/06/1921	25 Mocha Cocinera	Metritis gonocócica del cuello del útero. Lavados. Alta.
Concepción Reinoso 01/11/1921 18/11/1921	60 I. Píllaro Lavandera	Cistocele. Operación. Bien
Victoria Molineros de Ribadeneira 29/12/1921 16/01/1922	36 M. Ibarra.	Pólipo en el cuello uterino. Cirugía. Bien
Victoria Olmedo 15/04/1921 04/05/1921	24 Quito	Salpingo oovaritis derecha. Alta
Dolores Romo 24/11/1921 15/12/1921	30 Ambato	Cistocele. Cirugía. Bien
Hortensia Moya 19/02/1921 06/03/1921	24 Píllaro Costurera	Aborto. Anemia profunda. Reconstituyentes. Curación
Zoila Tello 11/11/1921 08/12/1921	21 Latacunga	Aborto incompleto. Metritis. Curetaje. Mejor.
María Carrillo 07/08/1921 03/09/1921	24 Latacunga	Metritis. Curetaje. Curación.
Josefina Hernández 23/12/1921 29/1/1922	26	Salpingo oovaritis. Reposo, tampones de glicerina. Alta
Victoria Carrera 03/02/1921 14/03/1921		Metritis. Fue atendida en Hospital de Guayaquil sin lograr mejoría. Cirugía. Alta.
Carmen Alarcón 06/03/1922 15/04/1922	25 M. Riobamba Costurera	Fibroma uterino. Histerectomía. Bien
Carmen Cadena 01/09/1921 14/10/1921	27 Quito	Metritis. Quirúrgico Curación
María Sevilla 02/11/1921 15/12/1921	39 M. Ibarra Negociante	Cistocele; Retroflexión uterina; Absceso en la herida Histerectomía; Ventre fijación. Bien.
Consuelo Acuña 30/10/1921 13/12/1921	39 B. Doméstica	Fibromioma uterino. Pólipo vulvar. Laparotomía. Bien
Clemencia Villota 26/10/1921 No registra	17 Pasto	Aborto

Rosario Rodríguez 03/09/1921 No registra	26 Ipiales	Metritis. Quirúrgico
Francisca Nicahuano 22/04/1921 No registra	28 Saquisilí	Retroversión uterina con desviación lateral
María Sánchez 07/06/1921	30 Tanicuchí	Rectocele y Cistocele. Pasa a la Sala Santa Tresa
Soledad Rodríguez 28/05/1921 No registra	32 Tanicuchí	Metrorragia (3 meses). Taponamiento y Ergotina B al interior
Bibiana Salazar 11/05/1921 No registra	36 Quito	Metritis de cuello, sobre todo del labio anterior. (Aborto hace 18 meses) Amputación cónica del cuello
María Herrera 09/11/1921 No registra	37 Pujilí Lavandera	Salpingo ovaritis (Aborto hace un mes). Reposo + bolsa de agua caliente
Josefa Vaca 24/12/1921 No registra	60 M. Pifo	Úlcera cancerosa en el seno izquierdo. Epitelioma en mama izquierda. Pidió el alta
Luz Ma. Duque 22/03/1921 No registra		Antero versión y prolapso de la vagina ⁵ , (Ingresa por segunda vez) Pidió el alta. Regresó por tercera vez el 30/03/1921

Abreviaturas referentes a "Razas": M: mestiza; I: indígena; B: blanca.

Historias Clínicas de Gineco-obstetricia, año 1922

Tabla 12. Historias Clínicas de paciente gineco-obstétricas. Salas de Santa Rosa y Santa Teresa. Año 1922

Nombre, Fecha de ingreso, Fecha de alta	Edad, Raza, Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
María Torres 16/12/1922 - 19/12/1922	26. M. Otavalo Cocinera	Aborto. Reposo, ergotina.
María Changoluisa de Vásconez 27/06/1922 - 02/07/1922	17 I. Toacazo Labradora	Aborto. Reposo absoluto. Mejor.
Clotilde Guerrero 10/2/1922 - 15/2/1922	25 Pasto	Fibroma uterino. Pidió el alta
Carlota Brambila de Soto 15/05/1922 - 20/05/1922	29 B. Guayaquil QQ.DD.	Aborto incompleto. Curetaje. Bien

⁵ Prolapso de la vagina es el descenso de la vagina hacia su orificio externo. La vagina se da vuelta de dentro hacia afuera y se la puede visualizar por la vulva. El descenso de las paredes vaginales puede ser anterior o posterior, cuando desciende el cuello uterino.

Elena Reyes 22/09/1922 - 27/09/1922	30 B. Quito Costurera	Aborto con retención de caducas y placenta. Anemia intensa. Depresión. (Ingresó con diagnósticos de cáncer de útero). Ex. Físico: Cuello blando, útero de 15 cm sobre el pubis, olor cadavérico. T° 40°C. Urotropina IM 3 días, tónicos, reposo. Dilatación del cuello uterino, inyección de ergotina, expulsión de membranas y placenta. Inyección de suero gelatinado. Completamente mejorada.
Rafaela Cruz de Atapuma 13/03/1922 - 18/03/1922	50 I. Conocoto QQ.DD	Prolapso uterino. Fuga. Igual.
Rosa María Coronado de Egas 26/10/1922 - 02/11/1922	27 M. Cotocollao Costurera	Endometritis. Curetaje uterino. Bien.
Dolores Tapia de Adrián 22/06/1922 - 29/06/1922	35 M. Lasso Cocinera	Aborto incompleto. Curetaje uterino. Bien.
Leonor Noguera 08/01/1922 - 16/01/1922	25 Tulcán QQ.DD.	Prolapso vaginal. Reposo, lavados. Pasa a Sta. Teresa.
Mariana Liger 08/10/1922 - 16/10/1922	35 M. Quito Planchadora	Metritis post aborto (Hace 8 meses). Previa dilatación uterina con Hegars se hace un raspado uterino. Sana.
Luz María Yáñez 12/09/1922 - 21/09/1922	B Machachi Costurera	Metritis.
Mariana Pavón 12/04/1922 - 22/04/1922	21 M. Otavalo Tintorera	Metritis; ante flexión uterina. Curetaje uterino previa dilatación con laminarias. Bien.
María Cruz 20/08/1922 - 30/08/1922	40 M. Pomasqui Cocinera	Fibroma uterino. Laparotomía para histerectomía subtotal. Satisfactoria.
Isabel Suárez 07/08/1922 - 18/08/1922	25 M. Guayaquil Sombrerera	Retroflexión uterina. Paludismo. Quinina con el método de Laveran. Pide alta. Mejor.
Nicolasa Oschina 11/06/1922 - 22/06/1922	26 I. Carapungo Labradora	Metritis; cistocele anterior (Sirvió de criada; por una incorrección le dieron de golpes y puntapiés y descendió la vagina). Curetaje y Colporrafia. Mejor.
Mercedes Espín de Velastegui 22/03/1922 - 03/04/1922	28 M. Otavalo Sombrerera	Quiste de la glándula de Bartolino. Ablación. Bien.
Mercedes Gómez de López 18/02/1922 - 02/03/1922	32 M. Latacunga QQ.DD.	Fibroma uterino. Histerectomía abdominal. Bien.

Rafaela Paredes 15/01/1922 - 27/01/1922	40 I. Machachi Cocinera	Obstrucción parcial de vagina luego de histerectomía. Plastia vaginal. Reconstrucción satisfactoria.
Abigail Delgado de Sarmiento 15/09/1922 - 28/09/1922	44 M. Riobamba Labradora	Pólipos uterinos. Resección de los pólipos (2) con curetaje uterino por el origen de los pólipos. Bien.
Carmen Cadena de Morales 12/06/1922 - 6/06/1922	30 M. Quito QQ.DD	Fibroma uterino (Útero es una masa dura, sin abolladuras). Histerectomía subtotal. Bien.
Ana María Guacollanta 14/02/1922 - 28/02/1922	Carretas	Metritis y parametritis. Lavados intrauterinos y vaginales muy calientes. Bolsas de agua caliente. Salió sin decir una palabra.
Luz María Chicaiza de Chicaiza 12/10/1922 - 28/10/1922	40 I. Latacunga Peona	Prolapso total del útero; Apendicitis. Apendicectomía. Ventrofixación se realizará posteriormente. Bien.
Griselda Carrillo 8/10/1922 - 25/10/1922	34 M. Pomasqui Costurera	Fibroma uterino. Dice que regresará a operarse. Pide alta.
Carmen López 26/10/1922 - 12/11/1922	40 M. Quisapincha Agricultora	Metritis. Lavados con permanganato.
Eudoxia Díaz de Hernández 16/03/1922 - 03/04/1922	25 B. Riobamba Panadera	Salpingo oovaritis. Diuréticos, bolsa de hielo y reposo. Regresará en mayo próximo para cirugía.
Rosario Arteaga de Potosí 30/01/1922 - 18/02/1922	38 M. Guayllabamba Panadera	Fibroma uterino. Laparotomía. Bien.
Ana María Paredes de Vieira 02/05/1922 - 22/05/1922	23 M. Quito Cocinera	Dg.: Salpingitis. Esposo la estropeó fuertemente. Al tacto vaginal se nota un pequeño abultamiento en la fosa iliaca izquierda, es doloroso. La enferma tiene elevaciones de temperatura y frecuentemente escalofríos. Reposo, hielo al vientre y salicilato. Bien.
María Natividad Vargas de Pazmiño 03/09/1922 - 24/09/1922	23 M. Ambato Vendedora	Retroversión uterina. Histerectomía. Bien.
Dolores Cruz de Vargas 07/09/1922 - 01/10/1922	43 M. Mulaló Labradora	Fibroma uterino. Histerectomía. Bien.
Juliana Chasi 22/04/1922 - 16/05/1922	46 I. Latacunga Labradora	Pólipo uterino. Pide alta.
María Ríos 05/08/1922 - 30/08/1922	45 I. Quito Cocinera	Prolapso total del útero. No acepta la cirugía. Pide el alta.

Dolores Fabara de Salvador 08/11/1922 - 04/12/1922	30 B. Latacunga QQ. DD.	Metritis y retroflexión total del útero. Curetaje uterino y ventro fijación abdominal. Muy buen estado.
Leonor Noguera de Arteaga 16/01/1922 - 14/02/1922	26 B. Tulcán Panadera	Prolapso uterino. Ventro sujeción. Bien.
Felisa Zarauz v. de Quinteros 10/10/1922 - 08/11/1922	60 M Ibarra Hiladora.	Prolapso total del útero. Ventro fijación del útero a la pared abdominal anterior por medio de tres hilos de catgut que, atravesando peritoneo, músculos y aponeurosis, levantan el útero y fija al abdomen. Bien.
Delia María Guevara 16/01/1922 - 16/02/1922	40 M. Quito Sirviente	Fibroma uterino. Laparotomía: el tumor tiene 25 cm de largo, es multilobulado y muy vascularizado. Bien.
María Oquendo de Granizo 16/01/1922 - 16/02/1922	42 M. Guano Panadera	Prolapso uterino. Operación de Adams Alexander. Bien.
Manuela Jácome de Bustos 20/03/1922 21/04/1922	42 B. Pujilí Vendedora	Prolapso uterino. Colporrafia. Bien.
Rosa Benavides de Atapuma 25/12/1922 - 30/01/1923	52 M. Ipiales Tejedora	Prolapso uterino. Histerectomía vaginal. Bien.
Manuela Bracero Arturo 03/02/1922 - 13/03/1922	20 B.	Quiste de ovario derecho. Laparotomía: Se comprueba el diagnóstico, el quiste está lleno de un líquido blanquizco, seroso, de aspecto gelatinoso. Bien.
Carmen Alarcón 06/03/1922 - 15/04/1922	25 M. Riobamba Costurera	Fibroma uterino. Histerectomía. Bien.
Rosa María Bermúdez v. de Latorre 11/5/1922 - 29/6/1922	52 M. Ibarra QQ,DD	Pólipo uterino, metritis. Cirugía: Curetaje del útero para trata la metritis y extracción del pedículo del pólipo. Bien.
Beatriz Torres de Flores 20/02/1922 - 15/04/1922	40 M. Otavalo Costurera	Fibroma uterino. El tumor está completamente adherido a los intestinos y a la vejiga; es imposible toda disección. Se fija el fibroma a la pared abdominal y se cierra la laparotomía. Estado malo
Zoila Ledesma 29/07/1922 - 24/09/1922	26 B. Tulcán Costurera	Fibroma uterino. Histerectomía subtotal. Bien.
Cita Bonilla v. Oña 02/01/1922 - 14/03/1922	44 M. Saquisilí	Hemorragias vaginales a repetición. Útero bastante duro, el cuello tiene también induraciones. Estudio histopatológico de raspado uterino: Epitelioma. Reposo, buena alimentación. No se presentan las hemorragias hasta el 14 de marzo en que se le da el alta. Bien.

Eusebia Gordillo v. Gordillo 25/03/1922 - 05/06/1922 Sala Santa Teresa	45 M. Yaruquí Lavandera	Quiste de ovario con degeneración cancerosa. El quiste tiene más o menos 1 ½ Lt. de líquido sero hemorrágico. La bolsa quística tiene mucha adherencia con los órganos vecinos; se vacía el quiste y se deja un dren intra quístico. Se cierra la laparotomía. Posteriormente, presenta supuración sero purulenta. -se realiza tocaciones con nitrato de plata, Continúa una secreción purulenta fétida. Se da paso a la sala Sta. Rosa. Mejor.
Dolores Carrera 17/3/1922 - No registra	20 M. Otavalo Costurera	Leucorrea. Antiséptico, Reconstituyente.
María Cevallos 21/10/1922 - No registra	23 M. Cuenca Sombrerera	Mastitis. Antisépticos. Quirúrgico. Mejoría paulatina.
Etelvina Almeida de Iturralde 05/01/1922 - No registra	23 Ambato	Metritis. Curetaje. Reposo, hielo.
Carmelina Palacios 21/04/1922 - No registra	24 M. Quito Planchadora	Perimetritis (Secundaria, posiblemente, a salpingo ovaritis)
Carmen Yépez 20/07/1922 - No registra	27 M.	Mamitis y absceso derecho. Quirúrgico bajo anestesia general.
Rosa Espinosa 16/09/1922 - No registra	27 I.	Quiste de ovario. Laparotomía: Quiste con numerosas adherencias incluyendo al útero. Se rompió el quiste y sale líquido seroso y luego otro purulento. Fue necesaria histerectomía.
María Estrella 13/09/1922 - No registra	29 Quito Planchadora	Mastitis. Quirúrgico.
Mariana Guzmán 02/10/1922 - No registra	29 Quito Costurera	Metritis (aborto hace 3 años, por lo cual presenta abundante secreción amarillenta). Lavados antisépticos diarios. Curetaje. Notablemente mejorada
Ángela María Salazar de Bonilla 05/10/1922 - No registra	30 B. Quito QQ.DD.	Fibroma uterino. Histerectomía.
Zoila Rojas de Argoti 21/9/1922 - No registra	35 M. Quito QQ.DD.	Fibroma uterino y quiste ovárico. Cirugía. Bien.
Rosa Reyes 19/10/1922 - No registra	48 M Ambato Vivandera.	Metritis. Reposo, lavados antisépticos.
Petrona Mejía 22/08/1922 - No registra	49 M. Chimbo Lavandera	Aborto. Raspado uterino.
María Vizuete 16/10/1922 - No registra	50 M. Ambato Vendedora	Prolapso total del útero (Fue operada de pólipo uterino hace 3 años).

Rosario Manosalvas 22/11/1922 - No registra	51 B. Quito QQ.DD.	Reingresa para cirugía de tumor pélvico. El 10 de enero de 1923: Laparotomía. El 11 y 12 de enero: "la enferma no presenta novedad alguna". Hallazgo: mioma del ovario derecho con dos incrustaciones calcáreas y pequeñas cavidades quísticas. Tamaño de la cabeza de un niño, adherido a intestino.
Victoria Cisneros de Naranjo 28/09/1922 - No registra	52 M. Cotacollao Vendedora	Cistocele diagnosticado y no operado hace 6 años. Colporrafia. Hemorragia por la herida, enferma pálida y pulso casi imperceptible. Se pone tapón vaginal y se administra 500 cc. de suero fisiológico. Mejora.
María Inés Flores 23/09/1922 - No registra	M. I, Ibarra Cocinera	Mastitis supurativa. Quirúrgico. Sana.

Abreviaturas referentes a "Razas": M: mestiza; I: indígena; B: blanca.

Historias Clínicas de Gineco-obstetricia, año 1923

Tabla 13. Historias Clínicas de paciente gineco-obstétricas. Salas de Santa Rosa y Santa Teresa. Año 1923

Nombre, Fecha de ingreso y egreso	Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
María N. 03/01/1923 - 06/01/1923	6 M. Vive en el Orfanato	Secreciones banales de la vulva. Baño general, lavados vulvares con permanganato. Sale en buen estado.
Rosa M. Novoa 18/1/1923 - 21/1/1923	21 M. Cayambe QQ.DD.	Salpingo oovaritis y supuración intrauterina. Sale mejorada.
María Vicenta Valdez 11/05/1923 - 16/05/1923	21 B. Quito	Metrorragia (Por caída). Reposo. Bien.
Rosa Elena Muñoz 13/02/1923 - 18/02/1923	26 M. Pujilí	Metritis. Rechaza la operación. Se le da de alta.
Mercedes Robalino 28/10/1923 - 3/11/1923	20 M. Ambato	Retroflexión uterina. Alta.
Rosa Vizcaino de Salazar 01/07/1923 - 13/07/1923	37 B. Quito QQ.DD.	Salpingitis derecha. Reposo en cama, hielo en el vientre y pociones de salicilato de sodio. Bien.
Mariana Tobar 01/10/1923 - 14/10/1923	55 Quito	Prolapso uterino. Histeropexia. Bien.
Hortensia López 08/12/1923 - 23/12/1923	21 M.	Bartolinitis blenorragica doble. Se le abre la glándula izquierda el día del ingreso. Alta.
María J. Casa 28/10/1923 - 12/11/1923	50 I. Quito Guaytacama	Mastitis derecha. Alta.

María Teresa Guzmán 22/05/1923 - 14/06/1923	29 B. Cuenca	Ovaritis dolorosa crónica izquierda. Ovariectomía. Bien.
María Olimpia Luna 26/11/1923 - 24/12/1923	14 M. Cumbayá	Mastitis (Por golpe en el pezón). Anemia. Apertura quirúrgica. Sale bien.
Josefina Hurtado 18/08/1923 - 2009/1923	27 Guaranda	Retroversión uterina. Histeropexia. Bien.
María Analuisa 08/06/1923 - 30/07/1923	35 I.	Mastitis. Bien.
Ambrosia García 21/12/1923 - 18/02/1924	48 M. Quito Limitación intelectual marcada	Prolapso uterino. Luego de la cirugía reaparece el prolapso uterino. Histeropexia e histerectomía parcial. Igual.
Rosa Sandoval 15/07/1923- No registra	12 M.	Vulvitis.
María Cruz 16/02/1923	16 M.	Aborto en curso. Se le remite a la Maternidad
María Teresa C. de Zambrano 02/07/1923 - No registra	19 San Juan, Quito	Mastitis doble. Apertura con drenaje. Pasa a la Sala Sta. Teresa.
Josefina Hurtado 10/11/1923 - No registra	21 M. Guaranda	Secreción vaginal.
Rosa Yugcha 21/10/1923 - No registra	22 I. Guaytacama	Mastitis derecha.
Isabel Manrique 17/05/1923 - No registra	25 B. Quito	Mastitis. Alta.
Isabel Suárez de Toro 08/01/1923 - No registra	39 M. Pujilí Agricultora	Prolapso parcial del útero. Ventrofixación del útero a la pared abdominal anterior por medio de tres hilos de catgut que, atravesando peritoneo, músculos y aponeurosis, levantan el útero y lo fija al abdomen.
Carmen Pacheco 09/01/1923 - No registra	45 M. Riobamba QQ.DD.	Quiste del seno.
Luz Zumárraga 31/01/1923 - No registra	40 M Atuntaqui.	Cistocele y rectocele. En agosto fue operada en este servicio de prolapso uterino total mediante ventrofixación. Útero perfectamente fijado a la pared.
Margarita Figueroa 15/07/1923 - No registra	60 M. Ambato	Secreción vaginal.
Abreviaturas referentes a "Razas": M: mestiza; I: indígena; B: blanca.		

Historias Clínicas de Gineco-obstetricia, año 1924

Tabla 14. Historias Clínicas de paciente gineco-obstétricas. Salas de Santa Rosa y Santa Teresa. Año 1924

Nombre, Fecha de ingreso y egreso	Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
Zoila Luna 25/02/1924 - 29/02/1924	26 B. Ambato	Metritis. Rechaza la intervención. Pide alta.
Sabina Coba 08/05/1924 - 14/05/1924	60 M. Tumbaco	Prolapso uterino. No quiere que se le opere. Solicita alta.
Zoila Cruz Cevallos 06/09/1924 - 14/09/1924	B. Pimampiro	Quiste ovárico. Falleció.
Dolores Ávila 27/01/1924 - 13/02/1924	16 M. Ambato	Mastitis.
Margarita Oliva G. 25/01/1924 - 18/02/1924	43 B. México	Fibroma uterino. Histerectomía. Bien.
Mercedes Benítez 18/08/1924 - 12/09/1924	15 B. Ibarra	Mastitis. Alta.
María E. Velásquez 13/05/1924 - 13/06/1924	30 B. Chillogallo	Metritis. Solicita el alta.
Sofía Benalcázar 08/02/1924 - 13/03/1924	30 B. Quito	Fibroma uterino. Histerectomía. Bien.
Carmen Morocho 09/02/1924 - 18/03/1924	25 M. Quito	Mastitis. Alta.
Regina Cáceres 16/01/1924 - 03/03/1924	18 M. Pomasqui	Mastitis. La paciente estaba en su primer embarazo de 7 meses de edad, cuando ingresó. El 17 de febrero presentó labor de parto y luego "nace un niño pequeño, varón, vivo". Alta
Mariana Pareja 07/03/1924 - 28/04/1924	30 M. Quito	Mastitis derecha. Alta.
Rosa Ana Cevallos 15/01/1924 - No registra	20 B. San Antonio de Ibarra	Mastitis.
Lucila Pazmiño 24/01/1924 - No registra	20 B. Quito	Mastitis.
María Catota 29/07/1924 - No registra	21 I. Latacunga	Mastitis.
Madre Marta 31/07/1924 - No registra	28 B. Guayaquil	Operada hace un año de quiste de ovario. Fibroma uterino. Histerectomía. Evolución satisfactoria.

Luz María León 29/04/1924 - No registra	30 N. Ibarra	Fibroma uterino. Extirpación del fibroma. Evolución satisfactoria.
Margarita León 25/01/1924 - No registra	30 M. Quito	Mastitis izquierda. Apertura quirúrgica.
Tránsito Pérez 16/08/1924 - 02/05/1925	34 Quito	Mastitis. Drenaje. Alta.
Rosa Calderón 05/11/1924 - No registra	35 Ibarra	Bartolinitis. Apertura quirúrgica.
Ermelinda Cueva 21/11/1924 - No registra	40 M. Quito	Mastitis. Extirpación total: se extrae el tumor carnoso y lleno de cavidades quísticas, es fácilmente enucleable. Se cierra con puntos de seda, dejando en la axila un dren.
Catalina Samaniego 01/05/1924 - No registra	45 M. Riobamba	Retroversión uterina. Histeropexia y apendicectomía. Evolución satisfactoria.
Mercedes Gabela 22/07/1924 - No registra	50 B. Quito	Prolapso uterino, cistocele y rectocele. Histerectomía. Evolución satisfactoria.

Abreviaturas referentes a "Razas": M: mestiza; I: indígena; B: blanca.

Historias Clínicas de Gineco-obstetricia, sin fecha de ingreso

Tabla 15. Historias Clínicas de paciente gineco-obstétricas. Salas de Santa Rosa y Santa Teresa. HSJD 1920-1925. Sin fecha de ingreso

Nombre, Fecha de ingreso y egreso	Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
Clementina Estrella	20, Sangolquí QQ.DD.	Mamitis.
Blanca Villota	20, B. Ambato QQ.DD.	Metritis recurrente. Curetaje.
Dolores Pilataxi	25, I. Latacunga Peona	Vulvitis por chancro de Ducrey. Local. Sana.
María Andrade	30, Latacunga QQ.DD.	Metrorragia. Ergotina.
María Luisa Jaramillo	M., Otavalo Sirviente	Metritis posaborto. Quirúrgico. Reconstituyentes. Sana.

Abreviaturas referentes a "Razas": M: mestiza; I: indígena; B: blanca.

Conclusiones

Las pacientes procedían principalmente de Quito y de la provincia de Pichincha. Hubo un significativo número de pacientes provenientes de 8 provincias de la sierra central y norte; existieron también pacientes de Azuay, Guayas, Colombia y México. El reconocimiento ciudadano a la labor curativa del HSJD era evidente.

Las pacientes de este grupo se ocupaban de tareas de la casa. Hubo pacientes con oficios del área comercial, artesanal y de campo.

La mayor parte de las pacientes, recuperó su salud en forma satisfactoria. Pocas enfermas salieron igual, una en estado malo.

La mayor parte de patologías, 73 de los 149 casos, tienen un origen infeccioso e inflamatorio. Es el caso de pacientes con metritis y endometritis, mastitis, leucorrea, pólipo, salpingo ovaritis, salpingitis, bartolinitis, vulvitis, ovaritis dolorosa crónica y perimetritis consecutiva posiblemente a una salpingo ovaritis. Todas estas patologías fueron tratadas exclusivamente con antisépticos o procesos quirúrgicos como el curetaje del endometrio.

Es significativa de frecuencia de metritis, endometritis, salpingitis y salpingo ovaritis, secundarias a infecciones de origen ascendente.

Los fibromas y miomas, como manifestaciones degenerativas del tejido original, aportaron también un número significativo.

Los problemas mecánicos como prolapso uterino, retroversión uterina, cistocele y antero versión de la vagina, así como un caso de obstrucción parcial de la vagina secundaria a una histerectomía, aportaron un número importante.

Los abortos y un embarazo también alcanzaron un número llamativo.

Las pacientes menores de 30 años, por lo tanto, con mayor actividad sexual, tuvieron mayor frecuencia de los diferentes procesos patológicos, con predominio de los inflamatorios y los abortos.

La responsabilidad fundamental para el tratamiento clínico y quirúrgico de las pacientes estuvo en manos de un grupo relevante de médicos. Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Ángel Salvador, Dr. Arregui, Dr. Arturo Terán G., Dr. Estupiñán, Dr. J. Montero C., Dr. Jaramillo y Dr. Julio Arellano. Desde luego con un número significativo de internos que colaboraban en diferentes tareas, incluyendo la administración de anestesia general con cloroformo.

Tres pacientes fallecieron por problemas complejos: dos por quiste ovárico, uno de ellos gigante, y otra por una salpingitis doble supurativa.

Además, la niña de 14 años, “doméstica”, con hipotiroidismo congénito, con embarazo pretérmino producto de abuso sexual no mencionado en la historia, fue sometida a cesárea y su recién nacida falleció. Lamentable por el caso en sí, y más triste la nula mención a la agresión sexual sufrida por esta menor, discapacitada intelectual, por su enfermedad congénita.

Es especial el caso una paciente, sin registro de su edad, con diagnóstico de antero versión y prolapso de la vagina, quien ingresó por 2da vez por este problema el 22 de marzo de 1921. Pidió el alta y luego regresó por tercera vez el 30 de marzo de 1921. No existe constancia de su condición final.

Las limitaciones de la práctica hospitalaria existentes complicaron la evolución y seguramente fue causa de la recurrencia de algunos problemas. Sin embargo, en este período es significativo el uso de dos formas para dilatación del cérvix uterino previo un curetaje:

- Laminarias, confeccionadas con algas, *Laminaria digitata* y *Laminaria bracteata*, que fueron descritas en el primer volumen de este estudio, pp. 234 -235.
- Hegars: dilatadores de acero del cérvix uterino.

Es importante rescatar la colaboración y trabajo en equipo, de dos médicos que tienen trascendencia histórica en la vida del país: Isidro Ayora Cueva, médico gineco-obstetra, y Ricardo Villavicencio Ponce, eminente médico cirujano de la época.

CAPÍTULO XX

Cáncer

En el Servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD se atendieron 123 pacientes con diagnóstico de cáncer o tumores, de los cuales 116 fueron mujeres y 7 hombres. La mayoría de procesos neoplásicos correspondieron a útero, mama y anexos, con 84 casos. Hubo tumoraciones osteoarticulares y musculares, abdominales, tumores de cuello, de la piel y del aparato urinario. El detalle consta en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los tumores por su ubicación topográfica. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Tipo de Cáncer	Patología	Nº
Tumores ginecológicos (84)	Cáncer cérvico uterino	63
	Cáncer de mama	15
	Tumor de ovarios y anexos	6
Tumores osteo articulares y musculares (18)	Osteosarcoma (frontal, maxilar y de cadera)	4
	Sarcoma (comprobado después de la operación, mediante una biopsia)	4
	Cáncer de rodilla (2), de hombro (2), de maxilar inferior (1), de brazo (1), espalda (1), coxo femoral (1), muslo (1) y fibromioma poplíteo (1)	10
Tumores abdominales (8)	Tumor abdominal	7
	Cáncer de estómago	1
Tumores de cuello (7)	Cáncer de Cuello (4), tiroides (1), paratiroides (1) y ganglios del cuello (1)	7
Tumores dérmicos (5)	Cáncer en la nariz	3
	Cáncer facial	1
	Epitelioma	1
Tumores del aparato urinario (1)	Cáncer de vejiga	1
Total		123

Características de los pacientes con cáncer

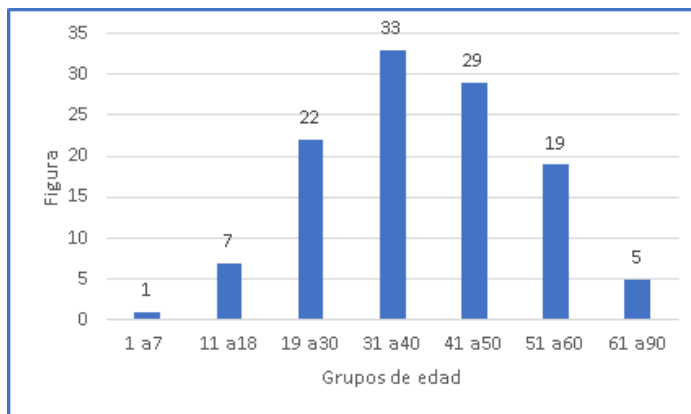
Edad

El cáncer no reconoce límites de edad, aunque con frecuencia se presenta en grupos de edad avanzada. En los pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD, en sus salas Santa Rosa y Santa Teresa, afectó a grupos de todas las edades. En la “Tabla 2” y en la “Figura 1” se presenta la distribución por edad de los pacientes con cáncer.

Tabla 2. Edad de las pacientes con cáncer. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Edad en años	Número de pacientes
1 a 7	1
11 a 18	7
19 a 30	22
31 a 40	33
41 a 50	29
51 a 60	19
61 a 90	5
Sin registro	7
Total	123

Figura 1. Edad de los pacientes con cáncer. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925



Diagnósticos por edades

Niña (7 años)

Laura Leoro, de 7 años de edad, raza blanca, procedente de Ibarra, ingresó el 10 de enero de 1925 y salió el 10 de febrero de 1925. Tuvo como diagnóstico Osteosarcoma de cadera izquierda y abscesos en el muslo. No hay constancia de su tratamiento y evolución. Se registró que salió con el alta.

Adolescentes (11 a 18 años)

También hubo adolescentes con diagnósticos de cáncer o tumoraciones posiblemente malignas: Lucila Vallejo de 11 años de Quito con Tumor de rodilla; Enma Laurentina Leoro de 12 años de Ibarra con Tumoración glútea; Juana Rosalía Pérez de 13 años de Guayaquil con diagnóstico de Sarcoma, quien tiene diagnóstico histopatológico, fue intervenida quirúrgicamente y falleció; Guadalupe Cobo de 15 años de Ilumán con Tumor del lóbulo superior derecho de tiroides; Segundo Porras de 15 años de Salcedo con diagnóstico de Osteosarcoma; Josefina Arévalo de 16 años de Quito con Tumor en la rodilla, cuyos patrones no autorizaron la cirugía de su tumor. María Luisa Cañar de 16 años, de Quito con Tumor parotídeo.

Excepto Juana Rosalía Pérez que falleció, los demás recibieron el alta, aunque no se indican las condiciones de alta.

Jóvenes (19 a 30 años)

Entre los 22 jóvenes de 19 a 30 años hubo tumores de diferentes regiones, con 6 muertes y dos tumores inoperables que seguramente tuvieron igual final. Sus historias clínicas se presentan luego. Los diagnósticos y edades se resumen a continuación: Tumoración coxo femoral, 19 años; Tumor en brazo, 21 años, Tumor en el cuello, 22 años; Tumor en el cuello con extirpación quirúrgica y egreso en buenas condiciones, 22 años; Tumor poplíteo que salió mejor de 23 años; Tumor abdominal posiblemente originado en vejiga, inoperable por su gran volumen y adherencias de 25 años; Tumor en el cuello, quien no fue operado y falleció por hemorragia gástrica, con melenas y hematemesis de 25 años; Tumoraciones ganglionares en el cuello tratadas con puntas de fuego de 25 años; Cáncer de seno de 25 años; Sarcoma operada con éxito de 25 años; Tumor abdominal de 26 años; Cáncer 26 años; Cáncer de cuello de útero que falleció a los 28 años de edad; Cáncer uterino que luego de la histerectomía total falleció a los 28 años; Cáncer de cuello uterino de 29 años, que pidió el alta; Tumor abdominal de 30 años; Cáncer a los 30 años; Cáncer imposible de tratamiento quirúrgico a los 30 años; Cáncer uterino, de 30 años, que falleció; Cáncer de útero a los 30 años, que salió en el mismo estado; Cáncer uterino a los 30 años, falleció; Infección puerperal y cáncer uterino, falleció a los 30 años de edad.

Adultos (31 a 60 años)

Los adultos de 31 a 60 años fueron 81. Es el grupo más numeroso en relación con la edad. La mayoría de pacientes fueron mujeres. Sus diagnósticos fueron: Cáncer de útero, 39 casos (fallecieron 8); Cáncer de mama, 12 casos (fallecieron 2); Cáncer, 8 casos (falleció 1); Cáncer de nariz, 4 casos; Tumor abdominal, 4 casos (fallecieron 2); Tumor de ovarios, 4 casos; Cáncer de hombro, 2 casos; Epitelioma 1 caso; Cáncer de vejiga, 1 (falleció); Osteosarcoma frontal 1 caso; Osteosarcoma maxilar 1 caso; Sarcoma del cuello (comprobado después de la operación, mediante una biopsia) 1 caso; Tumor axilar por cáncer de seno, 1 caso; Tumor maligno vulvar, 1 caso y Tumoración blanda en la espalda, 1 caso.

Adultos mayores (61 a 90 años)

Del grupo de adultos de 61 a 90 años de edad, cinco en total, fallecieron 3. Hubo 3 casos de cáncer uterino, de los cuales fallecieron 2; se registraron un paciente con cáncer de muslo y un paciente con cáncer facial. Este último falleció.

Procedencia

La procedencia de los 123 pacientes con cáncer y tumores abarcó un área geográficamente extensa. El detalle consta en la "Tabla 3".

Tabla 3. Procedencia de las pacientes con cáncer y tumoraciones. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Provincia / país	Localidad	Número de casos
Pichincha (64)	Quito	40
	Tambillo	5
	Chillogallo	4
	Machachi	2
	Calacalí	2
	Tumbaco	2
	Cotocollao	1
	Calderón	1
	Cayambe	1

	Conocoto	1
	Lloa	1
	Pifo	1
	Tabacundo	1
	Uyumbicho	1
	Yaruquí	1
Cotopaxi (19)	Latacunga	11
	Pujilí	3
	Saquisilí	2
Imbabura (16)	Ibarra	6
	Otavalo	5
	Cotacachi	2
	Atuntaqui	1
	Ilumán	1
	Intag	1
Tungurahua (9)	Ambato	3
	Pelileo	3
	Patate	1
	Pilahuín	1
	Píllaro	1
Chimborazo (4)	Riobamba	4
Bolívar (2)	Guaranda	2
Guayas (2)	Guayaquil	2
Colombia (2)	Pasto	1
	No específica	1
Manabí (1)	No específica	1
Esmeraldas (1)	Quinindé	1

Ocupación

En muchos casos no se señaló su ocupación. En los 36 casos con registro de su ocupación predominaron actividades de casa y actividades correlativas. El detalle se presenta en la “Tabla 4”.

Tabla 4. Ocupación de las pacientes con cáncer y tumores. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Ocupación	Nº de pacientes	Ocupación	Nº de pacientes
Quehaceres domésticos	10	Planchadora	2
Costurera	6	Panadera	1
Cocinera	4	Peona	1
Agricultor	3	Tejero	1
Vendedora, vivandera o negociante	2	Tercenista	1
Doméstica, sirviente	2	Albañil	1
Sastre	2	Sin registro	87
Total			123

Raza

La mayoría de pacientes con cáncer tuvieron asignación racial. La distribución al respecto consta en la “Tabla 5”.

Tabla 5. Distribución por “Razas” de las pacientes con cáncer. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

“Raza”	Número de pacientes
Mestiza	49
Blanca	27
Indígena	9
Negra	2
Sin registro	36
Total	123

Gestaciones y diagnóstico de diferentes tipos de cáncer

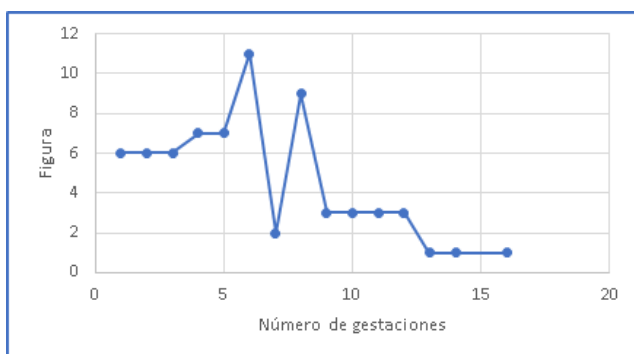
En la “Tabla 6” se presenta la distribución de las gestaciones en las pacientes con diferentes tipos de cáncer y tumoraciones.

Tabla 6. Número de gestaciones y número de pacientes con diferentes tumoraciones. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nº de gestaciones	Nº de pacientes
1	6
2	6
3	6
4	7
5	7
6	11
7	2
8	9
9	3
10	3
11	3
12	3
13	1
14	1
16	1

En la “Figura 2” se observa la presencia de dos picos significativos con mayor número de casos de tumores. Esto es, en las pacientes que tuvieron 6 y 8 gestaciones.

Figura 2. Número de gestaciones y número de pacientes con diferentes tumoraciones. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925



Si se agrupan las gestaciones en rangos, se observa el mayor número de pacientes con neoplasias fueron multíparas, con un rango de 5 a 10 embarazos, como se observa en la “Tabla 7”.

Tabla 7. Número de gestaciones y número de pacientes, con diferentes tumoraciones. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Número de gestaciones	Número de pacientes
1 a 4	25
5 a 10	35
11 a 16	9
Total	69

Gestaciones y cáncer de útero, mama, ovario y vulva

En una correlación entre el tipo de cáncer ginecológico y el número de gestaciones, el mayor número de cáncer de cérvico uterino se presentó en pacientes con 6 gestaciones. En cáncer de mama el mayor número de casos se dio en pacientes con una gestación. Cáncer de ovario y vulva se presentaron en grandes multíparas. En la “Tabla 8” constan las pacientes que tienen registrados sus datos gestacionales.

Tabla 8. Tipo de cáncer, gestaciones y número de casos. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Tipo de cáncer	Gestaciones	Nº de pacientes
Cérvico uterino (38 casos)	1	2
	2	3
	3	4
	4	3
	5	4
	6	8
	7	1
	8	5
	9	1
	10	2
	11	2
Cérvico uterino (Continuación)	12	2
	16	1

	1	3
	2	1
Mama (9 casos)	3	1
	4	2
	6	1
	9	1
Ovario (2 casos)	8	1
	9	1
Vulva (1 caso)	8	1

Estadía hospitalaria

La estadía hospitalaria de los pacientes con cáncer tuvo un rango de 1 a 253 días. El promedio fue de 40,5 días, en un total de 69 pacientes en los que se disponía de las fechas de ingreso y egreso.

La paciente que permaneció un día fue **Ursulina Santamaría**, de 34 años de edad, raza blanca, procedente de Latacunga. Su diagnóstico era de tumor difuso del útero. Recibió el alta porque se presentó la menstruación. Se difirió la cirugía.

La paciente que permaneció 253 días fue **Juana Rosalía Pérez**, una escolar de 13 años de edad, raza mestiza, procedente de Guayaquil. Ingresó el 26 de septiembre de 1922. Un año antes del ingreso presentó un grano delante de la oreja izquierda, que creció hasta el tamaño de un huevo. Luego se convirtió en lobulado. Se diagnosticó Sarcoma. El examen de Anatomía Patológica es el siguiente:

“Sr. Dr. Villavicencio: practicado el examen histológico del trozo de glándula parótida, enviada a este laboratorio, se ha constatado lo siguiente: proliferación de tejido conjuntivo periglandular y gran cantidad de exudados sólidos alrededor de los elementos glandulares. En resumen, se trata de una parotiditis crónica acompañada de brotes agudos. El Ayudante – Villacís”.

Se realizó la extirpación quirúrgica del tumor. Participaron el Dr. Ricardo Villavicencio, Dr. Arturo Terán G, Sr. C. Pólit, cloroformizador. Sr. JF Arellano. Luego de la cirugía se realizaron aplicaciones locales de Rayos X. Lamentablemente **falleció el 6 de junio de 1923**.

Condición final

En 78 casos fue posible disponer de la condición final de los pacientes. Sin embargo, no fue muy explicativa en todos los casos. En 27 casos, la única información escrita es “alta”, sin más detalle.

Hubo 25 defunciones que corresponden a una proporción de 20,3 % de los 123 pacientes con cáncer y tumoraciones.

Se registraron solicitudes de alta, fugas y deseo manifiesto de no querer operarse en 21 pacientes. Se efectuaron transferencias a otras salas y hubo un alto número sin registro. El detalle de la condición final consta en la “Tabla 9”.

Tabla 9. Condición final en pacientes con cáncer. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Condición final	Nº de pacientes
Alta	27
Defunción	25
Solicita el alta	15
Pase a otra sala	5
Fuga	4
No se deja operar	2
Sale sin mejoría	1
Sin registro	45
Total	123

Mortalidad

De los 123 pacientes con cáncer y tumores, la mortalidad registrada en este período fue de 25 personas. Esta mortalidad determina una proporción de letalidad de 20,3%. Este porcentaje es 5 veces más alto que la mortalidad general que alcanzó 4,1% en los 1.437 pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica.

En la “Tabla 10” se observa la distribución de la mortalidad por tipo de cáncer. Los tumores cérvico uterinos, de mama y ovario sumaron 18 casos que corresponden a 72% de los 25 decesos.

Tabla 10. Muertes por tipo de cáncer. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Tipo de cáncer	Nº de casos
Cáncer cérvico uterino	15
Tumor abdominal	3
Cáncer de mama	2
Tumor de ovario	1
Cáncer de vejiga	1
Cáncer facial	1
Sarcoma	1
Tumor en el cuello	1
Total	25

Diagnósticos y decesos por grupos de edad

En la “Tabla 11” se resume los diagnósticos por grupos de edad. Se resaltan los fallecimientos.

Tabla 11. Distribución por grupos de edad de los diagnósticos de cáncer. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Rango de edad	Diagnóstico	Nº de casos	
7 años	Osteosarcoma de cadera izquierda	1	
De 11 a 18 años	Tumor de rodilla	2	
	Osteosarcoma	1	
	Sarcoma (falleció)	1	
	Tumor del lóbulo superior derecho de tiroides	1	
	Tumor parotídeo	1	
	Tumoración glútea	1	
De 19 a 30 años	Cáncer cérvico uterino (fallecieron 5)	7	
	Tumor en el cuello (falleció 1)	4	
	Tumor abdominal (No operable 1)	3	
	Tumoración coxo femoral	3	
	Cáncer de seno	1	
	Sarcoma	1	
	Tumor en brazo	1	
	Tumor poplíteo	1	
	DE 31 a 60 años	Cáncer cérvico uterino (fallecieron 8)	39
Cáncer de mama (fallecieron 2)		12	
Cáncer de nariz		8	
Tumor abdominal (fallecieron 2)		4	
Tumor de ovarios (Falleció 1)		4	
Cáncer de hombro		4	
Epitelioma		2	
Cáncer de vejiga (falleció 1)		1	
Osteosarcoma frontal		1	
Osteosarcoma maxilar		1	
Sarcoma del cuello (comprobado después de la operación, mediante una biopsia)		1	
De 61 a 90 años		Cáncer cérvico uterino (Fallecieron 2)	3
		Cáncer de muslo	1
		Cáncer facial (falleció)	1

Mortalidad

De los 25 pacientes que fallecieron con tumores o cáncer, 24 fueron mujeres. Uno fue hombre, Francisco Bastidas de 25 años de edad, quien falleció por un tumor en el cuello. Las neoplasias ginecológicas produjeron 18 decesos. De éstos, tumores de útero correspondieron a 15 casos; de mama 2 casos; uno por quiste de ovario y otro de genitales femeninos.

Los restantes 6 pacientes fueron diagnosticados con: tumor en el cuello (1), cáncer facial (1), sarcoma parotídeo (1), cáncer de vejiga (1), tumor abdominal (2) casos. La "Tabla 12" presenta el detalle de las características de los diferentes casos, con la información existente, que frecuentemente fue limitada. Se excluyeron dos casos que presentaron datos mínimos.

Tabla 12. Mortalidad por cáncer. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nombre, Fecha de ingreso, Fecha de defunción	Edad, Raza	Procedencia, Ocupación	Diagnóstico	Tratamiento, Observaciones
Pastora Vásquez 02/05/1921 - 11/08/1921	35	Quito	Cáncer genital	Hace 6 meses tuvo un aborto. No tratado y sin mejoría. Aparece además una secreción blanquecina. La facies es de una persona anémica. Según el examen genital se le diagnostica cáncer.
Adela Moscoso 10/02/1922 - No registra	28	Latacunga	Cáncer uterino	En la cirugía se encontró carcinoma propagado a parte del cuerpo del útero. Histerectomía total: Dr. Villavicencio, ayudante Dr. Montero Carrión y Dr. Salvador.
Mercedes Mogro 24/08/1922 - 10/04/1923	28 B.	Quito Comerciante	Cáncer de cuello de útero	Siente amortiguamiento de las extremidades, dolores pelvianos, hemorragias. Caquexia
Mercedes Escudero 15/11/1922 - 21-11-1922	75 B.	Latacunga	Cáncer de útero	
Luz M. Valverde 17/01/1923 - 10/06/1923	30 M.	Quito Planchadora	Cáncer Uterino	
Felisa Vizcaino 10/04/1923 - 13/05/1923	40 M.	Pujilí	Cáncer uterino	
Alegría Salazar 28/08/1923 - 04/12/1923	40 I.	Latacunga	Cáncer uterino	
Rosa Aricon 10/10/1923 - 05/12/1923	35 M.	Atuntaqui	Cáncer uterino	Solicita el alta el 11 de octubre y reingresa el 28 de noviembre. Falleció el 5 de diciembre de 1923.
Mariana Rea 17/11/1923 - 29/12/1923	45 M.	Intag	Cáncer uterino	
Virginia Vargas 08/12/1923 - 19/12/1923	70 M.	Quito	Cáncer uterino	
Antonia Cruz Herrera 14/12/1923 - 06/02/1924	40 B.	Latacunga	Cáncer uterino	
Hortensia Heredia 13/01/1924 - No registra	30 M.	Guayaquil	Cáncer uterino	
Justa Cantuña 17/05/1924 - 28/07/1924	30 M.	Quito	Infección puerperal y cáncer uterino	
Carmen Leal 17/06/1924 - 30/06/1924	40 M.	Ibarra	Cáncer uterino	
María Miño 20/11/1924 - 09/12/1924	40 M.	Latacunga	Cáncer uterino	
María Maldonado 12/11/1924 - 15/01/1925	39 M:	Riobamba	Cáncer uterino	
Margarita Sandoval 07/05/1923 - 26/06/1923	45 B.	Tambillo	Cáncer de mama	
Victoria España 30/07/1923 - 26/08/1923	58	Quito	Cáncer ulcerado de mama	Extirpación mamaria y vaciamiento ganglionar

María Vizuetete de Sánchez 07/02/1922 - 02/05/1922	38 M.	Lasso Cocinera	Quieste de ovario	Después de la operación se administran 500 cc. de suero adrenalizado por dos ocasiones. Luego se realizan curaciones, lavado gástrico con bicarbonato y administración de 1000 cc. de suero con cafeína. Ruibarbo, teobromina, agua lactosada, jugo de frutas y enemas purgantes. El 10 de marzo se queja de dolor abdominal, anorexia. En los días siguientes la enferma continúa en estado muy delicado, el pulso es débil, hay anorexia y vómito de todos los alimentos ingeridos. Está disneica, muy enflaquecida, Se suspende toda la medicación. Falleció.
Francisco Bastidas 01/09/1924 - 26/9/1924	25	Quito Sastre	Tumor en el cuello	Guataplasmas. Yodo tónico fosfatado por cucharadas en las comidas. No mejora. Luego anti-flogistina cada dos días. El 26-9-1924 solicita el alta. Murió el 9 de febrero de 1925 por hemorragia gástrica, con melenas y hematemesis.
Camila Vaca 06/10/1924 - 19/10/1924	90 B.	Quito	Cáncer facial	
Juana Rosalía Pérez 26/09/1922 - 06/06/1923	13 M.	Guayaquil	Sarcoma (Parótida)	Extirpación quirúrgica: Dr. Villavicencio, Dr. A. Terán, Sr. C. Pólit, cloroformo: Sr. JF Arellano. Luego de la cirugía se realiza aplicaciones locales de Rayos X.
Matilde Gallardo de Nogales 10/09/1922 - 16/09/1922	46 B.	Latacunga QQ.DD.	Cáncer de vejiga	Cirugía: confirma dg.: vejiga forma una masa cancerosa unida a la vagina y al recto. Intervinieron: Dr. Julio Arellano, Dr. Montero, Sr. José F. Arellano, Cloroformo. Sr. C: Pólit.
Mercedes Almeida 07/07/1923 - 05/08/1923	52 B.	Calacalí	Tumor abdominal	Laparotomía. Inoperable por múltiples adherencias.
Adelaida Ginés 23/04/1924 - 27/04/1924	54	Latacunga	Tumor abdominal	Gastroenteritis que agrava el mal estado general y fallece.

Razas: B: blanca; M: Mestiza; I: Indígena.

La distribución por edad de los pacientes que fallecieron con cáncer concentra el mayor número de casos entre los 30 y 40 años, con un total de 11 de los 25 casos. El detalle consta en la "Tabla 13".

Tabla 13. Edad de los pacientes fallecidos con cáncer. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Edad	Nº de casos
13	1
25 a 28	3
30 a 40	11
45 a 58	7
70 a 75	2
90	1
Total	25

Los pacientes que fallecieron con cáncer tuvieron una procedencia variada: de Quito, de ciudades de la Sierra Central y de Guayaquil. La información sobre sus tratamientos es escueta.

Tratamientos de los pacientes con cáncer

El tratamiento principal de los casos de cáncer o tumoraciones fue quirúrgico. Además, se utilizó otras estrategias y medicamentos:

- Adrenalina
- Antiflogistina
- Aplicaciones de rayos X
- Colagogos
- Guataplasmas.
- Inyecciones de ergotina
- Inyecciones de heroína
- Inyecciones venosas de tártaro emético
- Lavados con permanganato, incluso lavados vaginales
- Licor amoniacal al interior
- Reposo en cama
- Revulsivos
- Tónicos para mejorar el estado general
- Tratamiento sintomático
- Yodo tónico bifosfatado por cucharadas en las comidas

Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron las siguientes:

- Ablación quirúrgica
- Aparato de yeso
- Cirugía de cáncer de vejiga
- Colectomía
- Curetaje
- Extirpación de la mama con o sin vaciamiento ganglionar axilar
- Extirpación quirúrgica del tumor
- Histerectomía total
- Laparotomía
- Puntas de fuego
- Vaciamiento de la axila y todas las masas de neoformaciones ulceradas
- Vaciamiento ganglionar completo de la axila

Nombres de los pacientes con cáncer

Las mujeres fueron:

Abelarda Ortega de López, Adela Moscoso, Adelaida Ginés, Alegría Salazar, Alicia Arce, Amalia González, Amalia Muñoz G., Ana Carrillo, Ángela Zapata, Antonia Cruz de Gallegos, Antonia Cruz de Gallegos, Antonia Cruz Herrera, Antonia Suasnavas de Pérez, Antonia Torres, Antonio Duque, Aurora Cruz, Aurora Oñate de Carranza, Baldasara Pérez, Benigna Ripalda, Camila Vaca, Carmela Llerena, Carmen Amelia Gómez, Carmen Bastidas, Carmen Leal, Carmen Ovando, Carmen Salazar, Clara Santamaría, Clemencia León, Diocelina R. Arroba, Dolores Manzano, Dolores Moya, Dolores Recalde, Domitila Morillo, Edelina Parra, Elisa Arce, Encarnación Proaño, Enma Laurentina Leoro, Ercilla Ruiz de Endara, Estefa Albarracín, Felisa Vizcaino, Georgina Navas de Navas, Guadalupe Cobo, Hermelinda López de Salazar, Hortensia Heredia, Isabel Guerrero y Sosa, Isabel Salazar, Isidora Ruiz, Josefina Arévalo, Josefina Paredes, Juana Guacanguilla, Juana Rosalía Pérez, Julia Rosero de Cevallos, Justa Cantuña, Laura Leoro, Lucila Burbano de Campuzano, Lucila Vallejo, Luz M. Valverde, Manuela Romero, Margarita Salazar, Margarita Sandoval, María A. Rosas, María Arcos, María Caranqui, María Carolina Sarabia, María Elena Aguirre, María J. Cevallos, María Luisa Cañar, María Maldonado, María Manuela Cruz, María Miño, María Tobar, María Valencia, Mariana Rea, Matilde Astudillo, Matilde Gallardo de Nogales, Melchora Reinoso de Pazmiño, Mercedes Valladares de Castillo, Mercedes Almeida, Mercedes Escudero, Mercedes

Mogro, Pastora Vásquez, Querubina Riera de Alarcón, Rafaela Estrella, Regina Lucano, Rosa Albuja, Rosa Andino, Rosa Aricon, Rosa E. Cadena, Rosa E. Ríos, Rosa Echeverría, Rosa Flores, Rosa Garzón de Proaño, Rosa M. Herrera, Rosa Parra, Rosa Segovia, Rosa Vásquez, Rosana Flores, Rosario Alencastro, Rosario Espinosa, Rosario Estrella, Rosario Manosalvas, Rosario Padilla, Teresa Llerena de Tapia, Teresa Rodríguez, Tránsito Rodríguez, Ursulina Santamaría, Victoria España, Virginia Pérez, Virginia Vargas, Zoila Baquero y Zoila Pacheco.

Los varones fueron:

Alfredo Lara, Francisco Bastidas, José Rafael Mosquera, Juan Lastra, Juan Osorio, Lorenzo Tushicagua y Segundo Porras.

Personal médico que atendió a los pacientes con cáncer

Se incluye a la Srta. Arellano

Se registraron nombres de médicos con título de doctor, un licenciado en medicina, internos y un externo. Consta también el apellido de la Srta. Arellano, sin especificar su nombre, en funciones de cloroformizadora, como se denominaba entonces.

Intervinieron: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Salvador, Dr. Estupiñán, Dr. Arturo Terán, Dr. Salgado, Dr. Calderón, Dr. Julio Arellano, Dr. Montero Carrión, Dr. Iturralde, Dr. Campuzano, Dr. Villagómez, Dr. Loayza. Se registró la participación del Lcdo. Juan Pablo Sanz. Consta además la participación de: Srta. Arellano, Sr. Carlos Pólit, Interno Salas, J.F. Arellano P., Sr. Carlos Alvear M, Sr. Vargas, Sr. C. Bustamante, Sr. Loayza, Sr. L. Alcívar, Sr. Alzamora y Sr. M. Villacís.

Historias Clínicas de las pacientes con tumores ginecológicos

En este espacio se presentan los casos de 84 pacientes con tumoraciones ginecológicas de tres tipos: cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y tumor de ovario.

Cáncer cérvico uterino

En la “Tabla 14” se sintetiza los datos de las pacientes con cáncer cérvico uterino. Los casilleros vacíos indican falta de la información correspondiente. Se incluye un caso de cáncer vaginal. Se ha excluido algunos casos en que los datos son mínimos.

De las pacientes con cáncer cérvico uterino 15 fallecieron. Entre ellas estuvo Mercedes Mogro, la más joven, con 28 años de edad que falleció por “cáncer de cuello de útero”. A los 75 años de edad, Mercedes Escudero, fue la paciente de edad más avanzada que falleció por “cáncer de útero”. Las demás pacientes que fallecieron por cáncer cérvico uterino, eran adultas jóvenes, cuyas edades estaban alrededor de los 40 años o menos.

Tabla 14. Historias Clínicas de las pacientes con cáncer cérvico uterino. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925.

Nombre, Fecha de ingreso y egreso	Edad, “Raza”, Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
1. Edelina Parra 11/11/1921 - 9/12/1921	40 Riobamba	Cáncer uterino. Hemorragias uterinas. No hay fondo de saco anterior. Hay secreción amarilla espesa. Pasa a la sala Santa Teresa para cirugía.
2. Luz M. Valverde 17/01/1923 - 10/06/1923	30, M. Quito Planchadora	Cáncer Uterino. Falleció.

3. Carmen Bastidas	35, M. Quinindé	Cáncer Uterino.
14/10/1923		
4. Dolores Recalde	50, Cotacachi QQ.DD.	Cáncer Uterino. Desde hace 4 meses tiene dolores intensos en hipogastrio. En Cotacachi el Dr. Granja la trató por estreñimiento, disuria, dolor vulvar y de anexos. Sale el 28 de marzo de 1921 sin decir a nadie ninguna palabra.
02/03/1921 - 28/03/1921		
5. Mercedes Mogro	28, B. Quito Comerciante	Cáncer de cuello de útero Amortiguamiento de las extremidades, dolores pelvianos, hemorragias. Caquexia. Falleció.
24/08/1922 - 10/04/1923		
6. Alegría Salazar	40, I. Latacunga	Cáncer de cuello uterino. Sale teniendo el útero del tamaño de la cabeza de un feto de 7 meses, más o menos. Alta.
06/05/1923 - 12/07/1923		
7. Antonia Cruz de Gallegos	35, B. Pujilí Costurera	Cáncer de cuello uterino. Cirugía: Dr. Villavicencio, Sr. Loayza, cloroformizador Sr. L. Alcívar.
16/01/1923 - No registra		
8. Regina Lucano	55, I. Quito	Cáncer de cuello uterino. Curetaje. Pasa a Sta. Rosa.
18/5/1923 - No registra		
9. Ercilla Ruiz de Endara	29 Quito	Cáncer de cuello uterino. Desde hace 2 años hemorragias uterinas. Persona anémica. Olor suigéneris de los genitales. Ulceraciones en el cuello uterino. Pidió el alta
13/1/1922 - 25/2/1922		
10. Rosa Albuja	30, M. Mestiza	Cáncer de útero. Alta en el mismo estado.
07/01/1923 - 10/1/1923		
11. Rosana Flores	45, I. Otavalo Cocinera	Cáncer de útero. Lavados con permanganato, ergotina. Alta.
06/11/1922 - 01/12/1922		
12. Mercedes Escudero	75 B. Latacunga	Cáncer de útero Secreción vulvar. Falleció.
15/11/1922 - 21-11-1922		
13. Abelarda Ortega de López	35, B. Cotacolloa QQ.DD.	Cáncer del cuello del útero.
No registra fechas		
14. Baldasara Pérez	M. Latacunga Doméstica	Cáncer del útero.
28/03/1922 -		
15. Rosa M. Herrera	40, M. Cotacachi	Cáncer uterino. Alta.
27/05/1924 -		

16. Josefina Pa- redes	40, B.	Cáncer uterino
08/08/1924 -	Quito	Alta
17. María Maldo- nado	33, M.	
12/11/1924 - 15/01/1925	Riobamba	Cáncer uterino. Falleció.
18. Carmen Leal	40, M	
17/06/1924 - 30/06/1924	Ibarra.	Cáncer uterino.
19. María Miño	40, M.	
20/11/1924 - 09/12/1924	Latacunga	Cáncer uterino. Falleció
20. Adela Moscoso	28	Cáncer uterino. En la cirugía se encontró un carcinoma propagado a parte del cuerpo del útero. Histerectomía total: Dr. Villavicencio, ayudante Dr. Montero Carrión y Dr. Salvador. Falleció.
10/02/1922 -	Latacunga	
21. Rosa Aricon	35, M.	
10/10/1923 - 05/12/1923	Atuntaqui	Cáncer uterino. Solicita el alta el 11 de octubre y reingresa el 28 de noviembre. Falleció.
22. Felisa Vizcaino	40, M.	
10/4/1923 - 13/5/1923	Pujilí	Cáncer uterino. Falleció.
23. Alegría Sala- zar	40, I.	
	Latacunga	Cáncer uterino. Falleció.
24. Antonia Cruz Herrera	40, B.	
14/12/1923 - 06/02/1924	Latacunga	Cáncer uterino. Falleció.
25. Mariana Rea	45, M.	
17/11/1923 - 29/12/1923	Intag	Cáncer uterino. Falleció.
26. Virginia Var- gas	70, M.	
08/12/1923 - 19/12/1923	Quito	Cáncer uterino. Falleció.
27. María A. Rosas	40, M.	
09/09/1923 -	Riobamba	Cáncer uterino.
28. Regina Lu- cano	50, I.	
25/5/1923 -	Quito	Cáncer uterino. Lavados vaginales y ergotina al interior.
29. Aurora Cruz	60, M.	
13/5/1923 -	Lloa	Cáncer uterino.

30. Rosario Espinosa	60, M. Quito	Cáncer uterino.
31. Ana Carrillo	36, M. 30/10/1924 - Ibarra	Cáncer uterino.
32. Rosario Alencastro	45, B. Quito	Cáncer uterino.
	01/02/1925	
33. Benigna Ripalda	50, B. Ambato	Cáncer uterino.
	15/09/1924 -	
34. María Elena Aguirre	50, M.	Cáncer uterino.
	01/01/1925 -	
35. Rosa Vásquez	50, M. Quito	Cáncer uterino.
36. Virginia Pérez	54, B. 15/09/1924 - Otavalo	Cáncer uterino.
37. Zoila Baquero	60, M. 08/01/1925 - Quito	Cáncer uterino. Ganglios neoplásicos en la región inguinal.
38. Rosario Padilla	60, M. Quito	Cáncer uterino.
	20/03/1925 -	
39. Julia Rosero de Cevallos	55, B. Pasto	Cáncer uterino, Pasa a la Sala Sta. Teresa.
	02/07/1923 - 04/07/1923	
40. Rosa E. Cadena	38, M. Otavalo	Cáncer uterino. Solicita el alta por declararle que el cáncer es inoperable.
	04/09/1923 - 07/09/1923	
41. Rosa E. Ríos	40, M. Quito	Cáncer uterino. Se le hace conocer el diagnóstico de su enfermedad y solicita el alta.
	27/03/1923 - 05/04/1923	
42. Carmen Salazar	39, M. Quito	Cáncer uterino. Alta.
	12/02/1923 - 23/2/1923	
43. Rosa Segovia	55, M. Latacunga	Cáncer Uterino. Solicita el alta.
	21/02/1923 - 26/02/1923	
44. Ángela Zapata	M., Quito Costurera	Cáncer uterino con propagación ganglionar. Alta a pedido del esposo.
	20/9/1922 -	

45. Justa Cantuña	30, M.		
17/05/1924 - 28/07/1924	Quito	Infección puerperal y cáncer uterino. Falleció.	
46. Ursulina Santamaría	34, B.		
05/12/1921 - 06/12/1921	Latacunga	Tumor difuso del útero. Se presentó la menstruación. Se le da el alta y se difiere la cirugía.	
47. Estefa Albarraín	40		
17/06/1921 - 12/07/1921	Saquisilí	Tumoración de útero. Pasa a Sta. Teresa.	
48. Clara Santamaría	50		
17/10/1921 - 23/10/1921	Conocoto	Cáncer vaginal. Hace 1 año y medio tuvo una hemorragia, dolores abdominales y de las caderas, abundancia de orinas y finalmente estreñimiento. La hemorragia ha sido desde entonces todos los días. La facies es regular. Examen vaginal: Al palpado bimanual se observa una gran tumoración rugosa y fácilmente sangrante, dolorosa que ocupa casi toda la vagina. Existen ganglios pelvianos y tiene una secreción mucosa fétida sui generis. Pidió el alta.	
49. Pastora Vásquez	35		
02/05/1921 - 11/08/1921	Quito	Cáncer uterino. Hace 6 meses tuvo un aborto. No tratado y sin mejoría. Aparece además una secreción blanquecina. La facies es de una persona anémica. Según el examen genital se le diagnostica. Falleció	
50. Matilde Astudillo	26		
01/04/1921 - 27/04/1921	Quito	Cáncer uterino. Hace 10 meses que desembarazó en la Maternidad, desde entonces empezó a bajar por la vagina unos coágulos de sangre, sin dolor. Hace 5 meses que tiene una secreción blanca, pero hace un mes que le volvió a bajar de nuevo coágulos de sangre.	
51. María J. Cevallos	30		
15/07/1921 -	Guaranda	Cáncer uterino. Imposible tratamiento quirúrgico, solo sintomático.	
52. Dolores Manzano	50		
19/03/1921 - 02/04/1921	Calacalí	Cáncer uterino. Hace 3 meses sintió fuertes dolores en las regiones lumbares, luego una secreción vaginal y hemorragias. Un mes antes del ingreso presentó flujo que duró 8 días y después una secreción (Agua blanca). Actualmente presenta dolores lumbares, hemorragia constante. Examen ginecológico: cuello ulcerado y sangrante. Salió el 2 de abril de 1921 sin decir una palabra.	
53. Amalia González	37		
03/04/1921 - 30/04/1921	Calderón	Diagnóstico por examen genital: Cáncer uterino. Flujo con sangre desde hace 7 meses. Salió por calamidad doméstica.	

Razas: B: blanca; M: Mestiza; I: Indígena.

Cáncer de mama

En la “Tabla 15” se presenta el resumen de las Historias Clínicas de las pacientes con cáncer de mama. Se registraron 15 pacientes con cáncer de mama, de las cuales fallecieron dos.

Una de ellas fue Margarita Sandoval, de 45 años de edad, quien en el primer ingreso no autorizó la intervención. Reingresó 9 días después, fue operada y recibió el alta “en buenas condiciones”. Sin embargo, casi 5 meses después retornó al hospital y en este, su tercer ingreso, falleció.

También falleció Victoria España, paciente de 58 años de edad, quien presentó un cáncer ulcerado de mama. Se realizó la extirpación mamaria y vaciamiento ganglionar. A los 27 días de su ingreso, falleció.

Tabla 15. Historias Clínicas de paciente con cáncer de mama. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nombre, Fecha de ingreso, Fecha de alta	Edad, Raza Proce- dencia Ocupación	Características, Diag- nóstico	Tratamiento, Condición final
1. Aurora Oñate de Carranza 20/07/1922 - 29/07/1922	40, M. Pelileo QQ.DD.	Hace dos años apareció una especie de forúnculo en la mama izquierda. Presenta un tumor de unos 12 cm de largo por 5 cm de espesor, multilobulado y muy movable; además, en la axila se hallan algunos ganglios, especialmente uno bastante grueso. El estado general de la enferma es satisfactorio. Cáncer de mama izquierda.	Extirpación del tumor y de la masa ganglionar de la axila; se deja un dren en este sitio haciendo un ojal en la piel y se sutura la herida: al siguiente día de la operación se separa el dren y después de 6 días se le quitan los puntos de sutura. Bien. Intervinieron: Dr. Villavicencio, Dr. Estupiñán, Dr. Montero. Cloroformo Sr. JF Arellano P. Sale bien.
2. Querubina Riera de Alarcón 04/05/1922 -	28, M. Guaranda Planchadora	Cáncer de la mama izquierda.	Ablación: Dr. Villavicencio, Dr. J. Montero, cloroformo, Sr. N. Loaiza. Pase a la Virgen (Presentó diarrea con pujo a los dos días de la operación)
3. Margarita Sandoval Primer ingreso: 02/11/1922 - 04/11/1922	45, B. Tambillo	Cáncer de mama.	No quiere dejarse operar
4. Margarita Sandoval Segundo ingreso: 13/11/1922 - 21/11/1922	45, B. Tambillo Tercenista	Cáncer de mama.	Extirpación total de la mama con vaciado de la axila. Dr. Villavicencio, Dr. Terán, Sr. Pólit, Cloroformo. Sr. JF Arellano P. Alta en buenas condiciones.
5. Margarita Sandoval Tercer ingreso: 07/05/1923 - 26/06/1923	45, B. Tambillo	Cáncer de seno.	En este, su tercer ingreso, falleció.
6. Carmen Amelia Gómez 21/11/1923 - 14/01/1924	42 Otavalo	Cáncer de mama con compromiso ganglionar.	Extirpación de la mama con vaciamiento ganglionar axilar. Alta en buenas condiciones.
7. Isabel Guerrero y Sosa 10/05/1924 -	50, B. Quito	Cáncer de mama con compromiso ganglionar.	
8. Amalia Muñoz G. 29/01/1924 - 08/03/1924	38, B. Chilligallo	Cáncer de mama derecha.	Extirpación de la mama y ganglios subyacentes. Pide alta. Mejor
9. Victoria España 30/07/1923 - 26/08/1923	58 Quito	Cáncer ulcerado de mama	Extirpación mamaria y vaciamiento ganglionar. Falleció.
10. Josefa Vaca 24/12/1921 -	60	Úlcera cancerosa en el seno izquierdo.	Pidió el alta.
11. Rosa Andino 12/12/1923 - 02/01/1924	25, M.	Cáncer de seno.	Solicita el alta.
12. Diocelina R. Arroba 24/10/1922 - 10/12/1922	47, B. Machachi	Cáncer de seno	Extirpación mamaria: Dr. Villavicencio. Evolución satisfactoria.

13. Rosa Garzón de Proaño 24/10/1922 - 10/12/1922		Fue operada hace un año por carcinoma del seno, se ha reproducido en mismo punto de la cicatriz con desarrollo de ganglios axilares y del borde del pectoral mayor. Cáncer de seno con compromiso ganglionar	Extirpación total del seno con vaciado de la axila. Al día siguiente se le quitan los puntos de sutura y en el punto de implantación del neoplasma se le hace aplicaciones de rayos X. Dr. Villavicencio, Dr. Montero, Sr. C. Pólit, cloroformo Sr. Bustamante. Alta Mejor.
14. Lucila Burbano de Campuzano 08/08/1922 - 17/08/1922	32, B. Manabí QQ.DD.	Cáncer de seno izquierdo	Extirpación del seno y del paquete ganglionar de la axila: Dr. Villavicencio, Dr. Campuzano y el Dr. Montero C. Cloroformo el Sr. JF Arellano P. Pide alta. Sale bien.
15. Rosa Flores 4/5/1924 -	60, B. Quito	Hace 12 años fue operada en Latacunga de tumor en el seno. Quedó bien. Al año y medio de la operación notó una tumoración en la axila izquierda, creció y supuró hace 15 días. Tumor axilar secundario a tumor del seno.	Se le vacía la axila y todas las masas de neoformaciones ulceradas: Dr. Pólit, el interno y el Sr. Alzamora el 7 de mayo de 1924.

Razas: B: blanca; M: Mestiza; I: Indígena.

Tumores de ovario

Hubo 6 pacientes con tumoraciones de los ovarios. Unos quísticos, otros con diferentes aspectos macroscópicos. Uno con degeneración cancerosa y otro con manifestaciones miomatosas. También hubo otro caso que al quiste de ovario acompañó una metritis "Tabla 16".

Una de las pacientes falleció. María Vizuete de Sánchez, de 38 años de edad, tuvo un quiste de ovario. Ingresó dos veces. En la primera le diagnosticaron el quiste de ovario y en la segunda fue operada. Luego del primer ingreso recibió el alta para mejorar su estado general, previa la cirugía. Mejoró y reingresó. Se realizó la cirugía en la que se encontró un mioma del ovario derecho con dos incrustaciones calcáreas y pequeñas cavidades quísticas. El tumor es del tamaño de la cabeza de un niño, estaba adherido al intestino. Consta que "El líquido extraído del quiste mide 16 litros y pesa 15 kilos". Falleció a los 3 meses de su ingreso.

Tabla 16. Historias Clínicas de paciente con tumores de ovario. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nombre, Fecha de ingreso, Fecha de alta	Edad, Raza, Procedencia Ocupación	Características / Diagnóstico	Tratamiento, Condición final
1. Hermelinda López de Salazar 13/06/1922- 28/07/1922	35, M. Quito QQ.DD.	Secreción y metrorragia. Tumor de ovario izquierdo acompañado de metritis y perimetritis.	Reposo. Inyecciones de ergotina, la adrenalina. Tónicos. Abundante secreción mucosa del útero. Curetaje uterino. Alta en buen estado.
2. Rosario Manosalvas Primer ingreso: 04/06/1922 - 14/07/1922 Segundo Ingreso: 22/11/1922 -	50, B. Quito QQ.DD. 51, B.	Estado general muy malo. Tumor ovárico. Reingresa para cirugía de tumor pélvico. Mioma de ovario con dos incrustaciones calcáreas y pequeñas cavidades quísticas.	Deberá mejorar el estado general y regresar para la operación. Alta. El 10 de enero de 1923: Laparotomía: Dr. Villavicencio, Dr. Montero, Sr. C. Pólit, cloroformizador el Sr. L. Alcívar. Se encuentra un mioma del ovario derecho con dos incrustaciones calcáreas y pequeñas cavidades quísticas. El tumor es del tamaño de la cabeza de un niño, estaba adherido a intestino. El 11 y 12 de enero: "la enferma no presenta novedad alguna".

3. Rosa Espinosa	27, I.	Hemorragias de 3 meses de evolución. Quiste de ovario.	Laparotomía: Quiste con numerosas adherencias incluyendo al útero. Se rompió el quiste y sale líquido seroso y luego otro purulento. Fue necesaria la histerectomía.
16/09/1922 -	Quito		Dr. Montero, Sr. JF Arellano, Sr. Ulloa, Cloroformo: Sr. C. Salas.
	Cocinera		
4. Eusebia Gordillo v. Gordillo	45, M. Yaruquí	Quiste de ovario con degeneración cancerosa.	Laparotomía: Dr. Villavicencio, Dr. Salvador, Sr. X. Grijalva, Cloroformo Dr. Delgado: El quiste tiene más o menos litro y medio de líquido sero hemorrágico. La bolsa quística tiene mucha adherencia con los órganos vecinos; se vacía el quiste y se deja un dren intraquístico. En los siguientes días hay un punto de la herida que presenta supuración sero-purulenta. Se realiza tocamientos con nitrato de plata, sin embargo, continúa una secreción purulenta fétida. Se da paso a la sala Sta. Rosa. Mejor
25/03/1922 - 05/06/1922	Lavandera		
5. Manuela Bracero Arturo	20, B.	Quiste del ovario derecho.	Laparotomía: Dr. Villavicencio, Dr. A. Terán, Srs. A. Granja, N. Cortez Donoso, Cloroformo: Sr. Miguel Iturralde. Se comprueba el diagnóstico, el quiste está lleno de un líquido blanquizco, seroso, de aspecto gelatinoso. Alta en buen estado.
03/002/1922 - 13/3/1922	Ibarra Costurera		
6. María Vizuete de Sánchez	38, M.	Quiste de ovario, estreñimiento.	El líquido extraído del quiste mide 16 litros y pesa 15 kilos. Después de la operación se administran 500 cc. de suero adrenalizado por dos ocasiones. Luego se realizan curaciones, lavado gástrico con bicarbonato y administración de 1000 cc. de suero con cafeína. Ruibarbo, teobromina, agua lactosada, jugo de frutas y enemas purgantes. El 10 de marzo se queja de dolor abdominal, anorexia. En los días siguientes la enferma continúa en estado muy delicado, el pulso es débil, hay anorexia y vómito de todos los alimentos ingeridos. Está disneica, muy enflaquecida, Se suspende toda la medicación. Falleció.
07/02/1922 -02/05/1922	Lasso		
	Cocinera		

Razas: B: blanca; M: Mestiza; I: Indígena.

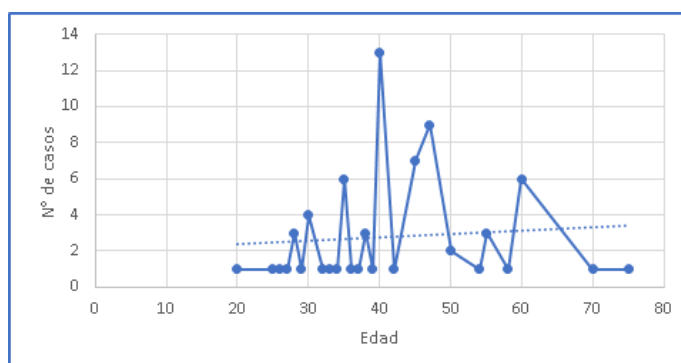
El cáncer cérvico uterino y de mama en el HSJD

Los casos de neoplasias ginecológicas en los que se registró la edad de las pacientes fueron 72, como se observa en la “Tabla 17” y en la “Figura 3”. El rango de edad para su presentación es amplio, entre 20 y 75 años. La mayor concentración de casos se dio a partir de los 40 años de edad, con varios picos de frecuencia hasta los 60 años de edad. El promedio de edad fue de 41,5 años de edad, en coincidencia con el pico de mayor frecuencia de todas las tumoraciones. La línea de tendencia es discretamente ascendente en función de la edad, en forma más evidente a partir de los 40 años de edad.

Tabla 17. Distribución de los casos de tumores ginecológicos por edad. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Edad	Número de casos	Edad	Número de casos
20	1	39	1
25	1	40	13
26	1	42	1
27	1	45	7
28	3	47	9
29	1	50	2
30	4	54	1
32	1	55	3
33	1	58	1
34	1	60	6
35	6	70	1
36	1	75	1
37	1	Total	72
38	3	Edad promedio	41,5

Figura 3. Distribución de casos de tumores ginecológicos por edad. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925



Los tumores ginecológicos

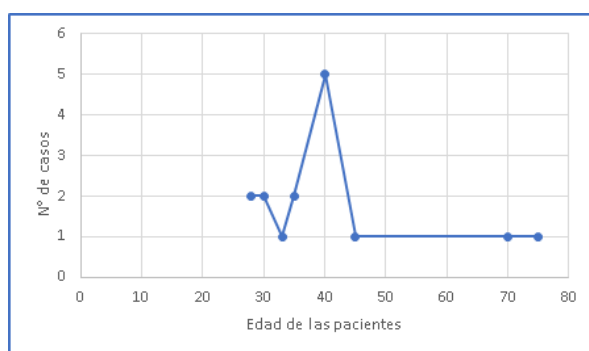
Es significativo el mayor número de pacientes con cáncer cérvico uterino entre las neoplasias ginecológicas. La gravedad del problema se refleja en la mortalidad por esta causa, con 15 decesos. Con cáncer de mama fallecieron 2 mujeres y con tumoraciones ováricas una paciente.

Las mujeres que fallecieron con cáncer cérvico uterino en su mayoría fueron menores de 45 años de edad, aunque hubo mujeres jóvenes de 28 y 30 años. El mayor número de defunciones se registró a los 40 años de edad, en coincidencia con el promedio de edad, con un rango entre 28 a 75 años. La “Tabla 18” y la “Figura 4” presentan el detalle de la edad de estos decesos.

Tabla 18. Edad y defunciones por cáncer cérvico uterino. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Edad en años	Número de defunciones
28	2
30	2
33	1
35	2
40	5
45	1
70	1
75	1
Total	15

Figura 4. Edad y defunciones por cáncer cérvico uterino. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925



Con cáncer de mama fallecieron 2 mujeres, de las 15 pacientes que tuvieron esta neoplasia. La una fue de 45 años y la otra de 58 años de edad.

Hubo 6 mujeres con cáncer de ovario. Una de ellas falleció a los 38 años de edad.

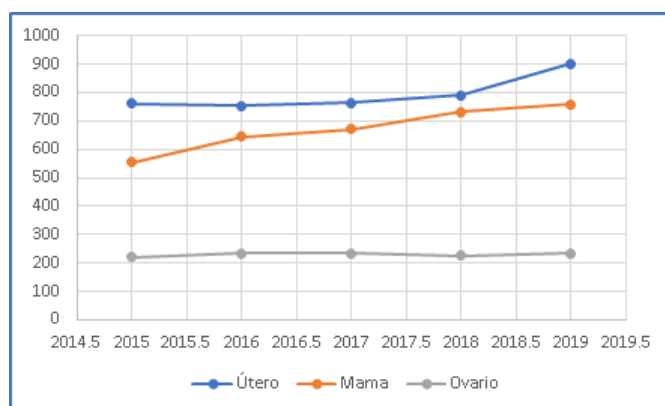
La mortalidad por tumores ginecológicos en el Ecuador contemporáneo mantiene igual orden de frecuencia: útero, mamas y ovarios. En los últimos cinco años el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), presenta en el primer lugar a las tumoraciones uterinas, seguidas de las de mama con relativamente poca diferencia entre ellas. A mayor distancia se encuentran las tumoraciones de ovario. Se observa un incremento moderado en las cifras consignadas entre los años 2015 y 2019, como se observa en la “Tabla 19”.

Tabla 19. Cifras totales de defunciones por tumores malignos ginecológicos (2015 – 2019) Ecuador.

Año	Útero	Mama	Ovario
2015	761	555	221
2016	752	645	234
2017	765	672	235
2018	790	733	227
2019	902	759	233

Nota: Datos tomados de *Registro Estadístico de Ecuador*, de Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2022 (<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>). Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Intenacional.

Figura 4. Evolución de las defunciones por tumores malignos ginecológicos, 2015 - 2019 en Ecuador.



Nota: Datos tomados de *Registro Estadístico de Ecuador*, de Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2022 (<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>). Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Intenacional.

En lo que se refiere al cáncer de mama, se conoce que, en la actualidad en algunos países, tiene una frecuencia de presentación y letalidad superior al cáncer cérvico uterino.

Felicia Marie Knaul señala que, desde 2006, la mortalidad por cáncer de mama en México excede a la mortalidad producida por el cáncer cérvicouterino. Como posibles factores explicativos de este cambio epidemiológico se menciona: un menor número de embarazos y embarazos a edades más tardías; disminución de la lactancia materna; el uso de la terapia de reemplazo de hormonal; factores de riesgo ambiental; y cambios en los hábitos alimenticios. El descenso de las tasas de cáncer cérvicouterino, podría relacionarse con un mayor número de programas de tamizaje y tratamiento, la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la cobertura de la educación para la salud. Las tasas del cáncer de mama se han elevado en tanto que las de cáncer cérvicouterino han descendido, y por el otro, hoy en día el cáncer de mama, y no el cáncer cérvicouterino, es el causante de mayor número de muertes en total entre las mujeres mexicanas. Además, el cáncer de mama afecta tanto a mujeres jóvenes como a mujeres de mayor edad y una gran proporción de este padecimiento en los países en desarrollo –en muchos hasta 50%– ocurre en mujeres menores de 54 años. Menciona también que:

el cáncer de mama afecta tanto a mujeres de ingresos altos como a mujeres menos favorecidas, pese a que el cáncer cérvicouterino es todavía más común en este último grupo. Por consiguiente, las mujeres de menores recursos enfrentan una doble carga: un elevado riesgo de contraer y morir por los dos tipos de cáncer. Esto se debe, en esencia, a la falta de opciones de prevención (en el caso del cáncer cérvicouterino) y de detección y tratamiento oportuno para ambos cánceres. (Knaul et al., 2009, p. s341)

El Registro Nacional de Tumores, creado en 1984 por el Dr. Fabián Corral Cordero, quien creo también conjuntamente con SOLCA, el servicio de Histopatología y Citología del Hospital San Juan de Dios de Quito, en la década de 1960, ha recolectado, procesado, analizado y divulgado periódicamente la información de los casos nuevos de cáncer diagnosticados en la ciudad de Quito, Ecuador durante las últimas tres décadas.

Al analizar la tendencia de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer durante el periodo 1985-2013 se evidenciaron importantes variaciones en la evolución del cáncer en Quito. Se determinó “un descenso de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino y estómago”. Se verificó “un incremento de las tasas de cánceres de mama y colon-recto”. Asimismo, “es notorio el crecimiento de la tasa de incidencia de cáncer de tiroides en mujeres. El cáncer de pulmón se incrementó en las mujeres, en tanto que en los varones sus valores se mantuvieron estables” (Corral-Cordero, et al., 2018, p. 35).

Jorge García Regalado estudió la situación epidemiológica del cáncer cérvico uterino en Ecuador 2020. Este trabajo menciona que en el Ecuador se diagnostican un poco más de 1.600 nuevos casos de cáncer cervical cada año (datos estimados para el 2018) y representa la segunda causa de muerte por cáncer, en mujeres entre los 20 y 69 años de edad (García et al., 2021). Menciona también que el Ecuador ocupa la séptima posición, después de Chile, entre los países con mayor prevalencia de cáncer cérvicouterino de la región. “En el año 2014, el Ecuador presentó su pico más alto de muertes por esta enfermedad, representando la primera causa de muerte por cáncer, superando al cáncer de mama en un 4 % y estómago en un 0,5 %” (García et al., 2021, p. 3).

El cáncer ginecológico, de útero, cuello uterino y ovario, es la tercera causa de cáncer en la mujer en Europa, por detrás del cáncer de mama y el cáncer colorrectal, y la tercera causa de muerte por cáncer tras el cáncer de mama y cáncer de pulmón (González-Martín, 2015). Para mejorar la morbilidad y mortalidad de estas patologías se requiere implementar medidas preventivas disponibles en la actualidad, especialmente con relación al cáncer de cuello uterino. Además, es importante el diagnóstico precoz, la aplicación de la mejor terapéutica con la participación de equipos multidisciplinares especializados, y el conocimiento de las alteraciones moleculares de estas enfermedades, como base para el desarrollo de terapias personalizadas y eficientes. “La edad media de presentación está en torno a los 50 años y solo el 10% de los casos ocurren en pacientes de más de 75 años. De hecho, en la franja de edad de los 15 a los 44 años es la segunda causa de cáncer en la mujer por detrás del cáncer de mama” (González-Martín, 2015, p. 237).

En Cuba, según el Anuario Estadístico de Salud 2013, en el año 2010, de acuerdo con su incidencia, el cáncer de piel era la primera causa de muerte para ambos sexos. En las mujeres, en segundo lugar, se ubicaba el cáncer de mama, en tercer lugar, el cáncer de pulmón y en cuarto lugar el cáncer de cuello uterino. En 2013, para las mujeres, la primera causa de mortalidad por cáncer correspondió al de pulmón. El segundo puesto lo ocupó el de mama, el tercer puesto fue para el cáncer de colon, el cuarto puesto correspondió al cáncer en otras partes del cuerpo uterino. En el quinto sitio se encontraba el de cuello uterino en las mujeres (ECancer, 2014).

En el Departamento de Nariño y subregiones del extremo sur de Colombia, limítrofe con Ecuador, la carga de cáncer a partir del indicador Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) en el año 2010, “destacan la emergencia de los tumores de estómago, cuello uterino, mama, próstata, colon y recto, tráquea/bronquios/pulmón, benignos, las leucemias y linfomas, asimismo una suma importante de años de vida perdidos por muerte prematura y de predominio en mujeres” (Rocha-Buelvas et al., 2014).

Actualmente en el Perú,

el mayor porcentaje de los diagnósticos de cáncer se realiza cuando la enfermedad se encuentra en etapa avanzada, alcanzando el 75% de los casos diagnosticados. Este hecho conlleva a una menor probabilidad de curación, menor calidad de vida, un costo de tratamiento mayor y una elevada mortalidad. La pobreza es un factor que se relaciona con esta detección tardía del cáncer, debido a las dificultades de acceso a los servicios de salud, a una escasa cultura de prevención, a la fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, al bajo nivel de educación, entre otros. (Salazar et al., 2013, p. 106)

Los datos anteriores evidencian que la situación sanitaria y de educación de la población del país en el contexto de su situación socioeconómica y cultural es la responsable de la incidencia y prevalencia contemporánea del cáncer cérvicouterino sobre el cáncer de mama, en forma similar a lo que sucedía en el Hospital San Juan de Dios en el período 1920-1925. La excepción documentada por Fabián Corral Cordero y colaboradores (2018) para la incidencia de tumores en la ciudad de Quito, no puede ser extrapolada al contexto nacional por las significativas diferencias socioeconómicas y culturales con la ciudad de Quito. En general, según los indicadores sociales, el Ecuador no ha alcanzado mínimos niveles de desarrollo que le permitan presentar una frecuencia en algo semejante a la de países con mejores niveles sociosanitarios.

Por el contrario, desde la época de este estudio, la pobreza y las brechas sociales en salud, educación, trabajo, modo de vida y medio ambiente, se han profundizado con el crecimiento poblacional y las políticas que relegan el desarrollo humano y social equitativo a un plano secundario y espontáneo, en medio de las dificultades propias de la inequidad social para las mayorías.

Los determinantes sociales definen la morbilidad y mortalidad por cáncer uterino. Su disminución es fruto del desarrollo social, humano y sanitario de un país, gracias a la aplicación de estrategias preventivas y de diagnóstico precoz en el primer nivel de la Atención Primaria de Salud, seguida de terapéuticas efectivas y eficaces, basadas en evidencias científicas, que permitan reducir el impacto letal de estas patologías.

Conclusiones

Hubo 123 casos de tumores atendidos en el servicio de Clínica Quirúrgica (1920-1925) del HSJD, 116 pacientes fueron mujeres y 7 hombres.

La mayoría de casos correspondieron a tumores ginecológicos: cérvico uterino primero, luego mama y posteriormente ovario. Los demás tumores fueron los osteoarticulares, tumores abdominales, de cuello y dérmicos y del aparato urinario.

La mayor parte de pacientes estuvo en un rango de 7 a 90 años de edad, con una mayor concentración entre 31 a 40 años de edad con 33 casos. Luego afectó a pacientes de 41 a 50 años y posteriormente afectó a pacientes de 19 a 30 años. Por tanto, en el rango de 19 a 50 años hubo 84 casos de tumoraciones.

La mortalidad, de 25 de las 123 personas con tumoraciones, determinó una letalidad de 20,3%, 5 veces más alto que la mortalidad general que alcanzó 4,1% en los 1.437 pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica.

La mayor parte de pacientes provenían de la provincia de Pichincha, con algo más de la mitad de pacientes. Fueron 40 de Quito y 24 de localidades cercanas. Los demás pacientes provenían de provincias de la sierra central, 4 de la costa y 2 de Colombia.

Usualmente, las pacientes realizaban tareas relacionadas con el hogar y actividades correlativas. Hubo algunas trabajadoras del campo y varios artesanos. No registró la ocupación de 87 pacientes.

Se conservó la distribución racial de los pacientes, con una mayoría de pacientes de "raza" mestiza, seguidos de blancos, indígenas, dos negras y 36 sin registro.

La estadía hospitalaria de los pacientes con cáncer tuvo un rango de 1 a 253 días. El promedio fue de 40,5 días, en los 69 pacientes en los que se contó con las fechas de ingreso y egreso.

La información sobre la condición final de los pacientes es limitada. Hubo 27 pacientes con el alta y 15 que solicitaron el alta. No se conoce su estado de salud al momento del alta. Cinco pacientes fueron transferidas a otros servicios y 25 fallecieron.

El mayor número de las pacientes con neoplasias fueron múltiparas, con un rango de 5 a 10 embarazos.

El cáncer cérvico uterino fue más frecuente en pacientes múltiparas.

El cáncer de mama fue prevalente en pacientes con una gestación.

El cáncer de ovario y vulva se presentaron en grandes múltiparas.

Los pacientes fallecidos tuvieron, en su mayor parte, entre 30 y 40 años de edad, seguidos de los pacientes de 45 a 58 años. Estos dos grupos sumaron 18 de los 25 casos de decesos.

El tratamiento principal de los casos de cáncer o tumoraciones fue quirúrgico, con utilización de medicamentos como: adrenalina, ergotina, antiflogistina, inyecciones de heroína, tártaro emético, yodo tónico bifosfatado, licor amoniacal al interior, tónicos, colagogos, guataplasmas lavados vaginales y de heridas con permanganato.

El tratamiento, en algunos casos, incluyó aplicaciones de rayos X.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: ablación quirúrgica del tumor y en algunos casos de los ganglios periféricos, aparato de yeso, colecistectomía, curetaje, laparotomía y aplicación de puntas de fuego.

El cáncer cérvico uterino prevalecía en incidencia sobre el cáncer de mama, en el servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD (1920-1925). Igual situación sucede actualmente en la mayor parte del Ecuador.

Los condicionantes sociales son los que definen la morbilidad y mortalidad por cáncer uterino. Su disminución es fruto del desarrollo social, humano y sanitario de un país, gracias a la aplicación de estrategias preventivas y de diagnóstico precoz en el primer nivel de la Atención Primaria de Salud, seguida de terapéuticas efectivas y eficaces, basadas en evidencias científicas, que permitan reducir el impacto letal de estas patologías

La pobreza y las brechas sociales en salud, educación, trabajo, modo de vida y medio ambiente, se han profundizado con el crecimiento poblacional y las políticas encaminadas al crecimiento social, que relegan el desarrollo humano y social equitativo a un plano secundario y espontáneo, en medio de las dificultades propias de la inequidad social para las mayorías.

Por tanto, la situación sanitaria y de educación de la población ecuatoriana en el contexto de su situación socioeconómica y cultural es la responsable de la incidencia y prevalencia contemporánea del cáncer cérvicouterino sobre el cáncer de mama, en forma similar a lo que sucedía en el Hospital San Juan de Dios en el período 1920-1925 y muy distinta a lo que sucede en México, Cuba.

CAPÍTULO XXI

Patología de pared abdominal

La patología de la pared abdominal afectó a 80 pacientes, 41 hombres y 39 mujeres. Las hernias, de diferentes tipos, fueron mayoría. Solamente 4 casos no tuvieron como diagnóstico hernia, y correspondieron a dos quistes abdominales, una ruptura de la pared abdominal y una eventración en la línea media. “Tabla 1”.

Tabla 1. Patología de la pared abdominal. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Patología	Número
Hernia inguinal (una con testículo tumoral, otra con tuberculosis del epidídimo y una recidivante)	49
Hernia umbilical (una durante un embarazo, otra con apendicitis)	7
Hernia epigástrica (una con absceso hepático)	6
Hernia crural (una estrangulada)	5
Hernia inguinal estrangulada (una con inclusión del apéndice en el saco herniario)	5
Hernia de epiplón	2
Hernia umbilical estrangulada	2
Quiste abdominal (uno de 1.659 g, en su interior tiene unto sebáceo y un mechón de cabellos)	2
Ruptura de la pared abdominal produciéndose un ano contra natura	1
Eventración en la línea media	1

En los varones los diagnósticos registrados fueron: 45 hernias inguinales, 5 hernias epigástricas y 1 hernia crural.

En las mujeres los diagnósticos fueron más variados: hernia inguinal 18, hernias inguinales derecha e izquierda 1, hernia umbilical 6, hernia crural 3, hernia crural estrangulada 1, hernia de epiplón 2, hernia supraumbilical 1, hernia umbilical y apendicitis 1, hernia umbilical estrangulada (una con embarazo) 2, quiste abdominal 2, ruptura de la pared abdominal produciéndose un ano contra natura 1 y eventración en la línea media 1.

Características de los pacientes con patología de la pared abdominal

Edad

El rango de edad de estos pacientes fue de 7 meses y 70 años de edad “Tabla 2”.

Tabla 2. Edad de los pacientes con patología de la pared abdominal. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Edad en años	Número de pacientes
0 a 12	5
15 a 20	5
21 a 30	22
31 a 40	15
41 a 50	15
51 a 60	14
61 a 70	3
Sin registro	1
Total	80

La mayor incidencia de estas patologías se ubicó entre 21 y 30 años, aunque existe un grupo significativo de pacientes con edades entre 31 y 60 años de edad.

A continuación, se presentan los registros clínicos de los pacientes que tuvieron las edades extremas de este grupo.

Lactante de 7 meses con hernia inguinal estrangulada

Luis Espino fue el niño de menor edad. Tenía 7 meses de edad, raza mestiza, residente en Quito. Ingresó el 18 de julio de 1922 y salió el 29 de ese mes. Ingresó con su madre, Margarita Baquero. ENFERMEDAD ACTUAL: Presentaba vómito en repetidas ocasiones, la última vez dos horas antes de la cirugía. En anteriores ocasiones la hernia se había estrangulado y fue posible su reducción manual. Esta vez intentó la reducción el Dr. Ángel Modesto Bayas, pero sin resultado. EXAMEN FÍSICO: El niño está pálido, poco robusto, seguramente debido a los estorbos de la hernia que limitaban sus expansiones infantiles. DIAGNÓSTICO: Hernia inguinal congénita en la ingle derecha, la cual se había estrangulado 24 horas antes. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Se realizó la operación según la técnica de Bassini. Se encontró como contenido de la hernia el ciego y el apéndice que por resbalamiento habían bajado al saco. Éste contiene también alguna cantidad de exudado. El saco fue cortado por circuncisión, cerrando con catgut sus dos anillos: el abdominal y el vaginal, ya que se dejó la parte terminal solo por terminar pronto la operación. Anotemos que empezaba a formarse un bosquejo de espacio en el anillo de estrangulación que correspondía a una parte del ciego. Los planos fueron cerrados “enterrando el cordón”. La operación duró 30 minutos. Intervinieron los doctores. Villavicencio y Estupiñán. Se principia la anestesia general con cloroetil y se continúa con cloroformo administrados por el Dr. JF Arellano P. CONDICIÓN FINAL: El 24 de julio se abre el apósito, la herida está perfectamente cicatrizada, se le quita los puntos de sutura. Alta el 29 de julio de 1922 en buenas condiciones.

Pacientes con 70 años de edad

Hubo dos pacientes con 70 años de edad: **Cecilia Quezada**, de 70 años, con diagnóstico de hernia inguinal derecha. Luego de herniorrafia con anestesia local, salió bien. **Espíritu Redrobán de Padilla**, de 70 años, con hernia inguinal derecha estrangulada. Luego del tratamiento quirúrgico, salió bien.

Procedencia

Como se observa en la “Tabla 3”, la mayoría de pacientes eran de Quito y localidades cercanas de la provincia de Pichincha. Recibieron atenciones pacientes de 4 provincias más, y hubo 11 pacientes sin registro de procedencia.

Tabla 3. Procedencia de los pacientes con patologías de la pared abdominal. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Provincia	Localidad	Nº de pcts.	Provincia	Localidad	Nº de pcts.
Pichincha	Quito	39	Pichincha (Continuación)	Sta. Rosa	1
	La Magdalena	3		Turubamba	1
	Machachi	2		Latacunga	2
	Calacalí	1	Cotopaxi	Saquisilí	1
	Chillogallo	1		Tanicuchí	1
	Conocoto	1	Tungurahua	Ambato	7
	Cumbayá	1		Pelileo	1
	Pifo	1		Quero	1
	Puembo	1		Chimborazo	Pasa
	San Antonio	1	Carchi	Tulcán	1
San José de Minas	1	Sin registro		11	
Total					80

Ocupación

Un número significativo de pacientes realizaba ocupaciones que requerían la utilización de la fuerza, como en el caso de agricultores y carpinteros. Hubo pacientes con otras ocupaciones “Tabla 4”.

Tabla 4. Ocupación de los pacientes con patología de la pared abdominal. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Ocupación	Hombres	Mujeres	Ocupación	Hombres	Mujeres
Agricultor	14	1	Hermano Lazarista	1	
Carpintero	5		Jornalero	1	
Sirviente	1	5	Lactante menor	1	
Escolar	4		Molinero	1	
Zapatero	3		Preceptor de S.P.	1	
Cocinera		3	Sastre	1	
Comerciante	2	1	Telegrafista	1	
Albañil	1		Planchadora		1
Arriero	1		Profesora		1
Cochero	1		QQ.DD.		1
Empleado	1		Vivandera		1
Frutero	1		Sin registro		25
Total				41	39

Raza

Se ha aplicado la categoría racial en 27 pacientes. De éstos, 25 corresponden a mujeres y solamente dos a varones. La “Tabla 5” presenta la distribución por “razas” en forma completa.

Tabla 5. Distribución por “Razas” de los pacientes con patologías de la pared abdominal. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

“Raza”	Número de pacientes
Mestiza	14
Blanca	8
Indígena	4
Negra	1
Sin registro	53
Total	80

Estadía hospitalaria

En estos pacientes la estadía tuvo un rango de 5 a 95 días, con un promedio de 27,4 días de permanencia intrahospitalaria “Tabla 6”.

Tabla 6. Permanencia hospitalaria por patologías de la pared abdominal. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Permanencia en días	Nº de pacientes
5 a 14	12
15 a 20	16
21 a 30	11
31 a 40	9
41 a 50	6
59 a 95	4

Condición final

De acuerdo con los registros, la gran mayoría de los pacientes recibió el alta y salió en buenas condiciones, lo cual se calificó como: curación, sale bien, evolución satisfactoria o mejor “Tabla 7”.

Considerando las condiciones generales del manejo quirúrgico y hospitalario de la época, fue un éxito el trabajo realizado. Incluye la cirugía exitosa del lactante de 7 meses de edad, con una cirugía compleja y un delicado procedimiento anestésico, entonces, de alto riesgo. Es igualmente significativa la cirugía de los pacientes de 70 años de edad. Uno sometido a una herniorrafia con anestesia local y otro, operado exitosamente de una hernia inguinal estrangulada.

La estadía hospitalaria fue relativamente corta, en medio de la lucha contra las infecciones, que era la complicación más frecuente de los procedimientos quirúrgicos, en la era pre antibiótica.

Una persona falleció, **Carmen Pozo**, de 21 años de edad. Luego de la herniorrafia se infectó la herida. Estaba embarazada, se produjo un aborto y murió. Su caso se expone a continuación.

Tabla 7. Condición final de los pacientes con patología de la pared abdominal. Servicio de Cirugía Clínica. HSJD 1920-1925

Condición final	Nº de pacientes
Curación, sale bien, evolución satisfactoria o mejor	66
Pide el alta	2
Regresará para herniorrafia	1
El 28 de marzo de 1923 regresa al Hospital al haberse presentado dolores en el vientre y secreción vaginal. Se encuentra en el fondo de la vagina un coco, el que ha sido la causa de la supuración; extraído el cuerpo extraño se le practican lavados vaginales. Sale sana el 31 de marzo de 1923.	1
Luego de la cirugía aparece a los 5 días un gran plastrón en la región apendicular. Lo último que se menciona es que se aplica hielo.	1
Murió	1
Sale de la sala sin avisar	1
Sin registro	7
Total	80

Personal médico que atendió a los pacientes con patología de la pared abdominal

Es evidente el proceso jerárquico y de docencia que se ejecutaba, con un número significativo de estudiantes que intervenían en la atención hospitalaria en calidad de internos ayudantes de las cirugías o en la administración de la anestesia. En el control pre y posoperatorio de los pacientes. Constan en los registros los siguientes doctores, licenciados y señores: Dr. Eustorgio

Salgado, Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Augusto Estupiñán, Dr. Monstro Carrión, Dr. Arturo Terán, Dr. Carlos Pólit, Dr. Miguel Iturralde R., Dr. Calderón, Dr. N. Montalvo, Sr. Lcdo. Juan Pablo Sanz y Sr. Lcdo. Tarquino Navas. Sr. Loayza, Sr. Cevallos, Sr. Alfonso Villagómez R., Sr. Enrique Troya, Sr. Rueda, Sr. Alcívar, Sr. N. Sarrade, Sr. N. Ulloa, Sr. Benavides, Sr. Alfonso Cobo, Sr. Carlos Alvear, Sr. Enrique Delgado, Sr. Luis Eduardo Alzamora, Sr. Julio León, Sr. Enrique Secundino Rivadeneira, Sr. Albornoz, Sr. Carrillo, Sr. Eladio García, Sr. Torres, Sr. Arregui, Sr. Peñaherrera, Sr. Alfonso Mosquera, Sr. L. Vela y Sr. Calderón.

Nombres de los pacientes con patología de la pared abdominal

Mujeres: Ana María Guerra, Ana Valencia, Antonia López, Carmen Pozo (sordomuda), Carmen Vela, Cecilia Quezada, Dolores Donoso de Morales, Espíritu Redrobán de Padilla, Felicidad Flores, Fermina Velastegui, Fidelina Sánchez de Calderón, Florencia Arizaga, Hermana Ángela Jaramillo, Ignacia Arequipa, Isabel Miño, Isabel Miño, Isabel Tapia, Josefina Cornejo, Juana Flores, Lorenza Chimbo, Magdalena Lugumaña, María Cargua, María Enríquez, María Luisa Bustamante, María Morales, María Trinidad Gutiérrez, María Velasco de Velásquez, María Zapata, Mercedes Victoria Castro, Rosa Arroyo, Rosa Avilés de Salazar, Rosa E. Ortiz de Naranjo, Rosa María Estrella, Rosalía Chávez, Rosalía Espín, Teresa Vizcaino, Zoila C. Barreto y Zoila M. Albán.

Hombres: Alejandro Ruales, Andrés Carrillo, Andrés Villacís, Antonio Donoso, Antonio Egas, Carlos Hidalgo, Celedonio Soria, César Ignacio Puebla, Cristóbal Freire, Daniel Chávez, Francisco Puebla, Jorge Miranda, José Chávez, José M. Muela, José Navarrete, José Tello Sánchez, Juan Guerrero, Juan J. Moncayo, Juan Lizano, Julián Romero, Leonidas Espinosa, Luis Beltrán Baquero, Luis Cruz, Luis J. Egas, Luis Rosero, Manuel Hidalgo, Manuel Lalama, Manuel M. Jácome, Mariano Vargas, Pedro A. Narváez, Pedro Amable Peña, Pedro F. Arroba, Plácido Herrera, Rafael Muñoz, Rafael Villavicencio, Ricardo Loza, Rodolfo Rojas, Segundo Viteri, Teodoro Pullas, Timoleón Pillajo y Víctor Espino.

Historias Clínicas de los pacientes con patología de la pared abdominal

En la "Tabla 8" se presentan en forma sintética las Historias Clínicas de los 80 pacientes, mujeres y varones, del servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD (1920-1925) con patología de la pared abdominal.

Tabla 8. Síntesis de Historias Clínicas. Patología de la pared abdominal. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nombre / Ingreso / Egreso	Edad, Raza, Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
1. Juan Lizano 04/03/1920 - 07/06/1920	32, M Quito Zapatero	Hernia inguinal izquierda. Cirugía: Dr. Villavicencio ayudado por el Licenciado Sojos y el Sr. Loor. Cloroformo: Sr. Luis Bustamante. Alta por curación.
2. Ana María Guerra 27/05/1920 - 01/06/1920	12, I. La Magdalena Sirviente	Hernia inguinal derecha. Cirugía: Dr. Villavicencio y Dr. Salvador. Cloroformo: Sr. R Terán. Ayudante: C Bustamante. Alta, sale curado
3. Carmen Vela 12/04/1921 - 23/04/1921	23, Saquisilí Comerciante	Hernia Inguinal. Diuréticos y lavados. Alta
4. Lorenza Chimbo 25/04/1921 - No registra	40 Ambato	Hernia de epiplón. Pidió el alta.
5. Zoila M. Albán 05/08/1921 - 30/08/1921		Hernia inguinal. Cirugía: Drs. Estupiñán y Salvador, y Sr. Vinueza. Cloroformo: Abel Alvear y Dr. Villavicencio. Alta.

6. Isabel Tapia 04/02/19221 - 09/02/1922	38, I. Quito, Sirviente	Hernia crural. Cirugía: Dr. Villavicencio., Dr. A. Salvador, Dr. Montero. Éter: Sr. Delgado. Bien
7. María Zapata 07/02/1922 - 16/03/1922	45, B Quito Planchadora	Hernia umbilical. Operación: Dr. Villavicencio, Dr. A. Salvador, Dr. Montero, Sr. Delgado, Cloroformo Sr. L. Ponce. Bien.
8. Ignacia Arequipa 25/02/1922 - 13/04/1922	32, B. Ambato Profesora	Hernia inguinal derecha. Cirugía: Dr. Villavicencio, Dr. J. Montero, Dr. A. Terán, Clorof.: J.F. Arellano. Bien.
9. Magdalena Lugumaña 06/06/1922 - No registra	40, I. La Magdalena Vivandera	Hernia inguinal izquierda. Cirugía: Dr. Villavicencio, Sr. Arellano, Sr. G. Arcos., Cloroformo el Sr. M. Ribadeneira. La herida está perfectamente suturada
10. Víctor Espino 18/07/1922 - 29/07/1922	7 meses, M. Quito, Lactante menor	Hernia inguinal derecha. Operación según la técnica de Bassini. Se encontró como contenido de la hernia el ciego y el apéndice que por resbalamiento habían bajado al saco. Éste contiene también alguna cantidad de exudado. El saco fue cortado por circuncisión, cerrando con catgut sus dos anillos: el abdominal y el vaginal, ya que se dejó la parte terminal solo por terminar pronto la operación. Anotemos que empezaba a formarse un bosquejo de espacio en el anillo de estrangulación que correspondía a una parte del ciego. Los planos fueron cerrados "enterrando el cordón". La operación duró 30 minutos. Dr. Villavicencio y Dr. Estupiñán. Se principia la anestesia general con cloroetilo y se continúa con cloroformo administrados por el Dr. JF Arellano P. 24-julio: se abre el apósito, la herida está perfectamente cicatrizada, se le quita los puntos de sutura.
11. Carmen Pozo (sordomuda) 11/08/1922 - 28/08/1922	21, M. Quito Cocinera	Hernia Inguinal. 18-8-1922: Practica la operación el Dr. Villavicencio. Ayudan el Dr. Terán y Sr. Jácome. Administra la anestesia el Dr. J. Montero: Dentro del saco herniario se encontró el ovario y la trompa de Falopio. Al 4to día fiebre, supura y se forma absceso, se abren los puntos y se ponen compresas calientes en el hematoma. Tiene 38°. 28 de agosto: Ansiedad a las 4 am, malestar y ligera hemorragia genital. Se verifica que hay un aborto. A las 6 am previa anestesia con cloroformo que administra el Sr. Rueda se concluye el aborto haciendo la extracción manual de la placenta el Dr. Montero con ayuda del Dr. Estupiñán. Fallece en la tarde del mismo día.
12. Josefina Cornejo 11/09/1922 - 28/09/1922	38, M. Tulcán Cocinera	Hernia umbilical estrangulada; embarazo. Cirugía: Dr. Estupiñán Ar. Pólit, Sr. J. Sanz; Clorof. Sr. Garcés. En buenas condiciones a pesar de lo avanzado de su embarazo.
13. Espíritu Redrobán de Padilla 25/09/1922 - No registra	25, M. Latacunga Sirviente	Hernia umbilical. Cirugía. Bien
14. NN 13/10/1922 - 23/11/1922	45, M. Quito Cocinera	Quiste abdominal. Laparotomía: gran quiste de ovario derecho de 5 litros de material seroso, cristalino y muy fluido. Se peritoniza y se cierra la pared. El 28 de marzo de 1923 regresa al Hospital al habersele presentado dolores en el vientre y secreción vaginal. Se encuentra en el fondo de la vagina un coco, el que ha sido la causa de la supuración; extraído el cuerpo extraño se le practican lavado vaginales. Sale sana el 31 de marzo de 1923.
15. Rosa Arroyo 05/03/1923 - No registra	50, M. Chillogallo Agricultora	Hernia inguinal estrangulada. Cirugía.
16. Isabel Miño 06/04/1923 - No registra	34 N.	Hernia umbilical. Cirugía.
17. Florencia Arizaga 16/04/1923 - 31/04/1923	29, M. Pueblo	Hernias inguinales derecha e izquierda. Eventración en la línea media. Herniorrafia. Bien

18. Rosa Avilés de Salazar	50, M. Quito	Reparación quirúrgica: se procede a la reducción de la eventración, plano por plano. Dura 30 minutos. A las 10 y 55' se verifica un movimiento sísmico muy fuerte siendo uno de los más grandes en esta ciudad. Bien.
14/05/1923 - 07/06/1923		
19. Hermana Ángela Jaramillo	30, Napo Sirviente	Hernia del epiplón. Herniorrafía. Bien.
18/06/1923 - 16/08/1923		
20. Dolores Dónoso de Morales	25 Quito	Hernia inguinal. Reparación quirúrgica. Bien
03/07/1923 - 01/08/1923		
21. María Trinidad Gutiérrez	42 Quito	Hernia supraumbilical. Reparación quirúrgica. Bien
24/07/1923 - 12/09/1923		
22. María Luisa Bustamante	42 Tanicuchí	Hernia crural estrangulada. Reparación quirúrgica Bien
03/08/1923 - 10/09/1923		
23. María Morales	42, I. San Felipe	Hernia inguinal izquierda. Reposo. Mejor. Pide el alta.
28/09/1923 - 12/10/1923		
24. Teresa Vizcaino	70, B Quito	Hernia inguinal derecha. Herniorrafía con anestesia local por estado general de la paciente. Bien
17/10/1923 - 02/11/1923		
25. Timoleón Pillajo	63, B Quito Agricultor	Hernia inguinal izquierda. Herniorrafía. Curación.
06/11/1923 - No registra		
26. Mariano Vargas	50, Sta. Rosa Agricultor	Hernia inguinal izquierda. Herniorrafía. Bien
04/01/1924 - 15/02/1924		
27. Felicidad Flores	27, B Quito	Hernia inguinal derecha. Herniorrafía. Bien
04/02/1924 - 03/03/1924		
28. José Chávez	24, M Ibarra Agricultor	Hernia inguinal derecha. Herniorrafía. Curación
19/02/1924 - No registra		
29. Cristóbal Freire	22, Quero Agricultor	Hernia inguinal derecha. Herniorrafía. Bien
06/02/1924 - 23/02/1924		
30. Segundo Viteri	60, Machachi Jornalero	Hernia inguinal derecha e izquierda. Aceite de ricino 30 grs. Herniorrafía. Debe regresar para herniorrafía izquierda
06/02/1924 - 08/03/1924		
31. Juana Flores	38, M. Pifo	Quiste abdominal de 1.659 g. En su interior tiene unto sebáceo y un mechón de cabellos. Laparotomía y extracción quirúrgica del quiste pilonidal. Bien
10/02/1924 - 13/03/1924		
32. José Navarrete	25, Calacalí Agricultor	Hernia inguinal izquierda; testículo tumoral. Purgante salino. Primero herniorrafía el 19-02, Luego el 25-03 oforectomía. Bien
18/02/1924 - 06/05/1924		

33. Luis J. Egas 20/02/1924 - 14/03/1924	45, La Magdalena Albañil	Hernia crural. Aceite de ricino al interior; luego de la cirugía persistía supuración mínima en la herida. Se realizaban curas antisépticas. La supuración "casi no hay", Herniorrafía Bien, pero "Huye del servicio saliendo por la Iglesia"
34. Antonia López 25/02/1924 - 13/03/1924	21 Pasa	Hernia crural izquierda. Herniorrafía. Bien
35. César Ignacio Puebla 28/03/1924 - No registra	21, Atuntaqui Arriero	Hernia inguinal derecha. Herniorrafía. Curación
36. Pedro Amable Peña 05/03/1924 - 14/04/1924	52, Quito Carpintero	Hernia inguinal derecha e izquierda y tuberculosis del epidídimo derecho. Aceite de ricino 30 g al interior. Inyección de estricnina 0,001 y otra de esparteína de 0,05. Herniorrafía bilateral y ooforectomía derecha. Epidídimo se encuentra lleno de pus. Bien.
37. María Cargua 25/03/1924 - 25/04/1924	40, M. Quito	Hernia umbilical. Herniorrafía. Bien
38. Rafael Villavicencio No registra - 11/06/1924	56, M. Quito Zapatero	Hernia inguinal izquierda. Herniorrafía. Curación
39. Jorge Miranda No registra - 01/08/1924	23, Machachi Carpintero	Hernia inguinal derecha. Herniorrafía
40. Manuel M. Jácome 04/04/1924 - No registra	50, Ambato Agricultor	Hernia inguinal doble. Aceite de ricino 30 grs. Herniorrafía
41. María Velasco de Velásquez 22/04/1924 - No registra	45, M Quito	Hernia inguinal. Herniorrafía. Evolución satisfactoria
42. Julián Romero 28/04/1924 - 30/05/1924	34, Quito Carpintero	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Una píldora de diomina con terpina. Amoníaco en poción y expectorante para la tos. Herniorrafía. Curación
43. Pedro F. Arroba 06/05/1924 - 20/5/1924	52, Conocoto Comerciante	Hernia inguinal directa izquierda. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación
44. Mercedes Victoria Castro 08/05/1924 - 12/06/1924	45, B Quito	Hernia umbilical estrangulada. Ruibarbo, quinina. Herniorrafía. Bien
45. Rosa María Estrella 12/05/1924 - 15/06/1924	58, B Quito	Hernia inguinal derecha. Herniorrafía. Bien
46. María Enriquez 19/05/1924 - 06/06/1924	40 Quito	Hernia umbilical. Herniorrafía. Bien
47. Antonio Egas 20/05/1924 - 03/06/1924	18, Quito Empleado	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación
48. Rosa E. Ortiz de Naranjo 28/05/1924 - No registra	58 Latacunga	Hernia crural. Herniorrafía

49. Luis Rosero 04/06/1924 - 24/06/1924	46, Quito Sastre	Hernia inguinal derecha (directa interna). Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
50. José M. Muela 06/06/1924 - 04/07/1924	25 San José de Minas Agricultor	Hernia inguinal izquierda. Baño y aseo general; Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
51. Daniel Chávez 21/06/1924 - 06/07/1924	22, No registra Hermano Lazarista	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
52. Teodoro Pullas 25/06/1924 - 10/07/1924	60, Pelileo Carpintero	Hernia inguinal derecha irreductible. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
53. Manuel Hidalgo 09/07/1924 - 23/07/1924	48, Turubamba Agricultor	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
54. José Tello Sánchez 10/07/1924 - 31/07/1924	27, Quito Zapatero	Hernia inguinal izquierda. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
55. Antonio Dónoso 15/07/1924 - 27/08/1924	15, Quito Escolar	Hernia epigástrica. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
56. Plácido Herrera 24/07/1924 - 23/08/1924	54, San Antonio Agricultor	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
57. Alejandro Ruales 26/07/1924 - 15/08/1924	Ambato Escolar	Hernia inguinal congénita derecha. Administración de 20 gramos de maná en lágrimas. Herniorrafía. Curación.
58. Francisco Puebla 13/08/1924 - 12/09/1924	22, Quito Telegrafista	Hernia inguinal derecha estrangulada. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
59. Pedro A. Narváez 13/08/1924 - 01/09/1924	52, B. Quito Preceptor de S.P.	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafía. Curación.
60. Isabel Miño 14/08/1924 - No registra	36, B. Quito	Hernia umbilical, apendicitis. Apendicectomía, Herniorrafía. Luego de la cirugía aparece a los 5 días un gran plastrón en la región apendicular. Lo último que se menciona es que se aplica hielo.
61. Cecilia Quezada 26/08/1924 - No registra	24, B Quito	Hernia inguinal izquierda. Herniorrafía. Evolución satisfactoria.
62. Andrés Villacís 30/09/1924 - 20/10/1924	9, Quito Escolar	Hernia inguinal derecha. Ectopia testicular izquierda. Bocio pequeño. Aceite de ricino 30 g. Baño general, lavados evacuador del intestino. Herniorrafía. No fue posible realizar el descenso testicular por el bocio. Curación.
63. Ana Valencia 15/10/1924 - 28/04/1925	20, M Quito	Hernia inguinal izquierda. Herniorrafía. Bien.
64. Ricardo Loza 18/10/1924 - 16/11/1924	58, Ibarra Agricultor	Hernia epigástrica. Aceite de ricino 30 g. Baño caliente general, Por la noche lavado intestinal glicerinado. Herniorrafía. Bien.

65. Andrés Carrillo	9, Quito Escolar	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafia. Curación.
22/10/1924 - 03/11/1924		
66. Rafael Muñoz	54, Quito Zapatero	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafia. Curación.
22/10/1924 - 03/11/1924		
67. Luis Beltrán Baquero	38 Quito Cochero	Hernia inguinal izquierda. Curación. Sondaje vesical por imposibilidad de orinar. Luego de 5 días de la cirugía tuvo vómito y diarrea, fiebre 38,5 ° y dolor abdominal. Se administró purgante. Presenta diarrea sanguinolenta y con pujos. Se administró emetina. Compuestos opioides con lo que se consigue que cure de la diarrea. A. de r. 40 g. Baño caliente general, Por la noche lavado intestinal glicerinado. Herniorrafia
25/10/1924 - 13/11/1924		
68. Rosalía Chávez	58, Quito QQ.DD.	Hernia inguinal derecha; astenia
13/11/1924 - No registra		
69. Fermina Velastegui	28 Quito	Hernia umbilical
18/11/1924 - No registra		
70. Luis Cruz	40 Ambato Agricultor	Hernia epigástrica y absceso del lóbulo izquierdo del hígado. Emetina 0,02 g. dos veces, a día seguido. Luego punción exploradora positiva. 25-11-: Con el aparato aspirador de Potain, con anestesia local, se extrae 600 cc de pus achocolatado. Luego se administra una ampolleta de ergotina a fin de prevenir la hemorragia. administración de 0,07 g de emetina. Se continuó los días siguientes con -emetina 0,05 g. en administración IM inicialmente y luego dos dosis IV. Curación.
23/11/1924 - 05/12/1924		
71. Fidelina Sánchez de Calderón	28 M. Quito	Ruptura de la pared abdominal produciéndose un ano contra natura
23/11/1924 - No registra		
72. Rosalía Espín	60 Cuenca	Hernia inguinal derecha estrangulada con inclusión del apéndice en el saco herniario. Apendicetomía: El Dr. Villavicencio al abrir el saco herniario encontró que la punta del apéndice esta adherida a dicho saco, que el meso apéndice y una parte del ciego estaban encajados en el mencionado saco. Llama la atención 1° El enorme desarrollo del meso apéndice; 2° Una especie de torcedura o acodadura en la parte media del apéndice, lo que obstruía la cavidad apendicular y formaba el espacio cerrado, sitio favorable para la pululación y virulencia de los microbios, esto conduce a que toda la cavidad de la punta del apéndice se transformara en una doble cavidad quística. Estos quistes revelaban haber sido el asiento de diferentes brotes inflamatorios como se podía probar por la superposición de planos de adherencia. Bien.
28/11/1924 - 05/12/1924		
73. Juan J. Moncayo	30, Mocha Agricultor	Hernia inguinal derecha recidivante. Aceite de ricino 30 g. Herniorrafia. Sin curación. Pide el alta
05/12/1924 - 21/01/1925		
74. Leonidas Espinosa	35, Quito Frutero	Hernia epigástrica. Purgante oleoso Herniorrafia. Curación.
15/12/1924 - 30/12/1924		
75. Manuel Lallama	50, Ambato Molinero	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Baño general. Por la noche lavado intestinal con glicerina y rasura. Herniorrafia. Curación.
15/12/1924 - 10/01/1925		
76. Rodolfo Rojas	59, Quito Servicio doméstico	Hernia epigástrica. Herniorrafia. Curación.
21/12/1924 - 28/02/1925		

77. Carlos Hidalgo 22/12/1924 - 05/01/1925	20, Ambato Comerciante	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Baño caliente general, Por la noche lavado intestinal glicerinado. Herniorrafía. Curación.
78. Celedonio Soria 30/12/1924 - 16/01/1925	20, Quito Carpintero	Hernia inguinal derecha. Aceite de ricino 30 g. Baño caliente general, Por la noche lavado intestinal glicerinado. Herniorrafía. Curación.
79. Juan Guerrero No registra - 13/03/1925	27, I. Cumbayá, Agri- cultor	Hernia inguinal izquierda. Purgas, lavados rectales y baños. Herniorrafía
80. Zoila C. Barreto No registra - No registra	70 Sirviente	Hernia inguinal derecha estrangulada. Herniorrafía. Mejor.

Razas: B: blanca; M: Mestiza; I: Indígena.

Conclusiones

La patología de la pared abdominal afectó a 80 pacientes, 41 hombres y 39 mujeres. Las hernias coparon la mayor parte de diagnósticos con 76 casos. A más de algunas hernias estranguladas, hubo otras con patologías concurrentes como tuberculosis o absceso hepático.

El rango de edad de los pacientes osciló entre 7 meses y 70 años, que fueron intervenidos quirúrgicamente, con éxito, al igual que en los casos de la mayoría de pacientes.

La gran capacidad de resolución quirúrgica del hospital y su personal médico se demuestra en todos los casos y muy especialmente en los casos de edades extremas. Son los casos de un niño de 7 años quien fue intervenido de una hernia inguinal estrangulada con anestesia general y se recuperó sin problemas.

Tuvo el inmenso apoyo de su madre, quien fue hospitalizada con su lactante, demostrando además el buen criterio de los médicos del hospital.

En el otro extremo de edad hubo dos pacientes de 70 años, una de ellas con hernia inguinal. Fue operada con anestesia local y salió bien del hospital. La otra paciente de 70 años con una hernia inguinal estrangulada fue intervenida con anestesia general y egresó en buenas condiciones.

La mayor parte de pacientes provenían de Quito y sus cercanías. Adicionalmente, hubo pacientes de las provincias de Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Carchi.

Las ocupaciones de los pacientes fueron variadas, especialmente oficios y artesanías, con un significativo número de pacientes en labores de la tierra y trabajo de la madera en los varones. En las mujeres las tareas del hogar y relacionadas fueron las principales.

En pocos pacientes se determinó la "raza", con predominio de mestizos, seguidos de blancos, pocos indígenas y una paciente negra.

La estadía hospitalaria fue relativamente corta, en comparación con otras patologías como el cáncer. El rango de permanencia hospitalaria fue de 5 a 95 días, con un promedio de 27,4 días.

La mayor parte de pacientes concluyó satisfactoriamente su estadía en el hospital y salió con el alta en buenas condiciones. Hubo solamente una muerte que lamentar, en una paciente joven que tuvo una herida infectada luego de la herniorrafía, la cual se complicó por un aborto espontáneo que concluyó en curetaje y posiblemente septicemia.

En medio de las limitadas condiciones de atención médica, sin el concurso de los antibióticos y con extremas limitaciones científicas y tecnológicas, el trabajo del personal médico y sanitario del servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios fue altamente satisfactorio y benefició notablemente al grupo más numeroso y empobrecido de la ciudad y del país.

CAPÍTULO XXII

Patología digestiva

En el servicio de Clínica Quirúrgica (1920-1925), se atendieron a 29 pacientes con patologías del tracto digestivo. Fueron 17 mujeres y 12 hombres. El detalle de las patologías digestivas se encuentra agrupado en tres categorías en la “Tabla 1”.

Tabla 1. Patología digestiva. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Trastorno	Patología	Número
Mecánico / funcional del intestino	Oclusión intestinal	5
	Prolapso rectal (uno con depresión)	5
	Estrechez rectal	2
	Obstrucción intestinal; bronconeumonía	1
	Paresia intestinal y congestión pulmonar.	1
	Rectocele y Cistocele	1
	Estrechez cicatricial del tercio inferior del esófago	1
	Cólicos intestinales	1
	Constipación	1
Inflamatorio / infeccioso	Disentería (uno con disentería crónica)	2
	Peritonitis (una tuberculosa)	2
	Posible peritonitis localizada	1
	Ránula	1
Hépatobiliar	Cólicos hepáticos	2
	Hepatomegalia	1
	Ictericia	1
	Congestión hepática	1
Total		29

Características de los pacientes con patología digestiva

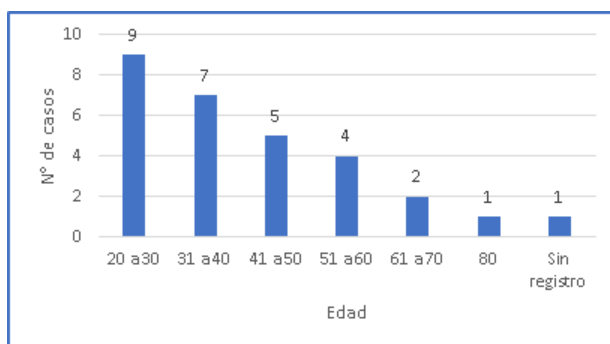
Edad

La edad de los pacientes con esta patología fluctuaba entre 20 y 80 años, con una mayor concentración entre los 20 y 50 años de edad. Existe una distribución inversamente proporcional entre edad y número de casos, como se observa en la “Tabla 2” y en la “Figura 1”.

Tabla 2. Edad de los pacientes con patología digestiva. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Grupos de edad en años	Nº de pacientes
20 a 30	9
31 a 40	7
41 a 50	5
51 a 60	4
61 a 70	2
80	1
Sin registro	1
Total	29

Figura 1. Distribución por edad de los pacientes con patología digestiva. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925



Procedencia

Los pacientes con patología abdominal procedían principalmente de Quito y sus alrededores. También acudieron de provincias cercanas y dos pacientes de Colombia, uno de ellos de la región interandina limítrofe con la provincia de El Carchi y el otro de la región costera del sur de Colombia, limítrofe con la provincia de Esmeraldas. El detalle se observa en la “Tabla 3”.

Tabla 3. Procedencia de los pacientes con patologías digestiva. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Provincia	Localidad	Nº de pcts.	Provincia	Localidad	Nº de pcts.
	Quito	10	Cotopaxi (Continuación)	Saquisilí	1
	Machachi	2		Tanicuchí	1
Pichincha (15)	El Inca	1	Tungurahua (3)	Ambato	1
	Guápulo	1		Pelileo	1
	Sangolquí	1		Píllaro	1
Imbabura (1)	San Pablo de Otavalo	1	Colombia (2)	Ipiales (Colombia)	1
Cotopaxi (5)	Latacunga	2		Sapuyes, Túquerres	1
	Pujilí	1	Sin registro		3
Total					29

Ocupación

Las ocupaciones de los pacientes con patología digestiva fueron variadas. Se registraron oficios artesanales propios de la ciudad y labores del campo, así como tareas de cuidado de la casa y la familia “Tabla 4”.

Tabla 4. Ocupación de los pacientes con patología digestiva. Servicio de clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Ocupación	Nº de pacientes	Ocupación	Nº de pacientes
Agricultor	3	Jardinero	1
Cocinera	2	Jornalero	1
Sirviente	2	Peón	1
Sombrero	2	QQ.DD.	1
Catequista	1	Sastre	1
Comerciante	1	Talabartero	1
Costurera	1	Sin registro	10
Herrero	1	Total	29

Raza

Hubo registradas 6 pacientes mestizas, 6 blancas y cinco indígenas. No se registró la categorización racial en 12 de los 29 pacientes.

Estadía hospitalaria

La permanencia intrahospitalaria tuvo un rango de 1 a 98 días, con un promedio de 25,95 días de hospitalización. Hubo dos pacientes con una permanencia de un día, cuyas Historias Clínicas se transcriben a continuación. Uno que tuvo prolapso rectal que fue reducido bajo acción de morfina, y otro con oclusión intestinal, que falleció luego de la cirugía.

Condición final

De los 29 pacientes con patología digestiva, existe constancia de mejoría en 6 pacientes. La condición final de este grupo de pacientes consta en la "Tabla 5".

Tabla 5. Condición final de los pacientes con patología digestiva. Servicio de Clínica Quirúrgica, HSJD 1920-1925

Condición final	Nº de pacientes
Mejor	6
Pasa a la sala Sta. Teresa	5
Falleció	5
Pide el alta (No aceptaron cirugía)	4
Pasa a la sala de La Virgen	2
Pasa a la Maternidad	1
No registra	6
Total	29

Mortalidad

Cinco pacientes fallecieron. Sus historias clínicas se transcriben a continuación.

Juan Tipantachi, de 40 años de edad, indígena que trabajaba en labranza agrícola en Ambato. Ingresó el 14 de mayo de 1920. ENFERMEDAD ACTUAL: Siendo afectado desde el día 10 del presente mes a las 12 del día de todo el cuadro sintomático de una oclusión intestinal, la que sigue su curso y por lo que ingresa a este servicio a las 10 am del día 14. EXAMEN FÍSICO: Momentos antes de la operación se toma el pulso y la temperatura, los que dan: pulso 102 por minuto, siendo este muy débil, casi imperceptible por lo que se le administra 2 inyecciones de aceite alcanforado y una de sulfato de esparteína. Temperatura da 36,2° C. DIAGNÓSTICO: **Oclusión intestinal**. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Es de observar en el curso de la operación, el estado del intestino: pues hallase de un color vinoso oscuro, el intestino delgado sumamente distendido y dilatado presentando ya placas gangrenosas. Luego se encuentra la torcedura del intestino por arriba del ciego donde se ha constituido el obstáculo para el paso del contenido intestinal. Una vez quitado el obstáculo con ayuda de una ligera presión manual, se repele parte del contenido del intestino delgado hacia el intestino grueso; viene luego la conclusión de la operación. Terminada en buenas condiciones vuelve el enfermo al estado normal, tras un ligero período de excitación clorofórmica, se lo coloca en buenas condiciones de calor, etc. Fue operado por el jefe del Servicio, Dr. Villavicencio, en unión con el Dr. Salvador y el Dr. Bayas, Además actúa como tercer ayudante el Sr. Luis Cueva. Cloroformo administra el Sr Zambrano. CONDICIÓN FINAL: Fallece el día 15 de mayo de 1921 a la 1:30 am

Francisco Pachacamac, de 50 años, indígena, peón de Sangolquí. Ingresó el 10 de junio de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 días y luego de haber ingerido una comida fría sintió intensos retortijones intestinales, cólicos repetidos, náuseas y meteorismo que aumenta a cada momento. Desde ese momento (3 pm) el intestino ha quedado impermeable, aún para los gases. EXAMEN FÍSICO: Presenta todos los síntomas de una oclusión intestinal, abdomen abultado, tenso, con la circulación venosa esculpida, notable; a la palpación da la sensación de un balón tensísimo, como un tambor, algo doloroso. La percusión pone de manifiesto un gran timpanismo, el estado general es todavía bueno, la facies es tranquila, coloración normal. Orina normal. DIAGNÓSTICO: Oclusión intestinal. TRATAMIENTO: Como han pasado ya tres días y sabemos que es completamente fatal una intervención quirúrgica, se prescinde de ella por inútil. Junio 10: 11 a.m.: Se administra un enema drástico (Miel de mercurial y sen) que se elimina sin dar ningún resultado. 3 p.m.: Se insiste en un segundo enema, sin ningún éxito. Se administra un purgante de aceite y glicerina que queda detenido a las 10 a.m.: Un tercer enema drástico. EVOLUCIÓN: El estado general empieza a deprimirse, el color es un poco amarillo, la facies afilada. 10 p.m.: los dolores son intensos y exigen la administración de morfina. Junio 12: Está muy dolorido, su facies expresa sufrimiento. El pulso es débil y lento. La intoxicación

avanza, se dan carminativos y absorbentes. Junio 13: El estado es malo, facies afilada, amarillenta, pómulos salientes, mejillas hundidas, pulso malo. Lengua roja negruzca. Bastante dolor abdominal. El abdomen es enorme, tenso, resonante a la percusión. Se insiste en la administración de un purgante oleoso. Junio 13 a las 5 p.m. El estado empeora, la estercoremia avanza y se prevé un fatal desenlace. CONDICIÓN FINAL: A las 9 y 1/2 p.m. del 13 de junio de 1921, falleció.

Benjamín Burgos, de 53 años de edad, raza mestiza, ocupación talabartero residente en Ipiales (Colombia). Ingresó el 25 de marzo de 1920. DIAGNÓSTICO: Oclusión intestinal. CONDICIÓN FINAL: Falleció el 12 de abril de 1920.

Guadalupe Bolaños, paciente de 80 años, residente en Guápulo. Ingresó el 22 de septiembre de 1923. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresó al servicio después de haber salido del Hospicio, del cual se fugó. EXAMEN FÍSICO: Presenta un gran prolapso rectal y está muy deprimida. DIAGNÓSTICO: Prolapso de recto; depresión. Fallece el 28 de septiembre de 1923.

NN sordo muda, pequeña estatura, indígena, sirviente. Ingresó el 20 de agosto de 1922. Obstrucción intestinal; bronconeumonía. Cirugía: Dr. Julio Arellano, Dr. Estupiñán, Cloroformizador Sr. Sáenz. la cual fue exitosa. Fallece el 29 de agosto de 1922 por bronconeumonía a los 9 días de la cirugía.

Personal médico que atendió a los pacientes con patología digestiva

Constan los siguientes nombres: Participaron los médicos: Dr. Ricardo Villavicencio, Dr. Estupiñán, Dr. Julio Arellano, Dr. J. Montero, Dr. Guillermo Ordóñez. Como internos participaron: Sr. Aray, Sr. Alvear, Sr. Sáenz, Sr. C. Pólit, Sr. JF Arellano P. Una paciente fue *“operada por el Sr. Médico Residente Sr. Estupiñán, con ayuda de los Srs. Internos de turno, Srs. Toro y Torres. Anestesia: Sr. Antonio Estupiñán”*. A continuación, algunos datos importantes sobre el ilustre médico anatomista, profesor Guillermo Ordóñez.

Dr. Guillermo Ordóñez (1868-1925)

Gracias al Dr. Gustavo Cevallos conocemos que el Dr. Guillermo Ordóñez se graduó como médico en 1894, luego de una destacada carrera universitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. En 1896 fue designado como profesor de Anatomía de la Facultad. Se lo consideró “un gran anatomista”. Perfeccionó el conocimiento de la patología hepática, desde antes que se iniciara el uso terapéutico de la emetina para el absceso hepático. Conjuntamente con los doctores Guillermo Torres, Leoro Rodríguez y el decano de la facultad, Dr. Lino Cárdenas, emitieron el 8 de mayo de 1900, el informe de reconocimiento de los restos del Mariscal Sucre. En 1901 fue nombrado como médico del Hospital San Juan de Dios. En 1907 se confirmó oficialmente su nombramiento como profesor de Anatomía descriptiva e Histología. En 1908 asumió el decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador y en 1909 fue elegido vicerrector de dicha universidad. Publicó “El absceso hepático en el Ecuador” (1915) y el “Programa de Anatomía General y Descriptiva” (1916). Además, fue senador de la República, Concejero Municipal y consejero de Estado.

Y ahora, que ya no camina por los claustros, ni las aulas, ni los corredores, existe un sentimiento de tristeza latente de viejos profesores y aquellos nuevos alumnos de la Facultad que sienten al Dr. Guillermo Ordóñez como Maestro íntimo en el pasado y en el presente, porque estudiar su vida es investigar su espíritu. (Cevallos, 1973, pp. 16-20)

De él, el Dr. Luis Alberto Rivadeneira, profesor honorario de la Facultad de Ciencias Médicas en 1953, dice:

Era entonces nuestro Profesor el doctor Guillermo Ordóñez; de presencia atractiva, inteligente, de vasta ilustración, con un don de gentes admirable y una gracia sin igual en el decir; gran conocedor de la vida, maestro admirable.

Pronto se granjeaba el cariño de sus discípulos y nuestros sufrimientos de la sala de disección se disipaban al escuchar sus hermosas clases, llenas de erudición y método; sus estupendas explicaciones, admirables sobre todo en embriología. Si como profesor fue magnífico, como profesional siempre fue noble, caritativo, alegre, carácter que infundía profunda confianza en sus enfermos. Cirujano distinguido y considerado especialista en el tratamiento de afecciones hepáticas. Tuve el honor de ser profesor cuando él aún dictaba sus clases. Fue siempre un compañero leal no solamente en la Cátedra, sino también en todo el ejercicio profesional. ¡Cuánto aprendí a su lado! No solo en lo que a ciencia se refiere, sino, sobre todo, en bondad y despen-

dimiento. Médico de corazón, su muerte, aun en edad temprana, privó a la Universidad de un sabio maestro y a la Sociedad de un verdadero apóstol. (Rivadeneira, 1953, p. 167)

Nombres de los pacientes con patología digestiva

Belisario Ruiz, Benjamín Burgos, Camilo Velastegui, Daniel Caicedo, Eliseo Morales, Francisco Pachacamac, Guadalupe Bolaños, Hilario Quitumbe, Isabel Pinto, José Lino Rodríguez, Jovibia Bastidas, Juan P. Gómez, Juan Tipantachi, Magdalena López, Magdalena Ron, Manuel Vasco, Marcelina Medina, María Albuja, María Araque de Salazar, María Corazón Vélez, María Sánchez, NN sordo muda, Ofelia Benítez, Rafael Andrade, Rosa Martínez de Lobato, Rosa Ortega, Rosario C. v, de Jaramillo, Simona Carcelén y Sofía Benalcázar.

Historias Clínicas de los pacientes con patología digestiva

En la “Tabla 6” se presenta el resumen de las Historias Clínicas de los pacientes con patología digestiva del servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD (1920-1925). Se excluyen de esta Tabla los registros de los pacientes fallecidos.

Tabla 6. Historias Clínicas de los pacientes con patología digestiva. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nombre Ingreso Egreso	Edad, “Raza” Procedencia Ocupación	Antecedentes patológicos personales, Enfermedad actual, Diagnóstico, Tratamiento, Personal médico, Condición final
1. Magdalena López No registra - No registra	20, I. Quito Cocinera	Disentería
2. María Araque de Salazar 23/08/1922 - No registra	20, B. Pujilí Costurera	Cólicos hepáticos Laparotomía: no hay inflamación ni cálculos en la vesícula. Si hay adherencias a los órganos vecinos y engrosamiento del peritoneo peri vesicular. Dr. Villavicencio, Dr. J. Montero, Sr. C. Pólit, Clorof. Sr. JF Arellano P.
3. Isabel Pinto 16/11/1922 - 19/11/1922	21, B. Quito QQ.DD.	Está con embarazo de un mes. Posible peritonitis localizada. Pase a la Maternidad.
4. María Albuja 09/05/1923 -	21, M. Machachi	Cólicos intestinales. Pasa a la sala de La Virgen
5. Eliseo Morales 15/11/1920 - No registra	22, Quito Sastre	Ictericia
6. Ofelia Benítez 06/08/1923 - 12/11/1923	25 Quito	Peritonitis. No acepta cirugía. Alta
7. Magdalena Ron 14/02/1921 - No registra	26 El Inca Cocinera	Prolapso. Diarrea. Pasa a La Virgen para tratamiento de diarrea
8. Simona Carcelén 21/02/1922 - No registra	26, I. Latacunga Sirvienta	Peritonitis tuberculosa Operación de calma: Dr. Villavicencio, Dr. Salvador, Sr. J. Arellano, Éter: Sr. L. Vinuesa: Derrame ascítico mediano, más o menos de un litro y medio, numerosas adherencias que tabican el derrame, los intestinos, el estómago forman un solo bloque siendo imposible desunirlos. El útero está unido a la vejiga. en toda esta extensión se hallan granulaciones tuberculosas. El pabellón de la trompa izquierda es especialmente granuloso; no se distingue el grande epulón y el peritoneo de la pared abdominal está muy grueso. Se lava la cavidad con suero fisiológico y después de exposición de 20 minutos al aire se seca y se cierra la laparotomía.

9. María Sánchez 07/06/1921 - No registra	30 Tanicuchí	Rectocele y Cistocele. Dr. Villavicencio
10. Rosa Ortega 19/09/1923 - 18/10/1923	33 Quito	Por molestias gástricas, un empírico le dio un vaso con un líquido. Le ardió la boca, el estómago, luego melenas. Progresivamente, disfagia y deterioro de estado general Estrechez cicatricial del tercio inferior del esófago. Esófago mioplastia
11. Camilo Velastegui 08/12/1920 - 25/01/1921	35, B. San Pablo (Otavalo) Sombbrero	Estrechez rectal. Sale curado
12. Sofía Benalcázar 08/11/1923 - 08/01/1924	36, B. Quito	Constipación. Pasa a la sala Sta. Teresa
13. Rosa Martínez de Lobato 08/08/1924 - No registra	38 B.	Hepatomegalia
14. Juan P. Gómez 06/05/1924 - 13/05/1924	40 Quito Comerciante	Sarampión, gripe, Ascariasis, Cólicos hepáticos varias ocasiones, atendidos por el Dr. G. Ordóñez dos ves y una vez por el Dr. Cabeza de Vaca. Congestión hepática. Al interior Podofilina. Inyección de emetina 0,04 g. Al interior sulfato de sodio y fricciones de salicilato de metilo y mentol. Emetina 0,04 g durante 4 días más. Poción de sulfato. Salicilato y bicarbonato de sodio. Mejora bastante. Pide el alta.
15. María Corazón Vélez 24/12/1923 - 13/02/1924	40 M. Latacunga	Fiebre tifoidea, reumatismo, sarampión, disentería. Cólicos hepáticos. Reposo y tratamiento usual. Mejoró mucho con el reposo y tratamiento. Pide el alta.
16. Rosario C. v. de Jaramillo 06/06/1921 - No registra	40 Saquisilí	Hace 9 años Prolapso atendido por el Dr. Villavicencio. Prolapso. Pasa a la sala Sta. Teresa
17. Belisario Ruiz 06/11/1921 - 09/12/1921	45, M. Píllaro Catequista	Ciega desde los 5 años por infección. Prolapso rectal. No acepta la cirugía y se le da el alta.
18. Hilario Quitumbe 19/01/1924 - 02/02/1924	45 Jornalero	Prolapso rectal. Oclusión Intestinal. Laparotomía: colon transverso enormemente dilatado y de un color violáceo y en la unión del colon transverso con el descendente una torción del intestino; luego se procede a evacuar el contenido de abundantes gases mediante tres punciones de los intestinos, realizadas con un trocar
19. Jovibia Bastidas 28/05/1921 - 29/5/1921	45 Quito	Reducción manual bajo efecto de morfina. Operada por el Sr. Médico Residente Sr. Estupiñán, con ayuda de los Srs. Internos de turno, Srs Toro y Torres. Anestesia: Sr. Antonio Estupiñán, Dr. Villavicencio. Pasa a la Sala Sta. Teresa. Alta.
20. Marcelina Medina 29/05/1922 - 14/06/1922	45, M. Pelileo Agricultora	Tumor sublingual hace 8 y 6 años, que fue abierto 2 veces. Ránula. Abre el tumor el Dr. Villavicencio, sale abundante líquido seroso, blanco; se le hace lavado con agua oxigenada. Alta
21. Daniel Caicedo 03/12/1919 - 13/01/1920	50, B. Sapuyes (Túquez- Colombia) Herrero	Estrechez rectal. El 13 de enero se verifica la dilatación rectal bajo la acción del cloroformo. Mejor.
22. Manuel Vasco 22/03/1921 - 02/06/1921	56, M. Machachi Agricultor	Disentería crónica. Pase al Pensionado.

23. Rafael Andrade 12/06/1924 - 28/06/1924	60 Quito Sombrero	Fue atropellado por un automóvil en una de las calles de la ciudad. Parece que el guardafangos del vehículo le golpeó en el abdomen. Pierde el conocimiento cerca de una hora, 38 °C., Resp. 22, Pulso 130. Abdomen abombado, poca resistencia muscular. Esfacelo en la FID. Tos que exaspera el dolor, rales de finas burbujas en las bases pulmonares, región posterior. Pulso frecuente y muy débil. Ruidos cardiacos apagados. Equimosis en el abdomen, tórax y hombro. Consciente. Paresia intestinal y congestión pulmonar. Lavado intestinal, poción carminativa: óxido de magnesia 4 g, licor anisado de Hoffman; inyecciones de aceite alcanforado y benzoato de cafeína. Sigue meteorizado. Tos sanguinolenta y rales en bases: lavado drástico que no produce efecto, Aceite alcanforado y esparteína en inyecciones. Persiste estreñimiento: lavado con sulfato de sodio 20 g, glicerina 40 g, esencia de trementina 5 g., y sen 500 g; depones varias veces y elimina gases. Luego de un día aceite de ricino 30 g. y poción carminativa. Repetición de lavado intestinal anterior. Sonda rectal permanente. Mejora. Tos y expectoración han disminuido. el 28-6-1924 está mejor. Alta
24. José Lino Rodríguez 02/09/1924 - 20/09/1924	63 Quito Jardiner	Oclusión Intestinal. A de r 30 g. Cirugía de emergencia a las 10 pm. Dr. Estupiñán, Sr. Aray, Cloroformo, Sr. Alvear. Alta.

Razas: B: blanca; M: Mestiza; I: Indígena.

Conclusiones

Las patologías digestivas fueron poco numerosas, aunque variadas. Predominaron los problemas mecánico-funcionales del intestino. Luego las patologías infecciosas-inflamatorias y posteriormente las enfermedades hepáticas.

En este grupo patológico hubo jóvenes, a partir de los 20 años de edad, y adultos hasta 80 años, con una incidencia inversamente proporcional a la edad.

La mayoría de los pacientes eran de Quito y sus cercanías. Hubo además enfermos de Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua y Colombia.

Los pacientes con patología digestiva tuvieron variadas ocupaciones artesanales, actividades del agro y de la casa.

Las categorías raciales se distribuyeron equitativamente, en los casos en que se registró este dato.

La permanencia intrahospitalaria tuvo un rango de 1 a 98 días, con un promedio de 25, 95 días de hospitalización, no muy prolongado, especialmente para pacientes quirúrgicos.

Se registraron curaciones, transferencias a otras salas del Hospital San Juan de Dios o a la Maternidad. Pocos no aceptaron la cirugía propuesta y fueron dados de alta o la solicitaron.

Fallecieron 5 pacientes, la mayoría de ellos con oclusión intestinal. Cuatro pacientes tuvieron oclusión intestinal, aunque uno de ellos falleció por bronconeumonía. Una paciente falleció con diagnóstico de prolapso de recto y depresión.

CAPÍTULO XXIII

Diversas patologías

Las patologías que a continuación se presentan, constituyen un misceláneo de afectación a diversos aparatos y sistemas orgánicos, cada uno de ellos con un número reducido de pacientes. Se registraron 126 casos “Tabla 1”.

Tabla 1. Diversas patologías. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Tipo de patología	N° de casos
Urinaria y renal	29
Vascular y linfática	25
Tejidos blandos	17
Respiratoria y ORL	14
Ortopedia y malformaciones congénitas	14
Autoinmune e inflamatoria	9
Neurológica y Salud mental	8
Endocrina	4
Hematológica	3
Dental	3
Total	126

El detalle de cada uno de los grupos patológicos se presenta en la “Tabla 2”.

Tabla 2. Distribución de diversas patologías. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Tipo de patología	Patología	N° casos
Urinaria y Renal (29)	Hipertrofia de la próstata	7
	Nefritis	6
	Uretritis (una gonocócica)	4
	Hidrocele (uno traumático)	3
	Orquitis	3
	Fimosis	2
	Problema renal no especificado	1
	Rotura traumática de la uretra en su porción perineal.	1
	Estrechez uretral	1
	Nefroptosis derecha	1
Vascular y linfática (25)	Hemorroides	9
	Úlceras varicosas	6
	Elefantiasis árabe	5
	Linfedema	2
	Várices	2
	Flebitis	1
Tejidos blandos (17)	Úlceras diferentes sitios	10
	Lipoma	4
	Uña encarnada	2
	Tumefacción del muslo	1

Respiratoria baja y ORL (14)	Empiema / pleuresía purulenta	5
	Sinusitis	4
	Congestión pulmonar	1
	Derrame pleural purulento	1
	Dacriocistitis doble	1
Respiratoria baja y ORL	Sordera	1
	Epistaxis	1
Ortopedia y malformaciones congénitas (24)	Coxalgia	7
	Labio leporino	3
	Ciática	1
	Dedo supernumerario en el pie.	1
	Perforación de la bóveda palatina	1
	Polidactilia en las manos	1
Autoinmune e inflamatoria (9)	Lupus eritematoso	3
	Reumatismo	3
	Artritis	2
	Epididimitis derecha	1
Neurológica y Salud mental (8)	Histerismo	2
	Paraplejía	2
	Parálisis vesical	1
	Convulsiones	1
	Depresión	1
	Incontinencia fecal, enteritis	1
Endocrina (4)	Bocio	3
	Mal perforante plantar (Diabetes)	1
Hematológica (3)	Hemofilia	1
	Púrpura hemorrágica	1
	Purpura reumática	1
Dental (3)	Hemorragia dental	3
Total		126

La mayoría de los casos de las diversas alteraciones patológicas recibieron tratamiento quirúrgico. En cada uno de los grupos se detallarán los casos más significativos y que aportan al mejor conocimiento de las características del ejercicio médico en el período de estudio.

Patología urinaria y renal

En los 29 casos de esta patología hubo 20 hombres y 9 mujeres. Sus características más relevantes se presentan a continuación. Predominó la hipertrofia de próstata, seguida de nefritis y otras patologías del tracto urinario y del aparato renal, “Tabla 3”.

Tabla 3. Patología urinaria y renal. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Patología	Número de casos
Hipertrofia de la próstata (un caso con multiparasitosis)	7
Nefritis	6
Uretritis (una gonocócica)	4
Hidrocele (uno traumático)	3

Orquitis	3
Fimosis	2
Problema renal no especificado	1
Rotura traumática de la uretra en su porción perineal.	1
Estrechez uretral	1
Nefroptosis derecha	1
Total	29

Características de los pacientes con patología urinaria y renal

Edad

El rango de edad de los pacientes de este grupo estuvo comprendido entre 7 y 70 años de edad "Tabla 4". La distribución etaria tuvo, en la mayoría de los casos, relación con la patología específica. Los casos de fimosis correspondieron a pacientes de 7 a 18 años de edad. Los pacientes con hipertrofia prostática tenían entre 55 y 70 años de edad. Los pacientes con nefritis entre 25 y 50 años de edad. Las patologías de uretra se presentaron en pacientes de 18 a 40 años de edad. Los pacientes con orquitis tuvieron edades diversas, 13, 28 y 39 años. Los pacientes con hidrocele estaban en 19, 23 y 48 años de edad.

Tabla 4. Edad de los pacientes .con patología urinaria y renal. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Edad en años	Nº de pacientes
7 a 20	5
21 a 30	8
31 a 40	5
41 a 50	4
51 a 60	2
61 a 70	5
Total	29

Procedencia

Sobre su procedencia, 14 eran de Quito y 2 de lugares cercanos, Conocoto y Tambillo. Hubo pacientes de Ibarra (3), San Gabriel (2) y un paciente procedente de cada una de las siguientes localidades: Santo Domingo de los Colorados, Ambato, Pelileo, Latacunga e Ipiales (Colombia). En dos casos no se registró su procedencia.

Ocupación

Sus ocupaciones fueron las siguientes: 5 agricultores, 4 carpinteros, 2 zapateros y un paciente de cada una de las siguientes actividades: albañil, bastonero, cabuyero, comerciante, costurera, empleado, escolar, herrero, hojalatero y jornalero.

Raza

En la categorización racial se ubicó a 10 pacientes como mestizos y a 1 como indígena.

Estadía hospitalaria

La Estadía hospitalaria tuvo un rango de 3 a 120 días para 19 pacientes para los que se registró sus fechas de ingreso y egreso. De 3 a 15 días de permanencia tuvieron 9 pacientes; de

25 a 50 días, permanecieron 7 pacientes; y de 75 a 120 días permanecieron 3 pacientes. El promedio de estadía fue de 6,3 días.

Condición final

La condición final fue de curación o mejoría para la mayoría de pacientes. Fallecieron 5 pacientes: 4 con diagnóstico de hipertrófica prostática. Uno de ellos fue prostatectomizado, los 3 adicionales no pudieron ser operados. Otro paciente falleció con patología urinaria asociada a sífilis. Una paciente con nefritis y escaras, fue transferida a la sala de La Virgen.

Personal Médico

Intervinieron como médicos e internos: Dr. Eustorgio Salgado, Dr. Ricardo Villavicencio, Dr. Carlos Pólit J, Dr. Estupiñán. Lcdo. Juan Pablo Sanz. Sr. Miguel Andrade, Sr. Carlos Alvear M., Sr. León, Sr. Villagómez, Sr. Estupiñán, Sr. Luis Cueva, Sr. Badillo.

Nombres de las pacientes

Manuel Vargas, Alberto Olalla, Margarita Flores, Juan Vásconez, Segundo Tejada, Alejandro Herrera, Benedicto Verdezoto, Juan Elías Montoya, Manuel Cortez, Manuel Zurita, Gregorio España, Mariano Luna, Abraham Pazmiño, Tomás Mullo, Pedro Gómez, David Moya, Eloísa Caviedes, Rafael Simbaña, María E. Galarraga, Aurora Trujillo, Zoila Pérez de Paredes, Segundo Villalba, César Terán, Víctor M. Yépez, Dolores Guachamín, Francisco Enríquez, Rosa Benavidez, Rosa M. Escobar y Rosario Andrade.

Historias Clínicas de los pacientes con patología urinaria y renal

En la “Tabla 5” se presentan los registros de los pacientes con patología renal y urinaria del servicio de Clínica Quirúrgica del HSJD, 1920-1925.

Tabla 5. Historias Clínicas de los pacientes con patología urinaria y renal. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nombre, Ingreso, Egreso	1. Manuel Vargas 27/09/1920 - 30/9/1920
Edad, “Raza”, Procedencia, Ocupación	18, Conocoto Carpintero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Uretritis Sifilítica. Falleció.
Nombre, Ingreso, Egreso	2. Alberto Olalla 08/11/1920 - No registra
Edad, “Raza”, Procedencia, Ocupación	26, Quito Carpintero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Uretritis Sifilítica.
Nombre, Ingreso, Egreso	3. Margarita Flores 10/1/1924 - 18/2/1924
Edad, “Raza”, Procedencia, Ocupación	28, M. San Gabriel. Paludismo
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Erisipela, Nefritis. Dr. Villavicencio. Alta.
Nombre, Ingreso, Egreso	4. Juan Vásconez 01/11/1924 - 01/3/192
Edad, “Raza”, Procedencia, Ocupación	40. Quito. Empleado

Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	<p>Tuvo gonorrea hace 17 años, se la curó en un mes y medio más o menos. A los dos años de la enfermedad empezó a sentir dificultad para la micción, la misma que ha venido acentuándose hasta ahora que entre en retención completa. Estatura alta, estado nutritivo bueno, facies de angustia. 37,8 °C., P: 86 x min. Vejiga alta, repleta a nivel del ombligo, dolorosa a la palpación y percusión. Imposibilidad de efectuar la micción. Estrechez uretral (una en la porción peniana y otra en la porción bulbar). En vano se intenta con una sonda de Nelaton N° 10, queda retenida a una distancia de 5 cm. Se hace una punción a dos traveses de dedo encima de la sínfisis púbica con lo cual se saca algo más de dos litros de orina turbia y de un acentuado olor amoniacal (de fermentación). Bastante agitación. 2-11: Se pasan bujías en manajo; después de muchas tentativas pasa la más fina que queda fijada. Por la tarde nueva punción hipogástrica y se le deja con una sonda. Diuréticos. 3: Retiro de la bujía filiforme y cambio por otra más gruesa. Pasa sin dificultad la estrechez peniana (que ya se había reparado el día 2) y difícilmente en la porción bulbar. Queda con grandes ardores del canal uretral. Diuréticos. 5. Desesperado por los ardores de la uretra se Quita la bujía y la sonda hipogástrica. Se intenta pasar de nuevo la bujía y no es posible. Queda orinando gota a gota y sin sonda y sin bujía. Purgantes y diuréticos. 9: Ha tenido fiebre alta por la retención de las orinas purulentas. Purgante y diuréticos. 12: nueva punción hipogástrica, dejándole una sonda N° 12. 16: se la pasa una sonda filiforme. Por obstrucción de la sonda hipogástrica y la imposibilidad destaparla se le efectúa una nueva punción con un trocar grueso y se deja una sonda N° 16. Sale más de un litro de orinas fermentadas. 18: cambio de bujía por otra menos delgada. Lavados vesicales con la solución amarilla del Dr. Salgado. Diuréticos. 20. Se le pasa una bujía más gruesa. Obstrucción de la sonda hipogástrica con sales calcáreas que con un mandil se destapa. 22: queda con dos bujías por no haber una apropiada. 24: se le deja con 3 bujías; fuertes ardores de la uretra. 26.</p> <p>Cambio de las tres bujías por una sonda de Nelaton N° 10, que introducida con mandril pasa con alguna dificultad. 26. En lugar de la sonda N° 10 se intentó pasarle una sonda N° 13 pero no fue posible; una semirrígida de punta doblada N° 12 pasa sin dificultad; fuertes ardores uretrales. Marzo 1: Habiéndosele hecho una nueva dilatación, lenta y sostenida hasta llegar a pasar la sonda de Nelaton N° 20. Se le da el alta en buenas condiciones.</p>
Nombre, Ingreso, Egreso	5. Segundo Tejada No registra - 04/06/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	48, Quito. Carpintero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Viruelas, tifoidea, blenorragia. Hidrocele traumática. Drenaje quirúrgico. Dr. Carlos Pólit J, Sr. Miguel Andrade, Cloroformo, Sr. Carlos Alvear M. Curación.
Nombre, Ingreso, Egreso	6. Alejandro Herrera 30/05/1924 - 05/07/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	60, Ambato. Cabuyero.
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Blenorragia, paludismo varias ocasiones. Camina mucho por su profesión de comerciante ambulante. Hipertrofia de la próstata. Prostatectomía trans vesical. Inicialmente con anestesia local, luego con Keleno y Cloroformo para anestesia general. Próstata de 70 g. Duración 6 minutos. Ergotina en inyección. Poco sangrado. Inicialmente, se coloca tubo y luego se coloca sonda de Champiñón. Luego sonda uretral de Nelaton N° 17. Se cambia la sonda de Champiñón por una de Pezzer. Dr. Salgado, Sr. León. Falleció.
Nombre, Ingreso, Egreso	7. Benedicto Verdezoto 17/03/1924 - 12/04/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	55, Sto. Domingo de los Colorados Agricultor
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Sarampión, viruelas, disentería, paludismo. Padre de 6 hijos. Hipertrofia de la próstata. Parasitosis intestinal (anquilostoma, tricocéfalo y áscaris lumbricoides). Paludismo. Quinina 0,50 inyecciones, 3 dosis, pasando un día; luego Neosalvarsan 0,15; Lavados vesicales con agua boricada, Sonda vesical fija y lavados con sol. De ácido picrico. Por accesos palúdicos se le administró quinina intramuscular. Aceite de quenopodio para los parásitos. Mejoró y pidió el alta.
Nombre, Ingreso, Egreso	8. Juan Elías Montoya 20/07/1924 - 29/7/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	62, San Gabriel Agricultor

Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Pneumonía, cólicos intestinales por excesos en la comida. Hipertrofia de próstata. Lavado evacuador del intestino. Diuréticos. A de r 30g, diuréticos y lavados vesicales con la solución amarilla, cuatro veces al día. Paciente cada vez más seco y decaído. Luego aparecen náuseas y vómitos. Se administra adrenalina XX gotas am y X gotas pm, Poción de Riviere, poción sedante de la tos y diuréticos. Sonda permanente por la que sale gran cantidad de pus verdoso. Inyecciones de sulfato de esparteína. Tos persiste, coloración débil, lengua de lobo, hipotermia. Poción de Todd y digitalina X gotas. Se pone muy grave, se administra P. tónica y esparteína y aceite alcanforado en inyección. Lavados vesicales. El 29-7-1924: El enfermo casi ya no habla y está completamente abatido: ya no se queja. Esparteína y aceite alcanforado. Muere a las 4 de la tarde.
Nombre, Ingreso, Egreso	9. Manuel Cortez 11/11/1924 - 31/12/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	69, Machachi. Agricultor.
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hipertrofia de próstata. Sondajes repetidos, lavados vesicales y diuréticos. Tuvo cólico con náusea, que no cedió a compuestos opioides y agua cloroformada. Se administra Poción de Riviere. El 31 de diciembre orina con sondaje. Orinas purulentas y de marcado mal olor. Se le propone cirugía y se niega a aceptarla.
Nombre, Ingreso, Egreso	10. Manuel Zurita 14/06/1924 - 17/06/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	70, Quito. Jornalero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Fiebre amarilla. Jornadas largas montando a caballo. Hipertrofia de próstata. Diuréticos y reposo durante 3 días. Falleció.
Nombre, Ingreso, Egreso	11. Gregorio España
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	66, Quito. Bastonero.
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Viruelas, coqueluche y erisipela; paludismo dos veces, tifoidea, gonorrea tres veces. Una caída de caballo. Hipertrofia de próstata. Prostatectomía trans vesical Preparación: Sondaje vesical, lavados repetidos con solución de ácido bórico y luego de nitrato de plata al 1 x 8.000; Diuréticos: benzoato de cafeína. "Epargol". Intropina. Luego, por persistir olor fétido de la orina se realizan lavados vesicales con permanganato dos veces diarias, hasta que se consigue la normalidad de la orina. Aceite de ricino. Baño general, rasura, cirugía. Luego de la cirugía opio, poción de Riviere. Irrigación permanente. Inyección doble de ergotina y cloruro de calcio en bebida. Hizo algo de hematuria, se realiza lavado vesical con nitrato de plata al 1 x 6.000. Luego lavados con solución de ácido pícrico. Como el apósito moja mucho se retira la sonda que ha estado acodada y se la sustituye por una sonda de Pezzer. Luego de un largo proceso de curaciones del apósito húmedo, cambios de sonda y entrenamiento del paciente para orinar en períodos progresivamente más largos, se lo considera curado y se da el alta. Salió mejor.
Nombre, Ingreso, Egreso	12. Mariano Luna 20/03/1921 - 29/03/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	65, M. Pelileo. Agricultor
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hipertrofia prostática crónica, Cistitis, Autointoxicación urinaria. El pronóstico es de lo más sombrío. Marzo 29: fallece a la 9 a.m. con los síntomas de una autointoxicación urinaria, debida a la cistitis.
Nombre, Ingreso, Egreso	13. Abraham Pazmiño 01/09/1923 - 11/09/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	44, M. Ibarra
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Sarampión, viruelas, fiebre. Larvas en la nariz; nefritis.
Nombre, Ingreso, Egreso	14. Tomás Mullo 28/07/1920 -
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	40, Albañil
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Nefritis.
Nombre, Ingreso, Egreso	15. Pedro Gómez 04/04/1925 No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	45, M. Ibarra

Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Fiebre. Nefritis y flemón.
Nombre, Ingreso, Egreso	16. David Moya 08/02/1923 - 20/2/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	50, M. Tambillo
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Nefritis, escaras. Pasa a la sala de La Virgen
Nombre, Ingreso, Egreso	17. Eloísa Caviedes 22/09/1922 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	25, M. Quito. Costurera
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Paludismo, sarampión, viruela. Nefroptosis derecha. Nefropexia por el método de Israel: Dr. Villavicencio, Dr. A. Terán, Sr. C. Pólit y Sr. E. Cevallos; Cloroformo, Sr. N. Aray.
Nombre, Ingreso, Egreso	18. Rafael Simbaña 14/09/1920 - 29/09/1920
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	26, Ibarra. Herrero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Orquitis. Sale curado.
Nombre, Ingreso, Egreso	19. María E. Galarraja 31/04/1921 - 26/04/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	28, Quito. Carpintero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Orquitis. Alta.
Nombre, Ingreso, Egreso	20. Aurora Trujillo 02/05/1921 -
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	39, Quito. Hojalatero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Orquitis. No registra.
Nombre, Ingreso, Egreso	21. Zoila Pérez de Paredes 31/10/1923 - 12/11/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	13, I. Cotocollao
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Orina: disco mediano de albúmina, presencia de sangre y cilindros escasos Problema renal no especificado. Diuréticos, dieta láctea y reposo. Mejor.
Nombre, Ingreso, Egreso	22. Segundo Villalba 08/12/1924 - 20/03/1925
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	34, Quito. Agricultor
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Viruelas, fiebres, paludismo. Blenorragia hace 2 años que duró 11 meses. Hace 2 meses nuevo contagio de blenorragia. La víspera del ingreso recibe un puntapié en el periné, cuando estaba acostado. Se produjo abundante uretrorragia durante varias horas. Llega casi sin conocimiento, posiblemente por el dolor, a las 2 pm.
Nombre, Ingreso, Egreso	23. César Terán 18/04/1921 - 26/05/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	40. Ipiales
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Uretritis. Curación.
Nombre, Ingreso, Egreso	24. Víctor M. Yépez 15/11/1922 - 10/12/1922

Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	28, M. Quito
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Uretritis gonocócica. Mejorada
Nombre, Ingreso, Egreso	25. Dolores Guachamín 11/06/1923 - 18/06/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	30, M. Cotocollao
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Urticaria, nefritis. Alta.
Razas: B: blanca; M: Mestiza; I: Indígena.	

Conclusiones

Los pacientes con patología urinaria y renal, varones en su mayoría, tuvieron problemas obstructivos por hipertrofia prostática, problemas inflamatorios renales, secuelas de infecciones, que incluyeron infecciones de transmisión sexual, traumatismos y patologías de origen congénito

Se registraron pacientes desde los 7 años hasta los 70 años de edad. Recurrieron a la atención del hospital, personas de Quito y sus cercanías, la mayoría, así como de diferentes poblaciones de las provincias cercanas y de Ipiales (Colombia).

Eran personas trabajadoras, asalariadas y artesanos, con distintos oficios y actividades, la mayoría calificados como mestizos.

Permanecieron en el hospital entre 3 y 120 días, con un promedio de 6.3 días de estadía hospitalaria, constituyéndose en uno de los promedios más bajos.

La mayoría de pacientes curó o salió mejor. La letalidad fue alta. Fallecieron 7 (24.13 %) de los 29 pacientes con problemas urinarios y renales. De los 7 pacientes con hipertrofia prostática, 4 fallecieron, aunque uno solo de ellos fue prostatectomizado, pues los demás no presentaron condiciones adecuadas para la cirugía.

Patología vascular y linfática

Características de los pacientes con patología vascular y linfática

Se registraron 25 casos de patología vascular y linfática, de los cuales 14 fueron mujeres y 12 hombres. Las várices, ya sean hemorroidales o de miembros inferiores, sumaron mayoría. Se contabilizaron también problemas linfáticos, como elefantiasis y linfedema "Tabla 6".

Tabla 6. Patología vascular y linfática. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Patología	Número de casos
Hemorroides	9
Úlceras varicosas	6
Elefantiasis (árabe de las piernas)	5
Linfedema (uno con degeneración carcinomatosa)	2
Várices	2
Flebitis	1
Total	25

Edad

La patología vascular y linfática fue más frecuente en pacientes menores de 40 años, con mayor número entre 31 y 40 años de edad “Tabla 7”.

Tabla 7. Edad de los pacientes con patología vascular y linfática. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Edad en años	Nº de pacientes
10 a 20	4
21 a 30	2
31 a 40	11
41 a 50	4
51 a 60	4
Total	25

Procedencia

La mayoría de pacientes procedían de Quito, poblados cercanos y provincias de la sierra central, las más cercanas a la capital “Tabla 8”.

Tabla 8. Procedencia de los pacientes con patologías vascular y linfática. Servicio de Clínica Quirúrgica HSJD 1920-1925

Provincia	Localidad	Nº de pacientes
Pichincha (14)	Quito	9
	Alóag	1
	Cayambe	1
	Cangas	1
	Puembo	1
	Machachi	1
Imbabura (5)	Ibarra	4
	Otavalo	1
Tungurahua (4)	Ambato	3
	Tisaleo	1
Provincia de León (Cotopaxi) (2)	Latacunga	1
	Pujilí	1
Total		25

Ocupación

Las ocupaciones de los pacientes fueron variadas, “Tabla 9”, con actividades que van de la cocina al taller, del campo al aserradero, así como oficios más especializados como platero, panadero y más. Hubo dos peones, uno de los cuales consta como “peón concierto”¹.

1 “Los trabajadores o “peones” vivían en las haciendas con sus familias. Se “concertaban” (comprometían) con los dueños, los “patrones” para el trabajo. Por eso se llamaban “concertos”. Tenían un salario, pero nunca lo recibían, porque estaban endeudados con los patrones. Los peones pedían adelantos en dinero al patrón para poder pagar impuestos y compromisos religiosos, como bautizos, matrimonios, entierros y otros” (Caldivep, 2019).

Tabla 9. Ocupación de las pacientes. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Ocupación	Nº de pacientes
Cocinera	4
Costurera	2
Agricultor	1
Albañil	1
Aserrador	1
Panadero	1
Peón	1
Peón concierto	1
Platero	1
Tejero	1
Sin registro	11
Total	25

Raza

Se definió la “raza” en 20 pacientes, 12 de los cuales constan como mestizos, 5 como blancos y 3 como indígenas.

Estadía hospitalaria

Los pacientes con estas patologías permanecieron en el hospital de 6 a 28 días, con un promedio de 18,16 días de hospitalización.

Condición final

Todos los pacientes salieron bien luego de la atención recibida.

Una paciente, Matilde Gómez de 45 años de edad, quien estuvo hospitalizada 22 días por úlceras varicosas en el miembro inferior izquierdo, reingresó a los 23 días por presentar nuevamente igual problema. Otra paciente, Carmen Pinto de 34 años de edad, estuvo hospitalizada por hemorroides y fisura del ano. Fue operada por los doctores Villavicencio y J. Montero, con administración de cloroformo por parte de J.F. Arellano. Permaneció hospitalizada 13 días. Reingresó a los 11 días por prolapso uterino que operó el Dr. Villavicencio, con el Dr. Salvador y acompañados por el Sr. C. Calderón y el Sr. Gualberto Arcos, quien administró cloroformo. En 3 casos se registró la salida sin autorización del hospital. Un paciente no aceptó la intervención quirúrgica.

Personal médico

El personal médico que atendió a estos pacientes estuvo integrado por: Dr. Ricardo Villavicencio, Dr. Julio Calderón, Dr. Estupiñán, Dr. Montero y Dr. Eustorgio Salgado. Además, Sr. Loayza, Sr. Troya, Sr. Villagómez, Sr. Estupiñán, Sr. Bustamante, Sr. Alcívar, Sr. Pólit, Sr. Arellano, Sr. Abel Alvear, Sr. Luis Sojos y Sr. Gualberto Arcos.

Nombres de los pacientes con patología vascular y linfática

Antonio Pillajo, Carlo A. López, Carlos Grijalva, Carmen Pinto de Mosquera, Celia Carrión, Daniel Ursicino Calvopiña, Eliza Gallardo, Francisca Flores, José María Chango, Juan E. Mola, Juan Osorio, Juana Paredes v. Munive, Julia Paredes, Julia Salgado, Lucila Andrade, María Orfelina Rivera, María Potosí, Mariano Andramuño, Matilde Gómez, Natalia Benal-

cázar, Rosa E. Guaso, Rosalino Cevallos, Rosario Ávila, Teodomiro Villacís, Tobías Herrera y Víctor Torres.

Historias Clínicas de los pacientes con patología vascular y linfática

Tabla 10. Historias Clínicas de los pacientes con patología vascular y linfática. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nombre, Ingreso, Egreso	1. Eliza Gallardo. No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	58 Pujilí
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides. Hemorroidectomía Dr. Villavicencio
Nombre, Ingreso, Egreso	2. Víctor Torres 07/02/1924 - 04/03/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	35. Quito Cocinero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides. Hemorroidectomía Luego de la cirugía: presentaba en el recto grandes ulceraciones que sangraban fácilmente, por lo cual se realiza lavados con sulfato de zinc; Opio; Lavados con nitrato de plata. Lavado rectal con ácido pícrico. Mejora parcialmente. Dr. Estupiñán, Sr. Loayza, anestesia Sr. Troya. La supuración ha desaparecido totalmente. Alta en buenas condiciones.
Nombre, Ingreso, Egreso	3. Carlo A. López 10/4/1924 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	22. Quito, Panadero.
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides. Hemorroidectomía.
Nombre, Ingreso, Egreso	4. Lucila Andrade. 04/11/1922 - 20/11/1922
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	36, B. Ibarra, Costurera
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides externas. Hemorroidectomía. Dr. Villavicencio, Sr. Pólit, Sr. Arellano y cloroformo Sr. C. Bustamante. Completamente curada
Nombre, Ingreso, Egreso	5.
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	37, Puenbo Agricultor
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides externas Hemorroidectomía Cloroformo Sr. Estupiñán. Dr. Julio Calderón, Sr. Villagómez. Curación.
Nombre, Ingreso, Egreso	1.
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	40, B. Machachi.
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides internas Hemorroidectomía con anestesia local. Bien.
Nombre, Ingreso, Egreso	7. Rosalino Cevallos 19/01/1921 - 13/02/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	49, Quito. Platero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides ulceradas. Se lavan las úlceras y tocan con nitrato de plata con el cual el fondo empieza a proliferar. Como tiene hemorragia en las deposiciones, se administra ergotamina (2 g diarios). Fuga.
Nombre, Ingreso, Egreso	8. Carmen Pinto de Mosquera 02/03/1922 - 15/03/1922
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	35, B. Otavalo. Costurera

Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides y fisura del ano. Cirugía. Dr. Villavicencio, Dr. J. Montero, Cloroformo: J.F. Arellano. Reingresa el 26-3-1922 por prolapso uterino que opero Dr. Villavicencio, Dr. S, Sr. C. Calderón. Cloroformo, Sr. G. Arcos.
Nombre, Ingreso, Egreso	9. María Orfelina Rivera. 19/04/1923 -
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	34, M. Cangas
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Hemorroides, secreción vaginal, constipación. Mejor.
Nombre, Ingreso, Egreso	10. Julia Paredes. 30/01/1923 - 20/02/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	38, M. Ambato
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Úlceras varicosas. Mejorada.
Nombre, Ingreso, Egreso	11. Natalia Benalcázar. 18/08/1923 - 19/06/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	10, M. Quito
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Úlceras varicosas. Mejorada.
Nombre, Ingreso, Egreso	12. Mariano Andramuño 20/05/1921 - 09/06/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	52, M. Quito, Aserrador
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Úlceras varicosas de la pierna. Alta.
Nombre, Ingreso, Egreso	13. Matilde Gómez 05/02/1923 - 27/02/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	45, M. Quito
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Úlceras varicosas de miembro inferior izquierdo. Alta. Reingresa el 19-3-1923 por ulceración de várices.
Nombre, Ingreso, Egreso	14. Daniel Ursicino Calvopiña 01/03/1920 - 12/03/1920
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	26, B. Latacunga, Cocinero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Úlceras varicosas en la pierna izquierda. Abandona el servicio sin autorización.
Nombre, Ingreso, Egreso	15. Francisca Flores 25/07/1923 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	60, M. Quito
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Úlceras varicosas en los miembros inferiores.
Nombre, Ingreso, Egreso	16. Juan Osorio No registra - 29/04/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	46, m. Quito, Albañil.
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Elefantiasis. Mejor
Nombre, Ingreso, Egreso	17. Teodomiro Villacís 21/05/1921 - 13/06/1921

Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	35, M. Tisaleo (Ambato) Agricultor
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Elefantiasis árabe de las piernas. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 4 años tuvo un edema fugaz al principio, persistente después o localizado en los dedos 2 y 3 del pie izquierdo, sin dolor, con ligeras alzas de temperatura nocturnas. Este edema, aumenta notablemente después caminar bastante, estar en un sitio húmedo o con temperatura alta. Al año, más o menos, el edema interesó a la cara interna del pie y luego al talón. El pie, comúnmente descubierto en el campo, se ha resquebrajado, igual cosa ha sucedido con el talón, que también se ha hinchado. Serán seis meses que la afección ha ascendido a la pierna, interesando hasta la articulación y sin haber avanzado de aquella. Son dos semanas que, a consecuencia de un golpe, se han presentado unas pápulas que en algunos sitios han dejado úlceras redondeadas, superficiales. EXAMEN FÍSICO: Estado general, bastante bueno. Pulso y temperatura normales. El pie y la pierna izquierdos presentan un edema duro, remitente, no depresible, inodoro, con la piel dura, seca, paquidermizada y de color oscuro-rojizo. El pie (dorso y talón) presenta resquebrajaduras longitudinales. En la pierna se ve un brote de pequeñas vesículas y en algunos sitios pequeñas ulceraciones que solo interesan la epidermis. Resto normal. Presenta un fondo histérico. TRATAMIENTO: Lavase cuidadosamente, se asea bien y se tocan las pequeñas úlceras con nitrato de plata y en el brote eczematoso se aplica pomada de Bálsamo del Perú y resorcina. Aplicaciones calientes. El brote dérmico cura notablemente. El edema ha disminuido notablemente, pero el volumen de las piernas es siempre notablemente duro. Confirmado el diagnóstico se piensa en seguir para su curación el tratamiento quirúrgico de sacar tiras dérmicas. Se explica al enfermo el tratamiento quirúrgico propuesto y lo rechaza de plano y como insistiera mucho y no aceptara ningún tratamiento; CONDICIÓN FINAL: Julio 13: se le da de alta por no aceptar tratamiento quirúrgico.
Nombre, Ingreso, Egreso	18. Carlos Grijalva 14/02/1921 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	17, B. La Campiña, Ibarra, Tejero
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Elefantiasis de los Árabes
Nombre, Ingreso, Egreso	19. Celia Carrión 19/03/1925 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	20, M. Ibarra
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Elefantiasis del miembro inferior derecho.
Nombre, Ingreso, Egreso	20. Rosa E. Guaso 12/04/1923 - 30/04/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	19, I. Cayambe
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Elefantiasis del miembro superior derecho. Amputación del miembro superior derecho. Dr. Villavicencio, Dr. Montero, Sr. Bustamante, Cloroformo: Sr. Alcívar. Bien
Nombre, Ingreso, Egreso	21. Antonio Pillajo 25/02/1920 - 14/03/1920
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	37, I. Alóag. Peón concierto.
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Linfedema con degeneración carcinomatosa. Quirúrgico: Cirujano Dr. Villavicencio. Ayudante Dr. Luis Sojos. Cloroformo: Abel Alvear. Alta.
Nombre, Ingreso, Egreso	22. José María Chango 05/04/1921 - 07/04/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	50, I. Quito, Peón
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Linfedema. Sale del servicio sin autorización.
Nombre, Ingreso, Egreso	23. Juana Paredes v. Munive 24/04/1922 - 30/04/1922
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	54, M. Ambato, Cocinera

Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Várices.
Nombre, Ingreso, Egreso	24. Julia Salgado 10/06/1924 - 26/06/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	39, M. Ambato
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición final	Várices en miembro inferior izquierdo.
Nombre, Ingreso, Egreso	25. María Potosí 10/05/1922 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	35, M. Ibarra Cocinera
Antecedentes, Enfermedad Actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Personal Médico, Condición Final	Flebitis del miembro inferior izquierdo.
Razas: B: blanca; M: Mestiza; I: Indígena.	

Conclusiones

Los pacientes con patología vascular y linfática fueron mujeres y varones, en proporciones similares.

La mayoría con problemas relacionados con alteraciones venosas y linfáticas afectó, más frecuentemente, a menores de 40 años provenientes de Quito, poblados cercanos y provincias de la sierra central.

Sus ocupaciones fueron variadas, desde la casa, la ciudad y el campo. En esa época persistía la institución del concertaje, lo cual se refleja en la presencia de un "peón concierto".

La mayoría de pacientes fueron mestizos. El promedio de permanencia fue de 18,16 días, mayor que en los pacientes con patología urinaria y renal, que fue de 6,3 días.

Todos los pacientes salieron bien luego de la atención clínica y quirúrgica recibida.

Patología de los tejidos blandos

Características de los pacientes con patología de los tejidos blandos

Los pacientes con lesiones de tejidos blandos fueron 17, de los cuales, 15 fueron mujeres y 2 hombres. Las distintas lesiones de este grupo se detallan en la "Tabla 11".

Tabla 11. Patología de tejidos blandos. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Patología	Número de casos
Úlceras diferentes localizaciones	10
Lipoma	4
Uña encarnada	2
Tumefacción del muslo	1

Edad

Desde los 12 años de edad, hasta los 75, hubo pacientes con alteraciones de tejidos blandos, como se observa en la "Tabla 12".

Tabla 12. Edad de los pacientes con patología de tejidos blandos. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Edad en años	Nº de pacientes
10 a 20	5
21 a 30	2
31 a 40	3
41 a 50	3
51 a 60	2
75	1
Sin registro	1
Total	17

Procedencia

La mayoría de pacientes eran de Quito (7) y sus alrededores (Sangolquí, Conocoto, Machachi y Cangagua). Los demás provenían de Ibarra, Cusubamba (provincia de León), Píllaro, Guaranda, Riobamba y Guayaquil, con un paciente por cada localidad.

Ocupación

Se registraron en 8 pacientes sus ocupaciones: 2 quehaceres domésticos y las demás actividades con un paciente por cada una de ellas: costurera, escolar, peón, planchadora, sastre y sirvienta.

Raza

Existe el registro de categorización por raza de 13 de los 17 pacientes, en la siguiente forma: blanca 6, indígena 4 y mestiza 3.

Estadía hospitalaria

La permanencia intrahospitalaria se registró en 10 pacientes. Estuvieron entre 1 y 52 días, con un promedio de 17.9 días de hospitalización.

Condición final

Todos los pacientes con este tipo de patología recibieron el alta en buen estado o curados.

Personal médico

Se realizaron cirugías con anestesia local y general, efectuadas por el siguiente personal médico: Dr. Ricardo Villavicencio, Dr. Montero y Dr. Eustorgio Salgado. Además, Sr. Guzmán, Sr. E. Batallas, Sr. Villagómez, Sr. Estupiñán, Sr. JF Arellano P, Sr. Ulloa, Sr. Modesto Ribadeneira, Sr. Loayza y Sr. C. Bustamante.

Nombres de los pacientes con alteraciones de los tejidos blandos

María M. Marcillo, Deifilia Puente, Luz M. Paredes, Dolores Moscoso, Josefa Guerrero, Andrés Pozo, Catalina Granja, Marcela Michaca, Zoila Padilla, Elena Rivadeneira, Virginia Vega de Salazar, Rafael Albán, Rosario Larrea, Rosario Jácome de Moya, Ninfa Andrade, María Sofía Sandoval, y Lorenza de Gutiérrez.

Historias Clínicas de los pacientes con patología de tejidos blandos

Los datos de los pacientes de este grupo son escuetos. Se los presenta en la “Tabla 13”.

Tabla 13. Historias Clínicas de los pacientes con patología de tejidos blandos. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Nombre, Ingreso, Egreso	Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	Diagnóstico, Tratamiento, Condición final
María M. Marcillo 09/02/1923 - No registra	15, I. Sangolquí	Úlcera en el pie. Se le opera el 21-02-1923 y se le extrae una esquirola
Deifilia Puente 24/11/1924 - No registra	40, B. Quito	Úlcera en el talón.
Luz M. Paredes 11/03/1923 - 11/03/1923	19, M. Quito, QQDD	Úlcera en la pierna. Alta.
Dolores Moscoso 06/09/1923 - 10/10/1923	30 Quito	Úlcera en la pierna. Curaciones. Bien.
Josefa Guerrero 10/8/1924 - No registra	75, B. Quito	Úlcera nasal.
Andrés Pozo 08/06/1921 - 20/06/1921	30, I. Cusubamba (León) Peón	Ulceración de la tibia
Catalina Granja 09/09/1922 - No registra	I. Quito	Ántrax.
Marcela Michaca 12/11/1923 - No registra	48, I. Conocoto	Úlceras de MID.
Zoila Padilla 19/01/1922 - 27/01/1922	12, Quito Sirvienta	Úlceras del cuello.
Elena Rivadeneira 15/3/1925 - No registra	60, B. Ibarra	Úlceras en el pie izquierdo.
Virginia Vega de Salazar 28/9/1922 - No registra	60, M. Machachi QQDD	Lipoma. Cirugía: Dr. Montero, Sr. JF Arellano P, Sr. Ulloa. Cloroformo, Sr. M. Ribadeneira
Rafael Albán 10/11/1924 - 24/11/1924	38, Quito Sastre	Lipoma del muslo derecho. Extracción del lipoma: Dr. Salgado, Sr. Villagómez, Cloroformo, Sr. Estupiñán. Curación
Rosario Larrea 01/11/1921 - 13/12/1921	45, B. Cangagua Costurera	Lipoma en el brazo derecho. Operación: Dr. Villavicencio, Dr. Montero, Sr. Guzmán, Cloroformo, Sr. E. Batallas. Alta.
Rosario Jácome de Moya 29/12/1921 - 08/01/1922	45 Píllaro	Lipoma en el maléolo externo. Alta. Cirugía con anestesia local con estuvasina con suprarrenina.
Ninfa Andrade 20/02/1923 - 23/02/1923	16, Guayaquil Escolar	Uña encarnada Cirugía. Sr. J. F. Arellano, Sr. Loayza. Cloroformo, Sr. C. Bustamante. Bien.
María Sofía Sandoval 19/04/1923 - 27/04/1923	16 B.	Uña encarnada Cirugía: Dr. Villavicencio. Bien.
Lorenza de Gutiérrez 26/04/1922 - 03/05/1922	40, M. Guaranda, Planchadora	Tumefacción del muslo. Mejor. Pide alta.

Abreviaturas referentes a las "razas": M.: mestiza; B.: blanca; I.: indígena; N.: negra.

Conclusiones

Los pacientes con patología de tejidos blandos, desde los 10 hasta los 75 años de edad, en su mayoría mujeres, salieron curados o en mejores condiciones que al ingreso.

La mayoría de pacientes era de Quito y sus alrededores. Hubo pacientes de provincias cercanas y un paciente de Guayaquil.

La mayoría, al ser mujeres, tuvieron ocupaciones relacionadas con actividades del hogar.

El promedio de hospitalización fue de 17,9 días.

Patología respiratoria baja y otorrinolaringológica (ORL)

Características de los pacientes con patología respiratoria baja y Otorrinolaringológica

En este grupo, de patología respiratoria alta y baja, que fueron pacientes del servicio de Clínica Quirúrgica, hubo 14 enfermos de los cuales 8 fueron mujeres y 6 varones “Tabla 14”.

Tabla 14. Patología Respiratoria baja y ORL. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Patología	Número de casos
Empiema / pleuresía purulenta	5
Sinusitis (una con gangrena palatina y dos con fístula maxilar)	4
Congestión pulmonar	1
Derrame pleural purulento	1
Dacriocistitis doble	1
Sordera	1
Epistaxis	1
Total	14

Edad

Los pacientes con patología respiratoria baja y ORL tuvieron entre 10 y 48 años, con una tendencia mayor a presentarse en los grupos más jóvenes, como se observa en la “Tabla 15”.

Tabla 15. Edad de las pacientes con patología Respiratoria y ORL. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Edad en años	Nº de pacientes
10 a 20	4
21 a 30	6
31 a 40	3
48	1
Total	14

Ocupación

Se registraron 9 pacientes, con los siguientes oficios: comerciantes 3, y un oficio por cada persona: arriero, agricultor, albañil, chichero, escolar y quehaceres domésticos.

Procedencia

La mitad de los pacientes provenían de Quito. En este grupo 4 vivían en la ciudad capital y 3 en poblados cercanos: Cotacollao, que aún no se integraba a la ciudad, El Quinche y Cayambe. Los demás pacientes provenían: 3 de Ambato, uno de Riobamba, uno de la Provincia de Bolívar y otro de Quevedo. En un caso no se consignó su procedencia.

Raza

La distribución racial, registrada en 11 casos, asignó la raza mestiza a 6 pacientes, la blanca a 3, la indígena a 1 y la negra a 1 paciente.

Estadía hospitalaria

Los pacientes permanecieron en el hospital en un rango de 1 a 58 días, con una media de 18,21 días. Se registraron las fechas de ingreso y egreso en todos los casos.

Condición final

El reporte de la condición final fue limitado a pocos casos. En algunos consta el alta sin más especificaciones. En otros casos se deja constancia de su mejoría o curación. Dos pacientes fallecieron, otro salió en muy mal estado y una paciente fue transferida a la sala de Clínica.

Algunos casos significativos fueron:

Josefina Cortez, 17 años. Diagnóstico de congestión pulmonar, transferida a La Virgen.

Pedro Abril, 34 años de edad, con pleuresía purulenta, solicitan el alta, “sale muy mal”.

Ana Delia López, 10 años, derrame pleural purulento, drenaje quirúrgico. En recuperación.

María Semblantes, 21 años, hospitalizada 2 días, falleció por sinusitis con gangrena palatina.

Manuel María Puente, 39 años, con empiema. Luego de una costotomía falleció.

Personal médico

Los casos de este grupo fueron atendidos por: Dr. Montero, Dr. Miguel Ángel Iturralde, Dr. Salgado, Dr. Salvador, Dr. Estupiñán, Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Sr. JF Arellano, Sr. C. Salas, Sr. Ulloa, Sr. V. Mera y Sr. Ponce.

Nombres de los pacientes con patología respiratoria baja y ORL

Ana Delia López, Camilo Alvear, Dolores Jiménez, Florinda Mosquera, Francisco Guachamin, Josefina Cortez, Julián Cabezas, Manuel María Puente, María Hidalgo de López, María Pastrana, María Semblantes, Pedro Abril, Rosa Tamayo y Vidal Ortiz.

Historias Clínicas de los pacientes con patología respiratoria baja y ORL

Camilo Alvear (Curación). De 22 años, raza mestiza, procedente de Cayambe y ocupación arriero. Ingresó el 21 de marzo de 1924. ANTECEDENTES PERSONALES: Tifoidea, paludismo. DIAGNÓSTICO: Empiema. TRATAMIENTO: Drenaje quirúrgico con anestesia local: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Dr. Miguel Ángel Iturralde. CONDICIÓN FINAL: Curación. Alta, el 15-05-1924.

Manuel María Puente (Falleció) Paciente de 39 años, raza blanca, procedente de Quito, ocupación comerciante. Ingresó el 12 de marzo de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Fiebre tifoidea a los 20 años. Congestión hepática hace 6 años. Ha sido un individuo robusto y ha gozado de buena salud. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 2 meses presenta gastralgia ligera que duró 21 días. Desapareció con la administración de un purgante y bebidas carminativas. Ésta, no obstante, parece un episodio aislado que no tiene que ver con la enfermedad principal, que comenzó a nuestro entender, el 16 de enero a las 5 pm, con la siguiente sintomatología, referida por el paciente: “Acortamiento del cuerpo. Ligero malestar que exigió la permanencia en cama. A las 6 y media el malestar se exageró notablemente, tuvo un escalofrío intenso, cefalalgia aguda, calentura elevada y un desasosiego que duró toda la noche e impidió el sueño. Al mismo tiempo tuvo una sudación abundante. Así continuó hasta las 2 pm del día siguiente, se presentó bruscamente un dolor agudo, vehementísimo, como un lázaro dice el enfermo, en el flanco derecho, como por encima del hígado. Tenía propagaciones hacia la espalda y luego hacia la boca del estómago. La aplicación de ventosas sinapozadas lo disminuyeron un tanto, pero sin desaparecer. La tarde y la noche pasó el enfermo notablemente fatigado y con elevada temperatura, sintiendo mayor malestar en decúbito dorsal; denuncia que prefirió permanecer semisentado. En los días siguientes el dolor disminuyó de una manera paulatina y la temperatura fue casi insensible. El décimo día se presentó por la tarde un escalofrío de mediana intensidad, seguido de elevación térmica, que presentó durante la noche y que por su forma espacial hizo pensar en paludismo”. El enfermo, hace dos o tres meses había permanecido en una población palúdica. Así continuó en los días subsiguientes, su estado general se deprimía más y más. El dolor costal había reaparecido y ahora acompañado

del hombro y brazo derechos. El aparato digestivo funcionaba muy mal exigiendo la administración de laxantes, que daban deposiciones con aspecto normal unas veces, glerosas y de color amarillo y rojizas, otras; pero nunca acólicas. El 19 de febrero se exacerbó súbitamente el dolor costal, en el mismo sitio anteriormente anotado, y esta vez fue tan agudo que exigió una inyección de morfina. Al día siguiente llamó la atención de los médicos que le atendían, un abombamiento en la zona afectada, no sabemos decir su aspecto y signos estéticos, ni lo que diera a la palpación y percusión. Lo cierto es que el 21 se practicó una punción exploradora a nivel del sexto espacio intercostal y en la línea axilar anterior, la que dio un líquido poco denso y de color achocolatado. Creyose en un absceso hepático, por lo que el 24 de febrero se hizo una toracocentesis con un grueso trocar en el punto precitado, obteniéndose la evacuación de una cosa de tres litros de un líquido amarillo claro con estrías rojizas y luego, más denso y de color chocolate bien manifiesto. Se dejó un tubo dren de cerca de 40 cm de largo, por el cual se evacuaba cada día una buena cantidad de líquido de igual aspecto que luego se tornó francamente purulento y de olor putrefacto. A los 8 días se cortó unos 8 cm más o menos del tubo, dejándose el resto en el foco. La supuración, abundante unas veces, escasa otras, persistió siempre. El enfermo entra en un estado caquético, demacrado, sin fuerzas, su digestión casi nula, las orinas escasas y de color rojo subido, signo de una profunda auto intoxicación: fue menester sostenerle con tónicos cardíacos y generales, aceite, caféina, suero fisiológico, etc. El miércoles 8 de marzo, al cambiarle el apósito diario encontrase con la sorpresa de que el dren había desaparecido, introduciéndose en plena cavidad. El sondaje y exploración de la misma con pinzas largas no dio por resultado la localización del tubo; por el orificio continuaba secreción purulenta. En estas circunstancias ingresa al pensionado del Hospital, el viernes 12 de marzo. EXAMEN FÍSICO: Estado general completamente deprimido, en caquexia, facies anémica, angustiosa. Temperatura 38° con pulso 120 x 1', pequeño, irregular. Aparato respiratorio: Inspección: ligero abombamiento de la región costal derecha, no obstante, los espacios intercostales correspondientes están más bien deprimidos; este lado derecho no presenta ningún movimiento respiratorio, en cambio, el izquierdo, por compensación, respira aceleradamente, 40 respiraciones por minuto, y de una manera superficial; a nivel del sexto espacio y del punto ya citado, se nota el orificio circular por el cual sale constantemente pus y más aún cuando tose. Palpación: permite constatar lo superficial de los movimientos. Percusión: en el lado izquierdo hay sonoridad normal; en el derecho, sonoro en una lengüeta que corresponde al vértice, da en la parte inferior un sonido anórico y en la base misma, matidez, cuya línea superior es más o menos horizontal. Auscultación: en el lado derecho apenas se oye en el vértice murmullo vesicular; en izquierdo la respiración es laboriosa. Aparato digestivo: lengua saburral, seca, de muy mal aspecto; ligera gastralgia después de las comidas, anorexia absoluta, poca sed, un intestino parético, deposiciones normales unas veces, pigmentadas de amarillo rojizo, otras. Hígado: su borde superior normal, la inferior rebaza unos 4 dedos del reborde costal y ligeramente doloroso a la percusión. A nivel de la vesícula no hay ningún dolor. Las heces no han estado nunca decoloradas y no existe ningún tinte icterico en los tegumentos. Aparato genito urinario: la micción es ligeramente ardorosa, la orina escasa es de un color rojo negruzco, densa, con depósitos fosforados. Con estos datos, sin excluir la posibilidad de un absceso hepático, se piensa en un empiema. Como es imprescindible la radioscopia para darse cuenta de la magnitud de la afección, y especialmente de la situación del tubo olvidado que el enfermo tiene ansia de que se le extraiga. Se le examina con el aparato de rayo X del Hospital, el cual por dos ocasiones da solo imágenes vagas e imprecisas. Es necesario conducir al enfermo a la instalación del Dr. P. A. Suárez, donde se le hace además una radiografía, dando la radioscopia lo siguiente: Consta espacio en blanco sin informe del examen. Luego de la cirugía, consta lo siguiente: marzo 16: La temperatura ha bajado notablemente, el pulso es bueno. Estado general regular. El apósito está empapado en pus. Se lo cambia. Como hubiera en el foco un olor putrefacto, se hace antes un gran lavado con agua de permanganato. Marzo 17: Se ha deprimido bastante. Administrase aceite alcanforado, verificase el lavado del foco, cambiándose el apósito. Al interior se da 25 centigramos de urotropina y bastante de beber. En la tarde no es necesario cambiar el apósito, el estado es halagador. Marzo 18: Cambia por completo el cuadro, el enfermo está deprimido, con disnea intensa, facies angustiosa, pulso débil, orina es de color encendido; todo denota una profunda intoxicación. Por la tarde la situación empeora, el pulso es incontable, intermitente. El estado general pésimo (caféina y aceite) se espera un desenlace fatal. Fallece a las 12 de esta noche. DIAGNÓSTICO: Empiema. TRATAMIENTO: Costotomía. Se procede el 15 a las 4 pm a la intervención que era indicada, una costotomía. La hacen los Drs. Villavicencio y Estupiñán. Cloroformo el Sr. Alvear. Se segmentan la 5ta y 6ta costillas en una extensión de 10 cm. Se explora la cavidad y en la parte superior se encuentra el tubo que se lo extrae. El pulmón correspondiente está reducido a una simple lengüeta. Se deja 3 tubos dren fijos a la herida. Como el estado del enfermo es malo se le inyecta tónicos cardíacos y 500 cc. de suero fisiológico. El enfermo pasa la noche muy alterado. Fallece el 18 de marzo de 1921. HOJA DE ENFERMERÍA: Presenta desde el ingreso picos febriles y taquicardia antes del ingreso. Luego, disminuye la temperatura, aumenta progresivamente la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca, hasta que fallece el 18 de marzo de 1921. RADIOSCOPIA EN EL HSJD Y RAYOS X DONDE EL DR. PAS.

Vidal Ortiz (No registra condición final). Paciente de 48 años, mestizo, procedente de la Provincia de Bolívar, ocupación agricultora. Ingresó el 13 de abril de 1921. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión, ascariasis. DIAGNÓSTICO: Empiema. ENFERMEDAD ACTUAL: No se registra. Ilegible la mayor parte por mancha por tinta de la siguiente página. CONDICIÓN FINAL: Alta el 9 de mayo de 1921.

Dolores Jiménez (Mejor). Paciente de 23 años de edad, residente en Quito. Ingresó el 10 de noviembre de 1923. DIAGNÓSTICO: Pleuresía purulenta. TRATAMIENTO: Drenaje por punción con trocar. Se extrajo pus. CONDICIÓN FINAL: Mejor. Alta el 21 de noviembre de 1923.

Pedro Abril (Sale muy mal). Paciente de 34 años de edad, procedente de Ambato, trabaja como chichero. Ingresó el 15 de diciembre de 1924. ENFERMEDAD ACTUAL: A los 20 años sufrió enfermedad hepática que le curó el Dr. Abril Barona. Desde hace 6 años se ha dedicado al alcohol y, según el paciente, esto le produjo una serie de ataques de orden nervioso. Hace 1 año y 6 meses se embriagó y sufrió una fuerte caída; desde entonces guarda cama sintiendo desfallecer, sin tener otro síntoma que cierto malestar general. Aburrido sigue desenfrenado con sus costumbres etílicas que empeoraron su estado; aparecele pituitas matinales. Después de su última borrachera, que tuvo lugar el 20 de octubre del año pasado se le presentaron abundantes vómitos y siente dolor en el costado derecho; sudores nocturnos profusos, tos poco frecuente y apetito considerablemente disminuido. Todo esto unido a una sensación de malestar y desfallecimiento general. El doctor Luis Martínez le cura como una afección hepática. Últimamente, es examinado por el doctor César Viteri quien le hace una punción exploradora en el hemitórax derecho y le aconseja someterse a una operación. En vista de esto decide venir a Quito. EXAMEN FÍSICO: Estatura alta, estado nutritivo bastante desmejorado. Deformación en el hemitórax derecho. Facies pálida, terrosa, desencajada; semeja la cara de un enfermo con absceso hepático. T: 37,5 °C. Pulso 89 x 1', débil, regular. Ap. Digestivo: lengua muy pastosa, digestión alterada; algo de estreñimiento. Hígado: su borde inferior se palpa a 4 traveses del reborde costal; el borde superior no se puede delimitarlo; poco sensible. Bazo no se palpa. Ap. Respiratorio: Abombamiento considerable del hemitórax derecho, sobre todo en su base. Respiraciones: 18 x 1'. Inmovilidad del hemitórax derecho. Abolición de vibraciones vocales. Matitez en todo el hemitórax derecho, a excepción del hueco supraclavicular adelante y de la fosa supraespinosa atrás. Triángulo de Gioco en el otro hemitórax. Supresión del murmullo vesicular (silencio) pectoriloquia (no afona), egofonia, ruido de la moneda. Tos seca, expectoración mucopurulenta. Hemitórax izquierdo: respiración suplementaria. Desviación del corazón a la izquierda. Ruidos debilitados. Estado depresivo bastante acentuado. Piel infiltrada, edematosa, en la base del hemitórax derecho. Llama la atención que con derrame tan considerable no haya disnea. La respiración es tranquila con 18 movimientos respiratorios al minuto. Según hemos

dicho. DIAGNÓSTICO: Pleuresía purulenta derecha. LABORATORIO CLÍNICO: Orinas: escasas, de color rojizo. Albúmina: disco pequeño. TRATAMIENTO: 15-12-1924: Administración de un purgante oleoso. 16-12-1924: Operación: Se emplea la anestesia local por la estovaína; se gastan 2 cc. y medio y producen un resultado satisfactorio. Incisión sobre la 8ª costilla siguiendo su eje, de 6 cm, en la línea axilar posterior; llegando al periostio se lo decola, sutura después y se procede a cortar la porción de costilla desnuda con el costotomo. Mide el pedazo extraído 3 y 1/2 cm. Punción con trocar de la pleura parietal con lo que sale un chorro a gran presión de pus fétido, abundoso, bastante fluido. Colocación de 2 drenes. Apósito. Se calcula más o menos en cinco litros la cantidad de pus sacado. Enero 5: La supuración no cede a pesar del tratamiento expresado que se hace cada día. El estado general no mejora nada; al contrario, va desnutriéndose. Tiene tos con abundante secreción bronquial y que no cede a ningún medicamento; sudores abundantes por las noches; lavados pleurales con la solución amarilla. 24-1-1925: Se ha administrado una serie de 6 ampollitas de emetina por haber presentado la supuración, abundante todavía, del aspecto de pus hepático; con esto ha disminuido la supuración y ha obtenido algún alivio. El estado general va de mal en peor, casi ya no tiene fuerzas para levantarse del lecho; la tos, los sudores y la temperatura vespertinos le consumen; además tiene un pequeño edema en las extremidades inferiores. Febrero 11: La familia del paciente solicita el alta por estar en muy malas condiciones. Su estado actual es el siguiente: caquexia, edemas de los miembros inferiores, ascitis, hígado grande, duro, cavidad pleural derecha con abundante supuración; pulmón derecho casi sin funcionar, vértice del izquierdo con lesiones carnosas (tb); mirada fija y ojos casi sin brillo, casi no habla. Las deposiciones diarreas, las hace sin sentir; secreción urinaria escasa- Dr. Salgado, Dr. Estupiñán. CONDICIÓN FINAL: Solicita el alta, la familia. Sale muy mal el 11 de febrero de 1925.

Florinda Mosquera (Sale bien). Paciente de 19 años, mestiza, residente en Cotacollao. Ocupación vendedora. Ingres a el 14 de agosto de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Extracción dental hace seis años, pero le dejaron la raíz. DIAGNÓSTICO: Sinusitis. TRATAMIENTO: Procede a la apertura del seno el Dr. Villavicencio, extrae una raíz molar y pequeñas esquirlas, hace un raspado del seno y después coloca un punto de sutura. Deja un dren. Operaron Dr. Villavicencio, Dr. Montero, administra Cloroformo Sr. Ulloa. CONDICIÓN FINAL: Bien. Alta el 7 de septiembre de 1922.

María Semblantes (Falleció) Paciente de 21 años, mestiza, residente en Quito. Ingres a el 8 de marzo de 1924. DIAGNÓSTICO: Sinusitis con gangrena palatina. CONDICIÓN FINAL: Fallece el 10 de marzo de 1924.

Rosa Tamayo (Alta). Paciente de 32 años de edad, mestiza, residente en Riobamba. Ingres a el 30 de noviembre de 1921. DIAGNÓSTICO: Sinusitis maxilar y fístula maxilar. TRATAMIENTO: Lavados con solución antiséptica. CONDICIÓN FINAL: Alta el 13-12-1921.

María Hidalgo de López (Alta) Paciente de 30 años de edad, raza blanca, residente en Ambato, ocupación QQDD. Ingres a el 12 de septiembre de 1922. DIAGNÓSTICO: Sinusitis maxilar y fístula maxilar de origen dentario. TRATAMIENTO: Abertura, raspado y ampliación del orificio de la fístula: Dr. Montero, Sr. JF Arellano, Cloroformo, el Sr. C. Salas. Alta el 20 de septiembre de 1922.

Julián Cabezas (Sale sin autorización). Paciente de 30 años, mestizo, residente en El Quinche, Comerciante. Ingres a el 10 de mayo de 1920. DIAGNÓSTICO: Sordera. CONDICIÓN FINAL: Sale sin ninguna orden el 13 de mayo de 1920.

Josefina Cortez (Pasa a sala de La Virgen). Paciente de 17 años, mestiza, procedente de Ambato. Ingres a el 6 de febrero de 1923. DIAGNÓSTICO: Congestión pulmonar. CONDICIÓN FINAL: Pasa a la sala de La Virgen el 7 de febrero de 1923.

Ana Delia López (Mejor). Escolar de 10 años de edad, raza blanca, procedente de Quevedo. Ingres a el 6 de febrero de 1922. ANTECEDENTES PERSONALES: Disentería, fiebre gástrica, fiebre tifoidea. DIAGNÓSTICO: Derrame pleural purulento. TRATAMIENTO: Abertura de la pleura: Dr. Salvador, Sr. V. Mera, Cloroformo Sr. Ponce. Sale un pus fétido, cremoso y muy abundante. CONDICIÓN FINAL: Venir pasando un día a curaciones. Alta el 23 de febrero de 1922.

Francisco Guachamin (Curación). Paciente de 16 años, indígena, residente en Quito, ocupación albañil. Ingres a el 31 de mayo de 1920. DIAGNÓSTICO: Dacriocistitis doble. TRATAMIENTO: Quirúrgico. Se abren dichos focos de supuración, se drena y se hacen diariamente las curaciones necesarias. Sorbitorios alcalinos. CONDICIÓN FINAL: Alta por curación el 22 de junio de 1920.

María Pastrana (Alta). Paciente de 30 años de edad, raza negra. Ingres a el 11 de agosto de 1924. DIAGNÓSTICO: Epistaxis. TRATAMIENTO: Taponamiento. CONDICIÓN FINAL: Alta el 20 de agosto de 1924.

Conclusiones

Se registró un número similar de pacientes mujeres y hombres, con patologías de diferente gravedad, como epistaxis y empiema, o dacriocistitis y congestión pulmonar o sinusitis.

Los pacientes de este grupo fueron más bien jóvenes y adultos, con ocupaciones y oficios variados.

La mayoría quiteños y de sus cercanías. Hubo pacientes de la sierra y un paciente de Quevedo.

La estadía hospitalaria fue de 18, 21 días en promedio.

Dos pacientes fallecieron, uno salió en muy mal estado y otra paciente fue transferida al servicio de Clínica, sala de La Virgen.

Patologías de diversas áreas: ortopédicas y malformaciones congénitas, autoinmunes e inflamatorias, neurológicas y de salud mental, hematológicas, endocrinas y dentales.

Características de los pacientes con patologías de diversas áreas

Un total de 46 pacientes tuvieron lesiones que ameritaron reparación ortopédica, malformaciones congénitas, enfermedades autoinmunes e inflamatorias, patologías neurológicas, de salud mental, hematológicas, endocrinas y dentales. Se detallan los diagnósticos registrados en la “Tabla 16”.

Tabla 16. Distribución de diversas patologías. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Tipo de patología	Patología	Número de casos
Ortopedia y malformaciones congénitas (14)	Coxalgia	7
	Labio leporino	3
	Ciática	1
	Dedo supernumerario en el pie derecho	1
	Perforación de la bóveda palatina	1
	Polidactilia en las dos manos	1
Autoinmune e inflamatoria (9)	Lupus eritematoso	3
	Reumatismo	3
	Artritis	2
	Epididimitis derecha	1
Neurológica y Salud mental (8)	Histerismo	2
	Paraplejia (una a frigore)	2
	Parálisis vesical	1
	Convulsiones	1
	Depresión	1
	Incontinencia fecal, enteritis	1
Hematológica (3)	Hemofilia	1
	Púrpura hemorrágica	1
	Purpura reumática	1
Endocrina (4)	Bocio	3
	Mal perforante plantar (Diabetes)	1
Dental (4)	Hemorragia dental	4
Total		42

Edad

La distribución por edad de este grupo de pacientes fue amplia, como se observa en la “Tabla 17”. Desde un niño de 8 meses de edad, de apellidos González Fiallos, quien tuvo polidactilia en las dos manos, hasta una anciana de 80 años de edad, Petrona Castillo, que presentaba incontinencia fecal y enteritis. La mayor concentración por edad se encuentra por debajo de los 20 años de edad, con 20 pacientes.

Tabla 17. Edad de los pacientes con patologías diversas. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Edad en años	Nº de pacientes
8 meses	1
4 a 10	6
11 a 20	13
21 a 30	4
31 a 40	8
41 a 50	3
51 a 60	3
70	1
80	1
Sin registro	2
Total	42

La correlación edad-diagnóstico, que se presenta en la “Tabla 18”, ofrece elementos significativos como la presencia de coxalgia en 2 niños de 4 y 9 años, y un adolescente de 14 años. En ninguno de los casos se especifica la probable causa. El caso del adolescente es dramático y refleja las condiciones de vida de este niño, quien trabajaba como jornalero. La solución fue la colocación de un aparato de yeso en dos de los 3 casos. También consta un niño de 7 años con bocio, de evolución de un año, quien fue operado exitosamente y su herida se cerró con una sutura subdérmica. Hubo dos casos más de bocio: una paciente de 16 años, tratada quirúrgicamente con éxito y otra de 70 años, en cuyo registro no consta el tratamiento realizado.

A los 16 años una adolescente tuvo diagnóstico de hemofilia, sin que exista constancia del tratamiento recibido. Se registró diagnóstico de lupus a los 18 y a los 20 años, en el un caso tratado localmente con termocauterío y metileno. En el otro caso no se especifica el tratamiento.

Un paciente de 45 años de edad, con diagnóstico de perforación de la bóveda palatina, registraba que “Hace 8 días comienza con estornudos frecuentes y sangre por la nariz, tos frecuente, luego de 2 días comienzan a salir gusanos por la nariz”. Consta que su tratamiento fue con “Colutorios, agua, clorato de potasa 10 g. sal 0,2 0g. e instilaciones de aceite gomenolado en el interior de la nariz”. No hay referencia a su problema palatino.

Tabla 18. Edad y diagnóstico. Pacientes con patologías diversas. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925

Edad	Diagnóstico
8 meses	Polidactilia en las dos manos
4	Coxalgia
6	Labio leporino simple
7	Dedo supernumerario en el pie
7	Bocio
9	Coxalgia
10	Labio leporino simple
12	Púrpura hemorrágica
13	Hemorragia dental
14	Coxalgia en primer grado
15	Artritis

16	Hemofilia
16	Bocio del lóbulo derecho
17	Paraplejia - Frigore
17	Purpura reumática
18	Ciática
18	Lupus del labio superior y de la nariz
19	Coxalgia
20	Lupus eritematoso
20	Artritis
21	Manifestaciones de histerismo
26	Labio leporino doble y fisura palatina
27	Convulsiones
28	Epididimitis derecha
32	Depresión
34	Coxalgia
35	Paraplejia
35	Mal perforante plantar
37	Coxalgia
37	Histerismo
38	Reumatismo
40	Caries dental
45	Perforación de la bóveda palatina
50	Lupus
50	Reumatismo
52	Reumatismo
60	Parálisis vesical
60	Absceso dental
70	Bocio
80	Incontinencia fecal, enteritis

Ocupación

No se registró la ocupación en todos los casos. Hubo 4 escolares y 1 estudiante, 3 agricultores y dos peones, 2 jornaleros, 3 personas dedicadas a los quehaceres domésticos, 2 sastres, 1 escribiente, 1 comerciante y 1 peluquero.

Procedencia

En todos los casos se registró la procedencia de los pacientes. Provenían de Quito, 18, y de sus alrededores, 6. De Latacunga 3, Ambato 3, y de uno de cada una de las siguientes localidades de la sierra central: Ibarra, Bolívar, Pelileo, Poaló, Pujilí, Tanicuchí, Toacazo, Riobamba y Tulcán.

Raza

En 21 pacientes se registró la “raza”, distribuida así: mestiza 13, blanca 7 e indígena 1.

Permanencia hospitalaria

Permanecieron en el hospital entre 1 y 246 días, con una media de 26,25 días de hospitalización. Estuvo un día en el hospital el niño de 7 años con coxalgia a quien colocaron un aparato

de yeso el día de su ingreso y salió al día siguiente. La paciente que permaneció 246 días fue la niña de 7 años operada por bocio.

Condición final

Se conoce la condición de alta de los pacientes en 20 casos. Se estableció mejoría o evolución favorable en los casos de 6 pacientes. Se registró como alta, exclusivamente, en los casos de 7 pacientes.

Hubo una defunción, de Rafaela Guzmán, paciente de 60 años de edad que tuvo parálisis vesical y en cuyo caso no se registraron detalles.

María García, de 35 años de edad, con diagnóstico de paraplejía, solicitó el alta en estado agónico. Petrona Castillo, de 80 años de edad con incontinencia fecal y enteritis, salió en el mismo estado.

Margarita Donoso, de 38 años de edad, pasó a la sala de La Virgen, con diagnóstico de reumatismo. Rosa Segovia, de 10 años de edad, operada de “Labio leporino simple” fue transferida a la sala Santa Rosa, “porque fue atacada por varicela”.

Matilde Iturralde, de 7 años de edad, quien tenía un dedo supernumerario en el pie derecho y fue intervenida quirúrgicamente, consta que recibió el pase a la sala de niños. Es el primer caso, desde 1916, en que se hace mención a una sala de niños.

Victoria Álvarez, de 40 años de edad, quien estuvo internada por “caries dental”, salió al segundo día. No hay mención a su estado al momento del alta.

En los demás casos no se registró su condición final.

Personal médico

Se registró la participación del siguiente personal médico: Dr. Ricardo Villavicencio y Dr. J. Montero. Sr. JF Arellano P., Sr. Burbano, Sr. Pólit, Sr. Unda, Sr. H. Rueda y Sr. Arregui.

Nombres de los pacientes con diversas patologías

Absalón Miranda, Ana Ma. Ferri, Barbarita Lascano, Carlos Reascos, Carmen Bastidas, Dolores Luna de Vásconez, Dolores Sáenz, Fermín Piche, González Fiallos, Guillermo Cevallos, Jorge Porras, José Eliecer Rodríguez, José Raúl Maldonado, José Vicente Arteaga, Lucila Villacrés, Lucrecia Salazar, Margarita Cisneros, Margarita Donoso, María Arias, María Cadena, María Celinda Jarrín, María Estela Mora, María Ester Casares de Hidalgo, María Ester Morillo, María García, Martín Osorio, Matilde Iturralde, Modesto Zapata, Nasaria Armas, Petrona Castillo, Petrona Guamán, Rafaela Guzmán, Rosa Gallegos, Rosa Isabel Nicolalde, Rosa Márquez, Rosa Segovia, Rosalía Troya, Valentín Carvajal, Vicenta Muñoz, Victoria Álvarez y Zoila Amada Calderón.

Historia Clínicas de los pacientes con diversas patologías

Estas Historias Clínicas se presentan con los datos consignados en los registros respectivos, en la “Tabla 19”. Los espacios en blanco corresponden a la falta de datos.

Tabla 19. Historias Clínicas de los pacientes con diversas patologías. Servicio de Clínica Quirúrgica. HSJD 1920-1925.

Nombre, ingreso, egreso	1. Absalón Miranda No registra 2/04/1925
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	19, Ambato. Sastre
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Disentería, tifoidea, gripes, hinchazón del testículo izquierdo, osteomielitis. Coxalgia
Nombre, ingreso, egreso	2. Ana Ma. Ferri 10/10/1921 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	16. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Se le hospitaliza tan solo por tener una epistaxis, por lo que me parece que no es de mi servicio. A última hora recibo noticias del Dr. Estupiñán que dicha enferma es específica y que iba a estar en este servicio. Hemofilia. Suero gelatinizado. Siendo de observar que no se tiene resultado.
Nombre, ingreso, egreso	3. Barbarita Lascano 28/1/1922 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	50, Poaló. Qq.Dd.
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Presenta deformación de la nariz, con cambio de coloración de los bordes, de las alas y el tabique que separa las ventanas, han perdido sustancia, si bien actualmente se encuentran cicatrizadas. En la frente y en toda la parte anterior de la nariz, labio superior y mejilla derecha, se observa cambio de color y ligeras cicatrices modulosas y ulceraciones que tienen bordes limitados y salientes, unas descubiertas y otras cubiertas de una secreción amarillenta, dada por la unión de varias costras amarillentas. Lupus. Vaselina con óxido de zinc.
Nombre, ingreso, egreso	4. Carlos - Reascos 20/3/1920 No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	9, M. Otavalo. Escolar
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	El 8 de agosto se le presenta una erupción varicosa precedida de todos los síntomas de una viruela, por lo cual se le manda al Lazareto de virulosos. El 21 de agosto vuelve al servicio completamente curado de la viruela. Coxalgia.
Nombre, ingreso, egreso	5. Dolores Luna de Vásconez 17/5/1925 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	B. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Osteomielitis. Coxalgia. Supuración de fístulas en el muslo.
Nombre, ingreso, egreso	6. Dolores Sáenz 02/07/1923 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	70, M. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Desde hace 10 años presenta crecimiento progresivo de bocio y últimamente presenta pérdida de fuerzas y palpitations fuertes. Bocio.
Nombre, ingreso, egreso	7. Lucrecia Salazar 14/05/1921 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	20. Ambato
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Hace un año y medio le apareció una espinilla cerca del ángulo interno del ojo derecho. Se abrió espontáneamente y salió pus, luego una costra y una mancha que persiste. Dicha mancha con escamas ocupa el pómulo derecho, tiene una coloración roja, se acompaña de prurito y ardencias, unos días aparece más que otros. Lupus eritematoso. Sulfato de quinina y yodo local. Desde el 21 de junio se le administra ictiol al interior.
Nombre, ingreso, egreso	8. Margarita Cisneros 12/12/1921 19/12/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	37. Pelileo, Agricultora
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Luego de un parto, presenta molestias, que incluyen "pérdida la cabeza por varios días". Manchas en la nariz, secreción verdosa por el ombligo. Examen Ginecológico negativo Histerismo. Trata el Dr. Villavicencio. Alta.
Nombre, ingreso, egreso	9. Margarita Donoso 07/02/1924 - 29/2/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	38, B. Latacunga

Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Pulmonía. Reumatismo. Pasa a la sala de La Virgen.
Nombre, ingreso, egreso	10. María Estela Mora 19/01/1922 - 29/01/1922
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	12, Quito. Escolar
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	El 1 de enero, la enferma tuvo una gripe. Durante la convalecencia de este episodio le brotaron unas manchas localizadas en diferentes partes del organismo; primero en las piernas, luego en los muslos y unas cuantas en los brazos; dichas manchas tenían diferentes formas como también diferentes dimensiones y muy visibles; al principio eran rosadas (la enferma las compara con las manchas que produce la mordedura de una chinche) luego se volvieron moradas, coincidiendo con la disminución del tamaño. Las dos piernas estaban aumentadas de volumen y pesadas, que aumentaban a la tarde, acompañadas de fuertes dolores que compara la enferma con los dolores reumáticos. Finalmente, la marcha era difícil. Se observa manchas de color violeta, muy visible, no solo por sus bordes sino por la coloración, observándose disminución con la administración de ergotina. Púrpura hemorrágica. Ergotina, calcio. Alta.
Nombre, ingreso, egreso	11. María Ester Casares de Hidalgo 12/06/1922 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	18, M. Quito. QQDD
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Rubéola. Ciática. Aparece absceso glúteo que se abrirá. Puntas de fuego en el muslo y en la región glútea. Al interior salicilato de sodio, salofeno y yoduro de potasio.
Nombre, ingreso, egreso	12. María García 10/05/1924 - 18/05/1924
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	35, M. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Sarampión, fiebre. Paraplejía. Solicita alta. Agonizante.
Nombre, ingreso, egreso	13. Modesto Zapata 16/02/1921 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	14. Calacalí. Jornalero
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Se inició hace 2 meses con dolor en el pliegue inguinal izquierdo, el que se propagó luego hacia el muslo y rodilla del propio lado. La marcha al principio era difícil; luego se hizo imposible debido al dolor. En ese período experimentó al mismo tiempo malestar general, cefalea intensa, fiebre y notable enflaquecimiento. El dolor se exacerba especialmente durante las noches en que era continuamente despertado por dolores agudos. Estado general, malo, facies anémica, ojos hundidos brillantes. El enfermo permanece recostado sobre el lado sano, procurando no sentar la nalga izquierda, el miembro de este lado, el inferior, está en extensión y ligera aducción y rotación interna, su maléolo interno sobrepasa al parecer en 1 cm, hay atrofia de este miembro, pero ligera, además el enfermo no asienta la región lumbar de manera que aquella forma un arco. Tiene movimientos del miembro, pero son muy dolorosos. La marcha es posible solo con un fuerte apoyo que le permita sentar muy poco, casi nada, el talón del miembro enfermo. Los movimientos pasivos: la flexión del muslo es dolorosa y no lo es el de la rodilla; la línea de Nelaton no coincide con el trocánter, hay fiebre poco elevada, calofríos algunas veces y el estado general se deprime cada día. De toda esta sintomatología se reduce que hay una coxalgia en su primer período. Coxalgia en primer grado. En tal estado es lo más aconsejado un aparato inmovilizador que anquiloze la articulación enferma. Se lo coloca el 21 de febrero: Dr. Villavicencio, Dr. Estupiñán y Sr. Alvear. El enfermo se ha movido por lo que se ha rajado el yeso y es preciso quitarle. Mayo 17: Por la mañana el enfermo ha tomado un baño muy frío ocasionándole una parálisis del facial que se lo trata convenientemente (electricidad). Junio 2: se coloca un nuevo aparato de yeso bajo anestesia clorofórmica (administra interno Alvear). Colocan aparato Dr. Villavicencio y Dr. Estupiñán, da el resultado que se buscaba pues el enfermo está calmado, su estado general es bueno. Junio 20, continúa en buen estado, sin dolor ni molestias de ninguna clase. El aparato está magnífico. La parálisis facial cede día a día.
Nombre, ingreso, egreso	14. Petrona Castillo 21/9/1924 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	80, B. Riobamba
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Hemorroides. incontinencia fecal, enteritis. Sale en el mismo estado
Nombre, ingreso, egreso	15. Rafaela Guzmán 23/10/1922 - No registra

Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	60, M. Otavalo
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Fiebre. Parálisis vesical. El 20 de julio presenta en el muslo derecho edema duro y mucho dolor local. Defunción.
Nombre, ingreso, egreso	16. Rosa Isabel Nicolalde 24/03/1921 - 03/04/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	13, Ibarra. Estudiante
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Hemorragia dental luego de extracción Hemorragia dental. Alta.
Nombre, ingreso, egreso	17. Rosa – Márquez 10/09/1923 08/10/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	50, M. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Erisipela, Reumatismo, Alta.
Nombre, ingreso, egreso	18. Rosa Segovia 30/10/1922 - 05/11/1922
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	10, M. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Hacia el lado izquierdo y en el labio superior presenta solución de continuidad, de modo que quedan descubiertos los dientes y parte de la encía correspondiente. Labio leporino simple. La bóveda del paladar es perfecta. Cirugía Dr. Villavicencio, Dr. Montero, Sr. H. Rueda, Cloroformo, Sr. Arregui. Pase a Sta. Rosa porque fue atacada por Varicela
Nombre, ingreso, egreso	19. Petrona Castillo 21/9/1924 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	80, B. Riobamba
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Hemorroides. Incontinencia fecal, enteritis. Sale en el mismo estado
Nombre, ingreso, egreso	20. Rafaela Guzmán 23/10/1922 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	60, M. Otavalo
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Fiebre. Parálisis vesical. El 20 de julio presenta en el muslo derecho edema duro y mucho dolor local. Defunción.
Nombre, ingreso, egreso	21. Rosalía Troya 10/11/1923 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	37, B. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Quiste de ovario operado hace 3 años. Coxalgia. Aparato de yeso
Nombre, ingreso, egreso	22. Zoila Amada Calderón 09/09/1922 - 23/05/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	7, M. San José de Minas. Escolar
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Sarampión, pulmonía. Desde hace un año se fatigaba mucho. Abultamiento pequeño delante de la tráquea.
Nombre, ingreso, egreso	23. Carmen Bastidas 15/1/1922 - 06/02/1922
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	15, Tulcán
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Artritis. Reposo, salicilato de metilo pomada y salicilato de sodio al interior. Mejoría.
Nombre, ingreso, egreso	24. Fermín Piche 15/05/1921 - 26/05/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	27, Cumbayá. Peón
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Convulsiones. Fuga el 26 de mayo de 1921.

Nombre, ingreso, egreso	25. González Fiallos 04/11/1924 No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	8 meses, M. Ambato
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Polidactilia en las dos manos Extracción de dedos supernumerarios
Nombre, ingreso, egreso	26 Guillermo Cevallos 21/08/1922 - 22/08/1922
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	4, Quito.
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Coxalgia. Aparato de yeso el 21-8-1922, recibió cloroformo. Alta
Nombre, ingreso, egreso	27. Jorge Porras 07/12/1920 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	17, Quito. Escribiente
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Paraplejia a Frigore. Inyecciones epidurales de Estricnina.
Nombre, ingreso, egreso	28. José Eliecer Rodríguez 22/01/1921 - 04/02/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	17, Quito Peluquero
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Purpura reumática.
Nombre, ingreso, egreso	29. José Raúl Maldonado 14/09/1920 - 24/09/1920
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	45, Tambillo
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Perforación de la bóveda palatina Colutorios, agua, clorato de potasa 10 g. sal 0,2 0g. e instilaciones de aceite gomenolado en el interior de la nariz Abandona el hospital sin estar curado
Nombre, ingreso, egreso	30. José Vicente Arteaga 03/11/1921 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	18, Latacunga, Sastre
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Lupus de labio superior y de las alas de la nariz. Se aplican puntos de termocauterío y metileno y el tratamiento tópico local Opera el Dr. Villavicencio. Ayudantes: C Viteri y R Zambrano. Cloroformo: Sr. Alvear.
Nombre, ingreso, egreso	31. Lucila Villacrés 01/7/1924 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	16, B. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Bocio del lóbulo derecho. Yoduro en dosis progresivas Resección quirúrgica. Evolución satisfactoria.
Nombre, ingreso, egreso	32. María Arias 14/11/1922 - 20/11/1922
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	35, B. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Mal perforante plantar(?). El signo de interrogación adjunto al diagnóstico es escrito por quien realizó el registro clínico de esta paciente. Mejorada.
Nombre, ingreso, egreso	33. María Cadena 02/06/1924 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	26, B. Bolívar
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Labio leporino doble con compromiso de la bóveda palatina. Reparación quirúrgica
Nombre, ingreso, egreso	34. María Celinda Jarrín 14/12/1921 - 30/12/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	20, Cayambe
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Artritis. Salicilato de sodio al interior y Salicilato de metilo en pomada. Mejoría.

Nombre, ingreso, egreso	35. María Ester Morillo No registra - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	6. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Labio leporino simple. Plastia del labio Dr. J. Montero y SR JF Arellano P. Cloroformo Sr. Burbano.
Nombre, ingreso, egreso	36. Martín Osorio 01/06/1921 - 26/06/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	28, M. Latacunga, Jornalero
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Epididimitis derecha. Alta.
Nombre, ingreso, egreso	37. Matilde Iturralde 10/10/1922 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	7, M. Quito, Escolar
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Dedo supernumerario en el pie derecho. Se extirpa el dedo supernumerario. Pasa a la sala de niños
Nombre, ingreso, egreso	38. Nasaria Armas 23/10/1922 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	52, M. Chilligallo. QQDD
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Reumatismo
Nombre, ingreso, egreso	39. Petrona Guamán 13/03/1923 - 15/04/1923
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	60, I. Quito
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Absceso dental. Extracción de un molar y de dos esquiarras óseas del maxilar: Dr. Montero, se le dio cloroformo. Alta.
Nombre, ingreso, egreso	40. Rosa Gallegos 30/06/1923 - No registra
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	34, Pujilí
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Coxalgia. Aparato de yeso. Mejor.
Nombre, ingreso, egreso	41. Valentín Carvajal 01/03/1920 - 20/03/1920
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	21, M. Toacazo Agricultor
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Manifestaciones de histerismo. Alta
Nombre, ingreso, egreso	42. Vicenta Muñoz 04/12/1921 - 20/12/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	32, Tanicuchí. Comerciante
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Depresión. Dr. Villavicencio. Alta.
Nombre, ingreso, egreso	43. Victoria Álvarez 15/04/1921 - 17/04/1921
Edad, "Raza", Procedencia, Ocupación	40, Quito. Peona
Antecedentes, Enfermedad actual, Examen Físico, Diagnóstico, Tratamiento, Condición final	Caries dental. Salió al segundo día.
Abreviaturas referentes a las "razas": M.: mestiza; B.: blanca; I.: indígena; N.: negra.	

Conclusiones

El abanico de edades fue vasto: desde los 8 meses hasta los 80 años de edad. La mayoría fueron menores de 20 años.

La mayoría de pacientes residían en Quito y sus alrededores. Los demás provenían de las provincias de la Sierra, desde Carchi hasta Chimborazo y Bolívar.

La permanencia presenta una tendencia más bien prolongada, con 26,25 días de estadía hospitalaria en promedio.

Hubo un marcado déficit de información en lo que se refiere a la condición final de los pacientes. Solo hay indicios en 20 casos, 6 expresamente registrados como mejoría o evolución favorable. Otros constan como alta.

Se documentó la defunción de una paciente, otra, egresó del hospital en estado agónico. También consta que una paciente “salió en el mismo estado”.

Existe constancia de la transferencia de dos pacientes, a las salas de La Virgen y Santa Rosa.

Por primera vez se menciona la transferencia de una niña a la “sala de niños”, sin más información.

Este grupo heterogéneo de patologías y pacientes está conformado por numerosos casos diagnosticados como “Coxalgia”. Esta patología podría catalogarse como un síndrome doloroso de la articulación coxofemoral de diferentes etiologías. Este síndrome se presentó en niños, adolescentes y adultos.

Existieron otros problemas: congénitos, inflamatorios, neurológicos, de salud mental, hematológicos, endocrinos y dentales.

Llama la atención la presencia de bocio en un niño de 7 años que fue operado exitosamente y cuya herida fue cerrada con una sutura sub-dérmica, de significativo valor estético. Hubo otros dos casos de bocio, uno extirpado con éxito en una adolescente de 16 años. En el otro caso no hay datos sobre el tratamiento efectuado.

También hubo un caso de hemofilia, cuyo tratamiento no fue registrado.

En otros casos significativos, como los neurológicos y de salud mental, no se especificó el tratamiento realizado.

CAPÍTULO XXIV

Violencia sexual, física y psicológica

En los registros del Hospital San Juan de Dios, en el período 1920-1925, se puede encontrar, lamentablemente, historias de violencia sexual, física y psicológica. En este capítulo revisaremos casos que nos indignan y exigen a todos buscar estrategias concretas para construir un presente mejor.

Violencia sexual

“La mitad de los niños del mundo, es decir aproximadamente 1000 millones de niños, se ven sujetos cada año a violencia física, sexual o psicológica, y sufren traumatismos, discapacidad y muerte” (United Nations International Children’s Emergency Fund, 2020).

En los casos de abuso sexual, es difícil y entristecedor recorrer las páginas de los registros clínicos del Hospital San Juan de Dios. Páginas amarillentas y surcadas por palabras escritas con tinta en proceso de evaporación, presentan el testimonio de abusos sexuales graves, execrables, que afectaron la vida de niñas, niños y adolescentes.

No es posible mancillar nuevamente con el olvido estas vergonzosas vejaciones. No por el solaz mórbido de crónica roja. Estos registros son testimonios que exigen ser conocidos y analizados por quienes hacen las políticas públicas y por quienes tenemos la obligación de defender la integridad de la vida y los derechos de la infancia y de la adolescencia.

Lamentablemente, con mayor o menor insania, las historias se repiten. No quedaron sepultadas en el Quito franciscano y día a día escuecen la sensibilidad de muchos ecuatorianos. Es necesario conocerlas para intentar erradicarlas de nuestra historia como seres humanos en proceso de superación.

La violencia sexual y la violencia de género son “una pandemia que ha perdurado en el tiempo, siendo las niñas y las mujeres las principales víctimas de las relaciones de poder dentro de un sistema patriarcal que subordina e invisibiliza a las mujeres” (Vera Puebla, 2020). La II Encuesta Nacional de Violencia de Género contra las mujeres de 2019 estableció que

65 de cada 100 mujeres, de 15 años y más, han experimentado, por lo menos, un hecho de algún tipo de violencia, en alguno de los distintos ámbitos a lo largo de su vida, siendo la violencia psicológica la que prevalece y la detonante de los demás tipos de violencia, más aún cuando las autoridades y sociedad no actúan de manera inmediata.

(...)El sistema de administración de justicia tiene la obligación de contar con mecanismos idóneos y efectivos que permitan cumplir con la debida diligencia de los casos, lo que conlleva a implementar herramientas tecnológicas que faciliten el acceso a la justicia a las víctimas y sobrevivientes (Vera Puebla, 2020).

UNICEF insiste en que la violencia sexual contra los niños es una grave violación de sus derechos (United Nations International Children’s Emergency Fund, 2018). Ocurre en los hogares, escuelas, lugares de trabajo, etc. en todos los países y grupos sociales. “En 2002, la OMS estimó que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años experimentaron violencia sexual, la mayoría de las veces motivadas por falsas promesas y un conocimiento limitado sobre los riesgos” (Rodríguez-Díaz, 2015). La verdadera magnitud de la violencia sexual está oculta, debido a su naturaleza sensible e ilegal. La mayoría de los niños y las familias no denuncian los casos de abuso y explotación a causa del estigma, el miedo y la falta de confianza en las autoridades. La tolerancia social y la falta de conciencia también contribuyen a que no se denuncien muchos de los casos. Este es el panorama actual. A comienzos del siglo XX, el tabú moral y religioso sobre las prácticas sexuales en general y sobre los abusos sexuales a niñas y adolescentes en particular enmascaraban aún más la realidad.

La Defensoría Pública de Ecuador señala que son delitos que vulneran la libertad sexual y reproductiva de una persona, todos aquellos que interfieren en su libertad para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y si tener hijos, cuántos, en qué momento y con quién. La normativa nacional e internacional toma en cuenta a los niños, niñas y adolescentes como grupos de mayor vulnerabilidad. La violencia sexual puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales graves a corto y largo plazo, no sólo para las víctimas, sino también para sus familias y comunidades. Esto incluye los riesgos de padecer enfermedades, embarazos no deseados, trastornos psicológicos, estigma, discriminación y dificultades en la escuela.

Esta es una selección de menores de 18 años que vivieron evidentes agresiones sexuales. Por tanto, se excluyen por la edad otras agresiones sexuales sufridas por mujeres de 18 o más años. Se ordenan en forma ascendente de acuerdo con la edad de las pacientes.

A continuación, se transcriben los registros clínicos, todos ellos son escuetos y encierran episodios dolorosos, impregnados de sufrimiento para sus protagonistas, seres inocentes e ignorantes de la gravedad del agravio que sufrieron.

Historias Clínicas de las víctimas de violencia sexual

Como antecedente trágico de los problemas de violencia sexual en pacientes ingresadas en el Hospital en 1918, existe únicamente un caso registrado, con mínimos datos. El caso es el siguiente:

Niña sin nombre, violada en una quebrada. No consta el nombre de la paciente. Ingresó el 30 de octubre de 1918. Tenía 11 años de edad y de raza blanca. Residente en Quito. Ha tenido Sarampión. El registro señala que, “Por orden de la Policía manifestamos que fue hallada en una quebrada y con una hemorragia vaginal. Hecho el examen se encontró la rotura del himen y un desgarre del periné, la consecuencia de una violación”. No hay más información.

Los registros de pacientes con violencia sexual en el período 1920-1925 se transcriben a continuación:

María Ramos con dos infecciones de transmisión sexual. Edad 6 años, Quito. Raza india. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: No da razón ANTECEDENTES PERSONALES: Sin importancia. Estado actual: Vulvitis gonocócica; chancro específico en el labio mayor derecho. DIAGNÓSTICO: Blenorragia. Sífilis. TRATAMIENTO: Mercurio. Jarabe Yodotánico. A petición de la madre, es dada de alta el 13 de octubre de 1922.

Romelia Meriano, con vegetaciones vulvares. Natural de Riobamba, de 7 años de edad, ingresa el 4 de octubre de 1921. Se le hospitaliza por tener unas vegetaciones no específicas localizadas en la vulva y labios. Al día siguiente se llevó a cabo una intervención quirúrgica haciendo de cirujano el Dr. Estupiñán y cloroformizador el Sr. Rueda. El termocauterío fue pedido a la clínica del Dr. López. DIAGNÓSTICO: Vegetaciones. Sale por curación.

Juana Sanguano, fue violada. De Sangolquí, de 10 años de edad, raza indígena. Ingresó el 7 de julio de 1922. ENFERMEDAD ACTUAL: Se queja de fuerte dolor en la vulva; e ingresa al servicio mandada de la policía, porque la han violado. EXAMEN FÍSICO: Rasgadura del himen. TRATAMIENTO: Se la deja en reposo poniéndole compresas con pomada antiséptica y después de 3 días se da el alta.

América V. Quiroz, tiene papilomas en el ano y sífilis. Del Napo, de 12 años, raza blanca. Sabe apenas leer. Ingresó el 13 de marzo de 1923. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padre vive, dice ser enfermo (?). ANTECEDENTES PERSONALES: Paludismo es la enfermedad que tiene desde que estuvo en el Oriente. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresó con grandes papilomas en el ano. Presenta ganglios característicos de especificidad. DIAGNÓSTICO: sífilis. TRATAMIENTO: se empieza tratamiento con yoduro, 1ra dosis de Arzenobenzol el 15 de abril. Alta el 2 de mayo de 1923.

Rebeca Nieto, fue violada hace un año y tiene sífilis. De Cotacollo, de 13 años de edad, no sabe leer. Raza mestiza. Ingresó el 22 de enero de 1924. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padre murió con los pulmones, según dice; la madre es sana. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión en la infancia; es impúber. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresó con ulceración del velo del paladar. Dice la enferma que fue violada hace un año. EXAMEN FÍSICO: Al examen se observa ganglios submaxilares y preauriculares duros y móviles. Presenta ulceración en el velo del paladar. No hay en los genitales huellas de chancro, la vagina es amplia. DIAGNÓSTICO: Sífilis

María Ester Andrade tuvo sus primeras relaciones sexuales y luego sífilis. De Quito, de 14 años, soltera, raza mestiza, sabe leer. Ingresó el 2 de agosto de 1923. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padres viven menstruación. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un año tuvo las primeras relaciones sexuales; la enferma posiblemente no se dio cuenta de la presencia del chancro, pero en la vulva se halla la cicatriz dejada; Ha sido tratada en la Sanidad donde se ha puesto tres series de Arzenobenzol; en la actualidad ingresa al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Al Examen se observa en los cuatro miembros y en las nalgas, placas diseminadas de unas costras que al levantarlas sangran, son poco supuradas (ectima específica). Además, se hallan los ganglios voluminosos, no adheridos a la piel, indolores y se nota que los del cuello son los más hipertrofiados, hallándose del tamaño de una nuez. DIAGNÓSTICO: Sífilis en terciarismo precoz. TRATAMIENTO: 8 días de yoduro de potasio. Fugó el 6 de septiembre de 1923.

Natalia Herrera, tiene condilomas y sífilis. Natural de Quito, de 15 años de edad. Sirvienta. Ingresó a este servicio el 21 de febrero de 1921. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia (madre un poco H). ANTECEDENTES PERSONALES: Hace dos años que empezaron las menstruaciones, abundantes y duran 3 días. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 meses más o menos que tuvo relaciones sexuales sintiéndose enferma. Vino, dice la enferma, a hacerse lavados en este servicio sin conseguir mejoría. Fue a la casa donde le atendió una matrona. Pensó estar sana en un mes de tratamiento y unos días antes de la hospitalización sintió alrededor del ano unos cuerpos extraños muy dolorosos. EXAMEN FÍSICO: Examen ginecológico: Se observa condilomas específicos alrededor del ano. Con el examen se confirma el diagnóstico de especificidad (Condilomas). DIAGNÓSTICO: Especificidad (Sífilis). Tratamiento (no se especifica el tratamiento administrado). Salió el 7 de abril de 1921. Reingresa el 22 de julio de 1921. Salió el 4 de agosto de 1921.

Zoila Chávez, con úlceras específicas. Natural de Quito, 16 años de edad, soltera, ingresa el 5 de enero de 1922. Se le hospitaliza por tener en la región vulvar varias úlceras específicas (Chancro) confirmados al ultramicroscopio. DIAGNÓSTICO: Especificidad (Sífilis). TRATAMIENTO: (914) Sigue en la serie. Se encuentra mejor. Salió el 5 de febrero de 1922.

María Cruz, niega todo. De San Juan, de 16 años, soltera, raza mestiza. Ingresó el 16 de febrero de 1923. No sabe leer. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padres viven sanos. ANTECEDENTES PERSONALES: No se da cuenta de las enfermedades de la infancia. Reglada a los 12 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Se ha presentado hemorragia desde hace un mes. Al examen interno se observan membranas caducas que se están eliminando. La enferma niega todo. DIAGNÓSTICO: aborto. Se le remite a la Maternidad.

Delia M. Castillo, hace dos meses con chancro blando. De Quito, soltera, de 16 años, sabe leer, raza blanca, ingresa el 24 de mayo de 1924. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Madre es litiasica (cólicos hepáticos), padre sano. ANTECEDENTES PERSONALES: Varioloides de niña. ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresó al Hospital por una secreción vaginal que le comenzó hace dos meses, además presenta un ganglio inflamado en la región inguinal izquierda y una pequeña erosión en el grande labio del mismo lado. Le examina el Dr. Ricardo Villavicencio Ponce. DIAGNÓSTICO: Chancro blando. Alta el 10 de septiembre de 1924.

Delfina Erazo, es una virgen con sífilis. Natural de Lloa, de 17 años de edad, soltera, ingresó el 1 de mayo de 1921. Continuación (N.A.: no existe la primera parte). Al examen macroscópico se observa: en la región vulvar hay un gran número de ulceraciones específicas, especialmente en el labio derecho, hay una gran infiltración (goma). La enferma es una virgen: el himen se encuentra intacto, da cabida apenas a la punta del índice. Las paredes del a vagina son resistentes. La infección sifilítica no se ha hecho por copulación. DIAGNÓSTICO: Específica (Sífilis). Pasa a la Sala Santa Marta.

Sara Romero, no podía sentarse. Natural de Quito, de 17 años de edad, soltera, planchadora. Ingresó el 1 de mayo de 1921. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 16 años, sin alteración alguna. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 8 días que sintió la enferma ardencias en la vulva que impidieronle sentarse, además tenía anuria y estreñimiento. Examen: Según el examen verificado el 6 de mayo se le diagnostica especificidad. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: y biyoduro de mercurio. Pasó a Santa Marta el 13 de mayo de 1921.

María J. Andrade enfermó por una visita de confianza. Natural de Quito, de 17 años de edad, soltera, ingresó el 3 de mayo de 1921. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 14 años, sin novedad alguna. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace un mes que empezó la enfermedad, siendo la causa una visita de confianza. La enferma fue examinada por el Dr. Salgado y siendo muy difícil curarse en la calle, se le hospitaliza en el Hospital con el diagnóstico de especificidad. Según el examen se observa un chancro y unos papilomas. DIAGNÓSTICO: Especificidad (Sífilis). TRATAMIENTO: Inyecciones (914). Es la 2da junto con una pomada. Salió el 16 de mayo de 1921.

La siguiente historia impactante y dolorosa, de terrible contenido humano o más bien inhumano, es de un joven varón de 25 años que estuvo hospitalizado en el Servicio de Clínica de Mujeres del Hospital San Juan de Dios.

Adán Vélez a los 12 años enviado al Panóptico de Quito. Nació en Guayaquil, tiene 25 años. Residió en Guayaquil hasta los 19 años en que vino a Quito al Panóptico donde ha permanecido seis años. Raza mestiza; oficio sastrero. Sabe leer y escribir. Ingresó a este Hospital el 2 de noviembre de 1924. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: nulos. ANTECEDENTES PERSONALES: Desde niño ha tenido enfermedades de la piel caracterizadas por prurigos. A la edad de 12 años tuvo una relación sexual con un hombre, haciendo de pederasta pasivo, desde entonces ha continuado con ese vicio, siendo esta la causa del ingreso al Panóptico. Es de notar que cuando tuvo la relación sexual hubo gran hemorragia por el recto, dando margen a que se creyera en unas hemorroides. A la edad de 14 años tuvo la "peste negra" ("Bubónica") de la que se curó en el Hospicio-Lazareto de Guayaquil. Hace unos 4 meses se le presentaron unos granos en todo el cuerpo, pero de preferencia en los miembros superiores e inferiores, respetando el tronco; en la cara también se nota granos diseminados en toda ella, pero de preferencia en los arcos superciliares, la frente y la base de la nariz. Estos granos no se asemejan a una rupia, ni roséola, más bien tienen semejanza a brotes de ectima. No hay dolor, comezones ni supuración. Durante este tiempo ha tenido muchos dolores de garganta, tres o cuatro anginas. A los 18 años tuvo un granito como espinilla que se presentó junto al orificio anal, este era duro, poco doloroso, no había secreción mucosa y se sanó casi sin tratamiento

a fuer de aplicaciones de tintura de yodo. EXAMEN FÍSICO: Examinada la cavidad bucal se nota que en la parte del velo del paladar hay unas manchitas blanquecinas, dando preferencia a dos más, características, en las dos amígdalas. También se queja de haber tenido grandes cefaleas nocturnas y que actualmente se repiten con poca frecuencia. En la fosa nasal izquierda, en la pared interna, hay una úlcera que se asemeja a goma sífilítica; este sangra cuando se suena demasiado fuerte y cuando se quita la costra con sus propios dedos. En el sistema ganglionar, yendo de arriba hacia abajo, tenemos lo siguiente: a) en la región retroauricular, no hay ganglios marcados; b) en la región axilar tampoco; c) existe el ganglio epitroclear hipertrofiado; d) los ganglios de cuello tampoco están visibles, e) los ganglios inguinales están característicos, confirmando la Pléyade de Ricord y notándose el Prefecto que está bien grande y nada adherido a la piel. En la parte de la comisura interglútea y alrededor del orificio anal se notan unos dos grandes condilomas que semejan a los grandes labios de una vulva de mujer. Estos condilomas se le presentaron a la edad de 17 años, pero entonces eran pequeños. Anotemos que seguía sirviendo de pederasta pasivo. LABORATORIO CLÍNICO: Han practicado en la oficina de Sanidad Pública una ultra microscopia y dio resultado positivo, encontrándose Treponema pálido de Schaudinn. DIAGNÓSTICO: Sífilis. TRATAMIENTO: Comienzo con Neosalvarsan y Hg en los intervalos de Novarsenobenzol. El 3 de noviembre se le pone la primera inyección de 0,15 de 914. Se le sigue poniendo inyecciones de mercurio para hacerle el tratamiento mixto con Neosalvarsan. El día 16 de diciembre se pone la última inyección de 0,90. Se le da el alta el 18 de diciembre de 1924.

Consideraciones y consecuencias

El panorama es sombrío: una niña india de 6 años de edad con dos graves infecciones de transmisión sexual, sífilis y blenorragia, sin haber tenido arte ni parte. Otra niña de 7 años de edad con vegetaciones vulvares. Una niña más de apenas 10 años de edad, violada. Niñas 12, 13, 14, 15 y 16 años de edad con sífilis, inclusive terciaria una de ellas. Otra de 16 años con aborto incompleto y que “niega todo”. Una adolescente de 17 años con sífilis y que anatómicamente sigue siendo virgen. Una adolescente de 16 años con chancro blando, otras de 17 años de edad con sífilis o blenorragia, una de ellas contagiada por “una visita de confianza”. Así de triste y doloroso es el panorama descubierto por los registros clínicos de 1921 a 1924.

El impresionante caso de Adán Vélez es una muestra de la violencia sexual ejercida también contra los varones. A los 12 años de edad fue violado y se lo cataloga como “pederasta pasivo”. Posteriormente, según el relato de Adán, por haber continuado con “ese vicio” fue enviado a la penitenciaría mayor de Quito, el denominado entonces Panóptico, que luego se denominaría Penal García Moreno, en homenaje a su constructor. Es posible que hayan existido otras razones para su sentencia penal, de todas maneras, quien elabora la historia clínica asume como cierta esa posibilidad al no cuestionarla. Adicionalmente, su patología exuberante serviría para acercarse más al conocimiento de la sífilis, enfermedad de múltiples manifestaciones clínicas conocida como “la gran imitadora”.

Las víctimas tenían en común varios elementos. Seguramente, el más importante y definitorio para sus vidas, aún incipientes, era el empobrecimiento al que la sociedad las había sometido. Eran también dependientes de familiares empobrecidos o de patrones prevalidos de sus reales. Eran niñas de 6 a 12 años y adolescentes de 13 a 17 años.

Su empobrecimiento tuvo repercusiones en su instrucción. Solo tres de ellas sabían leer y de una se menciona que “apenas sabe leer”. Las demás posiblemente eran analfabetas, por su edad o por su condición. Culturalmente, no era significativo y menos necesario que las mujeres supieran leer y escribir. Su función en el hogar era servir al padre, a los hermanos, a los varones en general. En consecuencia, estaban mejor dispuestas para ser doblegadas y sometidas a los deseos de los varones. Habían sido condicionadas desde edades tempranas. Llegado el momento no tendrían salida y habrían de callar la vergüenza, no de ellas las víctimas, sino la de aquellos que las agredieron.

Otro elemento común se refiere a su libertad. No es posible afirmar que aquellas niñas, adolescentes o mujeres agraviadas eran libres. Las necesidades con las que sobrevivían y la violencia sexual, física o psicológica, cotidianas, no generaban las condiciones necesarias para vivir en libertad. No tenían condiciones ni estaban en capacidad de pensar y tomar sus propias decisiones en libertad. Como decía el profesor español Julio Anguita González en una conferencia conjunta con José Saramago en Cáceres el 23 febrero de 1999:

Hablar de libertad es asumir que se tiene la conciencia libre. La conciencia libre significa que yo puedo decidir si tengo todos los elementos para formular mi decisión, estoy bien informado, estoy bien formado, me alimento todos los días, tengo un techo donde guarecerme, tengo

una ropa que ponerme y una vez que tengo todas mis necesidades más elementales satisfechas puedo empezar a pensar para ser una persona libre. Porque si yo tengo que buscar el trabajo trampeando como sea, poniéndome en la cola del paro, vendiéndome por cuatro monedas porque tengo que comer, los míos y yo, yo no soy una persona libre. (Anguita-González, 1999).

Quienes elaboraron los registros las habían tipificado por razas en indígenas o indias, mestizas o blancas. De todas maneras, al momento del ultraje, la raza no importó ni fue obstáculo para sus depredadores. Sufrieron violencia sexual todas ellas y, probablemente, también ejercieron sobre ellas violencia física y psicológica.

Las adolescentes eran solteras, en una época en que los registros del Hospital San Juan de Dios nos relatan frecuentes casos clínicos de adolescentes tempranas que estaban casadas, algunas tenían hijos y otras los habían perdido. Así, por ejemplo, Rosa Martínez de Lobato de 38 años de edad, raza blanca, no consta su procedencia. Ingresó a la sala Santa Teresa el 8 de agosto de 1924 por presentar una hepatomegalia. Su registro dice textualmente: “Enfermó con la regla a la edad de 15 años, un año después de su matrimonio. Ha tenido trece partos, abortos, ningunos”.

En los casos descritos, la mayoría de niñas y adolescentes tenían a sus padres vivos, aunque dos habían perdido a sus madres. Una de las agraviadas era sirvienta y otra planchadora. En los demás casos no se consignó su ocupación.

Los diagnósticos registrados son estremecedores: Violaciones, sífilis, sífilis terciaria precoz, sífilis + blenorragia, blenorragia, condilomas anales y perineales, vegetaciones vulvares, chancro blando.

¿Cómo se contagiaron?

En la mayor parte de casos no se exteriorizó la forma de contagio. En unos pocos casos existen testimonios, datos y situaciones que describen la forma en que se contagiaron:

- Hace un mes que empezó la enfermedad, siendo la causa una visita de confianza. Resultado: sífilis.
- La enferma es una virgen: el himen se encuentra intacto, da cabida apenas a la punta del índice, sin embargo, tiene sífilis.
- Hace 3 meses más o menos que tuvo relaciones sexuales sintiéndose enferma. Diagnóstico, sífilis y condilomas.
- Dice la enferma que fue violada hace un año. Terminó con sífilis.
- La enferma niega todo. Diagnóstico: aborto.
- Ingresa al servicio mandada de la policía porque la han violado.
- Adán, a la edad de 12 años tuvo una relación sexual con un hombre, haciendo de pedera-pasivo.

Consecuencias personales de estas agresiones

Las consecuencias personales y familiares de los hechos presentados son graves. Solamente pensemos si esto sucediera en nuestra familia, imaginemos el impacto brutal que tendrían diagnósticos como los señalados, actualmente, sabiendo que esas enfermedades tienen curación. Entonces, entre 1921-1924, para la mayoría de los casos no existía posibilidades de un tratamiento efectivo:

- » La penicilina, descubierta por Alexander Fleming en 1928, empieza a ser utilizada terapéuticamente después de 1945 en los países hegemónicos. Su disponibilidad efectiva en el mundo y en nuestro medio es posterior. Por tanto, para la sífilis y la blenorragia no había curación. Tampoco para el chancro blando.
- » Los condilomas y vegetaciones vulvares o anales se manejaban con la utilización del electro cauterio, aunque sea requerido en préstamo de una clínica particular.

- » La violación fue tratada con reposo y compresas con pomada antiséptica por tres días y punto.
- » La violación de Adán le llevó a prisión y tratamientos tóxicos y agresivos.

Pronóstico clínico

En función de las limitaciones terapéuticas, el uso de los compuestos mercuriales para el tratamiento de la sífilis que utilizaban entonces, no estaban exentos de graves efectos adversos y de una eficacia limitada. La sífilis produce daños graves, discapacitantes, dolorosos y mortales. Además, existe la posibilidad real de contagio a otras personas, reproduciendo enfermedad y dolor. Las diferentes fases por las que atraviesa esta enfermedad deben ser rápidamente diagnosticadas clínicamente y con el apoyo de exámenes de laboratorio, para erradicarla y evitar su avance. La disponibilidad de exámenes complementarios era mínima y los tratamientos poco eficaces.

Entonces, era posible encontrar pacientes con sífilis secundaria o terciaria que produce neurosífilis meningovascular por una inflamación del endotelio arterial de las meninges, que obstruye el flujo sanguíneo en el cerebro, la médula y demás estructuras del sistema nervioso central. Esta falla de irrigación genera múltiples infartos cerebrales que se traducen en paresia, afasia, alteraciones psiquiátricas, etc. También la tabes dorsal, produce principalmente una desmielinización medular, los ganglios nerviosos y las raíces dorsales, con un cuadro clínico de ataxia, parestesias, incontinencia fecal, impotencia, etc. Se afecta la visión con el signo de Argyll-Robertson que consiste en una pupila pequeña e irregular que se acomoda para la visión de cerca, pero no ante estímulos luminosos. La audición y la visión pueden verse afectados en cualquier estadio de la enfermedad. Además, la sífilis puede ser transmitida de la madre al feto, quien nacería con graves manifestaciones de una sífilis congénita (Peate, 2007).

Para la blenorragia, los lavados con soluciones antisépticas, como el agua con permanganato, no eran del todo efectivos. La enfermedad, sin un adecuado tratamiento, produce alteraciones del tracto urinario y del aparato reproductor e igualmente persiste la posibilidad de contagio. Otras patologías, como los condilomas, pueden provocar contagio o encubrir sífilis, que también podría ser transmitida a sus contactos sexuales.

En consecuencia, las enfermedades producto de las agresiones sexuales a estos niños y adolescentes eran graves y aún mortales. El resto de su vida, su calvario más bien, estaría marcado por el dolor físico y las lesiones patológicas propias de estas enfermedades.

Impacto psicológico

Hasta aquí, todo lo expuesto cursa en el aspecto médico biológico. Sin embargo, los niños y adolescentes víctimas de estos atropellos eran seres pensantes y con sentimientos que debieron sufrir y llorar mucho, posiblemente en silencio y con poco o ningún apoyo personal y emocional.

En ninguna de las historias se menciona la necesidad de valorar o buscar la forma de reparar el daño psíquico que estos hechos violentos provocaron en sus víctimas.

La seducción o los engaños que posiblemente se utilizaron para mantener relaciones sexuales con estos menores, son una forma encubierta de violencia y desde luego, de abuso sexual.

Los daños psicológicos provocados hubieran sido difíciles de reparar si se los abordaba técnicamente. Dado que se los ignoró, el impacto psíquico debió ser traumáticamente indeleble, para toda la vida de los niños violados, para sus familias y para su convivencia social.

Violencia física

Violencia física contra la mujer o miembros de la familia.- Todo acto que produzca daño

o sufrimiento físico, así como cualquier forma de maltrato o agresión, como castigos que afecten a su cuerpo, provocando o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas. (Fiscalía General del Estado).

La situación de la mujer entre 1921 y 1924 seguramente era más lamentable que la actual. El contexto social existente, saturado de machismo evidente, orgulloso y prevalido de sí, debió generar la aceptación resignada de la condición de mujer, como un ser inferior al varón y en sumisa dependencia. No sería difícil que la mujer de entonces estuviera convencida de que el hombre todo lo pudiese, todo lo supiese y fuese el heredero directo de la sabiduría mosaica divinizada en los libros sagrados.

A este panorama casero se debe añadir la pobreza de nuestro país, la crisis económica que se vivía con una grave y creciente inflación, producida directamente por la plutocracia exportadora, dueña de los bancos y de la producción de dinero inorgánico, sin respaldo en oro o plata, con el cual manejaban la economía a su favor. Siempre de la mano de sus gobernantes en todos los poderes del Estado ecuatoriano. Fueron ellos los que permitieron, mediante la “ley moratoria” de 1914, cuyas consecuencias persistieron hasta más allá de 1925, quienes acrecentaron la pobreza y la brecha social de la época.

Acudir al hospital de los pobres de Quito, reafirma la pobreza de las mujeres que sufrieron violencia de género. Así mismo, eran mujeres carentes de libertad de conciencia. Su rol femenino reforzaba esta situación que le impedía empoderarse como mujeres y personas libres.

En este entorno de dificultades para subsistir, nace y crece la rabia varonil, fácil de volcarse en mujeres indefensas, personal y socialmente. Pocos o nadie las creería cuando relataran sus historias de agresión marital. Tendrían miedo de hacerlo ante la posibilidad de nuevas agresiones. Actualmente, con frecuencia, la mujer calla ante el maltrato y sufre repetidas veces hechos de violencia que pueden acabar con su vida. En aquella época, en medio de una sociedad medrosa e hipócrita que fácilmente inculparía a la mujer por la agresión de su marido, el silencio era la mejor vía para su supervivencia.

La situación actual no es diferente. La Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, ENVIGMU-2019, elaborada por el INEC en 2019. “Tiene la finalidad de medir hechos que indagan los tipos de violencia que se encuentran enmarcados en las normativas nacionales e internaciones” (Instituto Nacional de Estadística y Censos, s.f.).

Algunos de los resultados más significativos de la ENVIGMU-2019 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019) reportan que:

- 65 de cada 100 mujeres en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho de algún tipo de violencia en alguno de los distintos ámbitos a lo largo de su vida.
- 66 de cada 100 mujeres de estado conyugal divorciadas, separadas y viudas, han experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja a lo largo de su vida.
- 48 de cada 100 mujeres en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho de violencia gineco-obstétrica a lo largo de su vida.
- Con relación a los roles a cumplir por parte de varones y mujeres, algunos elementos son notables:
- 27 de cada 100 mujeres, creen que una buena esposa debe obedecer a su esposo en todo lo que él ordene.
- 45 de cada 100 mujeres, creen que las mujeres deben ser las responsables de las tareas de la casa, cuidado de los hijos/as, de las personas enfermas y ancianas.

Sus conclusiones son las siguientes:

- Para poder incidir y detener la violencia contra las mujeres es fundamental poder visibilizarla en todas sus formas y ámbitos de ocurrencia.
- Un elemento clave es la producción de información estadística que permita cuantificar, caracterizar y dimensionar la violencia contra las mujeres.

- La ENVIGMU 2019 recoge dimensiones críticas sistematizadas en derechos: Derechos civiles, derecho a una vida libre de violencia y discriminación, derechos sexuales y reproductivos, derechos económicos, sociales y culturales, derechos civiles y políticos, derechos colectivos y ambientales.
- La ENVIGMU 2019 posibilita la caracterización de los hechos de violencia contra las mujeres, los perpetradores y los lugares donde estos hechos ocurren, de modo que contribuyen al diseño informado de políticas públicas adecuadas para enfrentar tales hechos.
- La información producida a partir de la ENVIGMU 2019 demanda la ejecución de talleres de trabajo que faciliten y promuevan el adecuado uso e interpretación de los resultados para fortalecer las acciones de política pública en la materia.

Historias Clínicas de las víctimas de violencia física

Las historias que a continuación se transcriben, presentan hechos reales que fácilmente superan lo imaginable. Se necesita sacar a luz estos registros clínicos, casi cien años después de cometidos, para que conociéndolos generen vergüenza en quienes los lean y generen acciones en defensa de los derechos de la mujer, en todos los sentidos.

Como cada uno de los hechos tiene sus particularidades, se los comenta luego de la transcripción de cada registro, los cuales se encuentran ordenados cronológicamente.

Margarita Acosta recibió paliza y agresiones de su esposo. Natural de Ambato, de 45 años de edad, casada, comerciante, ingresa el 28 de diciembre de 1921. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 15 días teniendo como causa el haber salido a las 4 de la mañana estando muy caliente, sintió unos dolores vagos en los miembros inferiores y superiores, y a medida que el tiempo ha pasado sintió que los miembros inferiores estaban pesados y siéndole imposible la marcha y la bipedestación; en cuanto al miembro superior izquierdo le es imposible todo movimiento; además siente mucho frío en el miembro izquierdo inferior. Así como también la enferma ha recibido del esposo una paliza hasta introducirle la mano en la vagina, ocasionándole lastimaduras, según dice la enferma. EXAMEN FÍSICO: Examen genital no dio nada de particular. Luego se ordenó el pase a la Virgen. Comentario: Se trata de una mujer casada con cierto grado de autonomía por su ocupación de comerciante, aunque esta actividad la realizaría, seguramente, en compañía de su esposo. En este caso, es poco probable que las manifestaciones neurológicas que presenta esta mujer de 45 años sean producto de un enfriamiento. Luego de atribuir al cambio de temperatura sus males, reconoce que su esposo, seguramente enfurecido, le propinó una paliza y una salvaje maniobra lacerante en sus genitales. Esto, seguramente, confió al médico en ausencia del culpable. Se la transfirió a la sala de clínica y no se menciona la posibilidad de comunicar a las autoridades.

Rosa E. Miño de Méndez, fue golpeada por su marido. De 20 años, natural de Otavalo, raza mestiza, panadera, casada. Ingresó el 9 de abril de 1922. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: Tuvo fiebre, erisipela, viruela. Menarquía a los 14 años. ENFERMEDAD ACTUAL: El mismo día de su ingreso al servicio, tuvo un altercado con su marido, el cual la golpeó con un palo en la cabeza. EXAMEN FÍSICO: Tiene 3 heridas, la más grande es de 3 cm de largo en la región occipital, las otras dos insignificantes. TRATAMIENTO: Se le hace dos puntos de sutura. El 13 de abril se le da el alta. Comentario: Es una mujer joven, artesana y con ocupaciones adicionales a las propias del hogar. Víctima de la violencia marital con heridas, “dos insignificantes” según el externo, interno o médico que registra con poca sensibilidad la agresión sufrida por la joven mujer, lo cual refleja el comportamiento social ante este tipo de violencia. Por lo visto, esta insignificante agresión no ameritó notificación a las autoridades.

Magdalena Yépez de Ramírez fue víctima del fuste de su esposo, oficial de policía ebrio. De Quito, de 30 años de edad, casada, raza mestiza, cocinera. Ingresó el 20 de mayo de 1922. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: De buena salud. Primera menstruación a los 10 años. ENFERMEDAD ACTUAL: Su esposo ebrio, le da de golpes con el fuste de oficial de policía. Llegó a las tres de la mañana. EXAMEN FÍSICO: Presenta una rotura de unos 3 cm de largo en la región parietal izquierda, contusiones en la cara y otra pequeña rotura de la piel en el labio superior. TRATAMIENTO: Se le practica la primera curación aproximando los bordes de las heridas y a las ocho de la mañana se le sutura el labio, cuyos bordes no se han adosado. Se le da el alta el mismo día de su ingreso. Comentario: La mujer de este oficial de policía, está en edad de plenitud. Como cocinera seguramente trabajaba fuera de casa. Su esposo, usa un arma pública para la agresión familiar, produjo heridas y traumatismos en la cabeza y en la cara de su subordinada. Como agravante, el representante del orden estaba ebrio. ¿A quién se puede notificar esta agresión?

Nicolasa Oschina recibió golpes y puntapiés de sus patronos. De 26 años de edad, soltera, raza indígena, de Carapungo, labradora. Ingresó el 11 de junio de 1922. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: La primera menstruación, a los 13 años, tiene un hijo. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace poco tiempo llegó a Quito y sirvió de criada; por una incorrección le dieron de golpes y puntapiés. EXAMEN FÍSICO: Se nota la vagina descendida, con abundante secreción vaginal, mucosa, densa. DIAGNÓSTICO: Metritis; cistocele. TRATAMIENTO: El 14 de junio: Practica un curetaje y colporrafia anterior el Dr. J. Montero, ayudan el Sr. N. Calderón y C. Pólit. Administra cloroformo el Sr. Cortez Donoso. Evolución: Los siguientes días mejora, los dos primeros puntos de sutura de la colporrafia se han separado pero los demás puntos se suturan perfectamente. La enferma está mejor. Se le da el alta el 2 de junio de 1922. Reingresa el 2 de septiembre: La secreción vaginal no ha desaparecido por completo, le molesta. Se propone hacerle una histerectomía y se somete a la operación, que la practica el Dr. J. Montero el 6 de septiembre de 1922. Ayudan el Sr. J.F. Arellano y el Sr. Modesto Ribadeneira, administra cloroformo el Sr. C. Salas. Después, la evolución es normal y se le da el alta el 17 de septiembre de 1922. Comentario: Indígena,

soltera y servidora de otros en calidad de criada. En su mentalidad oprimida y de servidumbre, sin visos de libertad, reconoce haber cometido una "incorrección" que generó la violencia sufrida. Está justificando las lesiones infringidas por sus patronos. Prácticamente, los libera de culpa. Su patología ginecológica permite especular la posibilidad de agresiones sexuales, que le llevaron a someterse a dos intervenciones quirúrgicas: la primera un curetaje y por la vagina descendida y con secreción? Y la segunda una histerectomía a los 26 años de edad. Obviamente, no había a quien notificar estos hechos.

María Del Carmen Argüello de Báez recibió una cuchillada abdominal de su esposo. De 24 años de edad, casada, de Quito, raza blanca, costurera. Ingresó el 28 de junio de 1922. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: La primera menstruación a los 15 años, reglas regulares; ha tenido un parto. ENFERMEDAD ACTUAL: Hoy mismo, a las ocho de la mañana, en momentos en que iba a bañarse, se presentó el esposo en el cuarto de baño de El Sena y le dio una cuchillada en el abdomen con un cuchillo de zapatero. Enseguida le salió por la herida algo que parecía intestino, gaseoso y suave, que ella mismo se introdujo en la herida, sosteniéndola con los dedos. Llevada a la policía, primeramente, le conducen después al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Ingresó a este servicio a las 10 del día, la facies lívida, el pulso filiforme e incontable, parece que ha habido una gran hemorragia, los vestidos están sumamente manchados de sangre. La herida es de unos 3 centímetros de largo, situada horizontalmente sobre la región epigástrica, a cuatro traveses de dedo por encima y a la izquierda del ombligo. No se puede precisar si ha sido tocado el intestino, pero la pared abdominal si está atravesada por completo. TRATAMIENTO: Inmediatamente, se hace una inyección de éter y después 500 c.c. de suero fisiológico. El resultado obtenido por las inyecciones para el levantamiento del pulso y el examen de palpación que se hace posible, permiten asegurarse que no ha habido hemorragia intraabdominal, sino que se trataba de un verdadero shock. Parece también que el intestino no ha sido tocado, y después de exploración el Dr. Ricardo Villavicencio Ponce concluye que lo que ha salido por la herida fue el gran epiplón. Luego de la sutura, la herida cicatriza por primera intención sin volver a presentar dolor alguno alrededor de la herida, ni superficial ni profundamente. Desde el primer día la enferma presenta temperatura de alrededor de 38°; Se queja de dolor en la región de la vesícula biliar, con náuseas y vómitos. La enferma nos cuenta que desde hace años ha sufrido de cólicos hepáticos. Se instituye el tratamiento para las vías biliares y se llama en consulta al Dr. Sánchez. Parece que el traumatismo ha despertado una colecistitis. Pasa el acceso y la enferma recibe el alta completamente curada el 15 de septiembre de 1922. Comentario: Se trata de un evidente intento de asesinato. Era una jovencita blanca y con oficio autónomo. Ingresó al Hospital en estado de pre choque por la hemorragia sufrida. Llegó dos horas después de acaecido el ataque de su esposo, como si se tratara de un dolor de cabeza que puede esperar. La gente y la policía no fueron sensibles al problema. Ventajosamente, salió curada de las heridas del cuerpo. Sus heridas psicológicas, como el miedo a una nueva agresión, seguramente permanecerían con ella hasta el final.

Adelaida Barreno fue atacada por un individuo. De Conocoto, de 38 años, tiene cinco hijos, raza indígena, arriera. Ingresó el 8 de agosto de 1922. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: La primera menstruación a los 13 años, reglas regulares. ENFERMEDAD ACTUAL: Venía a la ciudad y se encontró con un individuo que le atacó y estropeó fuertemente. EXAMEN FÍSICO: Tiene en la cabeza dos roturas y en todo el cuerpo dolor. DIAGNÓSTICO: Contusión. TRATAMIENTO: Pasa dos días en reposo y se le da algunos baños generales. Agosto 11 – se le da el alta. Comentario: Una indígena, adulta, que seguramente llevaba su recua a Quito, fue atacada por un varón. Individuo, dice el registro. Sus heridas y golpes por todo el cuerpo pasarían pronto. Las heridas del alma y el temor a que se repitan sucesos similares, probablemente nunca. "Solamente era una india", ¿para qué preocuparse por notificar?

Celia Morgúitio de Endara recibió 7 cuchilladas de su esposo. De Quito, de 22 años, casada, raza mestiza, vendedora. Ingresó el 5 de agosto de 1922. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: Tiene dos embarazos. ENFERMEDAD ACTUAL: Estando en el trabajo se presenta el esposo con un cuchillo y le asesta unas cuantas heridas. Inmediatamente es traída al Hospital. EXAMEN FÍSICO: Presenta siete heridas: tres en la espalda. La más profunda de estas es de 3 centímetros y está a nivel de la séptima vértebra cervical; la otra en el borde interno de la escápula; la otra en la parte posterior del hombro. En el brazo derecho lleva la herida más grande, de unos seis centímetros de largo y cuatro de profundidad y situada en la parte externa y media del brazo. Las otras son insignificantes y están, la una en el antebrazo, región posterior junto a la apófisis estiloides del cúbito, la otra en el anular y por último en el mentón, a la derecha de la línea media. DIAGNÓSTICO: Heridas por arma cortante. TRATAMIENTO: Inmediatamente, se hacen algunos puntos de sutura en las heridas más grandes. Las pequeñas se adosan con esparadrapo; ninguna de las heridas supura. Evolución: Cicatrizan por primera intención. Se quitan los puntos el 11 de agosto de 1922. Se le da el alta el 13 de agosto de 1922. Comentario: Otro intento de asesinato en su trabajo, fuente probable de alguna autonomía económica y personal. Siete heridas por la espalda. Se cosen, se adosan con esparadrapo y listo. ¿Cuándo volverá su esposo a violentarla? Es un delito y tal parece que no pasa nada.

Mercedes Beltrán de Yánez recibió golpes por defender a su marido. De 50 años, de Aloasí, reside en Quito, raza mestiza, lavandera, casada. Ingresó el 30 de septiembre de 1922. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: La primera menstruación a los 16 años, reglas regulares. Hace 3 años se le han suspendido. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 8 días, por defender a su marido que fue atacado en un camino, recibió un golpe en la frente que la lastimó, hay una pequeña cicatriz; luego se cayó en una abertura del camino y recibió un puntapié en las costillas 7, 8 y 9 que están muy dolorosas y tumefactas. DIAGNÓSTICO: Contusión. TRATAMIENTO: Reposo, tratamiento local apropiado, baños generales calientes. El 5 de octubre recibe el alta. Comentario: La mujer defendió a su esposo y sufrió graves golpes. Seguramente el esposo merecía ser defendido. Este caso sirve para evitar la generalización y estigmatización a todos los hombres. Está bien. Podemos decir que siempre hay esperanza.

Colonia Quiroga con fractura de costilla, no se sabe quién la agredió. Natural de Puembo, de 40 años de edad, raza indígena, no sabe leer. Ingresó al servicio el 25 de diciembre de 1923. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: sin importancia. ENFERMEDAD ACTUAL: Dos días antes del ingreso sufrió una serie de contusiones en todo el cuerpo. EXAMEN FÍSICO: Presenta un gran número de equimosis, pero sin importancia; en el lado izquierdo del tórax y en la parte inferior y línea axilar presenta un punto muy sensible a la presión profunda que se acompaña de una crepitación. En el tercio medio de la novena costilla, acompañado de un vivo dolor, se notan los extremos de la fragmentación manifiesta de una fractura. DIAGNÓSTICO: Fractura de costilla y traumatismos múltiples. TRATAMIENTO: Reposo, se aplica una pelota de algodón y luego un vendaje compresivo. Se calman los dolores. Evolución; Examinada el 5 de enero no manifiesta ya ningún punto doloroso. Notase la

formación del callo óseo. Alta el 6 de enero de 1924. Comentario: Esta mujer indígena, adulta y analfabeta, es maltratada por alguien. ¿Podría ser otra mujer? Muy poco probable. No tuvo el coraje para especificar quién y cómo. Desde luego una falla de quien la interrogó y cuidó de su “gran número de equimosis, pero sin importancia”. Al fin de cuentas “era solo una india”. La barbarie produjo la fractura de una costilla. Se trataba de un delito evidente. No hay constancia de denuncia alguna. Qué nivel de desarrollo humano y sensibilidad de quienes atendieron la fractura de costilla y no a Colonia Quiroga. Parecería que solo era una caja torácica con un soporte roto que había que reparar.

Gloria Camacho, en sus estudios de género y violencia, recoge numerosos testimonios de mujeres. Luego de recorrer, en los relatos, los caminos domésticos de acondicionamiento psicológico y social a la niña-mujer para la sumisión, para el ejercicio del rol femenino de sometimiento al varón, para resistir la violencia y el sufrimiento, señala, entre otras reflexiones, que:

Los factores que desencadenan el hecho violento, son los mismos que mencionaron las mujeres en las encuestas: la borrachera, la infidelidad o los celos del marido, reclamos o peticiones de las mujeres, el ‘no cumplimiento’ a cabalidad de las tareas domésticas, etc. Se trata de un uso arbitrario de la fuerza y del poder masculinos, con el fin de establecer la normatividad que regirá a la relación ya la vida familiar. El recurso de la violencia está orientado a preservar los ‘derechos’ del hombre y a garantizar que las, mujeres acaten su autoridad y cumplan con las funciones y actitudes que ‘corresponden’ a su rol de esposa y madre.

Las reacciones y los sentimientos que provoca en las mujeres el maltrato, expresan la constante fragmentación y ambivalencia femenina, pues ellas oscilan entre aguantar, sufrir, callar, o bien protestar, rechazar, resistir. (Camacho, 2001, pp. 115-161).

Violencia psicológica

Todas las historias aquí relatadas y aquellas que nunca fueron escritas y que sucedieron en este período histórico, conllevan violencia psicológica.

El trauma psíquico que estos momentos producen en la mente de las niñas y mujeres que fueron agredidas de diferentes formas, seguramente pervivió hasta el final de sus días. Así, día a día, las agresiones sufridas habrán atormentado sus vidas, y noche a noche sus pesadillas.

Conclusiones

Nada edificantes los relatos presentados. Especialmente aquellos, la mayoría, en que los esposos agreden a sus mujeres.

Casi todas son mujeres casadas. Jóvenes la mayoría, catalogadas como indígenas, mestizas o una como blanca. Solo una de ellas no tiene un trabajo fuera de la casa de vivienda, la indígena que trabaja como criada. El trabajo denominado de “puertas adentro” demandaba casi las 24 del día de servidumbre, todos los días del año. Las demás mujeres tenían una fuente de trabajo propio, más o menos autónomo y fuera del hogar.

Seguramente, todos estos delitos quedaron en la impunidad. No hubo reparación y posiblemente si reincidencia.

Lamentablemente, la situación actual del Ecuador no es optimista. Las condiciones socioeconómicas y culturales de nuestra sociedad son críticas.

El camino por recorrer en violencia de género y abuso sexual en el Ecuador, como en todos los elementos de desarrollo humano, es largo y difícil. Mientras se fomente la presencia de inequidades en salud, educación, vivienda, infraestructura sanitaria y modo de vida, las violencias contra la mujer serán más graves.

La pobreza, la falta de muchos elementos sustantivos, como: valores, instrucción, formación humana, nutrición sana, trabajo digno, actividad física, utilización creativa del ocio, lecturas edificantes, actividades culturales, vivencias artísticas y más, seguramente se mantendrá y crecerá la violencia de género y el abuso sexual. En medio de esto, la falta de libertad de conciencia, en suma, de libertad.

Para hacer camino para todos, es necesario seguir cultivando la utopía de una sociedad nueva, diferente, más justa y equitativa.

CAPÍTULO XXV

Servicio de Sifilografía (1924-1925)

La sala Santa Marta constituía el servicio de Sifilografía para mujeres en el Hospital San Juan de Dios. De este período se ha conservado un libro, en cuya carátula consta la fecha 18 de agosto de 1924. Sin embargo, la primera historia de este libro registra no registra la fecha de ingreso de la paciente. Consta la fecha de inicio de su tratamiento, el 8 de agosto de 1924. La última fecha registrada como conclusión del tratamiento, correspondiente al último de los registros, es el 30 de mayo de 1925.

Características de la atención médica en el servicio de Sifilografía, sala Santa Marta

El servicio atendía a meretrices y mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente sífilis. Se registraron 60 pacientes, la mayoría con sífilis en diferentes estadios. Además, hubo otras ITS.

Las historias clínicas de este servicio tenían una estructura definida, con los siguientes elementos:

- Fecha de ingreso, nombre, edad, estado civil, ocupación, procedencia y raza.
- Número de la cama.
- Antecedentes hereditarios, antecedentes personales, enfermedad actual.
- Examen de: aparato urogenital, sistema linfático ganglionar, sistema nervioso, aparato digestivo, aparato circulatorio, aparato respiratorio, piel y anexos, mucosas.
- Examen al ultramicroscopio:
 - 1ro.: de la serosidad de las lesiones;
 - 2do.: de “jugo ganglionar obtenido por punción”;
 - 3ero.: Líquido céfalo raquídeo (LCR) obtenido por punción lumbar, con citología por tinción con azul de metileno en algunos casos.
- Reacciones serológicas de Gatte y de Wassermann en algunos casos.
- Examen de Orina con albúmina y glucosa.
- Coproparasitario, ocasionalmente.
- Diagnóstico.
- Tratamiento detallado por días y datos de reacciones a los medicamentos administrados.
- Evolución de las lesiones y condiciones de alta.
- Fecha de alta.
- Recomendación a la paciente para que continúe el tratamiento en el hospital o en servicio de Profilaxis de la Sanidad Pública.

Se observa una relación significativa con el Servicio de Profilaxis de la Sanidad Pública, que mantenía registros propios de las meretrices y autorizaba ingresos al servicio, en unos casos, u ordenaba el alta en otros.

En el libro de Sifilografía, no se registran nombres del personal médico o de los internos de este servicio.

Características de las pacientes del servicio de Sifilografía

Edad

El rango de edad de las 60 pacientes fue de 15 a 35 años. La mayor parte, 34 pacientes, eran jóvenes de 17 a 20 años de edad (Tabla 1 y “Figura 1”).

Tabla 1. Edad de las pacientes. Sala Santa Marta, HSJD 1924-1925

Edad	Nº pacientes	Edad	Nº pacientes
15	1	22	4
16	3	23	3
17	6	24	2
18	9	25	1
19	9	26	3
20	10	30	2
21	3	35	4
Total			60

Figura 1. Edad de las pacientes. Sala Santa Marta, HSJD 1924-1925



Ocupación, número de pacientes y edad

De las 60 pacientes con ITS, 36 realizaban tareas de hogar o actividades relacionadas. Numerosas mujeres eran sirvientes. Veinticuatro ejercían el trabajo de meretrices. El detalle de las relaciones de ocupación, número de pacientes y edad, constan en la Tabla 2.

Tabla 2. Relación, ocupación, número de pacientes y edad. Sala Santa Marta, HSJD 1924-1925

Ocupación	Nº de pacientes	Edad
Meretriz	24	16 a 35
Sirviente	14	15 a 35
QQDD	6	17 a 30
Cocinera	5	19 a 23
Costurera	5	17 a 35
Jornalera	3	18 a 35
Lavandera	2	20 a 26
Campechina	1	19

La mayoría las pacientes se expuso a contagio en forma circunstancial, lejos del alto riesgo de contagiarse de ITS de quienes ejercían la prostitución. Muchas de ellas eran mujeres casadas que fueron contagiadas en casa, aunque también hubo mujeres casadas que relatan haberse contagiado por relaciones extraconyugales.

Las 24 mujeres que ejercían como prostitutas estaban registradas y controladas por el servicio de Profilaxis de la Sanidad Pública. El detalle de sus edades consta en la “Tabla 3”. De las 24

pacientes, 18 eran menores de 21 años de edad y 10 de ellas eran adolescentes que tenían entre 16 y 18 años de edad.

Tabla 3. Edad de las pacientes que trabajaban como meretrices. Sala Santa Marta, HSJD 1924-1925

Edad	N° de pacientes
16	3
17	2
18	5
19	1
20	5
21	2
22	2
23	1
24	1
25	1
35	1
Total	24

Procedencia

La mayor parte de las 60 pacientes provenían de Quito (24) y poblaciones cercanas como Calacalí (2), Chillogallo (2), Amaguaña (1), Nono (1), Pomasqui (1), Sangolquí (1), Tocachi (1), Nanegal (1) y Cayambe (1), con lo cual suman 35 pacientes, como se observa en la “Tabla 4”.

Igualmente, la mayor parte de las pacientes cuya ocupación era la de meretriz provenían de Quito (15) y sus cercanías (2). Las demás provenían Ibarra (3), de Latacunga (2), de San Gabriel (1) y una de Milagro, en la provincia del Guayas.

Tabla 4. Procedencia de las pacientes. Sala Santa Marta, HSJD 1924-1925

Provincia	Localidad	Ocupaciones varias	Meretrices	Total
Pichincha	Quito	9	15	24
	Calacalí	2		2
	Chillogallo	2		2
	Amaguaña	1		1
	Nono	1		1
	Pomasqui	1		1
	Sangolquí	1		1
	Nanegal		1	1
	Tocachi	1		1
	Cayambe		1	1
Cotopaxi	Latacunga	6	2	8
	Poaló	1		1
Imbabura	Ibarra	1	3	4
	Otavalo	2		2

Tungurahua	Ambato	2	2
	Píllaro	1	1
Carchi	Tulcán	2	2
	San Gabriel		1 1
Chimborazo	Riobamba	2	2
Guayas	Milagro		1 1
Colombia	Pasto	1	1
Total		36	24 60

Permanencia hospitalaria

Con un rango de 3 a 86 días, el promedio de permanencia de las pacientes en el servicio de Sifilografía fue de 30,08 días.

Permaneció 3 días una sirvienta de 20 años edad procedente de Otavalo. Su diagnóstico fue de sífilis secundaria y recibió tratamiento inicial con Neosalvarsan y sale con la recomendación de continuar el tratamiento en el servicio de Profilaxis. Se deja constancia que el peligro de contagio ha desaparecido.

La paciente, que permaneció 86 días tenía 26 años de edad, vivía en Calacalí y se dedicaba a los quehaceres domésticos. No se estableció diagnóstico. Los estudios de secreción de las ulceraciones faciales y del LCR fueron negativos, al igual que la reacción de Wassermann. Recibió tratamiento con bismuto y mejoró. Al momento del alta estaba mejor su estado general y sus lesiones. Se le recomendó continuar con el tratamiento.

Exámenes complementarios

Un aspecto importante, que no se observa con igual frecuencia en los otros servicios, es el uso del laboratorio como una norma, debidamente sistematizada.

Examen de ultramicroscopio

El examen de ultra microscopía se realizó en 29 casos, y aportó significativamente al diagnóstico de las lesiones. El estudio de las secreciones de las ulceraciones genitales, confirmó con mayor frecuencia el diagnóstico de sífilis. Los estudios de los denominados “jugos ganglionares” obtenidos por punción, así como los estudios del LCR, fueron positivos en pocos casos.

El estudio de la tinción con azul de metileno, de un extendido de las secreciones de las ulceraciones genitales, permitió confirmar el diagnóstico de chancro blando o chancro de Ducrey.

No se utilizó el laboratorio para diagnóstico de infecciones gonocócicas.

En pocos casos se utilizó las reacciones serológicas de Wassermann o de Gate¹.

El estudio de albúmina y glucosa en orina permitió verificar el estado de la función renal, en forma mínima, antes y durante el tratamiento con los arsenicales, mercurio y bismuto, compuestos altamente nefrotóxicos.

1 Reacción de Gate y Papacostas: Gelificación, al cabo de 24 a 36 h, del suero de sífilítico al cual se han añadido algunas gotas de formol; esta reacción, que no es netamente específica y puede producirse, aunque menos constantemente, con sueros no sífilíticos (kala-azar humano, tripanosomiasis de los bóvidos, etc.), coincide a menudo con una reacción de Wassermann positiva. Se observa muy precozmente en los individuos afectos de enfermedad de Kahler. Está en relación con la tasa de las gammaglobulinas del suero (Buenaventura-Pérez, 2011).

Diagnósticos

En el servicio de Sifilografía se atendió otras enfermedades además de la sífilis. Se registraron denominaciones diagnósticas variadas para definir a las diferentes formas de una enfermedad, como la sífilis, la gonococia o los chancros.

En el caso de la sífilis, fueron los más numerosos con 41 casos, en diferentes estadios y tipos de lesiones de la enfermedad. Fueron denominados con una variedad de diagnósticos. La coexistencia de lesiones, propias de la sífilis o de otro origen, aumentó la dispersión de los diagnósticos.

Las gonococias sumaron 12 casos. Hubo agudas o crónicas y en asociación con otras patologías.

Algo similar sucedió con las distintas formas de chancros blandos o de Ducrey, que presentó 4 casos.

Además, se registró un caso de bartolinitis.

La distribución de los diferentes tipos de diagnóstico se presenta en la “Tabla 5”.

Tabla 5. Diagnósticos registrados en la sala Santa Marta. Servicio de Sifilografía, HSJD 1924-1925

Patología	Enunciado diagnóstico	Nº de casos
	Sífilis período secundario	11
	Sífilis	7
	Sífilis periodo secundario. Papilomas y placas mucosas en el ano	1
	Sífilis período secundario; Ulceraciones y eflorescencias papiliformes.	1
	Sífilis secundaria y Blenorragia crónica.	1
	Sífilis (papilomas húmedos) de los grandes labios	1
	Sífilis (secundarismo) y Blenorragia	1
	Sífilis con manifestaciones de 2do y 3er grado. Embarazo.	1
	Sífilis con síntomas de secundarismo y terciarismo	1
	Sífilis terciaria	1
	Escoriación sifilítica terciaria del vestíbulo vulvar.	1
	Fisuras y papiloma anal sifilítico	1
Sífilis (41)	Papiloma sifilítico	1
	Rupia sifilítica	1
	Rupia sifilítica secundaria	1
	Sífilis, manifestaciones chancrosa y ulceraciones genitales.	1
	Sífilis, papilomas y placas mucosas vulvo vaginales.	1
	Sífilis. Papilomas vulvo anales (2do grado)	1
	Sífilis. Ulceración chancrosa (1er grado) con síntomas de secundarismo.	1
	Sífilis. Ulceraciones de los órganos genitales.	1
	Sífilis: pápulas vulvares y manifestaciones secundarias	1
	Sífilis; ulceraciones y placas mucosas.	1
	Sifilides ectimatosas	1
	Ulceraciones y placas sifilíticas secundarias	1
	Ulceraciones secundarias sifilíticas de la vulva.	1

	Vulvo vaginitis gonocócica	6
	Blenorragia aguda	1
	Blenorragia crónica	1
Gonococias (12)	Vulvo vaginitis blenorragica	1
	Vulvo vaginitis blenorragica crónica y Escabies.	1
	Vulvo vaginitis gonocócica crónica	1
	Vulvo vaginitis gonorréica	1
	Ulceración chancriforme	1
Chancro blando o de Ducrey (4)	Chancro blando	1
	Chancro blando, blenorragia, Sífilis	1
	Ulceraciones vulvares por bacilo de Ducrey	1
Bartolinitis (1)	Bartolinitis supurada	1
	Sin diagnóstico	2
	Total	60

Tratamiento

Para el tratamiento de la sífilis, de las 60 pacientes del servicio de sifilografía, 30 recibieron Neosalvarsan, bajo el nombre comercial de Neosal. Se utilizó principalmente combinado con mercurio, también solo o conjuntamente con bismuto, para tratamiento de sífilis.

En segundo lugar, se realizaron tratamientos para la sífilis con bismuto, solo o combinado con neosalvarsan o mercurio.

Para el tratamiento de gonococias se utilizó el permanganato de potasio en solución al 1‰, solo o acompañado de óvulos de ictiol o tocaciones con yodo.

En dos casos de sífilis con ulceraciones se utilizó el compuesto denominado Mesurol, nombre de marca de un insecticida del grupo de los carbamatos que contiene metiocarb. En la actualidad se utiliza para neutralizar insectos en los cultivos, por contacto o por ingestión.

En un caso de bartolinitis, se utilizó cloroetilo como anestésico local para el drenaje quirúrgico.

El detalle de la frecuencia de utilización de los diferentes tratamientos consta en la “Tabla 6”. La descripción de los medicamentos utilizados en estos tratamientos se incluye en este volumen y en el primer volumen de este estudio.

Tabla 6. Tratamientos utilizados en la sala Santa Marta. Servicio de Sifilografía, HSJD 1924-1925

Tratamiento	Nº de casos
Neosalvarsan + Mercurio	21
Bismuto	11
Permanganato de potasio solución 1‰	9
Neosalvarsan	5
Permanganato de potasio sol 1‰ + Ictiol óvulos	4
Permanganato de potasio sol 1‰ + Yodo	3
Neosalvarsan + Bismuto	2

Mesurool	2
Neosalvarsan + Mercurio + Bismuto	1
Mercurio + Bismuto	1
Cloroetilol (anestésico local)	1
Total	60

Condición final

Todas las pacientes atendidas en este servicio salieron en mejores condiciones generales y generalmente con las lesiones ulcerativas, ganglionares o dérmicas, cicatrizadas o en proceso de curación. Luego de recibir numerosas inyecciones de uno o dos medicamentos, bismuto y mercurio, un arsenical y mercurio o únicamente uno de ellos, las pacientes recibieron el alta con la indicación de continuar el tratamiento. No se registraron decesos.

Historias Clínicas de las pacientes con sífilis y otras ITS

A continuación, se transcriben algunas de las historias que ejemplifican el proceso de atención recibido en este servicio. Las Historias Clínicas de esta sala se elaboraron siguiendo un modelo estandarizado para todos los casos, con detalles minuciosos en sus diferentes segmentos.

María J. Tiene 24 años de edad, residente en Latacunga, trabaja como sirvienta. Raza mestiza. Ingresó el 22 de diciembre de 1924. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años. Hace 3 años tuvo un parto normal y la niña vive y es sana. Tuvo sarampión y viruela. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 2 meses y luego de tener relaciones sexuales con un hombre presenta un grano en el labio mayor de la región vulvar del lado izquierdo, que apareció a los 15 días del último coito. Este grano le daba picores, a veces como amortiguamiento acompañado de un dolor sordo. Ocho días después de haber aparecido este grano sintió formarse un tumor en el pliegue inguinal derecho, el cual se puso tumefacto y doloroso, por lo que se puso tinctura de yodo; este tumor supuró posteriormente y se abrió espontáneamente eliminándose todo el pus sanguinolento allí contenido. La herida cicatrizó a los 8 días. El grano desapareció, pero en cambio, le salió unas pequeñas ulceraciones en el mismo pliegue inguinal, las cuales han ido creciendo hasta formar una sola ulceración. EXAMEN: Estado general bastante bueno. Apetito bueno. Disfagia aun para deglutir la saliva. APARATO UROGENITAL: Pliegue inguinal izquierdo escoriado y con ulceración circular de bordes duros y prominentes, de fondo limpio, rojizo, indoloro y apenas sangrante. Próximo a esta ulceración se observan algunas ulceraciones crateriformes casi confluentes, mucosa vulvovaginal de color pálido presentando estrías con franjas ligeramente rojizas sin secreción. SISTEMA LINFÁTICO GANGLIONAR: Ganglios inguinales infartados, profundos, duros, poco móviles, indoloros, dispuestos en rosario a lo largo del arco crural: en el triángulo de Scarpa también se palpan otros más pequeños, del tamaño de un frejol, profundos y poco característicos de una especificidad, la piel de este pliegue inguinal presenta una cicatriz de una abertura espontánea de un ganglio infartado y por la que la enferma dice haber salido sangre y pus. A la izquierda también los ganglios forman una pléyade característica con un ganglio más voluminoso y otros de menor volumen que lo rodean formando un rosario arrollado de espiral y también en el triángulo de Scarpa de este lado, se encuentran ganglios de menor tamaño todos duros, algo móviles, indoloros, pero no muy característicos de sífilis. Ganglios epitrocleares, para mamaros, axilares, supra y sub claviculares impalpables. Ganglios carotídeos ligeramente infartados, se palpan del tamaño de una arveja. Los demás ganglios y redes linfáticas normales. APARATO DIGESTIVO: Normal. SISTEMA NERVIOSO: Cefaleas frecuentes con preferencia en la región occipital, siendo un dolor casi permanente, uniforme, durante el día y la noche. Calambres y amortiguamientos fugaces. Ruidos auriculares. Reflejos óculo palpebral y pupilar, normales. PIEL Y ANEXOS: sin manifestaciones de especificidad. EXAMEN ULTRAMICROSCÓPICO: 1ro.: de la serosidad de la ulceración inguinal positiva con escasas espiroquetas, poco móviles. 2do.: del jugo ganglionar: negativo. 3ro.: del LCR: negativo. DIAGNÓSTICO: Sífilis segundo grado. Ulceraciones del pliegue inguinal izquierdo y placas mucosas. TRATAMIENTO: Neosal (Neosalvarsan): 3 dosis IV de 0,15, 0,30 y 0,75 cc cada semana. Sin reacciones (adversas). CONDICIÓN FINAL: Desaparecen completamente las eflorescencias del pliegue inguinal, el estado mejor notablemente. Los ganglios inguinales están muy reducidos a sus dimensiones. No se ha administrado mercurio ni se ha hecho curación tópica de ninguna clase. ALTA: el 13 de enero de 1925. Se da el alta por falta de camas y sale para continuar el tratamiento en el Servicio de Enfermedades Venéreas de la calle. Se completa el tratamiento externamente, con el siguiente esquema: Neosal (Neosalvarsan), 3 dosis IV cada semana de 0,60, 0,75 y 0,90 cc, sin presentar síntomas a no ser de dolor varicoso en el miembro inferior izquierdo. Posteriormente, la siguiente semana, se inicia la administración IM de 3cc Bismuto al 10% cada 7 días hasta completar 7 dosis. Al final de 6 dosis de Bismuto, el 11 de marzo de 1925, presenta dolores articulares en extremidades inferiores, sobre todo en la rodilla; cefalea intensa más insomnio, dolor de garganta con salivación y mal olor, ligera fatiga al caminar y agitación con sensación de desesperación y opresión del corazón. Aparece Úlcera gingival debido al Bismuto. Ganglio submaxilar derecho doloroso al tacto y del tamaño de una avellana. Amígdalas y folículos retrofaringeos de coloración rojiza y algo tumefactos.

Felisa Y. Paciente de 35 años de edad, residente en Latacunga, viuda, ocupación costurera, raza blanca. Ingresó el 3 de septiembre de 1924. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: El padre murió de un tumor que la enferma, no sabe localizar. El resto de la familia, sana. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 13 años. Ha tenido 4 embarazos, 4 partos normales. Vive solamente la última hija. Cólicos flatulentos, hace un año: disentería. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 5 meses que se le ha suspendido por completo la regla, presentándose a veces una secreción líquida blanquecina que le produce ardor y escoriaciones en la región vulvar. EXAMEN FÍSICO: Estado general algo quebrantado, apetito bueno. APARATO URO GENITAL: Exterioamente, los grandes labios vulvares se presentan entreabiertos, los bordes libres y la cara interna presenta pequeñas cicatrices y ulceraciones del tamaño de un grano de mijo. En la horquilla vulvar existe una ulceración grande, de contornos festoneados, poco escarbada, de fondo liso y rosado, no está cubierta de pus; en la región anal y circunscribiendo el orificio anal, la piel presentar un color rojo y estriado; en el lado derecho existen dos eflorescencias ulceradas en su parte media más elevada. En los pequeños labios se ven algunas

cicatrices de pequeños puntos ulcerados y también la mucosa presenta ligeras escoriaciones que le producen fuertes comezones; la mucosa vulvovaginal algo rojiza. APARATO GANGLIONAR Y LINFÁTICO: Ganglios inguinales ligeramente infartados, apenas palpables por encontrarse muy profundos, se notan de dos a tres en cada lado. Ganglios epitrocleares del lado derecho algo palpables. Ganglios para mamaros izquierdos bien perceptibles al tacto, los carotídeos son muy palpables y característicos formando rosario a lo largo del esternocleidomastoideo. SISTEMA NERVIOSO: Cefalalgias presentes bastante intensas con sensación de picores; calambres en el miembro inferior izquierdo, neuralgia del lado derecho, sensación de chispas en la vista; una ligera otitis izquierda, insomnios frecuentes, ensueños. Reflejos tendinosos exagerados. APARATO DIGESTIVO: Lengua saburral, constipación. Cólicos flatulentos, hígado ligeramente aumentado de volumen, lo que se puede deber al embarazo, pues, se encuentra en el quinto mes de embarazo. APARATOS CIRCULATORIO / RESPIRATORIO: Pulso radial regular 80'. Hace 3 meses, dice que tenía palpitaciones y sensación de fatiga. DIAGNÓSTICO: rupia sífilítica. TRATAMIENTO: septiembre 7, 8, 10, 11 y 12: Mercurio (Hg) IM; 14 de septiembre: Neosal (Neosalvarsan) 0,15 cc IV. Ligero calofrío. Del 15 al 20 de septiembre: Hg, IM; el 21 de septiembre: Neosal (Neosalvarsan) 0,30 cc IV, ligera cefalea. Del 22 al 25 de septiembre: Hg, IM. 28 de septiembre: Neosal (Neosalvarsan) 0,45 cc IV. Del 29 de septiembre al 2 de octubre: Hg, IM; 5 de octubre: Neosal (Neosalvarsan) 0,60 cc IV. Cefalea intensa, calofrío y malestar general. 6 de octubre: Hg, IM; 12 de octubre: Neosal (Neosalvarsan) 0,75cc IV; 16, 17 y 18 de octubre: Hg, IM; 19 de octubre: Neosal (Neosalvarsan) 0,90 cc IV, malestar general, calentura, cefalea; 26 de octubre: Hg, IM. CONDICIÓN FINAL: Alta, sale mejorada el 27 de octubre de 1924.

María Teresa P. Paciente de 20 años de edad, reside en Quito, trabaja como meretriz, mestiza. Ingresó el 7 de abril de 1925. ANTECEDENTES PERSONALES: Sarampión; fiebre tifoidea a los 9 años. Reglada a los 13 años. Desde hace 8 meses reglas son irregulares. Hace 8 años tuvo fiebre tifoidea. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: La madre murió de afección cardíaca. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 años que fue inscrita en la Profilaxis de la S.P. sin que por entonces se le haya constatado enfermedad venérea alguna. Después de algunos meses de dicha inscripción se contagió de Blenorragia, de la que fue tratada en esta sala. Cinco meses después de haber salido curada, se contagió de chancro sífilítico localizado en la región anal, cuyo intervalo entre el coito contagioso y su aparición no se acuerda debido a los coitos repetidos que tuvo. Pocos días después se presentaron unos dos granos, cada uno en uno de los labios mayores de la vulva, al mismo tiempo que se presentaron unos abultamientos duros en los pliegues inguinales (2 semanas + o -) y que, al principio indolores y pequeños, después se hicieron tumores dolorosos y conteniendo abundante pus, tumor que se abrió espontáneamente y para cuya curación fue hospitalizada en este servicio (Bubón de la ingle derecha) cuya cicatriz conserva. Hace unos 5 meses fue hospitalizada con el fin de continuar el tratamiento antisifilítico el que ha consistido en una serie de Neosal (Neosalvarsan) y tres dosis más, sin poder continuar por presenta vómitos continuos, Recibió luego Novargyre algunas series, yoduro de potasio en pequeña cantidad, pues reaccionó desfavorablemente el aparato cardíaco renal. Ha tenido escabies repetidas veces y hace unos 7 meses un aborto consecutivo a una caída. EXAMEN: Estado general y nutritivo quebrantados. Excitación nerviosa por momentos, ataques, y dolor y amortiguamiento del lado izquierdo. APARATO UROGENITAL: Orina normal en cantidad y calidad. Micciones normales, vejiga y glándulas renales sin modificación anormal manifiesta. Monte de venus normal: cara interna del muslo izquierdo ligeramente escoriada y con tres erupciones papiliformes; grandes labios vulvares normales en sus dos caras y borde libre: en el labio menor izquierdo se presenta una ulceración chacriforme, redondeada, localizada en la cara externa, de bordes regulares, prominentes, semiduros, que circunscriben una superficie ulcerada, plana, limpia y de color rosa pálido, que sangran por frotamiento. Placas mucosas en la mucosa de la cara interna de ambos labios menores y pequeñas escoriaciones en la mucosa de la entrada vaginal. SISTEMA LINFÁTICO GANGLIONAR: Redes linfáticas superficiales normales; troncos linfáticos sin alteración manifiesta al palpado; Ganglios linfáticos del pliegue inguinal derecho infartados en número de tres, fusiformes, como grano de cebada, dispuestos en línea a lo largo del arco de Falopio, de consistencia uniformemente dura, de borde bien circunscrito, móviles, indolores, cubiertos por una piel sana; dos ganglios de bordes poco claros, de consistencia irregularmente dura, poco móviles, indolores en la base del triángulo de Scarpa de este mismo lado, están cubiertos por una piel cicatricial sutil y brillante. En el pliegue inguinal izquierdo se nota a la palpación un conglomerado de pequeños ganglios redondos y esferoides que rodean a un ganglio ligeramente glóbulos, del tamaño de un garbanzo, presentando una pléyade con los caracteres típicos de ganglios específicos. Los ganglios de las demás regiones son imperceptibles, menos los carotídeos que se encuentran en número de uno a cada lado, globulosos; y del lado derecho aplanado y discoide, de consistencia uniformemente semiblanda, de contornos claros, poco móviles, indoloro y cubierto por piel sana. El del lado izquierdo, elipsoide, de superficie globulosa, con pequeñas abolladuras, de bordes mal circunscritos, poco movable, indoloro y cubierto por piel sana. Amígdalas ligeramente grandes; folículos faríngeos sin modificación anormal apreciable; no presenta ningún síntoma doloroso. SISTEMA NERVIOSO: Cefalea intermitente, exacerbada en la noche, insomnio, dolor y sensación de constricción en los miembros del lado izquierdo; ataques con pérdida del conocimiento y contracturas, y espuma por la boca, le duran de tres a cinco minutos y a veces se repite. Sensibilidad superficial y profunda conservada. Estereognosia íntegra: lenguaje hablado y escrito sin alteraciones. Reflejos tendinosos: rotuliano normal; el aquiliano normal; reflejo plantar exagerado; los óculo palpebrales y pupilares, normales. Babinski negativo. Después de los ataques dice que siente pesadez, amortiguamientos y dolor de constricción en todo el lado izquierdo. APARATO DIGESTIVO: Lengua saburral de color amarillento, ligera sensación de sequedad. Aliento fétido. Estómago e intestinos normales. Defecaciones normales. Hígado ligeramente doloroso en el borde anterior inferior, pero su volumen es normal; bazo normal. APARATO CARDIO VASCULAR: Pulso regular, algo débil, en número de 68 por minuto. Ritmo cardíaco normal: la enferma dice sentir fatiga con ocasión de emociones. APARATO RESPIRATORIO: Normal. SISTEMA ÓSEO Y CARTILAGINOSO: Normal. PIEL Y ANEXOS: Normales. Examen ultra microscópico: 1ro.: de la serosidad de las ulceraciones: positivo, encontrándose numerosas espiroquetas típicas en el campo microscópico. 2º: del jugo ganglionar extraído por punción del ganglionar: negativo. 3º: del líquido céfalo raquídeo: negativo. No hubo reacción meníngea ni linfocitosis. LCR sale a chorro (hipertensión muy moderada), transparente, cristalino, no presentó reacciones. Orina: Albúmina y glucosa: 0. DIAGNÓSTICO: Sífilis con manifestaciones de 2do y 3er grado. Embarazo. TRATAMIENTO: Bismogenol 2 cc IM x 9 dosis. Después de la octava dosis presentó hemorragia del útero con amenaza de aborto (lo que se atribuye al Bismogenol). Se suspenden las inyecciones. El estado general es muy bueno; la hemorragia uterina se suspende totalmente; se administra la novena inyección intramuscular de Bismogenol. CONDICIÓN FINAL La ulceración chacriforme del labio menor izquierdo se cicatriza completamente; los ganglios inguinales han experimentado una ligera reducción a los dos lados; los ganglios carotídeos no se han modificado. Alta, el 13 de mayo de 1925, con indicación de continuar el tratamiento.

Enma Y. Paciente de 16 años de edad, soltera, residente en Milagro, ocupación meretriz, raza blanca. Ingresó el 23 de septiembre de 1924. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Sin importancia. ANTECEDENTES PERSONALES: Reglada a los 12 años. Ha tenido toserferia y otitis supurada. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 5 meses que fue inscrita en el servicio de Profilaxis de la Sanidad, sin habersele constatado enfermedad alguna. Hace un mes que no asistió al servicio de Profilaxis, en cuyo lapso sintió una pequeña ulceración en los pequeños labios de la vulva, esta ulceración le ardía durante las micciones. Habiendo sido llevada a dicho servicio por orden de la Sanidad, se le constató la enfermedad que actualmente adolece y se le hospitalizó en Santa Marta. EXAMEN: Estado general bueno; apetito regular. APARATO UROGENITAL: Entabriendo los grandes labios se nota ligeras escoriaciones en los bordes libres, algo enrojecidos y dolorosos. Entabriendo los pequeños labios vulvares se ve en la cara interna y una frente a la otra, una ulceración ovalada, de bordes salientes, de fondo bastante regular, muy sensibles y que sangran con

facilidad. Ambos pequeños labios están tumefactos y sensibles, la ulceración está cubierta de un magma blanquecino y espeso. Micciones algo dolorosas, orina normal en cantidad, ligeramente oscura. SISTEMA LINFÁTICO GANGLIONAR: Ganglios inguinales infartados del tamaño de una nuez, muy sensibles al tacto, nada móviles y cubiertos por una piel inflamada. Los demás ganglios no se palpan. TODOS LOS DEMÁS SISTEMAS: Normales. DIAGNÓSTICO: Chancro blando, Blenorragia crónica y Sífilis. TRATAMIENTO: Se le ha inyectado una serie de Neosal (Neosalvarsan). Además, 12 días consecutivos de Hg por vía IM. CONDICIÓN FINAL: Alta el 8 de octubre de 1924.

Rosa María C. Paciente de 21 años de edad, residente en Quito, ocupación sirviente, raza mestiza. Ingresó el 5 de diciembre de 1924. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Tiene padres y hermanos varones sanos y tres hermanas muertas. ANTECEDENTES PERSONALES: Siendo niña tuvo sarampión y erisipela. Reglada a los 14 años. Tuvo un parto prematuro hace 5 meses. El niño de 8 meses y días nació muerto (según parece por asfixia). El puerperio fue normal; pero después continuó bajando una secreción blanca y espesa; en este estado tuvo un coito con un pretendiente y al mes poco más o menos sintió un grano en la vulva, el que le daba comezón fuerte; este grano desapareció, pero la secreción continuó. ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 3 meses tuvo relaciones con un pretendiente que supone estar enfermo; al mes siguiente más o menos, sintió un grano en el labio mayor izquierdo, de tamaño de un grano de trigo, duro, indoloro que le producía fuertes comezónes, las que le obligaron a rascarse dando lugar a una escoriación e inflamación de la vulva; al mismo tiempo que se presenta una secreción espesa y achocolatada, unas veces, y otras, amarillenta, dando lugar a sensaciones de ardor y quemazón sobre todo durante la micción, este grano desapareció, pero aparece nuevamente, después de varios días, en otro sitio; con las mismas características de prurito por lo que luego del rascado se produce sangrado y proliferación de numerosos granitos más pequeños en los dos lados vulvares y en los pliegues inguinales, que también se ulceraron. En estas condiciones se presentó al Hospital Civil, donde fue examinada y se le hospitalizó en este servicio. EXAMEN: Estado general regular; estado nutritivo bueno; apetito bueno. APARATO UROGENITAL: Orina con sedimento granuloso y de olor amoniacal. A la inspección se observa que las caras internas de los muslos y grandes labios y pliegues inguinales presentan papilomas aislados unos, y confluentes otros, formando coliflores múltiples, llamando la atención en la cara interna del muslo derecho donde se han conglomerado de modo que describen una herradura con una pequeña coliflor en el centro. Estos papilomas de tamaño variable (desde una lenteja hasta un grano grueso de maíz) forman prominencia sobre la piel, están ulcerados en su cúpula, son indoloros, no supuran, no sangran por frotación, son de color rosa pálido y la piel vecina está casi normal. SISTEMA LINFÁTICO GANGLIONAR: Ganglios inguinales infartados y formando la Pléyade característica de Ricard, son duros, indoloros, móviles, ruedan libremente bajo la piel. Son de tamaño variable, desde un grano de mijo hasta de una frambuesa. Ganglios retroauriculares apenas palpables, del tamaño de una lenteja. Submaxilares del tamaño de una habichuela, duros, móviles e indoloros. Epitrocleares del tamaño de una arveja y muy característicos. Folicúlos linfáticos faríngeos, ligeramente irritados, pero indoloros. SISTEMA NERVIOSO: Cefaleas intensas frecuentes, con exacerbaciones nocturnas, el dolor se extiende a todo el cráneo. A veces presenta insomnio, raras veces ruidos auriculares acompañados de vértigos y rodeos de la cabeza. Reflejos tendinosos disminuidos, reflejo plantar casi nulo. Reflejos óculos palpebrales normales; sensibilidad cutánea y muscular normal. APARATO DIGESTIVO: Sensación de hambre; sensación de amargo en la boca; lengua algo sucia, deposiciones normales. Dolor de estómago nocturno, el dolor se prolonga hasta la región del colon. Hígado grande. Bazo parece estar normal. APARATOS CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO: Normales. PIEL Y ANEXOS: Abundante caída del cabello. En la frente presenta tres cicatrices producidas por contusión. Examen ultramicroscópico: 1º: de la serosidad de los papilomas: positivo, encontrándose pocas espiroquetas, 2 a 3 por campo microscópico. 2º: del jugo ganglionar extraído por punción del ganglionar: negativo. 3º: del líquido céfalo raquídeo: negativo. Reacción de Landou positive. DIAGNÓSTICO: Papilomas sífilíticos. TRATAMIENTO: Neosal (Neosalvarsan) 0,15 cc, 0,30 cc, 0,45 cc, 0,75 cc, 0,90 cc. con intervalos de 5 a 7 días entre ellas. No presenta reacciones a la medicación. Luego de la 2da inyección, las ulceraciones conglomeradas en coliflor cambian de aspecto tomando un color rosa pálido con superficie seca y con bordes epidermizantes. Luego de la 5ta inyección las eflorescencias están completamente cicatrizadas y la coloración apizarrada de la piel de la cicatriz tiende a desaparecer. CONDICIÓN FINAL: El estado general es bueno. Los síntomas nerviosos han desaparecido completamente. Ganglios inguinales han disminuido de volumen, Placas mucosas vulvovaginales desaparecidas. Alta, sale mejorada y sin peligro de contagio el 14 de enero de 1925. Se le advierte continuar el tratamiento en el Servicio de Profilaxis de la calle.

Figura 2. Anverso: Paul Ehrlich, bacteriólogo alemán, descubridor del Salvarsan y premio Nobel de Medicina en 1908. Reverso: el Dr. Ehrlich con leyenda alusiva a su “bala mágica”, “the magic bullet” Medalla realizada en 1973 por Abram Belskie para la Serie “Great Men of Medicine”.



Nota: Imagen tomada de Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia, de C. Ros-Vivancos et al., 2018 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254479/>). De dominio público.

Relatos sobre la forma de contagio

Son significativos algunos de los relatos de las pacientes con diferentes ITS. Se incluyen varios relatos.

Paciente de 17 años, casada, haceres domésticos y su niño de 5 meses: Hace 8 meses le salió en los pequeños labios de la vulva unos granos semejantes a espinillas, que producían ardor, dolor y a veces comezones. Pocos días después se transformaron en tumorcitos del tamaño de una lenteja y por último en ulceraciones. Se hospitalizó y le curaron con aplicaciones locales e inyecciones. Hace 5 meses tuvo el primer parto. El niño de 5 meses de edad presenta ulceraciones específicas en los pliegues inguinales, pequeños granos puntiformes y pustulosos en el cuero cabelludo. Ganglios inguinales, retroauriculares y submaxilares infartados. Nariz casi en silla de montar. Diagnóstico: Sífilis con síntomas de secundarismo y tercerismo. Heredosífilis del niño.

Paciente de 26 años, casada: Hace seis meses, tres días después de un coito con el marido, sintió una sensación de ardor y quemazón en la región vulva... Diagnóstico: Blenorragia aguda.

Paciente de 19 años, sirvienta: Hace un mes y medio que advirtió la presencia de un granito en la vulva, el que apareció un mes después de algunas relaciones sexuales... Diagnóstico: Sífilis (Papilomas húmedos de los grandes labios).

Paciente de 23 años, soltera, cocinera: Después de un mes de haber tenido relaciones con persona desconocida le apareció un grano en el tercio inferior del borde libre del labio vulvar derecho... Diagnóstico: Sífilis (Período secundario).

Paciente de 20 años, casada, lavandera: Hace más de dos meses que sintió un granito en el rafe medio entre la vulva y el ano; este grano supone fue contagiado por el hombre con quien contrajo matrimonio civil, y de quien quedó embarazada... No se registró diagnóstico y tratamiento.

Paciente de 20 años, soltera, sirvienta: Hace más de tres años que sin haber cohabitado con hombre alguno, se presentó en el labio mayor izquierdo un grano (el que lo atribuye al contagio por haber usado una bacinilla de una enferma) ... Diagnóstico: Sífilis.

Paciente de 19 años, soltera, sirvienta: Hace tres meses que con ocasión de un coito le apareció, un mes después de dicho coito, un grano en el labio menor vulvar del lado derecho... Diagnóstico: Sífilis (período 2rio; papilomas húmedos de los genitales y placas mucosas del ano).

Paciente de 22 años, soltera, sirvienta: Hace seis meses que con ocasión de relaciones sexuales le apareció un grano en el pliegue inguinal izquierdo... Diagnóstico: Sífilis de 2do grado; Ulceraciones y eflorescencias papiliformes.

Paciente de 17 años, soltera, meretriz: Hace cuatro meses fue inscrita en el S. de P. de S. P. pero sin tener enfermedad contagiosa alguna: hace dos semanas que se presentó una sensación de ardor y comezón en la región vulvovaginal, a los cuatro días después de un coito. Diagnóstico: Vulvovaginitis gonorréica.

Paciente de 24 años, soltera, meretriz: Hace algunos años tuvo un chancro sífilítico... tratados en la Sanidad. Pasados algunos meses le apareció una erupción en la piel, presentándose al principio en forma de pequeñas placas, después granos, que ulcerándose formaron costras, por lo que fue hospitalizada en el servicio de Santa Marta, donde fue tratada también de ulceraciones y papilomas de la región vulvo-anal y cuyas cicatrices aún conserva. Ha sido hospitalizada algunas veces en este servicio con el objeto de continuar el tratamiento específico, habiéndose inyectado Neosalvarsan, Hg y yoduro de potasio. Diagnóstico: Sífilis terciaria.

Paciente de 18 años, soltera, meretriz: Hace un mes y tres semanas sintió un dolor y comezón en el pliegue inguinal izquierdo, dolor correspondiente a un granito rojo y pustuloso que se destacaba sobre la piel normal de la región: este grano se presentó cinco o seis días después de haber estado con un hombre... Diagnóstico: Chancro blando, por coloración para investigar el bacilo de Ducrey: positiva.

Paciente de 16 años, soltera, meretriz: Hace más de un mes que con ocasión de relaciones sexuales, notó que la ropa presentaba manchas de color amarillo sucio y a veces cafés... Diagnóstico: Vulvovaginitis blenorragia crónica y Escabies.

Paciente de 30 años, casada, haceres domésticos: Hace unos 15 días que tuvo un coito con una persona desconocida y cuatro días después presentó una sensación de picor en la vulva... Diagnóstico: no registrado.

Paciente de 18 años, soltera, jornalera: Hace 7 semanas, con ocasión de haber tenido relaciones sexuales con una persona desconocida, ... Diagnóstico: Sífilis.

Paciente de 17 años, soltera, sirvienta: Un mes antes del desembarazo presentó un grano en la cara interna del labio mayor derecho... que se le presentó seis o siete días después del último coito que tuvo con el mismo padre de su hijo... Diagnóstico: Papilomas vulvo-anales (2do grado).

Paciente de 19 años de edad, soltera, sirvienta: Hace dos meses que tuvo relaciones sexuales con una persona desconocida y a los diez días después de la última relación se le presentó un grano pequeño, duro y pruriginoso en la horquilla vulvar... Diagnóstico: Ulceración chancrosa (1er grado) con algunos síntomas de secundarismo sífilítico.

Paciente de 18 años de edad, soltera, sirvienta: Hace dos meses se le presentó un grano pequeño en la parte superior de la vulva, después de 15 días de haber tenido tres coitos con un individuo que decía deseaba casarse... Diagnóstico: Sífilis secundaria.

Paciente de 17 años, soltera, meretriz: A las dos semanas de los primeros coitos que tuvo con un pretendiente, se sintió contagiada de una ulceración muy pequeña... Diagnóstico: Sífilis y blenorragia crónica.

Paciente de 19 años, casada, quehaceres domésticos: Hace siete meses que contrajo matrimonio, habiendo tenido varias relaciones sexuales con el marido sintió un mes y días después de casada picores en la región vulvar... Diagnóstico: rupia sífilítica.

Paciente de 30 años de edad, casada, haceres domésticos: Hace 5 meses más o menos que por haber tenido relaciones sexuales extramaritales y después de algunos días de dichas relaciones, sintió comezones en el interior de la vagina... Diagnóstico: Ulceraciones y placas mucosas sífilíticas secundarias.

Paciente de 17 años de edad, casada, costurera: Hace tres semanas se presentó en la cara interna del labio mayor derecho un granito duro, que apareció un mes después de haber contraído matrimonio. Diagnóstico: Sífilis con ulceraciones destructivas de los órganos genitales.

Conclusiones

El libro de registro del servicio de Sifilografía de la sala Santa Marta consta de 60 casos de enfermas.

Es importante la sistematización de las Historias Clínicas implementadas en este servicio. En la mayoría de las historias se han asentado todos los elementos establecidos.

La utilización del laboratorio clínico, también sistematizada, permitió la optimización del diagnóstico de sífilis mediante estudios ultramicroscópicos de exudados de las lesiones ulcerativas, de los ganglios linfáticos y del líquido céfalo raquídeo.

Además, se realizaron otros exámenes para diagnosticar chancro de Ducreyi, así como estudios de albúmina y glucosa en orina para verificar el estado de la función renal antes y durante el tratamiento con los arsenicales, mercurio y bismuto, compuestos altamente nefrotóxicos.

También se utilizaron reacciones serológicas de Wassermann o de Gate para confirmar el diagnóstico de sífilis. No se utilizó el laboratorio para diagnóstico de infecciones gonocócicas.

La mayor parte de enfermas eran jóvenes de 17 a 20 años, en un conjunto cuyo rango era de 15 a 35 años.

Las pacientes tenían diferentes actividades. El oficio de meretriz fue el más frecuentemente mencionado, seguido por sirvientas y personas dedicadas a actividades de hogar.

Las pacientes que trabajaban en prostitución estaban registradas en el servicio de Profilaxis de la Sanidad Pública, servicio que ordenaba ingresos y altas de sus pacientes, además de continuar los tratamientos luego del alta.

Las pacientes procedían en su mayoría de Quito y sus alrededores. Las demás pacientes provenían de provincias cercanas de la región interandina y una de Pasto, Colombia.

La permanencia hospitalaria tuvo un rango de 3 a 86 días, con un promedio de 30 días.

Todas las 60 pacientes tenían alguna ITS, especialmente sífilis. Hubo 41 enfermas de sífilis, 12 pacientes con gonococias, 4 con chancro de Ducreyi y una paciente con Bartolinitis.

Los tratamientos de sífilis se realizaron principalmente con Neosalvarsan, mercurio y bismuto. Las gonococias fueron tratadas con permanganato de potasio al 1%, ictiol o yodo. El cloro etilo fue utilizado como anestésico local para el tratamiento quirúrgico de la Bartolinitis.

Las reacciones adversas de los medicamentos fueron tan frecuentes, que se podría afirmar que todas las pacientes sufrieron por su toxicidad.

La agresividad del tratamiento con la administración de múltiples inyecciones intravenosas e intramusculares, durante varias semanas, constituían un martirio prolongado. En algunos casos, por reacciones adversas, fue necesario suspender el tratamiento y cambiar de medicación.

Todas las pacientes atendidas en este servicio salieron en mejores condiciones generales y en proceso de curación de sus lesiones, y recibieron el alta con la indicación de continuar el tratamiento. No se registraron decesos.

Bibliografía

- Acevedo-Díaz, J. A., García-Carmona, A., & Aragón, M. (2016). Un caso de Historia de la Ciencia para aprender Naturaleza de la Ciencia: Semmelweis y la fiebre puerperal. *Revista Eureka sobre la Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 13(2), 408-422. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/59588/Un_caso_de_historia_de_la_Ciencia_para_aprender_Naturaleza_de_la_Ciencia_Semmelweis.pdf?sequence=1
- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. (2013). *Farmacopea Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/anmat/farmacopea-argentina/libro>
- Aguas, J., Alvarado, R., Silva, R., Sánchez, S., & Delgado, G. (2018). La División Internacional de Salud, de la Fundación Rockefeller, Ecuador (1917-1937). *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil*, 21(2), 100-118. <https://www.researchgate.net/publication/334327579>
- Alarcón, I. (2020, 20 de junio). El coronavirus pone en riesgo a la cascarilla. *El Comercio*, 32.
- Albán-Gómez, E. (1989). Evolución del Sistema Electoral Ecuatoriano. En E. Ayala, E. Durán, J. Núñez, J.G. Terán & F. Tinajero (Eds.), *Elecciones y Democracia en el Ecuador. El proceso electoral ecuatoriano* (pp. 47-62). Tribunal Supremo Electoral. https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/17573/libro_18.pdf?sequence=2
- Almeida, R., & Marchán, C. (Comps.). (1988). *Crisis y Cambios de la Economía Ecuatoriana en los Años Veinte: ensayos conmemorativos por los sesenta años de fundación del Banco Central del Ecuador*. Banco Central del Ecuador.
- Alonso, F., Méndez, F., Arce, J., Martínez, L., García, M., & Santos, M. (1845). *Archivo de la Medicina Española y Extranjera*. Imprenta de Francisco Díaz. https://books.google.com.ec/books?id=28RNm1w-BG8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true
- American Chemical Society. (1999). The discovery and development of penicillin 1928-1945 [Folleto]. <https://www.acs.org/content/acs/en/education/whatischemistry/landmarks/historia-quimica/descubrimiento-desarrollo-penicilina.html#arriba>
- André, SR, Vidal, L.M., Ataíde, I., Neves, T. Fredemir, P., & Dos Santos, C. (2020). Tuberculosis asociada às condições de vida em município endêmico da região Norte do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3343. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3223.3343>
- Anguita-González, J. (1999, 23 de febrero). Alternativas al neoliberalismo. La izquierda con Saramago [Conferencia]. Auditorio de Cáceres. <https://www.youtube.com/watch?v=pDkO3ijBkV0>
- Anticuari Trading. (s.f.). Anticuari [Publicación de Pinterest]. Recuperado el 2020, de <https://www.pinterest.com/ANTICUARI/apothecary-pharmacy-vintage/>
- Antunovic, F., Fernández, C., Aranda, E., Ale, V., & Marecos, M. C. (2013). La solución de Dakin-Carrel. *Flebología y Linfología - Lecturas vasculares*, (20), 1230-1235. <http://www.sflb.com.ar/revista/2013-08-20-03.pdf>
- Arcos, G. (1920). Actualidad Médico-Quirúrgica. *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, 3(8), 276-280.
- Aréchica, J., Mejía, M., Marrodán, M., & Mesa, M. (1999). Análisis comparativo de la edad media de menarquia en población mexicana. *Anales del museo de América*, (7), 259-267. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455951>
- Arquitectura Hospitalaria. (2020, 19 de abril). El segundo centro de salud del Ecuador se llamó Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo hoy llamado Hospital San Juan de Dios. <https://www.arqhospitalaria.com/2020/04/19/hospital-de-la-misericordia-de-nuestro-señor-jesucristo-quito-ecuador-hoy-llamado-hospital-san-juan-de-dios/>
- Astuto, P. (1969). Eugenio Espejo (1747-1795) reformador ecuatoriano de la Ilustración. Fondo de Cultura Económica.
- Austin, S. (1996). *Sociedad indígena y enfermedad en el Ecuador colonial* (J. Gómez, Trad.). Abya-Yala. (Obra original publicada en 1991)
- Ayllón-Llamas, A. (2016). Enterobiasis [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla. <http://hdl.handle.net/11441/48809>
- Ayora-Cueva, I., & Villavicencio-Ponce, R. (1922). *Nociones populares de Higiene*. Chimborazo.

- Baldeón, M. E., Castro, J., Villacrés, E., Narváez, L., & Fornasini, M. (2012). Hypoglycemic effect of cooked *Lupinus mutabilis* and its purified alkaloids in subjects with type-2 diabetes. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1261-1266. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5761>
- Balikagala, B., Fukuda, N., Ikeda, M., Katuru, O. T., Tachibana, S., Yamauchi, M., Opio, W., Emoto, S., Anywar, D., Kimura, E., Palacpa, N., Dongo-Aginya, E., Ogwang, M., Horii, T., & Mita, T. (2021). Evidence of Artemisinin-Resistant Malaria in Africa. *The New England Journal of Medicine*, 385(13), 1163-1171. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101746>
- Bastidas, A. P., & Soria, A. N. (2017). Valoración histórico-cultural de las costumbres y tradiciones del Quito antiguo (1920-1950) para su desarrollo turístico [Tesis de Ingeniería, Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE]. Repositorio Institucional de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. <http://repositorio.espe.edu.ec/handle/21000/13157>
- Benedicenti, A. (1932). *Enciclopedia Italiana*. TRECCANI. https://www.treccani.it/enciclopedia/diuretina_%28Enciclopedia-Italiana%29/
- Benítez-Loza, N. (2016). Evidencia del efecto del consumo de especies del género *Lupinus* para la disminución del riesgo cardiovascular [Tesis de Licenciatura, Universidad San Francisco de Quito USFQ]. Repositorio de la USFQ- <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5164/1/124778.pdf>
- Beuttenmuller, A., & Dziak, R. (2007, 22 de marzo). The effects of Strontium Citrate on Osteoblast Proliferation and Differentiation [Abstract de Sesión de Póster]. 85th Meeting of International Association for Dental Research (IADR), Nueva Orleans, Louisiana, EUA. <https://iadr.abstractarchives.com/abstract/2007Orleans-89231/the-effects-of-strontium-citrate-on-osteoblast-proliferation-and-differentiation>
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (2019, 15 de agosto). Inyección de trióxido de arsénico. Medline Plus. <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a608017-es.html#why>
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (2022, 7 de junio). Intoxicación con carbonato de sodio. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002486.htm>
- Booth, N. (2011, 15 de junio). Enfermedades Parasitarias. Teniasis - Sarna. Monografías. <https://www.monografias.com/trabajos86/enfermedades-parasitarias-teniasis-sarna/enfermedades-parasitarias-teniasis-sarna.shtml>
- Botero, D. (1981). Persistencia de parasitosis intestinales endémicas en América Llatina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 90(1), 39-47. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17210/v90n1p39.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bouchardat, A. (1876). *Nouveau Formulaire Magistral*. Librairie Germer Bailliere et Cia.
- Bouchentouf, R. (2021). Tumor blanco de la rodilla. *Revista de Cirugía*, 73(3), 239-240. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210031086>
- Bravo, K. (2020, 28 de octubre). La Tragedia del 15 de noviembre de 1922. *El Telégrafo*. <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/guayaquil-bicentenario/1/la-tragedia-del-15-de-noviembre-de-1922>
- Buenaventura-Pérez, J. (2011, 31 de diciembre). Reacción de Gate y Papacostas. *Medicopedia*. https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php?title=Reaccion_de_Gate_y_Papacostas
- Buj-Buj, A. (2000). De los miasmas a Malaria. *www. Permanencias e innovación en la lucha contra el paludismo. Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.*, 4(69). <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/250>
- Bustillos, J. V. (1851). *Elementos de Química Orgánica aplicada a la Medicina y Farmacia*. Imprenta de Julio Belin I CA. <https://books.google.it/books?id=Jq4TAAAAYAAJ&pg=PA75&dq=Prepara+ci%C3%B3n+creta+en+medicina&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewiK8J23693zAhUUGP0HHakzCOQQ6AF6BAgDEAI#v=onepage&q=Preparaci%C3%B3n%20creta%20en%20medicina&f=false>
- Braunwald, E., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (Eds.). (2015). *Harrison. Principios de Medicina Interna* (15ta. ed., Vol. 2). Mc Graw Hill.
- Brunton, L., Lazo, J., & Parker, K. (Eds.) (2007). *Goodman & Gilman. Las bases Farmacológicas de la Terapéutica* (11a. Ed., Vol. 1). McGraw-Hill.
- Caldiviep, C. (2019, 29 de julio). ¿Qué es el peón concierto? [Respuesta en la página web Brainly]. Brainly. <https://brainly.lat/tarea/12609196>

- Camacho, G. (2001). Relaciones de género y violencia. En G. Herrera-Mosquera (Comp.), *Antología de Estudios de Género* (pp. 115-161). FLACSO. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/11396-opac>
- Carbonato de Sodio. (2018, 6 de julio). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Carbonato_de_sodio&oldid=109124359
- Carbonetti, A. (2010). Historia de una epidemia olvidada La pandemia de gripe española en la argentina, 1918-1919. *Desacatos*, (32), 159-174. <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n32/n32a12.pdf>
- Carrión, F., & Erazo, J. (2012). La forma urbana de Quito: una historia de centros y periferias. *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 41(3), 503-522. <https://doi.org/10.4000/bifea.361>
- Carrión-Mora, B. (2012). Ensayos escogidos de Benjamín Carrión. Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Carvajal-Estupiñán, J.F, Martínez-Martín, A. F., Meléndez-Álvarez, B. F., Manrique-Abril, F. G. (2006). La pandemia de gripe de 1918 en Bogotá. Aproximación histórico-epidemiológica. *Perspectiva*, 13(1), pp. 19-32. http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/revista_perspectiva/documentos/LA_PANDEMIA_DE_GRIPA_DE_1918_EN_BOGOTA_APROXIMACION_HISTORICO_EPIDEMIOLOGICA.pdf
- Castro, M. M. (2008). Obituario Patrick Horne (1945-2008). *Chungará (Arica) Revista de Antropología Chilena*, 40(Número Especial), 243-244. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562008000300002
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2013). Parásitos - Enfermedad. CDC. <https://www.cdc.gov/parasites/taeniasis/es/enfermedad.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018). Emergencias por radiación – Yoduro de potasio (KI). CDC. <https://www.cdc.gov/nceh/radiation/emergencias/es/ki.htm>
- Centro de Estudios Históricos del Ejército. (2013). Testimonios para la Historia La Victoria del Cenepa. CEHE.
- Cevallos, G. (1973). *Semblanza de decanos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central*. Editorial Universitaria.
- Chirino, A., Brito, V., & Niederman, M. (2007). Qué hay de nuevo en Neumonía Adquirida en la Comunidad. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 7(1), 10-18. <https://www.re-dalyc.org/comocitar.oa?id=382138369003>
- Cisneros, A. (1976). *Semblanza del Sr. Enrique Garcés C.* Revista Sarance, I(Número Extraordinario), 10-13. <https://revistasarance.ioaotavalo.com.ec/index.php/revistasarance/article/view/434>
- Citrato de Sodio. (2019, 25 de agosto). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Citrato_de_sodio&oldid=118525168
- Clínica Universidad de Navarra. (s/f). Curvatura de Ellis-Damoiseau. En *Diccionario Médico*. Recuperado en 2019, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/curvatura-ellis-damoiseau>
- Codice Morse. (2021, 29 de diciembre). En Wikipedia. https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Codice_Morse&oldid=124762089
- Colegio de Médicos de Pichincha. (2019). *Historia*. [https://colegiomedicodepichincha.org/historia/Constitución_Política_de_Ecuador_\[Const.\]._20_de_octubre_de_2008_\(Ecuador\)](https://colegiomedicodepichincha.org/historia/Constitución_Política_de_Ecuador_[Const.]._20_de_octubre_de_2008_(Ecuador))
- Convolvulus Scammonia. (2021, 1 de mayo). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Convolvulus_scammonia&oldid=135213960
- Corral-Cordero, F., Cueva-Ayala, P., Yépez-Maldonado, J., & Tarupi-Montenegro, W. (2018). Tendencias en incidencia y mortalidad por cáncer durante tres décadas en Quito-Ecuador. *Colombia Médica*, 49(1), 35-41. <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v49i1.3785>
- Cotopaxi - Latacunga. (2020, 30 de octubre). *Historia y fundación de la Provincia de Cotopaxi*. <https://sites.google.com/site/cotopaxicity/historia-y-fundacion>
- Cox, F. E. (2002). History of Human Parasitology. *Clinical Microbiology Reviews*, 15(4), 595–612. <https://doi.org/10.1128/cmr.15.4.595-612.2002>
- Crespo-Burgos, A. (2019). Medicinas aborígenes y científico-occidental en Quito, inicios del siglo XX (1900-1920). En J. M. Terán-Puente (Coord.), *La Medicina del San Juan de Dios 1916-1920* (pp. 57-73). PUCE.
- Coello, C. (2019, 21 de junio). En homenaje a Fabián Corral, el Registro Nacional de Tumores llevará su nombre. *Edición Médica*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/en-homenaje-a-fabian-corrall-el-registro-nacional-de-tumores-lleva-su-nombre-94324>

- Conan, N. (1948). Chloroquine in Amebiasis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, s1-28(1), 107-110. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.1948.s1-28.107>
- Curiosfera-Historia.com. (2020, marzo). Historia de la alpargata: origen y evolución. CurioSfera. <https://curiosfera-historia.com/historia-de-la-alpargata/>
- Cuvi, N. (2011). The Cinchona Program (1940-1945): science and imperialism in the exploitation of a medicinal plant. *Dynamis*, 31(1), 183-206. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362011000100009>
- Cyr, R. M. (2014, noviembre). Syphilis in Pregnancy. History of Midwifery, Obstetrics, Gynecology. <https://history-of-obgyn.com/syphilis.html>
- Cytisus Scoparius. (2019, 16 de octubre). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Cytisus_scoparius&oldid=120378193
- Defoe, D. (1722). *A Journal of the Plague Year*. Royal-Exchange, Warwick-Lane, St. James´s-Street.
- Defoe, D. (2018). Diario del Año de la Peste. (Obra original publicada en 1722). <https://cesarcallejas.files.wordpress.com/2018/10/daniel-defoe-diario-del-ac3b1o-de-la-peste.pdf>
- De Jaime Lorén, J. M. (2010, julio). Licor Arsenical del Fowler. Epónimos Científicos/Universidad CEU Cardenal Herrera. <https://blog.uchceu.es/eponimos-cientificos/licor-arsenical-de-fowler/>
- De la Maza, V. (1953). Tratamiento de algunas enteroparasitosis de el niño. *Revista Chilena de Pediatría*, 24(9), 349-355. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061953000900005>
- De Reyes, S. J. (1854). Carta Pastoral del Arzobispo de Granada. Imprent y librería de D. Gerónimo Alonso. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/17954/c-019-042-33.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De Ribera, E. (1527). *Tractado cõtra pestilencia*. Valladolid. <http://hdl.handle.net/10481/16437>
- De Santa Cruz y Espejo, E. (1785). *Reflexiones acerca de las viruelas*. Prisma.
- De Santa Cruz y Espejo, E. (1786). *Reflexiones acerca de un método para preservar a los pueblos de las Viruelas*. Comisión Nacional Permanente de Conmemoraciones Cívicas.
- De Santa Cruz y Espejo, F. (con González-Suárez, F.). (1912). *Escritos*. Imprenta Municipal
- Despommier D.D., Gwadz, R. W., Hotez, P. J. (1995). *Parasitic Diseases*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-4612-2476-1>
- Díaz-Cartagena, B. (1831). *Tártaro estibiado*. Biblioteca Virtual de la Real Academia Nacional de Farmacia. https://bibliotecavirtual.ranf.com/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=6027260
- DietiNatura. (2018, 25 de junio). Fermentos lácticos. <https://www.dieti-natura.es/plantas-y-activos/fermentos-lacticos.html>
- Digitalis purpurea. (2021, 20 de agosto). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Digitalis_purpurea&oldid=137792648
- Dominici, S. (1896). *Contribución al Estudio del Hematozoario de Laveran en Venezuela (4ta. ed.)*. T.E.C.E.
- Dubos, R. (1986). *El espejismo de la salud*. Fondo de Cultura Económica.
- Earle-Moore, J. Y. (1929). El cuidado de la sífilis en la práctica general. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 8(12), 1311-1336.
- Easyfarma. (2018, julio). Tónico Pasteur Jarabe 100 Ml. <https://www.easyfarma.cl/shop/nutricion/vitaminas-y-minerales/tonico-pasteur-jarabe-120-ml/>
- ECancer. (2014, 20 de noviembre). Cuba: el reto de enfrentar el cáncer. <https://ecancer.org/es/news/6640-cuba-el-reto-de-enfrentar-el-cancer>
- Echeverría, E. (2021, 15 de noviembre). El 15 de noviembre de 1922. *El Comercio*. <https://www.elcomercio.com/opinion/columnista-15-noviembre-1922.html>
- EcuRed. (2011, 9 de diciembre). Ácido nítrico. https://www.ecured.cu/index.php?title=%C3%81cido_n%C3%ADtrico&oldid=1252279
- EcuRed. (2014, 21 de abril). Cebolla albarrana. https://www.ecured.cu/index.php?title=Cebolla_albarrana&oldid=2209204
- EcuRed. (2017, 23 de marzo). Tintura de Láudano de Sydenham (tintura de opio azafranada). [https://www.ecured.cu/index.php?title=Tintura_de_L%C3%A1udano_de_Sydenham_\(tintura_de_opio_azafranada\)&oldid=2835919](https://www.ecured.cu/index.php?title=Tintura_de_L%C3%A1udano_de_Sydenham_(tintura_de_opio_azafranada)&oldid=2835919)
- EcuRed. (2018, 12 de septiembre). Pituita. <https://www.ecured.cu/index.php?title=Pituita&oldid=3192006>
- EcuRed. (2019a, 23 de abril). Escamonea. <https://www.ecured.cu/index.php?title=Escamonea&oldid=3356107>

- EcuRed. (2019b, 13 de agosto). Ácido nítrico. https://www.ecured.cu/index.php?title=%C3%81cido_n%C3%ADtrico&oldid=3503740
- Edición Médica. (2021, 30 de septiembre). Ecuador pretende eliminar la malaria para el 2025. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-pretende-eliminar-la-malaria-para-el-2025-98134>
- El Diario. (2017, 26 de junio). Molino con historia. El Diario. <https://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/437881-molino-con-historia>
- El Universo. (2018, 15 de noviembre). La matanza obrera de hace 96 años aún estremece en Guayaquil. El Universo. <https://www.eluniverso.com/guayaquil/2018/11/15/nota/7050600/matanza-obrera-hace-96-anos-aun-estremece-guayaquil/>
- Enciclopedia Antigua. (2014). Agua fenicada o félica. Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano. <http://enciclopedia.escolar.com/EnciclopediaAntigua/agua-fenicada-o-fenica/>
- Escuela de Ciencias del Lenguaje y Literatura de la Universidad Central del Ecuador. (2002). Literatura Ecuatoriana. <http://www.literaturaecuadoriana.com/index.php>
- Esparteína. (2019, 23 de octubre). En Wikipedia. <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Esparte%C3%ADna&oldid=120690198>
- Estévez, E. (2004). El arte de curar y enseñar. Cronología de la Historia de la Medicina ecuatoriana y universal (2a. Ed.). Noción.
- Estévez, E., Villota, I., Zapata, M., & Echeverría, C. (2018). La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 43(1), 145-163. https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v43i1.1464
- Estrella, E., & Crespo, A. (2009). Historia de la enseñanza médica en Quito: Siglos XVII-XVIII (Vol. 1). Ministerio de Salud Pública.
- Farga, V. (2004). La conquista de la tuberculosis. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 20(2), 101-108. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482004000200009>
- Farlex. (2012). Varioloid. The Free Dictionary. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/varioloid>
- Farlex. (2022). Matrona. The Free Dictionary. <https://es.thefreedictionary.com/matrona>
- Farmacia Durán. (1894). Elixir Guayacol Durán [Anuncio]. *Boletín Farmacéutico de la Sociedad Farmacéutica Española*, (154), 6. https://bibliotecavirtual.ranf.com/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=4023899
- Farmacia Serra. (2017, 27 de febrero). Medicamentos antiguos: El balneario de Vichy. *Arte Farmacéutico*. <https://www.farmaciaserra.com/blog/medicamentos-antiguos-vichy.html>
- Faundez-García, M. T. (1998). El uso de las bebidas alcohólicas como medicamento en la España Contemporánea [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. Repositorio Institucional de la UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4002/>
- Fernández, T., & Tamaro, E. (2004). Biografía José Celestino Mutis. *Biografías y Vidas*. La enciclopedia biográfica en línea. <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/m/mutis.htm>
- Fertiberia. (2020). Solución Amoniaca [Ficha de Datos de Seguridad]. https://www.fertiberia.com/media/217428/fds_solucion_amoniacal_25.pdf
- Fiscalía General del Estado, Ecuador, 2023. <https://www.fiscalia.gob.ec/denuncia-en-linea-violencia-contra-la-mujer/>
- Flisser, A. (2017). Teniasis y Cisticercosis debidas a Taenia Solium. *La Medicina es Así*. <https://www.asieslamedicina.org.mx/teniasis-y-cisticercosis-debidas-a-taenia-solium/?pdf=2717>
- Freire, W. B., Belmont, P., Rivas-Mariño, G., Larrea, A., Ramírez-Luzuriaga, M.J., Silva-Jaramillo, K., & Validivia, C. (2015). Tomo II Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.unicef.org/ecuador/media/1761/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20y%20Nutrici%C3%B3n:%20Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva.pdf>
- Fresquet, J. (2010a, 12 de febrero). Medicina, Historia y Sociedad. Fosfo-Glico-Kola Doménech. *Historia de la Medicina*. <https://historiadelamedicina.wordpress.com/2010/02/12/fosfo-glico-kola-domenech/>
- Fresquet, J. (2010b, 21 de junio). Colección Historicomédica de la Universitat de València. *Historia de la Medicina*. https://www.uv.es/fresquet/Expo_medicina/index.html
- Fresquet, J. (2010c). La terapéutica farmacológica. Colección Historicomédica de la Universitat de València. https://www.uv.es/fresquet/Expo_medicina/Terapeutica_XIX/terapeutica.html

- Fresquet, J. (2011, febrero). Aspirador de Potain. Historia de la Medicina. <https://www.historiadela-medicina.org/Instrumentos/Potain.pdf>
- Fresquet, J. (2015a). Biografía Friedrich Gustav Jacob Henle (1809-1885). Historia de la Medicina. <https://www.historiadela-medicina.org/henle.html>
- Fresquet, J. (2015b). Bromhidrato de Quinina (Boehringer). Historia de la Medicina. https://www.historiadela-medicina.org/Instrumentos/instrumento_602.html
- Gallegos-Lara, J. (2001). Las cruces sobre el agua. LIBRESA.
- Garaycoa-Raffo, L. (2018, 9 de abril). Ficha Ricardo Villavicencio. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MGRPiupeu1AJ:https://gw.geneanet.org/ferneche%3Flang%3Des&cd=9&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
- Garcés-Cabrera, E. (1930). Nuestras entrevistas. Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, 167-172.
- Garcés-Cabrera, E. (1973). Eugenio Espejo: Médico y Duende (3a. Ed.). Universidad Central del Ecuador.
- García, J., Quinde, V., Bucaram, R., & Sánchez, S. (2021). Situación epidemiológica del cáncer cérvico-couterino en el Ecuador, 2020. Revista Venezolana de Oncología, 33(2), 1-13. <https://www.redalyc.org/journal/3756/375665418004/>
- Gil, F. (1786). Disertación Físico-Médica en la qual se prescribe un método seguro de preservar a los Pueblos de Viruelas hasta lograr la completa extinción de ellas en todo el Reyno (2a. Ed.). Madrid.
- Gómez-Luz, M. L., & González, J. (2010). La teoría microbiana y su repercusión en Medicina y Salud Pública. En E. Bouza, J. Picazo & J. Prieto (Coord.), Pasteur: Una vida singular, una obra excepcional, una biografía apasionante (pp. 88-101). Kos, Comunicación Científica y Sociedad, S. L. <https://seq.es/wp-content/uploads/2011/02/Pasteur.pdf>
- González-García, A. (2012). La epidemia de gripe de 1918-1919 en la provincia de Cuenca [Tesis doctoral, Universidad de Castilla - La Mancha]. TESEO. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=iu0MzWiLOKw%3D>
- González-García, A. (2013). Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919. Vínculos de Historia, (2), 309-330. <http://www.vinculosdehistoria.com/index.php/vinculos/article/viewFile/70/74>
- González, H. (2013). El Quito de los años 20: su vida cotidiana, su cultura, la política, sus actores. Archivo Metropolitano de Historia.
- González-Martín, A. (2015). El cáncer ginecológico. ARBOR, 191 (773), a237. <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3007>
- Gonzalo-Rodríguez, V., Rivero-Martínez, M. D., Pérez-Albacete, M., López-López, A., & Maluff-Torres, A. (2007). Historia de la raquianestesia y de la anestesia epidural en España. Archivos Españoles de Urología, 60(8). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000800014
- Grijalva, C. (2017). La Gripe Española en el Ecuador 1918 - 1919. Streetlib Write.
- Gross-Albornoz, M., Terán-Puente, C., & Terán-Puente, J. M. (2020). Entre el dogma y la razón: teorías epidémicas y representaciones sociales en la pandemia Covid-19 en Ecuador. Temperamentvm, 16, e12927. <http://ciberindex.com/p/t/e12927>
- Hall, A. H. (2015, 26 de agosto). Uso del Ácido Pícrico y Anécdotas. PREVOR. <https://www.prevor.com/es/acido-picrico/>
- Health Central. (2019, 27 de marzo). Condyloma (Genital Warts). <https://www.healthcentral.com/condition/condyloma>
- Hernández, M. I., Unanue, N., Gaete, X., Cassorla, F., & Codner, E. (2007). Edad de la menarquia y su relación con el nivel socioeconómico e índice de masa corporal. Revista Médica de Chile, 135 (11), 1429-1436. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001100009>
- Herrera, F., & Marín-Paz, A. (2021). Pedro Máximo Ruiz y el dispensario antipalúdico municipal de Jerez de la Frontera (Memoria de la campaña del año 1937). Temperamentvm, 17, e13448. <http://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e13448/e13448>
- Hochman, G., Bandeira de Mello, M. T., & Dos Santos, P. (2002). A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 9 (suplemento), 233-273. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/dBjkhZ6rjn-fwxLSyYBsdSq/?format=pdf&lang=pt>

- Howard, M. (Ed.). (1955). *Modern Drug Encyclopedia and Therapeutic Index* (6a. Ed.). Drug Publications, Inc.
- Imbert, J., Molina, E., López, L., & Becerril, M. (2019). Amibiasis. En M. Becerril (Ed.), *Parasitología médica* (5a. Ed., pp. 23-36). McGraw-Hill/ Interamericana Ed. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=231293310&bookid=2754&Resultclick=2>
- Instituto Nacional de estadística y Censos. (s.f.). Registro Nacional de Ecuador. Gobierno de la República de Ecuador. Recuperado en 2022, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Instituto Nacional de estadística y Censos. (2019). Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf
- Instituto Tecnológico Rumiñahui. (2009, 11 de febrero). Pendoneros. Rumiudanza.blogspot. <https://pendonerosrumigf.blogspot.com/>
- Iommi, V. (2010). Girolamo Fracastoro y la invención de la sífilis. *História, Ciências, Saúde – Manuais*, 17(4), 877-884. <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17n4/02.pdf>
- Ito, A., Saito, M., Donadeu, M., & Lightowlers, M. W. (2020). Kozen Yoshino's experimental infections with *Taenia solium* tapeworms: An experiment never to be repeated. *Acta Tropica*, 205, 105378. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2020.105378>
- Izquierda-Pérez, L. (1941). Public Health in Ecuador. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 20(12), 1282-1285. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12943/v20n12p1282.pdf?sequence=1>
- Jadán-Solís, K., Alban-Meneses, C., Salazar-Carranza, A., Cruz-Fonseca, L., Torres-Céspedes, I., & Scrich-Vázquez, A. (2019). Caracterización del paludismo, enfermedad endémica en Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23 (4), 540-558. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000400540
- Kigman, E. (2006). *La ciudad y los otros Quito 1860-1940. Higienismo, Ornato y Policía*. FLACSO, Universitat Rovira i Virgili.
- Klugman, K., & Rodgers, G. (2020). Time for a third-generation pneumococcal conjugate vaccine. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(1), 14-16. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30513-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30513-2)
- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública México*, 51(suplemento 2), S335-S344. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content /raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v51s2/v51s2a26.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v51s2/v51s2a26.pdf)
- Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas* (Trad. C. Solís, 2a. Ed.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1970)
- Kovalenko, S. (2020, 20 de marzo). Limonada Roge Delva (Magnesium Citrate). Pill in trip. https://pillintrip.com/es/medicine/limonada-roge-delva-magnesium-citrate#desc_4
- Laboratorios ERN. (2020). Darmen Salt. Laboratorios ERN. <http://www.ern.es/wp-content/uploads/2013/01/Prospecto-Darmen-Salt.pdf>
- La Hora. (2007, 17 de marzo). Luis Cueva Sotomayor, el médico de los pobres. *Diario La Hora*. <https://www.lahora.com.ec/noticias/17-luis-cueva-sotomayor-el-m-dico-de-los-pobres/>
- Lain-Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Salvat.
- Langford, N., & Ferner, R. (1999). Toxicity of mercury. *Journal of Human Hypertension*, 13, 651-656. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1000896>
- Larenas, N. (2020, 19 de abril). El segundo centro de salud del Ecuador se llamó Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo hoy llamado Hospital San Juan de Dios. *Arquitectura Hospitalaria*. <https://www.arqhospitalaria.com/2020/04/19 /hospital-de-la-misericordia-de-nuestro-senor-jesucristo-quito-ecuador-hoy-llamado-hospital-san-juan-de-dios/>
- Larreategui, D., & Lafuente, L. (2013). Revisión Histórica Médica: El árbol de quina, 400 años de su descubrimiento en Ecuador. *Metro Ciencia*, 21(1), 1-8. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/equ-6708>
- Laval, E. (2003). Chile 1918: Las dos epidemias. *Revista Chilena de Infectología*, 20(Suplemento Nota Histórica), 133-135. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200049>
- Ledermann, W. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista Chilena de Infectología*, 20 (Suplemento Nota Histórica), 13-17. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200003>

- Ledermann, W. (2008). Laveran, Marchiafava y el paludismo. *Revista Chilena de Infectología*, 25(3), 216-221. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v25n3/art16.pdf>
- Lepage, Y., Tarupi, W., Campbell, J., Monnier, C., & Vercauteren, M. (2014). Edad de la menarquia en Ecuador. *Antropo*, 31, 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678206>
- Libby, W., & Wuhu. (1918). A case of fatal poisoning by Novarsenobenzol. *The China Medical Journal*, 32(04), 320-322. <https://medcentral.net/doi/pdf/10.3760/cma.j.isn.0366-6999.1918.04.105>
- Lippi, D., & Gotuzzo, E. (2014). The greatest steps towards the discovery of *Vibrio cholerae*. *Clinical Microbiology and Infection*, 20(3), 191-195. <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12390>
- L.L.D.D. (1920). Operación Cesárea por Pelvis Pigmea y Raquíca. *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, (8).
- López, M., & Beltrán, M. (2013). Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina. *Revista Chilena de Infectología*, 30(2), 206-215. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v30n2/art12.pdf>
- MacMahon, B., & Trichopoulos, D. (1996). *Epidemiology: principles and methods*. Little, Brown.
- Maldonado-Cajiao, F. V. (2022, 26 de agosto). Mi noble y humanista médico de mi niñez [Comentario en la publicación de Facebook Dr. Alfonso Castro León]. *Historia de la Medicina en Riobamba*. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=601043401602136&set=a.112756957097452>
- Manrique-Abril, F., Martínez-Martín, A. F., & Meléndez-Álvarez, B. F. (2012). Defunciones en niños a principios de los siglos XX y XXI en Boyacá-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(suplemento 2), 15-31. <https://scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14suppl2/15-31/es>
- Márquez-Morfín, L., & Molina del Villar, A. (2010). El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos*, (32), 121-144. <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n32/n32a10.pdf>
- Merriam-Webster. (s.f.). *Rupia*. Merriam-Webster.com medical dictionary. Recuperado en 2020, de <https://www.merriam-webster.com/medical/rupia>
- Meza-Cepeda, R. D., & Arrieta, B. M. (2006). Coexistencia de tres Universidades en el Quito Colonial (1681-1769). *Revista Venezolana de Ciencias Sociales*, 10(2), 415 - 429. <https://www.redalyc.org/pdf/309/30910209.pdf>
- Ministerio de Economía & Dirección de Estadísticas y Censos. (1960). Primer censo de población del Ecuador 1950. Gobierno del Ecuador. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Libros_Censos/3.%20Primer_Censo_de_Pob_del_Ecuador_1950_Volumen_Unico.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). Enfermedades transmitidas por vectores - Informe malaria - Semana 18. MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). Gaceta Malaria S31. MSP.
- Mir-Villamayor, R. (2006). Impacto del programa de Reanimación Neonatal en los últimos años en el Paraguay. *Pediatría*, 33(1). http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032006000100007
- Montells-Nadal, F. (1846). *Nociones Elementales de Química*. Imprenta Benavides. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/17902>
- Morens, D., Taubenberger, J., & Fauci, A. (2008). Predominant Role of Bacterial Pneumonia as a Cause of Death in Pandemic Influenza: Implications for Pandemic Influenza Preparedness. *The Journal of Infectious Diseases*, 198(7), 962-970. <https://doi.org/10.1086/591708>
- Mosquera, A. (1919). *Notas Médicas*. *Revista del Centro de Estudiantes*, (3 y 4).
- Mosquera, D. (2016, 11 de noviembre). La historia del Eugenio Espejo se escribió a mano. Edición Médica. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/eugenio-espejo-su-historia-se-escribi-a-mano-89006>
- Noboa-Flores, E. (2018). Discurso de incorporación: El pesamiento médico y filosófico de Isidro Ayora Cueva y su papel en el surgimiento de Escuela Obstétrica quiteña. *Boletín de la Academia Nacional de Historia*, 96(200), 350-384. <https://www.academiahistoria.org.ec/index.php/boletinesANHE/article/view/119>
- Núñez-Sánchez, J. (2016). *El Ecuador en la historia*. Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión.
- Oficina Central de Estadística. (1906). Censo de la población de Quito [Folleto]. <http://hdl.handle.net/10469/12568>

- O'Shea, J. (1990). 'Two minutes with venus, two years with mercury'-Mercury as an antisyphilitic as chemotherapeutic agent. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(6), 392-395. <https://doi.org/10.1177%2F014107689008300619>
- Ordóñez-Nieto, G. (2021). Matilde Hidalgo Navarro de Procel. Su época, conquistas y legado. *Quinde Azul*.
- Ordóñez-Nieto, G. (2022a, 10 de agosto). A la memoria de Edgar Rentería Guerra [Publicación]. Facebook. https://www.facebook.com/gabriel_ordoneznieto/posts/pfbid02PhbQEuT5QWJ5da4SnFCpJc3friP58Pzatbh3UceK7Z9ns5bpyszqUwnWm93nfBn9l
- Ordóñez-Nieto, G. (2022b, 4 de diciembre). Redoble por Enrique Durango Franco [Publicación]. Facebook. https://www.facebook.com/gabriel_ordoneznieto/posts/pfbid05nTetWQZZ-Z1PFZ4biT11yv1DK5R4upZqxCci72gv25Wm1H4XvJiFJGAFqPLepQvhl
- Organización Panamericana de la Salud. (2018a). Actualización Epidemiológica. Aumento de Malaria en las Américas. Organización Mundial de la Salud. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=2018-9582&alias=43437-30-enero-2018-malaria-actualizacion-epidemiologica-437&Itemid=270&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2018b, 6 de julio). Teniasis-Cisticercosis. OPS. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14520:hoja-informativa-teniasis-cisticercosis&Itemid=40721&lang=es
- Palacios-Freire, S. (1975). Problemas que dificultan el desarrollo normal de los programas de erradicación de la malaria. *Boletón de la Oficina Sanitaria Pnamericana OSP*, 79(5), 375-388. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16208>
- Pardo, R. (1999). Factores que inciden en la hospitalización de los niños menores de dos años en Cantabria [Tesis de Grado, Universidad de Cantabria]. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=211204>
- Paredes-Borja, V. (1946). Early History of Anesthesia in Ecuador. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1(4), 657-661. <https://doi.org/10.1093/jhmas/1.4.657>
- Paredes-Borja, V. (1963). Historia de la Medicina en el Ecuador. Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Patiño-Camargo, L. (1953). Síntesis sobre parasitismo intestinal en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 22(3-4), 101-111. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/27691>
- Paz y Miño, J. J. (2018a, 15 de noviembre). Ecuador: la huelga del 15 de noviembre de 1922. *Historia y Presente*. <http://www.historiaypresente.com/1795-2/#prettyPhoto>
- Paz y Miño, J. J. (2018b, 13 de agosto). Revive la Plutocracia. *Historia y Presente*. <http://www.historiaypresente.com/revive-la-plutocracia/#prettyPhoto>
- Peate, I. (2007). Syphilis: clinical presentation, diagnosis and treatment. *Nursing Standard (through 2013)*, 22(10), 48-55. <https://doi.org/10.7748/ns2007.11.22.10.48.c6238>
- Pelletier. (1897, 15 febrero). Cápsulas de Quinina de Pelletier ó de las 3 Marcas [Anuncio]. *El Salón de la Moda*, (343), 32. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/5414>
- Peña-Novoa, J. (2009). Vida y contribución de Francisco Xavier Eugenio de Santa Cruz y Espejo. *Biografía de Eugenio Espejo*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Pérez-Bravo, F. (2012). Apollinaire De Bouchardat (1809-1886). *Revista chilena de endocrinología y diabetes*, 5(1), 34. http://www.revistasoched.cl/1_2012/9-1_2012.pdf
- Pérez-Pimentel, R. (2021, 11 de mayo). Paredes Cevallos Julio Enrique. *Diccionario Biográfico*. <https://rodolfopezpimentel.com/paredes-cevallos-julio-enrique/>
- Peterson, S. (2017, 10 de julio). Chancroid. STD. <https://www.std-gov.org/stds/chancroid.htm>
- Peyronnie, K., & Maximy, R. (2002). Quito inesperado: de la memoria a la historia crítica. *Institut français d'études andines, Abya Yala*. <https://doi.org/10.4000/books.ifea.3645>
- Piatkowska, R. (2013, 28 de mayo). Plantas Medicinales I. *Pilocarpus Jaborandi*. *La Ruta Natural*. <https://www.larutanatural.eu/i-pilocarpus-jaborandi/#respond>
- Pimpinella anisum. (2020, 19 de febrero). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pimpinella_anisum&oldid=123663017
- Pinault, L., & Hunter, F. (2012). Malaria in Highlands of Ecuador since 1900. *Emerging Infectious Diseases*, 18 (4), 615-622. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1804.111267>
- Pinilla, A., López, M., & Viasus, D. (2008). Historia del protozoo *Entamoeba histolytica*. *Revista Médica de Chile*, 136(1), 118-124. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100015>

- Prueba de Gmelin. (2021, 4 de marzo). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Prueba_de_Gmelin&oldid=133699511
- Psicoterapeutas.eu (2012, 8 de julio). Polvos de Dover. <https://psicoterapeutas.eu/polvos-de-dover/>
- Qsignifica. (2021). ¿Qué significa julepe?. <https://www.qsignifica.com/julepe>
- Quito, Ayer y Hoy. (2019, 9 de septiembre). Arco de la Reina, se observa el Hospital San Juan de Dios [Imagen adjunta] [Publicación]. Facebook. <https://www.facebook.com/1657495714529178/posts/2389112564700819/>
- Ramírez-Molina, H. R. (2018). 325 años de aporte social y humanístico de la Facultad de Ciencias Médicas, un modelo de las artes liberales. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 43(1), 19-28. https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1453/1394
- Ramírez, N. (2017). Balance de la primera campaña de erradicación de malaria en el Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas*, 1(3). <https://doi.org/10.26807/remcb.v1i3.24>
- Rathakrishnan, V., & Mohd, T. (1989). Osteo-articular tuberculosis. A radiological study in a Malaysian hospital. *Skeletal. Radiol.*, 18(4), 267-272. <https://doi.org/10.1007/bf00361205>
- Real Academia Española. (2014). Matrón, na. *Diccionario de la Lengua Española*.
- Real Academia Española. (2020, 31 de marzo). Gotiera. *Diccionario Histórico de la Lengua Española*. <https://www.rae.es/dhle/gotiera>
- Real Academia Española. (2022a). Agrafe. *Diccionario de la Lengua Española*. <https://dle.rae.es/agrafe>
- Real Academia Española. (2022b). Auriga. *Diccionario de la Lengua Española*. <https://dle.rae.es/auriga?m=form>
- Riera-Climent, C., & Riera-Palmero, J. (2016). Ángel Bellogín Aguasal (1841-1920). Académico y Farmacéutico. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, (53), 221-299. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6248961>
- Río Negro. (2013, 13 de febrero). Prohiben la venta y consumo de un polvo para preparar limonada. Río Negro. https://www.rionegro.com.ar/prohiben-la-venta-y-consumo-de-un-polvo-para-preparar-limonada-IQRN_1069577/
- Rivadeneira, L. A. (1953). Los grandes maestros de la Facultad. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 4(3-4), 166-171. https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/314?articlesBySimilarityPage=2
- Robbins, S. (1975). *Patología estructural y funcional*. Interamericana.
- Rocha-Buelvas, A., Trujillo-Montalvo, E., Hidalgo-Patiño, C., & Hidalgo-Eraso, Á. (2014). Carga de Cáncer del Departamento de Nariño y Subregiones, Colombia, 2010. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 32(3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300009
- Rodas-Chaves, G. A. (2015). Historia de la “gripe española” que llegó a Quito en 1918. *Universidad Andina Simón Bolívar*.
- Rodas-Chaves, G. (2017). *Pensamiento Médico: El liberalismo radical y la Revolución Juliana*. Trazos de la figura de Isidro Ayora. *Universidad Andina Simón Bolívar*.
- Rodas-Chaves, G. (2020, 15 de noviembre). El “Bautismo de Sangre”, noviembre de 1922. ADHILAC. <https://adhilac.com.ar/?p=17400>
- Rodríguez-Castilla, A. (2007). Experiencias importantes en la historia de los censos, y el Censo General 2005 de Colombia. *Revista de la Información Básica*, 2(2). https://sitios.dane.gov.co/revista_ib/html_r4/articulo5_r4.htm
- Rodríguez-Díaz, E. (2015). Concepto del abuso sexual infantil: una actualización. XVI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría INTERPSIQUIS 2015, Vol XVI. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/concepto-del-abuso-sexual-infantil-una-actualizacion>
- Rodríguez, O. (2015). *La mortalidad en Cádiz (1900-1920)* [Tesis de Doctorado, Universidad de Cádiz]. Repositorio Institucional de la Universidad de Cádiz. <http://hdl.handle.net/10498/18313>
- Romero-Pedreño, E., Romero-Villete, J., & Villota, N. (1887-1888). Paludismo intermitente invertida. En *Escuela de Medicina (Ed.), Trabajos prácticos, efectuados en el anfiteatro anatómico, en los laboratorios, en las clínicas y en la policlínica: curso de 1887 a 1888 (pp.)*. Imprenta Almudena. <http://hdl.handle.net/10481/15815>

- Rosales, B. (2009, 13 de julio). El 15 de noviembre de 1922. El Comercio. <https://www.elcomercio.com/actualidad/15-noviembre-1922.html>
- Ros-Vivancos, C., González-Hernández, M., Navarro-Gracia, J., Sánchez-Payá, J., González-Torga, A., & Portilla-Sogorb, J. (2018). Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. *Revista Española de Quimioterapia*, 31(6), 485–492. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254479/>
- Salazar, M., Regalado-Rafael, R., Navarro, J., Montanez, D., Abugattas, J., & Vidaurre, T. (2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 105-112. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a20v30n1.pdf>
- Salinas de Guaranda. (2015, 9 de junio). Emprendimientos de Salinas de Bolívar. *Salinasdeguaranda.blogspot.com*. <https://salinasdeguaranda.blogspot.com/2015/06/emprendimientos-de-salinas-de-bolivar.html>
- Sánchez-Lera, R., & Oliva-García, N. (2015). Historia del microscopio y su repercusión en la Microbiología. *Revista de Humanidades Médicas*, 15(2), 355-372. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000200010
- Sánchez-Ramos, J. E. (2018, 12 de junio). Manabí, paja y Sombrero. Ensayo sobre el arte de tejer la paja toquilla considerado por la UNESCO como patrimonio cultural de la humanidad. *Manabí Bicentenario 2024*. <https://joselias2022.com/2018/06/12/manabi-paja-y-sombrero/>
- Sperli, M., Figueiredo, S., Eli, C., Cruz, S., Scatena, T. (2007). Pobreza: Caracterización Socioeconómica de la Tuberculosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(número especial), 1-6. https://www.scielo.br/j/rlae/a/vSFQGFTfK_Sjzdx74qgWSkct/?format=pdf&lang=es
- Sigüenza, T., Webster, E., Martínez, F., & Córdova, F. (2016). Estudio Transversal: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños. *Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga*, 8(1), 25-29. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/equ-7130>
- Sociedad Farmacéutica Española. (1894). Quinina Dulce Martínez [Anuncio]. *El Memorandum*, (51), 9. https://bibliotecavirtual.ranf.com/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=4023308
- Sociedad Médica Unión Fernandina. (1905). La Estovaína. *La Crónica Médica*, XXII(385), 151. <https://play.google.com/books/reader?id=sIY3AQAAMAAJ&pg=GBS.PA150&hl=es>
- Spiegato. (2021, 14 de julio). ¿Qué es el azufre coloidal? <https://spiegato.com/es/que-es-el-azufre-coloidal-2>
- Stewart, G. (1968). Limitations of the germ theory. *The Lancet*, 291(7551), 1077-1081. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(68\)91425-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(68)91425-6)
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, 86(5), 668-673. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.668>
- Tecnología Farmacéutica de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. (2010). Home. <http://www.fcn.unp.edu.ar/sitio/tecnofarma/>
- Terán-Najas, R. (2017). Laicismo y educación pública en el discurso liberal ecuatoriano (1897-1920): una reinterpretación. *Historia Caribe*, XII(30), 81-105. <https://doi.org/10.15648/hc.30.2016.4>
- Terán-Puente, J. M., Recalde, S. & Crespo, A. (2019). *La Medicina del San Juan de Dios 1916 - 1920* (Vol. 1). Centro de Publicaciones, Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).
- Terán-Puente, J. M., & Figueroa, J. (2020). Gripe española y otras enfermedades en el Dispensario Infantil de Quito, Ecuador (1918-1919). *Temperamentvm*, 16, e13072. <http://ciberindex.com/p/t/e13072>
- Terán-Puente, J. M., & Terán-Puente, C. (2022). Paludismo en Quito-Ecuador: Hospital San Juan de Dios (1916-1925), erradicación (1940-1950) y posible retorno (2021). *Temperamentvm*, 18, e13860. <https://dx.doi.org/10.58807/tmptvm20225158>
- Terán-Puente, J. M., Terán-Puente, C., & Gross-Albornoz, M. (2019). Morbimortalidad en el Dispensario Infantil del Hospital San Juan de Dios de Quito en 1917. *Temperamentvm*, 15, e12613. <http://ciberindex.com/c/t/e12613>
- THEPALMER (2017, 4 de mayo). Grabado de 1857 botánico de Ipecacuana [Publicación de iStock]. Recuperado el 2020, de <https://www.istockphoto.com/es/vector/grabado-de-1857-bot%C3%A1nico-de-ipeacuana-gm678324214-124280013>
- Ticona, E. (2009). Tuberculosis: ¿se agotó el enfoque biomédico? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 273-275. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a01v26n3.pdf>

- Tiwari, T., Moro, P., & Acosta, A. M. (2021). Tétanus. En E. Hall, P. Wodi, J. Hamborsky, V. Morelli, & S. Schillie (Eds.), *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases* (pp. 315-328). Publick Health Foundation. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/tetanus.html>
- Todocoleccion.net. (2015, 7 de mayo). *Tratado de Terapéutica y Materia Médica A. Trousseau y E. Pidour 1841-42 3 tomos*. <https://en.todocoleccion.net/old-books-medicine/tratado-terapeutica-materia-medica-trousseau-e-pidour-1841-42-3-tomos-x52467121>
- TodaCultura. (s.f.). Creta. Recuperado en 2021, de <http://www.todacultura.com/glosarioceramica/creta.htm>
- Traviezo, L. (2020). Historia breve del microscopio. En *Prospectiva*, 1(1), 103-109. <https://revista.uny.edu.ve/ojs/index.php/en-prospectiva/article/view/142>
- Trousseau, A., & Pidoux, H. (1842). *Tratado de terapéutica y materia médica* (Vol. 2). Fuentenebro. https://book.s.google.it/books?id=ErOkPofNmnkC&pg=PA61&lpg=PA61&dq=Julepe+gomoso&source=bl&ots=X8twDCIBUS&sig=ACfU3U0_KRdUcJ2XQ2KK-2JlrzHaQeIQx4FQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewi5xc3Y0tvzAhULqaQKHaeFDuEQ6AF6BAGREAM#v=onepage&q=Julepe%20gomoso&f=false
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2018, 1 de abril). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. <https://www.unicef.org/panama/comunicados-prensa/abuso-sexual-contra-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2020, 18 de junio). Los organismos advierten de que los países no han logrado prevenir la violencia contra los niños. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/paises-no-han-logrado-prevenir-violencia-contra-los-ninos>
- Valdivia, G. (2005). Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista Chilena de Infectología*, 22(Suplemento 1), S11-S17. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482005000200002>
- Valero, D. (2018, 9 de julio). La controvertida historia del descubrimiento de la artemisinina el antimalárico más efectivo del planeta. *InspiraBiotech*. <https://inspirabiotech.com/2018/06/26/la-controvertida-historia-del-descubrimiento-de-la-artemisinina-el-antimalarico-mas-efectivo-del-planeta/>
- Vásconez, M., Carrión, A., Goetschel, A. M., & Sánchez, N. (1997). Breve historia de los Servicios en la ciudad de Quito. *CIUDAD*. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/49071.pdf>
- Vélez, J. L., & Cifuentes, P. (2018). Vida y legado del Dr. Pablo Arturo Suárez a la Medicina Ecuatoriana. *Revista Médica Vozandes*, 29(1), 25 – 31. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988449>
- Vera-Puebla, M. (2020, 26 de noviembre). Retos del sistema de justicia ecuatoriana para garantizar el derecho a la debida diligencia a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual y basada en género durante y pos pandemia del COVID-19. Defensoría Pública del Ecuador, Quito. <http://www.defensayjusticia.gob.ec/?p=33803>
- Verger-Kuhnke, A., Reuter, M., & Beccaría, M. (2007). La biografía de Philipp Bozzini (1773-1809) un idealista. *Actas Urológicas Españolas*, 31(5), 437- 444. [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(07\)73666-5](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(07)73666-5)
- Verifica RTVE. (2020, 7 de mayo). Sí, la imagen sobre la 'gripe española' de 1918 que circula por redes sociales es real. RTVE. <https://www.rtve.es/noticias/20200507/imagen-gripe-espanola-1918-archivo-burgos/2013540.shtml>
- Vidal, L. (1938). *Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques*. Office de vulgarisation pharmaceutique. https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=zoom&cote=pharma_p11247x1938&cp=1106
- Villalba-Egas, J. C. (2019). *Tendencia de mortalidad por Neumonía en adultos mayores en Ecuador años 2008 a 2017* [Tesis de Posgrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16725>
- Villavicencio-Ponce, R. (1928). La apendicitis, algunos casos crónicos con síntomas raros. *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, 1(1), 87-100.
- Viteri-Lafrente, T. (1918). La Gripe y los nuevos métodos para su tratamiento. *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, (2), 226-227.
- Wellcome Museum & Library. (2021, 26 de abril). About us. Wellcome Collection. <https://wellcomecollection.org/about-us>

- World Bank. (2021). Esperanza de vida al nacer, total (años). BIRF-AIF. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
- World Health Organization (WHO). (1962). Determinantes Sociales de la Salud. WHO.
- World Health Organization (WHO). (s.f.). Standards: Length/height for age. Recuperado el 2020, de <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-age>
- World Health Organization (WHO). (2009). 62a Asamblea Mundial Salud. Comisión Determinantes Sociales de Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- World Health Organization (WHO). (2020, 2 de marzo). Malaria: The malaria vaccine implementation programme (MVIP). <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/malaria-vaccine-implementation-programme>
- Yang, C., & Smith, S. (2007). Enterobius Vermicularis ParaSite. Stanford University. <https://web.stanford.edu/group/parasites/ParaSites2006/Enterobius/Enterobius%20vermicularis.htm>
- Young, M., & Eyles, D. (1948). The Efficacy of Chloroquine, Quinacrine, Quinine and Totaquine in the Treatment of Plasmodium Malariae Infections (Quartan Malaria). *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1s-28(1), 23-28. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.1948.s1-28.23>
- Zanin, T. (2021, agosto). Anís: para qué sirve, cómo consumirlo y contraindicaciones. *Tua Saúde*. <https://www.tuasaude.com/es/anis/>



Contenido

Introducción	12
El proyecto de investigación	14
Las historias clínicas del Hospital San Juan de Dios, 1920 – 1925.....	17
CAPÍTULO I.....	21
Quito y Ecuador en la época	21
La ciudad de Quito (1920-1925)	21
El contexto socioeconómico del Ecuador (1920-1925).....	25
La masacre del 15 de noviembre de 1922	28
El Hospital San Juan de Dios y sus servicios médicos (1920-1925).....	35
Los paradigmas sobre la génesis de las enfermedades y el Hospital San Juan de Dios	35
Inicios de la docencia en el San Juan de Dios	43
Conclusiones.....	45
CAPÍTULO II	47
El Servicio de Clínica de Mujeres (1920-1925)	47
Características de las pacientes del Servicio de Clínica de Mujeres	47
Características Gineco-obstétricas	50
Médicos del servicio de Clínica del Hospital San Juan de Dios.....	55
Conclusiones.....	57
CAPÍTULO III.....	60
El servicio de Clínica de Mujeres (1920-1925)	60
Diagnósticos	60
Mortalidad.....	62
Causas de mortalidad.....	63
Nombres de las pacientes que fallecieron	63
Historias clínicas de las pacientes fallecidas.....	64
Conclusiones.....	69
CAPÍTULO IV	70
Las enfermedades parasitarias	70
Paludismo	70
La Malaria en Quito y en el Hospital San Juan de Dios.....	87
La Salud Pública y los medicamentos para el paludismo.....	90
Vacuna contra la malaria	91
Conclusiones.....	92
CAPÍTULO V.....	94
Helmintiasis: ascariasis, oxiuriasis y teniasis	94
Ascariasis.....	94
Características de las pacientes con ascariasis en el servicio de Clínica	95
Tratamiento de ascariasis en el HSJD	96
La Revista del Centro de Estudiantes de Medicina y el tratamiento antiparasitario	97
Nombres de las pacientes con ascariasis	99
Historia Clínicas de las pacientes con ascariasis	99
Conclusiones.....	100
Oxiuriasis o enterobiasis.....	101
Un caso de oxiuriasis en el Hospital San Juan de Dios.....	102
Tratamiento	102
Conclusión	102
Teniasis	103
Características de las pacientes con teniasis en el Hospital San Juan de Dios.....	104

Tratamiento de la teniasis en el HSJD	105
Nombres de las pacientes con teniasis.....	105
Historias Clínicas de las pacientes con teniasis.....	105
Conclusiones.....	107
CAPÍTULO VI.....	108
Amebiasis, disentería amebiana y disentería.....	108
Características de las pacientes con amebiasis y disentería.....	109
Laboratorio Clínico.....	110
Tratamiento	110
La Revista del Centro de Estudiantes de Medicina y el tratamiento de la disentería amebiana	112
Mortalidad por amebiasis y disentería	113
Nombres de las pacientes con amebiasis y disentería.....	113
Historias Clínicas de las pacientes con amebiasis y disentería.....	114
Conclusiones.....	115
Conclusión general sobre las enfermedades parasitarias	115
CAPÍTULO VII	116
Enfermedades respiratorias.....	116
Gripe y Gripe.....	116
La gripe española en Ecuador	117
Estudios relacionados con la gripe en nuestro medio	118
Impacto de la gripe española en varias ciudades de Latinoamérica	121
Características de las pacientes con Gripe y Gripe (1920-1925).....	123
Nombres de las pacientes con gripe.....	125
Historias Clínicas de las pacientes con gripe.....	125
Tratamiento de la gripe: “La Cartilla sobre la Gripe”	128
Conclusiones.....	129
CAPÍTULO VIII.....	131
Neumonía, bronquitis y otras enfermedades respiratorias	131
Características de las pacientes con neumonía y otros problemas respiratorios.....	133
El microscopio en Quito y en el Hospital San Juan de Dios	135
El microscopio llegó a Quito.....	136
Primer diagnóstico de neumonía neumocócica confirmada microscópica y radiológicamente en el Hospital San Juan de Dios de Quito (1923)	136
Tratamiento de las enfermedades respiratorias bajas.....	142
Nombre de las pacientes con enfermedades respiratorias bajas.....	150
Historias Clínicas de pacientes con neumonía	150
Historias Clínicas de pacientes con bronquitis.....	153
Historias Clínicas de pacientes con tuberculosis	154
Historia Clínica de una paciente con pleuresía	156
Conclusiones.....	156
CAPÍTULO IX	158
Enfermedades biliares, hepáticas, renales, cardíacas y urinarias.....	158
Patología biliar y hepática	158
Obstrucción de vías biliares.....	158
Características de las pacientes con patología de las vías biliares.....	159
Nombres de las pacientes con enfermedad biliar.....	160
Historias Clínicas de las pacientes con enfermedad biliar.....	161
Diagnóstico de la patología biliar	163
Tratamiento para el “cólico hepático”	163
Conclusiones.....	164
Hepatitis	165
Características de las pacientes con diagnóstico de hepatitis.....	165

Nombres de las pacientes con hepatitis.....	167
Historias clínicas de las pacientes con hepatitis.....	167
Conclusiones.....	168
Patología renal.....	168
Características de las pacientes con nefritis	169
Diagnósticos	169
Tratamiento	170
Nombres de las pacientes con nefritis	170
Historias Clínicas de las pacientes con nefritis.....	170
Conclusiones.....	172
Patología cardiaca.....	172
Características de las pacientes con patología cardiaca	172
Diagnósticos	173
Tratamiento de las enfermas con problemas cardiacos	173
Nombres de las pacientes con patología cardiaca	175
Historias Clínicas de las pacientes con cardiopatías	175
Conclusiones.....	178
Patología endocrina.....	179
Comentario.....	179
Patología urinaria	179
Características de las pacientes con patología urinaria.....	179
Tratamiento y resultado.....	180
Cistitis y primera cistoscopia en el HSJD (1920-1925)	180
Nombres de las pacientes con cistitis	182
Historias Clínicas de las pacientes con cistitis	182
Conclusiones.....	182
CAPÍTULO X.....	183
Otras patologías abdominales.....	183
Características de las pacientes con patologías abdominales	183
Tratamientos para los problemas abdominales.....	185
Historias Clínicas de las pacientes con patologías abdominales.....	187
Conclusiones.....	190
CAPÍTULO XI	191
Otras enfermedades infecciosas	191
Características de las pacientes con otras enfermedades infecciosas	191
Sarampión.....	192
Tratamiento para el sarampión	192
Nombres de las pacientes con sarampión.....	194
Historias Clínicas de las pacientes con sarampión.....	194
Blenorragia.....	195
Tratamiento para la blenorragia.....	195
Nombres de las pacientes con blenorragia	195
Historias Clínicas de las pacientes con blenorragia	195
Sífilis	196
Tratamientos para la Sífilis	196
Tratamiento de la sífilis en el Hospital San Juan de Dios	196
Nombres de Las pacientes con sífilis.....	196
Historias clínicas de las pacientes con sífilis	196
Herpes Zoster.....	197
Paciente con herpes zoster	197
CAPÍTULO XII.....	198
Enfermedades Neuromusculares.....	198
Tratamiento de los problemas neuromusculares.....	198
Tratamiento de ciática.....	198

Tratamiento de parálisis pseudo bulbar.....	199
Tratamiento de parálisis facial	199
Tratamiento de neuralgia intermitente	199
Tratamiento de la neuralgia del plexo cardíaco	201
Nombres de las pacientes con enfermedades neuromusculares.....	201
Historias Clínicas de las pacientes con enfermedades neuromusculares.....	201
Conclusiones.....	203
CAPÍTULO XIII.....	204
Diagnósticos varios	204
Tratamiento de reumatismo en el HSJD	204
Nombres de las pacientes con reumatismo	206
Historias Clínicas de las pacientes con reumatismo	206
Conclusiones.....	207
Artritis	207
Bocio	207
Hernias	208
Púrpura hemorrágica.....	208
Posible histeria	208
Intoxicación por ácido nítrico	208
Intoxicación etílica	209
Urticaria.....	209
Impétigo y liquen plano	210
Aborto retenido.....	210
Embarazo.....	210
CAPÍTULO XIV.....	211
El Servicio de Clínica Quirúrgica	211
Personal médico del servicio de Clínica Quirúrgica	211
Participación femenina en el Hospital San Juan de Dios.....	211
Srta. Calderón Salem.....	211
Srta. Arellano	211
Srta. Olimpia Gudiño	214
Matilde Hidalgo.....	214
Enfermero Troya	215
Dr. Ricardo Villavicencio Ponce.....	216
Los oficios de entonces y la actualidad.....	228
CAPÍTULO XV	232
Patologías de los pacientes del Servicio de Clínica Quirúrgica	232
Antecedentes patológicos personales.....	232
Diagnósticos (1920-1925)	234
Causas de Mortalidad en el Servicio de Clínica Quirúrgica	234
Patologías infecciosas.....	235
Abscesos y flemones (169 casos).....	236
Osteomielitis y Artritis séptica (26 casos)	239
Fístulas (19 casos)	242
Adenitis y adenomas (19 casos)	245
Cistitis (17 casos)	247
Tuberculosis (14 casos).....	249
Absceso hepático (14 casos).....	257
Septicemia (3 casos)	261
Necrosis (3 casos).....	261
Gangrena (2 casos).....	262
Apendicitis (8 casos).....	263
Herpes zoster o zona (5 casos)	271
Caries, mastoiditis y estomatitis	271

Paludismo	272
Historias clínicas de pacientes con paludismo (5 casos)	273
Varioloide, viruelas, lepra, leishmaniosis y balanitis	274
CAPÍTULO XVI.....	276
Patología dermatológica	276
Historias clínicas de pacientes con patologías dermatológicas	276
Personal médico	280
Tratamiento	280
Condición final.....	284
Conclusiones.....	284
CAPÍTULO XVII	286
Infecciones de transmisión sexual	286
Diagnósticos de las ITS.....	286
Sífilis	286
Características de los pacientes con sífilis.....	287
Nombres de los pacientes con sífilis.....	288
Historias Clínicas de pacientes con sífilis.....	288
Consideraciones sobre las Historias Clínicas de los pacientes con sífilis	290
Tratamiento	293
Complejidad del tratamiento con Salvarsan y Neosalvarsan.....	295
Condición final.....	297
Blenorragia.....	298
Características de los pacientes con blenorragia	298
Nombres de los pacientes con blenorragia	299
Historias Clínicas de pacientes con blenorragia	299
Personal médico	301
Tratamiento	301
Condición final.....	302
Conclusiones.....	302
Otras infecciones de transmisión sexual (ITS)	303
ITS producidas por <i>Haemophilus ducreyi</i>	303
Historias Clínicas de pacientes con chancro blando o chancro de Ducreyi.....	303
Historias Clínicas de pacientes con chancroide.....	304
Historia Clínica de un paciente con epididimitis y chancro de Ducreyi.....	304
ITS producidas por virus del papiloma humano (VPH)	305
Historias Clínicas de pacientes con condilomas.....	305
Personal médico	306
Tratamientos.....	306
Condición final.....	307
Conclusiones.....	307
CAPÍTULO XVIII.....	308
Patología traumática.....	308
Fracturas y traumatismos.....	308
Características de los pacientes con fracturas y traumatismos.....	308
Personal médico que atendió a los pacientes con fracturas	310
Nombres de los pacientes con fracturas y traumatismos varios.....	310
Historias Clínicas de pacientes con fracturas y traumatismos varios.....	310
Conclusiones.....	321
Pacientes con heridas.....	322
Características de los pacientes con heridas.....	323
Personal médico que atendió a los pacientes con heridas	324
Nombres de los pacientes con heridas	324
Historias Clínicas de los pacientes con heridas	324

Conclusiones.....	330
Pacientes con quemaduras, luxaciones, lesiones y contusiones varias.....	331
Características de los pacientes con diferentes tipos de lesiones.....	332
Personal médico que atendió a los pacientes con lesiones varias.....	334
Tratamiento de los diferentes tipos de lesiones.....	335
Nombres de los pacientes con lesiones varias.....	335
Historias Clínicas de los pacientes con lesiones varias.....	336
Conclusiones.....	339
CAPÍTULO XIX.....	340
Patología Gineco Obstétrica.....	340
Características de las pacientes con patología gineco obstétrica.....	340
Historias Clínicas de las pacientes que fallecieron.....	345
Personal Médico que atendió a las pacientes con problemas gineco-obstétricos.....	350
Tratamientos de los problemas gineco-obstétricos.....	350
Nombres de las pacientes con problemas gineco-obstétricos.....	352
Historias Clínicas, que presentan datos sucintos, de pacientes con problemas gineco-obstétricos.....	352
Historias Clínicas de Gineco-obstetricia, sin fecha de ingreso.....	363
Conclusiones.....	363
CAPÍTULO XX.....	365
Cáncer.....	365
Características de los pacientes con cáncer.....	365
Tratamientos de los pacientes con cáncer.....	376
Nombres de los pacientes con cáncer.....	376
Personal médico que atendió a los pacientes con cáncer.....	377
Historias Clínicas de las pacientes con tumores ginecológicos.....	377
Conclusiones.....	389
CAPÍTULO XXI.....	391
Patología de pared abdominal.....	391
Características de los pacientes con patología de la pared abdominal.....	391
Personal médico que atendió a los pacientes con patología de la pared abdominal.....	394
Nombres de los pacientes con patología de la pared abdominal.....	395
Historias Clínicas de los pacientes con patología de la pared abdominal.....	395
Conclusiones.....	401
CAPÍTULO XXII.....	402
Patología digestiva.....	402
Características de los pacientes con patología digestiva.....	402
Personal médico que atendió a los pacientes con patología digestiva.....	405
Nombres de los pacientes con patología digestiva.....	406
Historias Clínicas de los pacientes con patología digestiva.....	406
CAPÍTULO XXIII.....	409
Diversas patologías.....	409
Patología urinaria y renal.....	410
Patología vascular y linfática.....	416
Patología de los tejidos blandos.....	422
Patología respiratoria baja y otorrinolaringológica (ORL).....	425
Conclusiones.....	428
Patologías de diversas áreas: ortopédicas y malformaciones congénitas, autoinmunes e inflamatorias, neurológicas y de salud mental, hematológicas, endocrinas y dentales.....	429
Nombres de los pacientes con diversas patologías.....	432

Historia Clínicas de los pacientes con diversas patologías	432
Conclusiones.....	437
CAPÍTULO XXIV	439
Violencia sexual, física y psicológica	439
Violencia sexual.....	439
Historias Clínicas de las víctimas de violencia sexual	440
Consideraciones y consecuencias	442
Violencia física	444
Historias Clínicas de las víctimas de violencia física.....	446
Violencia psicológica.....	448
Conclusiones.....	448
CAPÍTULO XXV.....	449
Servicio de Sifilografía (1924-1925)	449
Características de la atención médica en el servicio de Sifilografía, sala Santa Marta.....	449
Características de las pacientes del servicio de Sifilografía	449
Relatos sobre la forma de contagio	457
Conclusiones.....	458

En un día frío y lluvioso del año 1780, caminaba el doctor Eugenio Espejo (1747-1795), pensativo y con prisa, por los pasillos del Hospital San Juan de Dios. Las dolencias de sus enfermos eran abrumadoras, sus sufrimientos agotadores y los esfuerzos que los médicos y el personal del hospital hacían para salvarlos, muchas veces fueron vanos.

Pasaron cientos de años y nos encontramos en otra época con nuevos discípulos suyos. Sí, sus discípulos. Todos los médicos ecuatorianos somos discípulos de sus admirables enseñanzas. Algunos hemos tenido la suerte de seguir sus pasos por iguales espacios y salas del Hospital.

A comienzos del siglo XX, en el Hospital San Juan de Dios, médicos apasionados por su tarea ofrecían sus conocimientos, habilidades y destrezas para luchar por la salud y la vida de los más pobres de Quito y del país. Las armas para su trabajo eran mínimas, compartían severas limitaciones de elementos complementarios para el diagnóstico y de medicamentos eficaces para el tratamiento. Los conocimientos médicos y el ejercicio de la práctica clínica y quirúrgica eran su baluarte para desarrollar el “ojo clínico” y sus destrezas quirúrgicas.

En ese escenario, con otro tipo de iluminación, entre iguales sonidos lastimeros y densos aromas, vemos entre 1920 y 1925, continuar con similares afanes a Isidro Ayora Cueva, Ricardo Villavicencio Ponce, Virgilio Paredes Borja, Gualberto Arcos, Aurelio Ordóñez González, Matilde Hidalgo, M.A. Iturralde del R., C. Alberto Delgado, Ernesto Lafrente, A.E. Mosquera V., Abel Alvear, Eduardo Batallas B., E. Delgado G., J. Reinaldo Coronel, Bastidas, Jaime Modesto Rivadeneira, Carlos Andrade Marín, C. Gustavo Endara, Jácome M., C. Velastegui, E. Alzamora, L. Salvador Larrea, L.F. Grijalva, Luis Domínguez, Silvio Sánchez G., Albornoz, Stacey, J. Montero Carrión, Julio F. Arellano P., Arturo Terán G., Bernardo Augusto Estupiñán, Enrique Gallegos Anda, Aurelio Mosquera Narváez, Miguel Egas Cabezas, Gustavo Diez Arroyo, Pablo Arturo Suárez, Manuel Jijón Bello, Luis A. León, Enrique Garcés Cabrera, entre otros muchos.

