

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Director, Profesor JORGE E. CAVELIER

VOL. II

Bogotá, mayo de 1934.

N.º 12

UNA NECESIDAD INAPLAZABLE

Manuel Sánchez Herrera, M. D.

Patólogo del hospital de San Juan de Dios.

El objeto de esta publicación es llamar la atención de los Servicios docente y científico del Hospital de San Juan de Dios, así como también de la Facultad de Medicina y de la Junta General de Beneficencia, sobre la reorganización inmediata que reclama la Sección de Anatomía Patológica del laboratorio "Santiago Samper".

La anatomía patológica ha sido en todos los tiempos de nuestra historia hospitalaria la parte más olvidada de la medicina nacional. Por regla general, al médico colombiano no le interesan los exámenes post-mortem o no les da la importancia que deben tener. Es un criterio que se ha formado en los claustros y en las salas del hospital. Nunca ha visto hacer una autopsia o si la ha visto no sabe interpretarla, precisamente porque la enseñanza al respecto ha sido hasta hoy muy deficiente, por decir lo menos. La historia de nuestros exámenes histo-patológicos es casi nula o si existe es incompleta y de muy escaso valor científico. A estas horas del siglo XX no tenemos un verdadero anfiteatro en el hospital, ni en la Escuela de Medicina, ni en parte alguna de Bogotá. Tampoco podemos decir que contamos con un laboratorio debidamente montado, especialmente en lo tocante a la investigación y a la enseñanza.

Desde que me encargué de la Sección de anatomía patológica del hospital de San Juan de Dios, he puesto todo mi empeño porque se llenen las deficiencias que existen. Solicité apoyo a mis iniciativas y al efecto fui al Rectorado de la Facultad de Medicina; hablé con algunos miembros de la Junta General de Beneficencia; comuniqué mi entusiasmo al señor Director del Hospital, al arquitecto y al señor Director del laboratorio "Santiago Samper". En todas partes fui bien atendido y la manera como se me oyó me llenó de más entusiasmo y optimismo. Sin embargo lo que hasta ahora se ha conseguido es poco o nada. El laboratorio continúa sin edificio adecuado y con personal insuficiente. El material con que cuenta deja mucho que desear.

Estas irregularidades, como otras muchas de que adolece el hos-

pital, obedecen en gran parte a la falta de acuerdo en las directivas, como que el radio de acción entre ellas nunca ha sido bien definido. En muchas ocasiones nadie sabe qué hacer ni qué le corresponde hacer. Afortunadamente parece que en los actuales momentos se está celebrando un nuevo contrato entre la Facultad de Medicina y la Junta, contrato que seguramente acabará con las irregularidades que hasta ahora han estorbado la buena marcha del hospital.

No se puede poner en duda la importancia que tendría un mayor número de exámenes anatómo-patológicos y especialmente de autopsias. Para los profesores y estudiantes esto sería de un gran valor. La terapéutica estaría mejor orientada y los diagnósticos tendrían una base más científica. En esta forma nuestras estadísticas ofrecerían algo más científico y cierto, a tiempo que la investigación adquiriría bases verdaderamente sólidas.

La autopsia debe practicarse tan pronto como la muerte haya sido confirmada, especialmente en aquellos casos de excepcional interés. Esto quiere decir que los encargados de practicarla deben prestar un servicio permanente. No se puede empezar un examen post-mortem hasta tanto no se tenga la historia clínica que de antemano envía el Jefe de Clínica.

La razón del porqué las autopsias deben verificarse lo más pronto posible estriba en que después de la muerte los cambios de estructura empiezan muy tempranamente, como sucede con el páncreas y las cápsulas suprarrenales. Estos cambios dificultan enormemente los diagnósticos anatómo-patológicos.

Con el personal suficiente y el material indispensable, el trabajo de una autopsia demanda de 12 a 15 días, al cabo de los cuales el Servicio a que pertenece el caso recibirá un informe detallado sobre los diagnósticos anatómico e histológico.

Sería de enorme importancia hacer del laboratorio de anatomía patológica del hospital un laboratorio central conectado con los demás hospitales y clínicas, no sólo de la ciudad sino de la República, mediante arreglos especiales. En esta forma el laboratorio dejaría de ser una carga para el erario, así sea de la Facultad como de la Junta. Estoy seguro de que, con una organización eficiente, el laboratorio podría atender los trabajos que se le confiaran y, para los hospitales y clínicas de Bogotá, esto significaría que podrían disponer del Servicio de autopsias y de los diagnósticos por congelación en el lugar y en el momento en que lo desearan.

El personal del laboratorio se compone de un Jefe que debe ser un médico especializado en la materia. Un médico Asistente con conocimientos sobre laboratorio. Dos internos que hayan terminado estu-

dios. Tres empleados de los cuales uno se encarga de la secretaría y estadística y los otros dos manejan la rutina ordinaria.

Todo el personal es de tiempo completo. Los puestos de los internos, que deben vivir en el hospital, se adjudican por concurso. Ellos sirven como ayudantes del Jefe y del Asistente en las autopsias que se practiquen. Deben presenciar los diagnósticos, estudiarlos y tomar parte activa en ciertas fases de la técnica seguida en la preparación de las piezas que se examinan. Esto les asegurará una mejor preparación para el ejercicio de su profesión como médicos y para que sean más tarde los futuros patólogos.

El Jefe del laboratorio, que, como se ha dicho antes, es un especialista, debe estar respaldado en tiempo y en remuneración. No debe tener otra ocupación y su permanencia en el desempeño de sus funciones no debe justificarse en otra cosa que en los títulos, la capacidad, la preparación y la consagración al trabajo.

El patólogo debe ser un individuo a quien se le diga: "Aquí tiene usted un trabajo que ejecutar y esté seguro de que se le suministrará lo suficiente para que viva decentemente. No se preocupe por el día de hoy ni el de mañana".

El laboratorio debe contar además con un museo de anatomía patológica en donde se conservan las piezas más importantes con sus historias clínicas, su descripción macroscópica y su diagnóstico anatomo-patológico.

Al presente ya hay una colección de 30 casos que están a la orden de quien quiera observarlos. Es un material precioso para la enseñanza. Desde todo punto de vista es conveniente contar con una pequeña biblioteca y con la suscripción de dos o tres revistas de anatomía patológica.

No quiero terminar estas líneas sin encomiar el interés que se observa en la mayor parte de los Servicios por los exámenes anatomo-patológicos. En algunos se nota verdadera angustia porque la autopsia sea una rutina diaria. Yo creo que si este interés se une a la buena voluntad que se ve en las directivas de la Facultad y de la Junta, se llenará este vacío en un futuro muy próximo procediendo, como primera medida, a dotar el laboratorio de un local apropiado.

A continuación me permito insertar la autopsia de un caso de interés especial. Es la primera autopsia completa que se publica en Bogotá. De esto quisiera estar equivocado, pero mi afirmación no será otra mientras no se me demuestre lo contrario. El caso es del Servicio del profesor Canales, quien con un entusiasmo que yo admiro, presenció la autopsia en todos sus detalles y más tarde tuve la oportunidad de informarlo en presencia de sus alumnos sobre el resultado final del examen

post-mortem. Allí podrán observar los interesados en estas cosas la sorpresa del clínico ante lo que se ve en el cadáver. Podrán comparar el diagnóstico clínico con los diagnósticos macroscópico e histológico. Hay 25 cortes microscópicos que están a la orden de quien quiera verlos. La autopsia lleva el N° 230 de la estadística del laboratorio.

Ana Rodríguez de González. De 48 años. Muerte: junio 20, 1934, a las 11 a. m. Autopsia: junio 21, 1934, a las 8.40 a. m. Servicio del Profesor Canales. Cuerpo: Dr. Manuel Sánchez Herrera. Cabeza: No se hizo.

Diagnóstico anatómico.

Cirrosis hipertrófica del hígado.
Absceso miliar del hígado.
Litiasis del canal colédoco.
Colecistitis.
Ascaridiosis de las vías biliares.
Congestión pulmonar.
Insuficiencia mitral.
Arterioesclerosis.
Hipertrofia del páncreas.
Hipertrofia y esclerosis del bazo.
Nefritis subaguda.
Leiomioma múltiple de la matriz.
Esclerosis del ovario.
Ictericia generalizada.
Coto coloide adenomatoso.
Ascitis,

Diagnóstico microscópico.

Confirma el macroscópico.
" " "
" " "
" " "
Bronconeumonía.
Confirma el macroscópico.
Fibrosis difusa.
Confirma el macroscópico.
" " "
" " "
" " "
" " "

Nota clínica.—Llegó al Servicio del profesor Canales el 14 de junio de 1934 con gran ictericia, trastornos gástricos, dolor en el hígado y ascitis en pequeña cantidad. El hígado estaba grande, duro en los bordes y de consistencia uniforme. El bazo, pequeño al principio, después se hizo percutible. En el corazón, aunque no había soplos, se notaba cierta debilidad en los ruidos y el segundo ruido estaba un poco reforzado. No alcanzó a estar en estado de asistolia. Fiebre, 37:30 al principio. El hígado no disminuyó de tamaño con los medios terapéuticos que se emplearon. El diagnóstico clínico en un principio fue de cirrosis del hígado. Ultimamente se cambió este diagnóstico por el de cáncer del hígado. La muerte vino a tener lugar por desfallecimiento cardíaco.

Cuerpo.—Es el de una mujer morena, adulta, bien conformada. Cabellos bien implantados y empezando a encanecer. Dentadura en regular estado. Pupilas, aproximadamente de 0.4 cm. de diámetro.

Incisión primaria.—Tipo Y griega. Panículo adiposo, 2 cm. de espesor. Músculos, color rojo oscuro.

Cavidad peritoneal.—Serosa lisa y brillante. Contiene aproximadamente 800 c.c. de un líquido turbio y de color amarillento. Epiplón recogido hacia el epigastrio. Apéndice presente.

Cavidades pleurales.—No contienen líquido. Aspecto normal. No hay adherencias.

Cavidad pericardiaca.—Superficie serosa lisa y brillante. No contiene líquido. No hay adherencias.

Corazón.—Peso, 465 grms. Miocardio firme y de color rojo oscuro. No hay necrosis ni fibrosis. El endocardio presenta algunos coágulos “ante-mortem”. Al nivel de las válvulas se ven vegetaciones. Las cuerdas tendinosas están retraídas. En las válvulas mitral y tricúspide hay retracción bien marcada. Coronarias, ateromatosas pero permeables.

Dimensiones:

Válvula tricúspide, 11 cm.

Válvula pulmonar, 9 cm.

Válvula mitral, 8 cm.

Válvula aórtica, 9.5 cm.

Ventrículo izquierdo, 2 cm.

Ventrículo derecho, 0.8 cm.

Pulmones.—Crepitan bien a la palpación. Hay hipostasis. En algunas porciones, especialmente en el pulmón derecho, se aprecia congestión moderada del tejido pulmonar. Pigmento antracótico y en cantidad moderada. Bronquios y bronquiolos, negativos.

Bazo.—Peso, 560 grms. Cápsula lisa. Al corte la superficie de sección muestra el parénquima de color rojo oscuro. Aspecto uniforme. Fibrosis moderada.

Páncreas.—Peso, 250 grms. Cápsula normal. Tejido glandular aparentemente hipertrofiado.

Tube digestivo.—Negativo, excepto en la región fúndica del estómago, en donde la mucosa presenta algunos puntos equimóticos.

Hígado.—Peso, 3.080 grms. Cápsula generalmente lisa, con algunas adherencias al gran epiplón. A la inspección y a la palpación, la superficie de la glándula está compuesta de nódulos de consistencia dura, de color gris verdoso y con un diámetro aproximado de 0.5 cm. para los más grandes. Son regularmente redondeados. Al corte la superficie de sección es nodular y con numerosas bandas de fibrosis. El color

gris amarillo, y en algunas porciones se ven focos purulentos, especialmente en el lóbulo izquierdo, en donde se pronuncian esos focos bajo la serosa de la cara superior. El diámetro de estos abscesos varía desde 0.2 hasta 1.5 cm. Las ramificaciones del canal hepático se encuentran enormemente dilatadas y en una de ellas hay un ascáride de unos 20 cm. de largo. La arquitectura del órgano está muy mal definida. Vesícula biliar completamente vacía. La pared mide 0.3 cm. de espesor. Las papilas de la mucosa han desaparecido en gran parte. Los canales cístico y colédoco, dilatados, y en la parte inferior de este último, más o menos a centímetro y medio de la ampolla de Vater, se encontró un cálculo pigmentario aproximadamente de 4 cm. x 2 cm. La mucosa al nivel del cálculo está destruída. De las vías biliares hacia el intestino, se escapa un líquido purulento en cantidad aproximada de 20 c.c.

Cápsulas suprarrenales.—Negativas.

Riñones.—El derecho pesa 375 grms. Igual peso para el izquierdo. La cápsula se desprende fácilmente. En el borde externo del riñón izquierdo y hacia la parte media, se ve una depresión cuya base es redonda y de consistencia firme. El diámetro de esta depresión es aproximadamente de 1 cm. El límite entre la corteza y la médula está muy mal definido. La superficie de sección es de color amarillo verde. Congestión. Tejido adiposo del pelvis, normal.

Uréteres.—Normales.

Vejiga.—Normal.

Organos genitales.—Matriz: 9.5 x 8 x 4 cm. Serosa normal. Cavidad uterina aproximadamente de 8 cm. de largo. Endometrio, normal. Miometrio, contiene varias masas redondas, encapsuladas, típicos leiomiomas. La más grande de estas masas mide 5 cm. de diámetro. Tubos, negativos. Ovarios, esclerosados.

Ganglios.—Hacia la parte media de la región retroesternal se encontró un ganglio hipertrofiado. Los demás ganglios eran de aspecto normal.

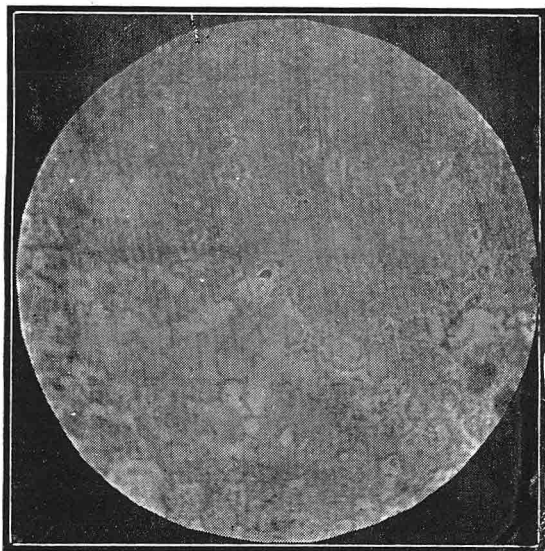
Venas.—Negativas.

Aorta.—Placas de arterioesclerosis, especialmente en el cayado, en la desembocadura de las coronarias y en la aorta abdominal.

Tiroides.—Peso, 150 grms. Superficie nodular. Consistencia blanda y uniforme. Al corte se aprecian varios nódulos completamente encapsulados y con dimensiones hasta de 0.7 cm. de diámetro.

Diagnóstico microscópico.

Corazón.—Las ramas de las coronarias muestran la endarteria con placas de ateroma. En el miocardio hay fibrosis difusa y fibrosis perivascular. En dos cortes se ven focos de inflamación caracterizados por infiltración leucocitaria con algunos polinucleares. Las fibras musculares están hipertrofiadas con protoplasma algunas veces granuloso y otras en vía de degeneración grasosa. En la región subserosa del endocardio se ven numerosos linfocitos.



PULMON.—Se ven los alvéolos dilatados. Su contenido es sero-fibrinoso. Hay células de descamación y polinucleares. Los pequeños bronquios están también afectados.

Pulmón.—Los alvéolos están distendidos y llenos de un líquido sero-sanguinolento, fibrina, mononucleares y polinucleares. Capilares congestionados. La mucosa de los bronquios y bronquiolos ha desaparecido en gran parte y la luz contiene células de descamación, líquido sero-fibrinoso y leucocitos. Cantidad moderada de pigmento antracótico.

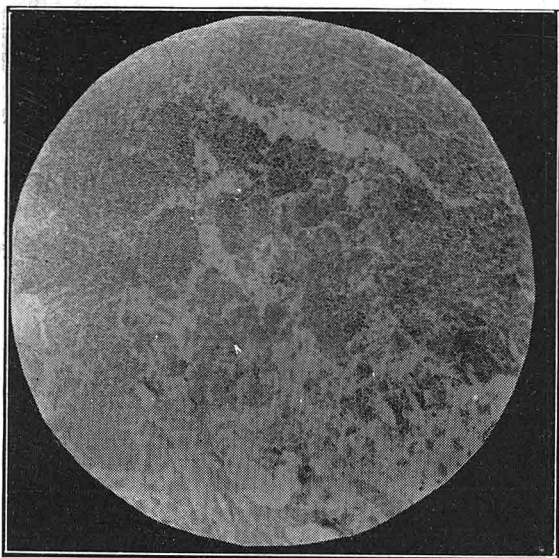
Bazo.—Espesamiento hialino de las arterias. Edema. Fibrosis difusa. Degeneración grasosa.

Páncreas.—Los cortes presentan fibrosis difusa bien marcada, especialmente en los espacios perivasculares y pericanaliculares. Ocasio-

nalmente se ven focos de linfocitos. Es de notar los cambios post-mortem.

Tubo digestivo.—Los cortes del estómago no muestran nada que llame la atención, excepto algunos depósitos linfoides en la submucosa. Las otras porciones son negativas.

Higado.—En todos los cortes se ven lesiones propias de una hepatitis subaguda supurada. El tejido conjuntivo, enormemente proliferado, forma bandas muy espesas especialmente en los espacios periportales y en la cápsula. Estas bandas están infiltradas por polinucleares y linfocitos. Se ven canaliculos biliares de nueva formación. Los abscesos son numerosos, generalmente miliares, y parcial o totalmente rodea-



HIGADO.—Corte de un absceso. En él se ve un huevo de ascáride.

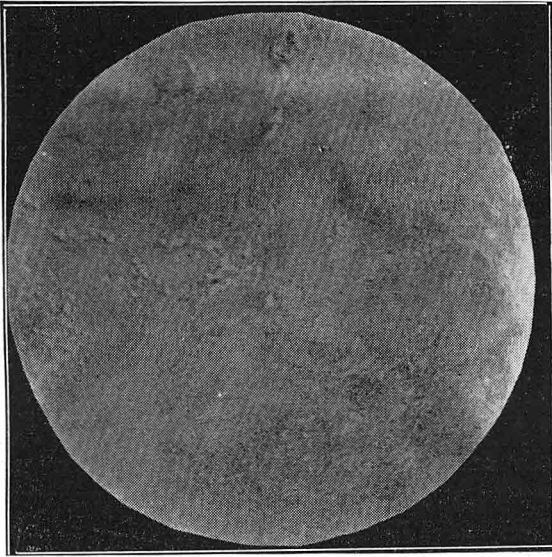
dos por capas de tejido fibroso. El contenido es una substancia sin estructura que fija muy mal los colorantes y dentro de la cual hay gran número de polinucleares y linfocitos. En uno de estos abscesos se ve el corte longitudinal de un huevo de ascáride. El parénquima está reducido a bandas o a islotes separados por tejido conjuntivo. Presenta infiltración leucocitaria y en las células hepáticas hay alteraciones de estructura. En otros campos las células están hipertrofiadas, su protoplasma es granuloso y contiene pigmentos biliares.

Cápsulas suprarrenales.—Cápsula espesa. Hay infiltración leucocitaria y edema. Cambios post-mortem.

Revista de la Facultad de Medicina.

ERRATA:

La leyenda del clisé inferior de la página 769 (Riñón) corresponde al clisé de la página 770; y la leyenda del clisé de la página 770 (Cuerpo tiroides) corresponde al clisé inferior de la página 769.



HIGADO.—Islots de tejido parenquimatoso, se ven separados por bandas de tejido fibroso. Hay sufiltración leucocitaria.



RIÑON.—Los espacios interlobulares presentan infiltración leucocitaria, proliferación de tejido conjuntivo y congestión vascular. En la luz de los tubos hay exudado fibrinoso y células de descamación.

Riñón.—El tejido intersticial está aumentado y edematizado. Hay congestión de los vasos. Los tubos dilatados y llenos de substancia granulosa. Algunos contienen pigmentos biliares. Hay descamación del epitelio secretor. En todos los cortes se aprecia infiltración leucocitaria difusa. Es de notar la dilatación de algunos espacios glomerulares.

Uréteres.—Negativos.

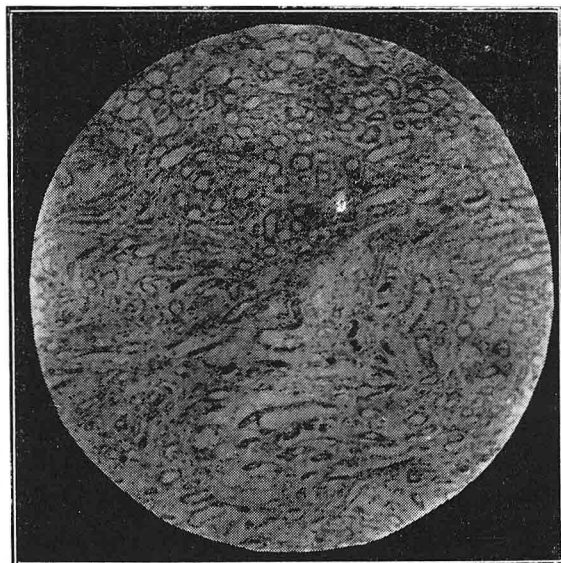
Vejiga.—Normal.

Organos genitales.—Los cortes del endometrio muestran masas de neoformación encapsuladas y compuestas de tejido muscular liso y tejido fibroso. Se ve en estos tumores procesos de hialinización. Cuello, negativo. El tejido intersticial del ovario está aumentado y lo mismo el tejido perivascular.

Ganglios linfáticos.—No se hicieron cortes.

Aorta.—La endarteria y los tejidos subyacentes presentan zonas edematizadas y con focos de tejido adiposo en forma de gotas pequeñas. Ocasionalmente se ven cristales de colesterol. En un corte trasversal hay un trombus. No hay evidencia de depósitos de calcio.

Tiroides.—El corte muestra un área con cápsula bien definida e incrustada dentro del parénquima. Esta masa está compuesta de una



CUERPO TIROIDES.—Hay folículos de diversos tamaños, algunos de ellos muy dilatados. Coloide abundante. Tejido intersticial moderadamente aumentado.

substancia amorfa dentro de la cual se ven folículos tiroidianos de distintos tamaños, algunos incompletamente desarrollados. Coloide abundante. En el resto de la glándula se aprecian otras masas semejantes. El parenquima se compone de folículos de diversos tamaños y llenos de coloide. Las células son cuboides o cilíndricas. El tejido intersticial ligeramente aumentado.

Sumario.

La muerte en este caso es debida a descompensación cardíaca como consecuencia de una cirrosis biliar supurada y de marcha subaguda.

