

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XV

Bogotá, diciembre de 1946

No. 6

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM

Bogotá, (1935-1940)

Por el Dr. Luis M. Beltrán Cortés.

Al progreso constante de la Medicina moderna en su lucha contra el cáncer, se han incorporado formalmente nuestra Universidad y nuestra ciencia Médica con la fundación há más de diez años del Instituto Nacional de Radium.

La importancia clínica del cáncer uterino no está únicamente en el punto de vista de la Ginecología sino que él ocupa también lugar prominente dentro de la Patología General. Siendo el más frecuente de todos y por abarcar la tercera parte, aproximadamente, de los cánceres femeninos, su estudio no puede ser relegado al dominio de los especialistas, sino que debe ser seguido con el mismo interés por el Médico General, en forma que le permita hacer el diagnóstico precoz, de enorme importancia, dado que en esta enfermedad cualquier demora disminuye grandemente las probabilidades de curación y lleva a la muerte en corto tiempo.

En la lucha anti-cancerosa, los estudios de bioestadística son de capital importancia porque permiten trasladar a la escueta realidad numérica los resultados de los diversos tratamientos y sus modalidades; por este medio, seleccionar entre ellos el más efectivo y que ofrezca mejores perspectivas de éxito; conocer el estado del problema dentro del conglomerado humano en que se actúa para con ello saber orientar las campañas higiénicas y contener el avance de la enfermedad.

En el curso del presente trabajo, analizo los resultados del tratamiento en 233 enfermas que fueron tratadas durante los cinco años comprendidos desde el 1º de enero de 1935 a la misma fecha de 1940; aunque disponemos del material correspondiente a los años posteriores, no lo incluimos, por no tener todavía el Instituto, los datos de control necesarios que permitan analizar

los casos con una vigilancia de 5 años, que es el mínimo aceptado siguiendo la pauta de la Comisión de la Sociedad de las Naciones, lo cual es obvio dado que aún no ha transcurrido el tiempo necesario para esta comprobación.

233 casos fueron tratados durante los años comprendidos entre enero de 1935 y el mismo mes de 1940. Estos casos los he seleccionado de acuerdo con las normas del Subcomité de Higiene de la Comisión del Cáncer de la Liga de las Naciones y considerando tan sólo aquellos que fueron diagnosticados Histológicamente como cánceres; las alteraciones precancerosas, coricepiteliomas, sarcomas, tumores malignos mixtos, no deben ser incluidos dentro de la denominación de Cáncer.

Tampoco he incluido los casos llegados ya intratables al Instituto, por dos razones: la primera, porque la base de este estudio es el Tratamiento y que como es obvio, no lo recibieron, y la segunda porque sus Historias fueron incompletas, ya que una vez diagnosticadas las enfermas no volvieron al Instituto.

Sin embargo no por esto hay que pasar inadvertida la gravedad que lleva consigo la enorme incidencia de casos intratables y en los que está claramente visto en primer lugar, la falta de educación de las pacientes, que dejan transcurrir un tiempo precioso, aún a costa de grandes sufrimientos, sin consultar al especialista; y en segundo lugar, que todavía, a pesar de los progresos constantes, los médicos están muy lejos de atribuir a los síntomas premonitorios del Cáncer su verdadera importancia y dejan de encaminar a las mujeres rápidamente, como es el caso, hacia la aplicación de un tratamiento apropiado.

Tenemos pues, que el número de casos intratables llegados a la consulta durante los años antedichos es el siguientes: (Al lado de cada cantidad se encuentra para comparación la de los casos tratados en los años respectivos).

Años	Intratables	Tratadas	Total
1935	40	27	67
1936	45	37	82
1937	42	46	88
1938	53	58	111
1939	58	65	123
TOTAL	238	233	471

Porcentajes:

Años	Intratables	Tratadas	Total
1935	59.7 %	40.3 %	100.00 %
1936	54.9 %	45.1 %	100.00 %
1937	47.7 %	52.3 %	100.00 %
1938	47.7 %	52.3 %	100.00 %
1939	47.2 %	52.8 %	100.00 %
Total	50.5 %	49.5 %	100.00 %

Queda así patente, que de los casos llegados al Instituto, hubo que rechazar el 50 por ciento por ser imposible su tratamiento, cifra ésta enorme y que seguramente hay que agregarla a la de mortalidad.

Ahora bien: tenemos 471 enfermas en 5 años, entre tratadas y no tratadas, y están incluidas dentro de un total de 5.17% enfermas examinadas durante el mismo período, lo cual quiere decir que el 9.09% de las enfermas llegadas, padecían cáncer uterino. Debemos recordar que en el Instituto, si bien la mayor parte de los casos atendidos se refieren a tumores malignos, casi un treinta por ciento de los casos pertenecen a otras entidades patológicas no cancerosas.

Antes de continuar y como una aclaración necesaria, veamos lo que se entiende por curación en relación con el cáncer de la matriz.

Curación Absoluta: es la proporción entre el número de enfermas vivas y sin recidivas al cabo de 5 años y el número de pacientes examinadas. Para computar la cifra de curación absoluta no se debe restar ningún caso. Los no tratados, los perdidos de vista o muertos por enfermedad intercurrente, son considerados como muertos por cáncer.

Curación Relativa: es el porcentaje entre el número de enfermas vivas y sin recidivas al cabo de 5 años y el número de pacientes tratadas.

Estos conceptos los tomamos del libro del Prof. Calatroni (*Terapéutica Ginecológica*).

En todos los cálculos tomados como base para este trabajo, debe entenderse que se trata de curación relativa, con aclaración, de que los casos perdidos de vista y los muertos por enfermedad intercurrente los consideramos también como muertos por Cáncer.

El estado clínico.

El Instituto de Radium de Bogotá, ha aceptado, desde su fundación de acuerdo con la Comisión de Ginebra, la división clínica en 4 estados que son los siguientes:

Estado I.—Totalmente circunscrito al cuello, el útero es móvil y no hay síntomas de infiltración paracervical.

Estado II.—Hay invasión del parametrio de uno o de ambos lados, pueden palparse los tejidos infiltrados al lado del cuello y la región infiltrada palpable puede llegar casi hasta la pared pélvica, pero el útero es aún móvil; este grupo corresponde al antiguo grupo de neoplasmas que se hallaban en los linderos de la operabilidad. "Casos límite".

Algunos autores subdividen a su vez este estado según el sitio hacia donde la propagación se realice y hablan entonces de Estado II parametrio, Estado II cuerpo y Estado II vagina.

Estado III.—La exploración comprueba invasión pelviana en uno o en los dos lados; no hay espacio libre entre el tumor

FRECUENCIA DE LOS ESTADOS POR AÑOS

(Dato numérico)

AÑOS	E S T A D O				
	I	II	III	IV	TOTAL
1935	7	1	10	9	27
1936	6	3	16	12	37
1937	5	6	11	24	46
1938	4	6	17	31	58
1939	9	13	21	22	65
TOTAL	31	29	75	98	275

y la pared y corresponde a lo que llaman Estado III parametrio; o la infiltración alcanza al tercio inferior de la vagina y es el Estado III vagina; o bien, se palpan una o más metástasis aisladas en la región pelviana, pudiendo ser pequeño el tumor cervical; Estado III metástasis-pelviana aislada.

Estado IV.—En este estado, el neoplasma invade las vísceras contiguas o la vagina en su totalidad, o ya se efectuó la propagación a distancia fuera de la cavidad, y entonces tenemos Estado IV Recto; Estado IV Vejiga; Estado IV Diseminación a distancia.

En la práctica corriente sólo se usan las denominaciones I, II, III y IV.

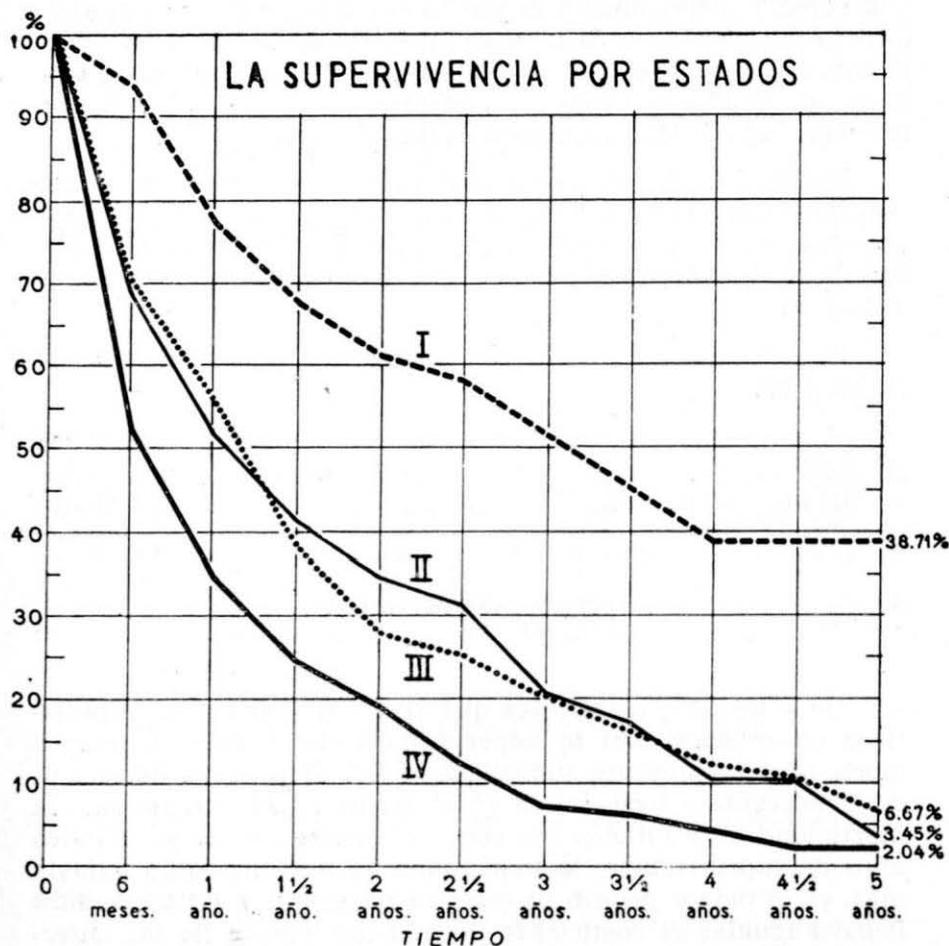
Como puede verse hay una enorme proporción de Estados III y IV que alcanza casi un 75% y que como es natural influye de una manera desfavorable en los resultados del tratamiento.

Supervivencia por estados.

De acuerdo con las leyes que rigen los fenómenos estadísticos en relación con la supervivencia del cáncer, la mayor mortalidad se presenta inmediatamente; después va decreciendo el porcentaje hasta los 2 años. Hasta esta fecha ha sido la mortalidad muy intensa; en otro ciclo entre los dos y los cinco años de supervivencia, la mortalidad va disminuyendo todavía más, ya el mayor peligro ha pasado, hasta que a los cinco años llega a igualar el coeficiente normal del común de las enfermedades.

En general, el fenómeno es así; pero el Estado I sometido a tratamiento no debe presentar sino una muy baja mortalidad en los primeros tiempos. El cáncer, a su vez, no ha alcanzado a afectar hondamente el estado general, y por ende, el tratamiento fisioterápico es mejor tolerado.

En el caso presente nos parece muy alto este coeficiente en relación con las estadísticas extranjeras, lo que podría explicarse por mal estado general de las enfermas independientemente de la afección cancerosa, porque no hay que perder de vista que en muchos casos se trata de enfermas víctimas de graves estados de desnutrición y en general de todas nuestras comunes endemias tropicales que no pueden echarse al olvido,



La representación gráfica de estos cuadros hace más visible la poca diferenciación existente entre la supervivencia de los casos II y III que se entrecruzan repetidas veces; en cambio los casos I y IV están perfectamente individualizados.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

La Anatomía Patológica del Cáncer Uterino demuestra:

1º El tipo de Epitelioma Cilíndrico desarrollado a expensas de la mucosa del cuerpo o de los "repliegues glanduliformes" o "Glándulas del cuello".

2º Que sucede frecuentemente a la endometritis glandular hiperplásica.

3º Que el hocio de Tenca (recubierto al estado sano por epitelio pavimentoso estratificado) es más expuesto al cáncer que el resto del útero y en proporción que sobrepasa el 80%.

4º Que el cáncer del cuello está, en la mayor parte de los casos, formado por epitelomas pavimentosos, sean Espino o Basocelulares.

5º Que las formas atípicas son frecuentes y precipitan la marcha extensiva del tumor, aumentando la gravedad.

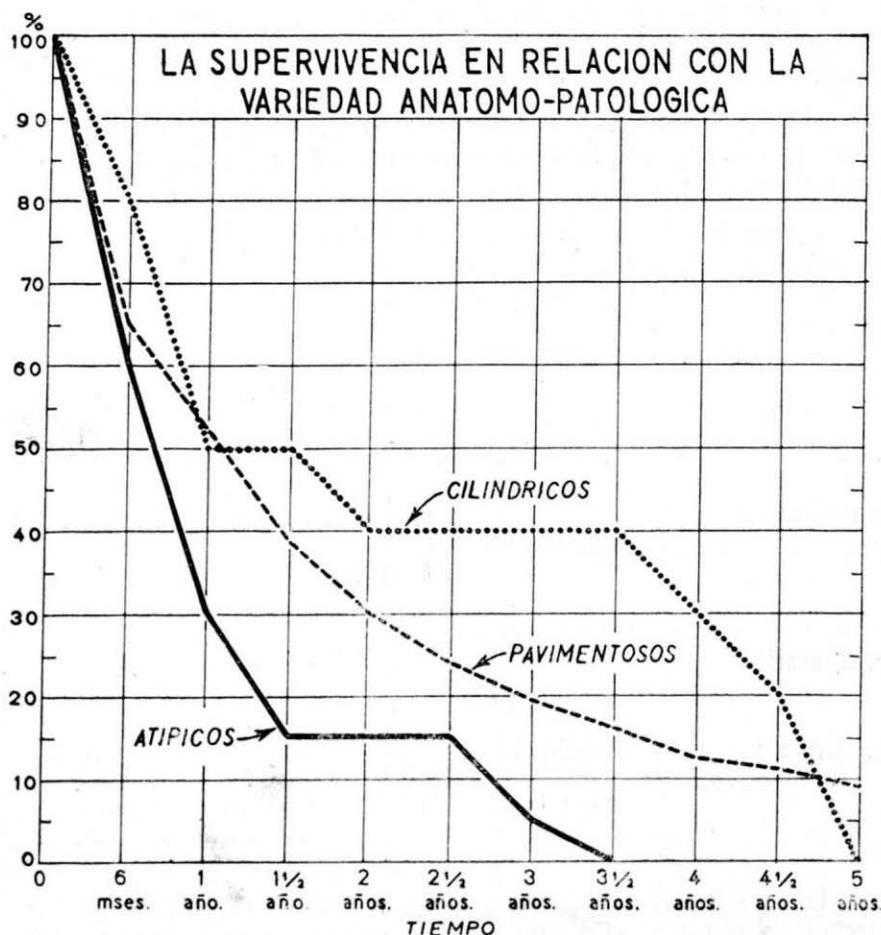
En los casos observados encontramos las siguientes proporciones:

VARIEDAD		NO. DE CASOS	PORCENTAJES	
Ep. Pavimentosos	{ Semidiferenciados	36	15,5%	
	{ Diferenciados	{ B.C. 97	41,6%	
		{ E.C. 70	30,0%	87,0%
Ep. Cilíndricos	{ Semidiferenciados	4	1,7%	
	{ Diferenciados	6	2,6%	4,3%
Ep. Atípicos o Indiferenciados		20	8,6%	8,0%
Total		233	100,0%	100,0%

La gráfica Nº 2 representa la Supervivencia según la variedad Patológica. (En ella se han agrupado para mayor claridad, los Epiteliomas Pavimentosos por una parte y los Epiteliomas Cilíndricos por otra. Los Atípicos forman un tercer grupo.

Como primera conclusión de estos cuadros se observa que ningún caso de epiteloma cilíndrico llega a los 5 años de curación según la Comisión de Ginebra, lo que viene a comprobar que estos tumores son insensibles al tratamiento fisioterápico, pero en cambio son de evolución más lenta, por tanto la muerte es un poco más tardía.

Entre los atípicos tampoco se encuentra una curación, por ser tumores de gran malignidad. Las enfermas afectadas de esta variedad fallecieron todas prontament y la mayor supervivencia fué de 3½ años en un caso.



De entre los pavimentosos, los baso-celulares dieron el mayor contingente de curaciones con 12 casos que corresponden al 12.37% de los tratados en esta variedad.

Les siguen los Pavimentosos Semidiferenciados con el 8.33% y por último los Espinoceulares que dieron una supervivencia del 7.14%.

EL TRATAMIENTO

En el Instituto excepcionalmente se llega a practicar la Cirugía del cáncer del cuello. Ha sido aceptado el postulado, hoy por hoy verdadero, de que el tratamiento fisioterápico por Radium y Roentgenterapia es el que más alto porcentaje de curabilidad ofrece para los cuatro estados de la Comisión de Ginebra,

El método de Regaud, usado sistemáticamente en el Instituto, se funda en la teoría de adaptar cabalmente las aplicaciones de Radium a los diversos períodos o fases de la división o carioquinesis de las células carcinomatosas.

Las normas de la Fisioterapia en este tratamiento son las siguientes:

a) El tratamiento local por Radium se emplea en todos los casos en los cuales pueda ser aplicado correctamente.

b) El tratamiento local con Radium es suficiente en todos los casos del Estado I.

c) En los otros grupos se debe combinar la Radioterapia local con la Fisioterapia percutánea, sea con Radium o Rayos X.

d) Se prefiere comenzar el tratamiento con el Radium aplicado localmente y luego el tratamiento percutáneo.

e) En los carcinomas exofíticos voluminosos o cuando hay amplias ulceraciones, se procede a la inversa; aunque a veces se ha comprobado cicatrización tan rápida, que transforma el cuello en un canal impermeable o rígido por esclerosis de difícil dilatación.

No describiremos aquí la técnica detallada del Profesor Regaud, por ser esto del dominio de la especialidad y remitimos para más detalles a los tratados de Cancerología.

Técnica habitual del tratamiento del Cáncer del cuello uterino en el Instituto.

En general, el tratamiento consiste en la aplicación de una dosis de 60 m.c.d., suministrados mediante la aplicación de una sonda uterina y colpostato y algunas veces (cuando la vagina es amplia) tubo precervical.

En la mayor parte de los casos la aplicación del Radium se hace por espacio de una semana y las dosis, distribuidas 30 m. c.d., para la sonda y 30 m.c.d., en el colpostato.

En la sonda se colocan tres tubos; 2 de 100 micro c.d.h., y uno de 50 micro c.d.h., con un filtro de 1.5m/m de Pt. y 1 m/m Pt. respectivamente.

En el colpostato 2 tubos de 100 micro c.d.h., con un filtro de 1.5 m/m., de Pt. y en el precervical de 50 micro c.d.h., con un filtro de 1 m/m de Pt.

En los casos I y II, que por el estado de integridad de las paredes vaginales permitan un tratamiento intenso, esta es la dosis generalmente usada

Este tratamiento se hace, en todos los estados, modificando la distribución de las dosis según el criterio clínico y en re-



lación con el grado de destrucción o invasión. En los casos muy avanzados III y IV con peligro de perforación, se reducen las dosis de Radium compensando con un aumento en la Roentgenerapia.

Para la Roentgenerapia la técnica habitualmente seguida tiene las siguientes características:

2 sesiones diarias de 30 minutos cada una; intensidad, 348 r.; intensidad por minuto, 5.8 r; dosis total en unidades, r medidas en el aire, generalmente pasan de 14.000. Los campos cutáneos están entre 200 y 250 C2; la distancia focal es de 65 a 75 centímetros; el filtro varía de 1 a 2 m/m de cobre; los campos empleados, 6; se trabaja entre 180 y 200 Kv., con 4 m.a.

Hay que anotar que el tratamiento por Rayos X se emplea no sólo en los casos avanzados sino también en la generalidad de los casos Estado I.

EL ENDOMETRIO COMO GLANDULA DE SECRECION INTERNA. SINERGIA UTERO-OVARICA

Por el Dr. *Manuel Aristizábal Z.*

Antiguamente, durante la era anatómica de la ginecología, pudiéramos decir que toda mujer sin útero había resuelto su problema, basados en la fórmula hipocrática: "las matrices son la causa de todas las enfermedades de las mujeres". Más tarde, al ingresar la ginecología en el período que pudiéramos llamar funcional, y al ponerse en evidencia las secreciones internas del ovario, los conceptos se modificaron aclarando esta antigua concepción.

Hoy sabemos que el ovario no es un simple reservorio de óvulos sino una potente glándula endocrina de capital importancia, que al mismo tiempo que dirige autocráticamente el funcionamiento de los órganos genitales, imprime al soma femenino una biología especial. Pero si el plasma germinativo, por intermedio del folículo y del cuerpo amarillo, es capaz de imprimir a un individuo el sello de la feminidad, no es menos cierto que él es a su vez un esclavo del organismo. Esta es la razón por la cual tienen en la actualidad para nosotros una importancia capital todos los fenómenos capaces de actuar directa o indirectamente sobre el ovario.

A la luz de los conocimientos actuales, el útero, o mejor, la mucosa uterina (endometrio) desempeña un papel capital en el correcto y normal funcionamiento del ovario, de tal manera que ovario y endometrio se encuentran fisiológicamente tan ligados, que la separación de estos dos órganos acarrea necesariamente el desequilibrio orgánico de la mujer. Es esta la razón por la cual nos ha parecido de mucho interés abocar en este trabajo el estudio del endometrio como glándula de secreción interna y su correlación con el ovario.

No se desconoce con esto, ni se limita la importancia que tiene el ovario como glándula de secreción interna para mantener la armonía de las funciones sexuales femeninas, sino que más bien se le reconoce otra función, la sinergia útero-ovárica.

Ya que es un principio universalmente aceptado que el establecimiento y la regulación del ciclo menstrual está bajo la dependencia de las hormonas folicular y luteínica estimuladas por la acción de las gonado-estimulinas A y B de la hipófisis, lo que la ha valido el nombre de "glándula motriz" en el funcionamiento glandular femenino. Observaciones experimentales recientes han demostrado que la presencia del útero es indispensable para el correcto y normal funcionamiento de las glándulas que secretan las hormonas sexuales femeninas. Clínicamente se ha podido demostrar igualmente que la histerectomía practicada con exclusión de toda intervención sobre los ovarios entraña en la mujer la aparición de todos los trastornos de la menopausia y alteraciones anatómicas que se traducen, en la hipófisis, por modificaciones análogas a las observadas en el curso del embarazo, y en los ovarios por una degeneración esclero-quística, con exageración de la luteinización. Inversamente se ha podido demostrar clínica y fisiológicamente que la conservación de una parte de útero, siempre que éste tenga buena cantidad de mucosa o en su defecto un injerto de endometrio, es suficiente para reducir al mínimo y aún para eludir completamente estos trastornos.

Actualmente casi todos los autores, que se han ocupado de este problema están de acuerdo en admitir que los trastornos causados por la supresión del útero, están en relación con un desorden hormonal, sea que este órgano obre como un regulador del tenor de hormonas hipofisiarias y ováricas en el organismo, sea secretando una hormona que le es propia y que obra sobre las otras glándulas endocrinas, lo que parece más lógico.

Han sido las intervenciones quirúrgicas, orientadas en este sentido, las que han venido a dar la clave de todos estos trastornos.

- a) —Castraciones bilaterales con conservación del útero.
- b) —Histerectomías con ovariectomías bilaterales.
- c) —Histerectomías con conservación total o parcial de los ovarios.
- d) —Los injertos de ovario siguiendo la evolución de ellos y observando la manera como se portan según que se conserve o no la matriz.
- e) —Los injertos de endometrio cuando se ha conservado total o parcialmente los ovarios.
- f) —La asociación de injertos de ovario con injertos de endometrio cuando no se ha conservado ni ovario ni matriz.

Ha sido la observación consciente y razonada de todos estos trastornos, según la intervención practicada, la que ha

permitido observar toda la gama evolutiva en los trastornos de la menopausia quirúrgica. Siempre que ha faltado el estímulo endometrial, el ovario ha dado muestras claras de su impotencia funcional primero y de su desintegración orgánica un poco más tarde.

HECHOS EXPERIMENTALES REALIZADOS POR DIVERSOS AUTORES

Fué tal vez Hemkel en 1911, quien observó por primera vez en dos conejas jóvenes hysterectomizadas, trastornos manifiestos, con detención del desarrollo de los ovarios. Algunos años más tarde Kross, en las ratas, Lindig en las conejas y en las cobayas señalaron los mismos resultados.

Pero las experimentaciones más sistematizadas fueron hechas y descritas en el año de 1944 por Takakusu, quien al examinar los ovarios de ratas hysterectomizadas encontró que había interesado el conjunto de estos órganos. Debido a la ablación del útero, todos los folículos de Graaf, llegan a un cierto grado de maduración, estallan y dan cuerpos amarillos verdaderos, mientras que todos los folículos menos evolucionados se atrepsian.

En las ratas impúberes, se produce una transformación quística de los folículos.

Por otra parte, Takakusu poniendo en parasimbiosis dos ratas, operación que como se sabe consiste en anastomosar recíprocamente sus cavidades peritoneales, de tal manera que se establezcan los cambios hormonales entre estos animales: la una había sido ovariectomizada y la otra hysterectomizada, y como quiera que ésta fué privada de su útero ninguna alteración degenerativa afectó sus ovarios. Al fin de estos experimentos Takakusu concluyó que el útero es necesario para la evolución normal de los folículos y que éste protege a aquéllos impidiéndoles la muerte y atrepsia prematura y anárquica.

Observaciones del mismo orden fueron hechas después por Zimmerman, quien encontró en las conejas autopsiadas después de algún tiempo de hysterectomizadas, degeneraciones muy acentuadas en el aparato ovular. Después Porffena, quien registró fuera de esto en las ratas blancas un alargamiento en el ciclo estral, este autor llegó a corregir las consecuencias de la hysterectomía practicando un injerto de tejido uterino.

Watrin y Brabant, en el año de 1932, haciendo hysterectomías en conejas púberes e impúberes, conservando o nó los ovarios y realizando en este último caso injertos de ovario, com-

probaron en todos los casos una degeneración completa de los ovarios o de los injertos con formación de una masa intersticial proveniente de la coalecencia de los folículos atrépsicos y de las tecas hipertróficas.

En 1933 Sessums y Murphy empezaron a hacer injertos uterinos en algunas de las conejas histerectomizadas y observaron que la degeneración ovariana se evitaba con un trasplante de un pedazo de endometrio. Hall observó lo mismo en las ratas blancas y Herlan en las conejas.

Posteriormente Cheval, Meyer y Déjardin, abocaron el problema fisiológico de la correlación útero-ovárica con los siguientes experimentos: Hicieron auto-injertos ovarianos en perras castradas sin histerectomizar; los injertos prendían normalmente y de los tres a cuatro meses siguientes los folículos primordiales **estaban** en vía de maduración. En otro grupo de perras histerectomizadas, hacían también auto-injertos de ovarios; el injerto presentaba en estos casos rápidamente una degeneración completa de los folículos y se reabsorbía. En un tercer grupo de animales histerectomizados con ovariectomía bilateral con injerto de un fragmento de endometrio y otro de ovario, éste prendía normalmente y tenía la misma evolución que en el primer grupo. Así pudieron llegar a la conclusión de que el injerto de endometrio evita las consecuencias nefastas de la histerectomía sobre el ovario.

A estas mismas conclusiones llegaron los doctores Cirio y Murray, insignes investigadores argentinos, quienes entendemos han dado a este tema todo el interés que él merece, tanto en el campo experimental como en el clínico; son verdaderos propagadores de la correlación ovario-endometrio, reconociéndole a éste un papel muy importante como glándula de secreción interna.

HECHOS CLINICOS DE DIVERSOS AUTORES

A su vez la clínica, ha aportado un valioso arsenal de observaciones a este respecto y la gran mayoría de cirujanos, que se han ocupado de este problema, convencidos de la correlación ovario-endometrio y de los trastornos funcionales y orgánicos, a que está condenado el ovario, cuando le falta el estímulo uterino, han expresado sus conceptos respecto al porvenir de estos ovarios y a las consecuencias de su conservación, ya que en las histerectomizadas, a pesar de conservar intactos sus ovarios, la menopausia se instala rápidamente y en muchos casos se impone una nueva intervención, para extirpar ovarios escle-

ro-quisticos o grandes quistes del ovario, y otras veces para suprimir algias ginecológicas que no han cedido a ningún tratamiento.

Así Loophtan Smith dice: la peor época de mi vida de cirujano ha sido aquella en que he conservado los ovarios a mujeres histerectomizadas, por la serie de trastornos que éstas presentan. Siempre que he conservado un ovario o parte de él no he tenido sino disgustos.

Doleris dice: conservar un ovario cuando se ha sacado el útero, no es más que un fetichismo terapéutico.

Segond dice: si es cierto que un útero privado de sus ovarios no vale más que un fusil sin cartuchos, desde el punto de vista fisiológico, creo que esta humorada responde absolutamente a la verdad, la recíproca no es menos exacta. Muy bien conozco que para defender la conservación de los ovarios en histerectomizadas, se apela a las virtudes misteriosas de sus secreciones internas; pero la clínica lo demuestra, si se pone en la balanza las ventajas de estas secreciones con la proporción de operaciones secundarias que necesitan los ovarios dejados en su sitio, voluntariamente o nó, no hay a mi parecer, vacilación ni dudas posibles. Una buena y sólida curación, obtenida por una ablación total, bien vale algunos bochornos, y cuando una mujer está bastante enferma, como para necesitar una histerectomía, yo no comprendo cómo puede vacilarse en curarla de una vez sin dejar nada que pueda exponerla a una nueva intervención.

Vineberg y Graves, sostienen la inutilidad de la conservación de ovarios cuando se ha sacado la matriz. Los mismos conceptos sostienen Delbet y Vanvets y Villard.

Cotte dice que los ovarios conservados después de la histerectomía son profundamente transformados en su funcionamiento, y mientras más se avanza en el análisis de los procesos funcionales del aparato genital de la mujer, más se convence de la sinergia funcional que existe entre el ovario y el endometrio y de la necesidad que hay de conservar cierta extensión de la mucosa corporal, para evitarle estos trastornos al ovario conservado.

Beau dice: los datos que poseemos hasta ahora nos hacen entrever netamente una relación muy estrecha del útero sobre el trofismo y vitalidad del ovario; de aquí, la necesidad de respetar en lo posible, la armonía de este órgano y el útero por trozo de endometrio.

Paul Paure hace ver los peligros de la cirugía conservadora en las hysterectomizadas y cita varios casos en que ha visto la degeneración quística de ovarios conservados.

Tisier dice: cuando la cirugía de los fibromas uterinos no puede ser netamente conservadora, debe ser esencialmente radical. Es inútil conservar un ovario que cuando falta la mucosa uterina, no tiene sino una acción fisiológica muy discutible y que son, a veces, punto de partida de dolores molestos y aún más tarde, el sitio de lesiones cancerosas. Roussardt dice: matriz sin ovario y ovario sin matriz, no traen a la operada ningún beneficio desde el punto de vista de la salud general y pueden llegar a ser causa de dolores y operaciones secundarias.

Polak, demostró con una estadística de 300 operadas, observadas durante cinco años, los peligros de la conservación de los ovarios en ausencia del endometrio, pues el 24% tuvieron que ser reoperadas por degeneración quística de los ovarios conservados.

Roulland, después de verse obligado a intervenir varias veces en el mismo sentido del anterior, concluye: las ventajas de la conservación de un ovario no equilibran los riesgos a que expone la enferma su conservación y por otra parte un ovario privado de su útero parece consagrado a una desaparición progresiva y rápida.

Tamis, después de evidenciar los trastornos menopáusicos en la mayoría de mujeres hysterectomizadas, con conservación del ovario, llega a la conclusión de que el endometrio es tan necesario en el equilibrio orgánico de la mujer, que los fenómenos menopáusicos en las hysterectomizadas no están en relación con el tejido ovárico conservado, sino más bien con la cantidad de endometrio que respete.

Maso Abuau y Guibal, se expresan más o menos en los mismos términos, cuando dicen: sabemos que el ovario amargado en su irrigación por la salpingectomía y la hysterectomía, lo es todavía más en su funcionamiento por la dislocación de la sinergia útero-ovárica.

Wood y Cruz, preocupados por los trastornos menopáusicos de sus hysterectomizadas, a pesar de conservarles los ovarios intactos, se propusieron hacer un detenido examen clínico de sus operadas con conservación total o parcial de los ovarios, llegaron a la siguiente conclusión: el equilibrio orgánico de la mujer no está únicamente dado por el ovario en cuanto a la glándula de secreción interna, obrando solamente como uno de los elementos del sistema endocrino e independientemente del resto del aparato genital, sino que también tiene una acción directa

sobre el útero. Esto hace que la fisiología del ovario y la del útero estén tan íntimamente ligadas entre sí que fisiológicamente, estos dos órganos no puedan ser separados. Subsecuentemente, con numerosos autores estimamos que la función endocrina y función menstrual son inseparables e independientes entre sí y, que para evitar los accidentes de la menopausia quirúrgica y mantener el equilibrio orgánico de la mujer, no basta solamente conservar el tejido ovárico, sino que es necesario conservar también el útero o parte de él con suficiente mucosa para que pueda efectuarse la menstruación. De aquí que nosotros sólo comprendemos como operaciones conservadoras las intervenciones quirúrgicas que dejen subsistente la función menstrual.

Cruz Ramírez, en un estudio clínico minucioso de las histerectomizadas (en la Sala del doctor Buenaventura Cádiz. Hospital San Agustín de Santiago de Chile), desde el año de 1932 a 1936, llegó a las mismas conclusiones.

Entre nosotros, lo único que se ha hecho a este respecto es la tesis del doctor Jorge Mora, quien, con una técnica distinta a la nuestra defendió estos mismos principios.

El doctor Arturo Aparicio J. nos informa que ha llegado a estas mismas conclusiones al observar la precocidad de los trastornos menopáusicos en las histerectomizadas a pesar de conservarles los ovarios en su sitio y en perfectas condiciones; y al tener que intervenir nuevamente en muchas de ellas para tratar diversas lesiones anatómicas y funcionales de éstos.

NUESTROS TRABAJOS EXPERIMENTALES

De nuestros trabajos experimentales, creemos poder sacar conclusiones muy claras, respecto a la conducta a seguir en lo que se refiere a la cirugía conservadora en ginecología, y al papel que desempeña el endometrio en la fisiología del ovario, es decir, la correlación ovario-endometrio.

De ellos creemos poder deducir, que el injerto de endometrio, evita las consecuencias nefastas de la histerectomía sobre el ovario, conservado en su sitio como lo habían observado Cheval, Mayern y Déjardin y que el injerto de endometrio es condición "sine qua non" para que el injerto de ovario prenda y funcione normalmente en las histerectomizadas. Nos demuestra también, lo que puede esperarse de un ovario conservado en su sitio, cuando se le ha suprimido a éste la acción del endometrio, ya que en estas condiciones evoluciona siempre más o menos rápidamente a una degeneración esclero-quística.

Aquí presentamos las conclusiones macroscópicas a que nosotros hemos llegado.

Los experimentos se hicieron en un lote de doce perras, que dividimos en cuatro grupos así:

PRIMER GRUPO — Se compone de cuatro animales histerectomizados y ovariectomizados e injertados con endometrio en el muñón del cuello uterino e injertos de ovario en el epiplón. De estos cuatro animales dos murieron a causa de una epidemia (de moquillo) que se presentó en los viveros de animales en el Laboratorio y por no tener noticias oportunas, no se les pudo practicar la necropsia, para averiguar el resultado de los injertos. Las dos restantes fueron reoperadas a los seis meses, con resultados macroscópicos totalmente positivos, pues los ovarios habían prendido y en ellos se apreciaba a simple vista folículos maduros.

CONCLUSION: El injerto de endometrio es suficiente para que un injerto de ovario prenda y funcione normalmente en las histerectomizadas.

SEGUNDO GRUPO — Este estuvo compuesto de tres animales histerectomizados, con conservación de ovarios e injerto de endometrio en el muñón del cuello uterino. Estos animales fueron reoperados a los seis meses, encontrándose los ovarios macroscópicamente normales, con folículos maduros, apreciables a simple vista. En una de ellas los ovarios eran de un color un poco más pálido y tamaño inferior a los normales. Lo que atribuimos a que el animal era bastante viejo.

CONCLUSION: El injerto de endometrio evita las consecuencias nefastas de la histerectomía sobre los ovarios conservados en su sitio con sus conexiones vasculares y nerviosas intactas.

TERCER GRUPO — Este consta de tres animales como el anterior, histerectomizados con conservación de ovarios, sin injerto de endometrio, con el objeto de buscar las transformaciones quísticas de los ovarios, conservados en su sitio con sus conexiones vasculares y nerviosas, por ausencia del estímulo endometrial. Estableciendo un paralelismo con el grupo anterior del cual no se diferencia sino por el injerto de endometrio. Los resultados fueron los siguientes: reoperadas a los seis meses, en dos de los tres animales, los ovarios se encontraban transformados en unos quistes, al parecer serosos, del tamaño de un limón. En el otro animal los ovarios no eran quísticos, pero su tamaño era más reducido que el del ovario normal y de una coloración mucho más pálida, dándonos la impresión de que estaba evolucionando hacia la atrofia esclerosa.

CONCLUSION: Los ovarios conservados en su sitio, después de la histerectomía, se atrofian y transforman en quistes por falta de estímulo endometrial, ya que en el grupo anterior, un injerto de endometrio fué suficiente para que el ovario conservara su actividad normal. En consecuencia, no se justifica conservar los ovarios aunque éstos estén sanos, si no se conserva la función endometrial.

CUARTO GRUPO — En este grupo, sólo hicimos dos observaciones: animales histerectomizados y ovariectomizados e injertados con fragmentos de ovario en el epiplón sin injerto de endometrio. En ninguno de estos casos, al ser reoperados seis meses más tarde, existían rastros del ovario injertado, motivo por el cual concluimos que el ovario no prende o se reabsorbe rápidamente cuando falta el estímulo uterino.

CONCLUSION: Los injertos de ovario no tienen razón de ser en las histerectomizadas, ya que interrumpida la correlación ovario-endometrio por supresión de éste los injertos de ovario se reabsorben más o menos rápidamente. A estas mismas conclusiones había llegado Pettinari, en sus trabajos de injertos de ovario, publicados en 1928, quien anota como una de las principales contraindicaciones del injerto de ovario las histerectomizadas. Decía entonces que probablemente existía una correlación útero-ovárica que debía ser estudiada.

HISTORIAS CLINICAS DE LAS PERRAS

Presentamos aquí las historias clínicas de las perras correspondientes a los grupos segundo y tercero con su estudio histopatológico, por ser a nuestro juicio las más importantes y suficientes para mostrar la correlación ovario-endometrio y la influencia de éste sobre el ovario.

HISTORIAS CLINICAS — GRUPO II.

Animal N° 1.

Operación abril 6/44.

Histerectomía con conservación de ovarios. Injerto de endometrio en el muñón del cuello.

Segunda operación. Spbre. 30/44.

Hecha la laparotomía exploradora encontramos los ovarios de tamaño y aspecto normales. Practicamos ovariectomía bilateral.

Informe histopatológico del doctor Llinás.

"Encontramos algunos folículos primarios y otros en vía de maduración; sin que unos ni otros presenten alteraciones manifiestas. En la zona medular hay pequeñas zonas de esclerosis. La vascularización del órgano es abundante y los capilares aparecen normales. **CONCLUSION: OVARIO NORMAL**".

Animal N° 2.

Operación abril 19/44.

Histerectomía con conservación de ovarios e injerto de endometrio en el muñón del cuello.

Segunda operación, Sebpre. 30/44.

Hecha la laparotomía exploradora encontramos los ovarios un poco atrofiados y de una coloración muy pálida.

Animal N° 3.

Operación Mayo 4/44.

Histerectomía con conservación de ovarios. Injerto de endometrio en el muñón del cuello uterino.

Hecha la laparotomía exploradora y liberadas gran cantidad de adherencias, encontramos los ovarios macroscópicamente normales. Practicamos la ovariectomía bilateral.

Informe histopatológico del doctor Mariño Z.

"DESCRIPCION MICROSCOPICA: El epitelio germinativo de ambos ovarios es normal. Se encuentran numerosísimos folículos primarios y varios folículos secundarios, en diverso estado de maduración. Algunos muestran el óvulo bien desarrollado, el cumulus proliferus, y cierta cantidad de líquido folicular. Los cuerpos amarillos son de estructura normal y su constitución denota franca actividad. El estroma y vasos ováricos son de estructura normal. Se encuentra una porción trompa, de constitución normal. — DIAGNOSTICO: Ovarios normales en actividad".

HISTORIAS CLINICAS — GRUPO III.

Animal: perra N° 1.

Operación, abril 21 de 1944.

Histerectomía con conservación de ovarios, sin injerto de endometrio.

Segunda operación, octubre 3 de 1944.

Hecha la laparotomía exploradora encontramos el ovario derecho transformado en un quiste; el ovario izquierdo perfectamente atrofiado. Hicimos la ovariectomía derecha.

Informe histopatológico del doctor Mariño:

"DESCRIPCION MICROSCOPICA: Ovario: El epitelio germinativo está reducido a una delgada capa de células pequeñas, picnóticas. Se observa un moderado número de folículos primarios y algunos folículos secundarios, cuyas características son las siguientes: óvulo degenerado, representado por un material de aspecto pulverulento, y rodeado por capas desordenadas de células granulosas. Los "puntos amarillentos" corresponden a depósitos de substancia luteínica. No se encuentran cuerpos lúteos ni corpora albicans. El estroma y vasos no presentan particularidad alguna. Se encuentra un fragmento de pared tubaria, de estructura normal.

Pared del quiste: Está formada por un acapa fibroconjuntiva, tapizada en su interior por una membrana de células planas. Dicha membrana es continua con el epitelio germinativo del ovario, o mejor dicho, representa epitelio aplanado y degenerado. En varios sitios se observan depósitos de la substancia mucoide, cuyo aspecto es semejante al de la pseudo-mucina.

DIAGNOSTICO: Atrofia del epitelio germinativo del ovario; ausencia de óvulos maduros; restos de cuerpos amarillos; quiste mucoide, tapizado por epitelio germinativo, degenerado".

Animal N° 2.

Operación, mayo 12 de 1944.

Histerectomía con conservación de ovarios, sin injerto de endometrio.

Segunda operación, octubre 11 de 1944.

Ovariectomía bilateral. Macroscópicamente los ovarios eran normales aunque de un color un poco más pálido.

Informe del doctor Mariño:

"DESCRIPCION MICROSCOPICA: Ovarios: El epitelio germinativo de ambos ovarios es de estructura normal. Se encuentran numerosísimos folículos primarios y gran cantidad de folículos de De Graaff, en diversas fases de maduración. Llama la atención la presencia de algunos quistes foliculares. Los cuerpos amarillos son de estructura normal. El estroma y vasos ováricos no presentan nada especial.

Quiste Hemático Tubario: Su pared está representada por la propia pared tubaria atrofiada. Las vellosidades tubarias aparecen también atrofiadas. La cavidad contiene un líquido sero-sanguinolento.

DIAGNOSTICO: Degeneración quística incipiente de los ovarios. Quiste hemático tubario".

Animal Nº 3.

Operación, abril 2 de 1944.

Histerectomía con conservación de ovarios, sin injerto de endometrio. Segunda operación, octubre 15 de 1944.

Hecha la laparotomía exploradora se encuentran ambos ovarios quísticos. Se practicó la ovariectomía derecha únicamente y se pasó la pieza al doctor Mariño para su correspondiente estudio histopatológico.

Informe del doctor Mariño:

"DESCRIPCION MICROSCOPICA: Ovario: El epitelio germinativo es de estructura normal. Se encuentran numerosos folículos secundarios y cierto número de folículos secundarios que están en diverso estado de maduración. Llama la atención la intensa congestión vascular y la presencia de numerosísimos focos hemorrágicos, que con frecuencia han destruido los folículos de De Graaff. Existe un gran quiste folicular. Se encuentra un cuerpo lúteo normal. (el otro cuerpo lúteo descrito anatómicamente no aparece en los cortes). El estroma aparece hemorrágico. Se encuentra un fragmento de trompa hemorrágica.

Pared del quiste: Está representada por una capa de estroma ovárico, tapizada interiormente por epitelio germinativo aplanado. Recubriendo la pared externa del quiste se encuentra abundante cantidad de tejido grasoso hemorrágico.

DIAGNOSTICO: Degeneración quística del ovario; tubo-ovaritis hemorrágica. Nota: Por un artificio de preparación no aparecen en los cortes las "eminencias papilomatosas", descritas anatómicamente. Es posible que se trate de botones epiteliales".

RESULTADOS CLINICOS CON EL INJERTO DE ENDOMETRIO

Las conclusiones a que hemos llegado, en nuestras observaciones clínicas, son tan demostrativas como nuestros trabajos experimentales, ya que con un injerto de endometrio en el muñón del cuello uterino, hemos podido evitar todos los trastornos de la menopausia quirúrgica en mujeres histerectomizadas con conservación total o parcial de sus ovarios. Iguales resultados hemos obtenido practicando injertos de ovario en el epiplón, cuando no hemos podido conservar ninguno de los

ovarios en su sitio normal, demostrando así una vez más la influencia del endometrio sobre el trofismo y vitalidad orgánica y funcional del ovario.

Al consignar estos hechos clínicos que confirman nuestro trabajo experimental, después de la labor desarrollada en el curso de estos dos últimos años sobre más de treinta casos rigurosamente observados, hemos podido concluir que el injerto de endometrio no solamente evita los trastornos de la menopausia quirúrgica, sino que en la mayoría de los casos hemos logrado restablecer la función menstrual, hecho de capital importancia en la psicología y el equilibrio neuroendocrino de la mujer.

"La inter-acción ovario-endometrio" y el injerto de endometrio, como el único medio de conservar esta inter-acción hasta ahora en las hysterectomizadas; y por lo tanto, dada su eficacia, su inocuidad y la facilidad de practicarla, debe ser adoptado como medio de rutina en toda mujer hysterectomizada menor de cuarenta años.

Naturalmente esto no es absoluto, como no lo es nada en medicina, y no en todos los casos se consigue un éxito tan completo. En muchos casos la menstruación queda reemplazada por un flujo carmelita completamente cíclico y de una duración generalmente igual a la duración del período menstrual cuando la paciente tenía su menstruación normal; pero éste es tan semejante y los síntomas son tan iguales a los de una menstruación normal, que muchas veces ha sido necesario preguntarle a la mujer si es sangre roja o es el flujo carmelita lo que se les presenta para obtener esta diferenciación. Tan equilibrada queda la psicología de la mujer. No es raro que en algunas de ellas no se presente ninguna manifestación externa, correspondiente a la menstruación, pero sí todos los síntomas subjetivos de la menstruación, como cefalea, tumefacción de los senos, el malestar general, los conocidos cólicos menstruales, etc., que por la periodicidad y ritmo de estos síntomas hemos concluido, que es la manifestación interna de la descarga estrogénica (menstruación) y las mismas pacientes o hacen notar, cuando dicen que sienten todos los síntomas menstruales, pero que la sangre no les baja.

En cuanto a los casos en que no hemos podido conservar ovarios en su sitio y que hemos tenido que complementar el injerto de endometrio con un injerto de ovario en el epiplón, también hemos podido comprobar pérdidas rojas en algunas de ellas. En otra comprobamos el normal funcionamiento de los injertos, por medio de frotis vaginales, prueba que repe-

timos por varias veces y asesorados por expertos en la técnica y a intervalos distintos, para investigar el glicógeno vaginal, como índice de la función ovárica, encontrándose ésta perfectamente normal en todos los casos. No existiendo ovarios en su sitio en estas mujeres y siendo un hecho demostrado que los injertos de ovario no prenden cuando falta el estímulo endometrial, es forzoso concluir que ambos injertos estaban funcionando normalmente.

Admitido esto, creemos poder dar un paso adelante a las conclusiones de Laphtomm Smith, Doleris. Segond, Delbet, Vanverts, Villars, Cotte, Paul Maure, Tissier, Roussort; etc.; pues todos estos autores y muchos otros han demostrado los peligros y las consecuencias de la conservación de los ovarios cuando se ha extirpado la matriz; con esto, si bien se había adelantado mucho, apenas se había dado el primer paso para resolver el problema, pues sólo se había hecho el diagnóstico etiológico, por decirlo así, de una entidad nosológica, pero quedaba por resolver el problema de la terapéutica, que, como es lógico, no es ni podía ser la que muchos de éstos le dieron en primera instancia, es decir, la extirpación radical, ya que nadie puede discutir el papel que desempeña el ovario como glándula endocrina, y ya hemos visto la estrecha correlación que existe entre estas glándulas y el papel que su inter-acción desempeña en el equilibrio orgánico de la mujer. Es necesario, entonces, conservar el órgano y su integridad funcional, la cual depende, como hemos visto, de la correlación ovario-endometrio, y ésta la podemos conservar en las histerectomizadas mediante el injerto de endometrio en el muñón del cuello uterino, de tal manera que la cirugía ginecológica ha de ser no esencialmente radical como la aconsejaron estos autores, cuando demostraron la inter-acción ovario-endometrio, sino esencialmente conservadora, conservando la integridad funcional a costa muchas veces de la integridad anatómica como dijimos al principio, pues es bien sabido que en el sistema glandular una ínfima parte del órgano es capaz de suplir la función de todo el órgano.

INFLUENCIA DEL UTERO SOBRE EL OVARIO Y LOCALIZACIÓN DE LA HORMONA UTERINA

Como se ve, de todas estas experiencias y observaciones clínicas, sacamos en conclusión, que la influencia del útero sobre la fisiología del ovario, o mejor, la inter-acción útero-ovárica, es unánimemente aceptada por cuantos se han ocupado

de este problema, aunque no todos están de acuerdo en el modo como se verifica esta inter-acción.

Entre las múltiples hipótesis que se han propuesto para explicar los trastornos anatómicos y funcionales que sufre el ovario conservado en su sitio después de la histerectomía, tan sólo consideraremos los que a nuestro juicio pudieran tener algún valor. Son los siguientes:

a) La histerectomía puede deber sus efectos fatales a la supresión del flujo menstrual.

La supresión definitiva de la regla, no puede ser la causa esencial de los trastornos que acompañan la menopausia precoz determinada por la histerectomía. Si bien es cierto que algunas mujeres debido a una predisposición mental o cierta emotividad psíquica sean particularmente sensibles a este testimonio de su feminidad, parece poco probable que esta impresión psíquica sea suficiente para explicar los desórdenes y lesiones glandulares que se observan en ciertos casos. Además, las alteraciones y transformaciones glandulares demostradas experimentalmente en animales que no tienen menstruación son suficientes para demostrar la sutileza de este aserto.

b) Otros sostienen la posibilidad que los trastornos del ovario en las histerectomizadas se deben a perturbaciones circulatorias y nerviosas de éste, dado el traumatismo pelviano que causa la histerectomía.

Esta hipótesis nos parece un poco más lógica, pero disponemos de argumentos suficientes para negarla. En primer lugar, este traumatismo es mínimo, si se tiene suficiente cuidado de desprender los anexos muy cerca de la matriz, pues los ovarios poseen suficiente irrigación e inervación propia, como lo demuestran claramente nuestros trabajos experimentales (grupo segundo), en los cuales, después de histerectomías con injertos de endometrio, los ovarios continuaban funcionando normalmente, a diferencia del grupo tercero, del cual sólo se diferencian por el injerto de endometrio, que en éstos no se practicó, debido a las cuales presentaban las alteraciones descritas.

Otra prueba bien concluyente es la ausencia de alteraciones funcionales y de manifestaciones menopáusicas en las mujeres histerectomizadas cuando se les ha practicado el injerto de endometrio y la frecuente persistencia del flujo menstrual, como lo hemos podido observar en la mayoría de los casos; y lo ha observado también Ahumada, quien preconiza co-

mo rutinario el injerto de endometrio en las histerectomizadas jóvenes.

Zimmerman, para demostrar la falsedad de esta teoría, practicó una hemi-ablación uterina en una coneja conservando ambos ovarios, y meses más tarde, después de la operación antes dicha, comprobó que los ovarios eran idénticos y perfectamente normales. Pero más demostrativa es aún la prueba de Takakusu, quien para demostrar la sutileza de estas hipótesis, pone en parasimbiosis dos ratas, permitiendo entre ellas los cambios hormonales; la conservación del útero en una de ellas es suficiente para el desarrollo normal de los ovarios en la otra, a pesar de la histerectomía practicada a aquélla. Con esto queda demostrado que la causa de las alteraciones ováricas, después de la histerectomía, no son los trastornos vasculares y nerviosos.

c) Las demás hipótesis lanzadas para explicar las alteraciones ováricas después de la histerectomía, tales como las que sostienen que el útero es un emuntorio de sustancias tóxicas que se eliminan en la menstruación, etc.; por lo sutiles no merecen comentarios. Entonces, ¿cómo explican las alteraciones demostradas en los animales en quienes no existe menstruación?

Basados en nuestras propias experiencias, así como en las de Ahumada, Takakusu, Cheval, Meyer y Déjardin, podemos concluir que el útero ejerce sobre el ovario la influencia demostrada por una vía hormonal, como lo demuestra el papel trófico de los injertos de endometrio sobre el parenquima ovárico. Todo esto nos lleva, pues, necesariamente a concluir en la existencia de una hormona uterina.

¿En qué parte del útero se encuentra esta hormona?

Zwuifel y Boran piensan que la secreción interna del útero se encuentra en el endometrio. Gabert señala entonces modificaciones uterinas menstruales no sólo de la mucosa sino también una mitosis en sus elementos conjuntivos, con cierta hipertrofia y amontonamiento de células fijas alrededor de los capilares que toman un tipo desigual, es decir, de aspecto epitelial y de elementos endocrinos.

A pesar de éstos y muchos otros datos es necesario reconocer que la demostración histológica de las secreciones internas del útero, no es aún completa. Pero si los datos histológicos no son suficientemente claros en cuanto a la parte del útero en-

cargada de las secreciones internas, las conclusiones clínicas y experimentales sí nos demuestran suficientemente su localización endometrial, ya que todos estos trastornos anatómicos y funcionales se evitan con el injerto de endometrio. Además, como lo ha dicho Simonet, aunque no se puedan encontrar las células de carácter endocrino en los cortes histológicos del útero, esto no significa nada, puesto que sabemos por definición que una hormona, "es una sustancia excitante de una función que puede ser secretada por no importa qué tejido, no diferenciado en el sentido endocrino".

En cuanto al mecanismo íntimo por el cual las hormonas uterinas obran sobre el ovario, sólo podemos decir que es un punto aún oscuro en la fisiología endocrina. Según Takakusu, los fenómenos de luteinización que sobrevienen después de la histerectomía, son debidos a la perturbación del equilibrio circulatorio. Para él, la sustancia secretada por el útero en la sangre tendrá sobre el ovario una acción vascular de tal naturaleza que su ausencia entraña una hiper-hemia del parenquima ovariano, causando los fenómenos comprobados.

Para Zondek la acción de la hormona uterina se ejerce por intermedio de una red pituitaria, hipótesis que parece más lógica, porque ella está de acuerdo con hechos precisos. En efecto, Herlant ha notado modificaciones histológicas evidentes de la hipófisis después de la histerectomía, mientras que Hauptstein y Buhler, injertando en ratas infantiles úteros de animales adultos y administrándoles simultáneamente un extracto del lóbulo anterior de la hipófisis, encontraron que el útero de los animales púberes inhibe la acción sobre el ovario del extracto hipofisiario; la intensidad de la acción varía según el estado del ciclo.

Sintetizando podemos decir que en nuestro concepto el útero posee una actividad propia, en relación con una secreción hormonal, cuya demostración histológica no ha sido aún completamente demostrada, pero que la fisiología y la clínica nos demuestran claramente. Esta ejerce una acción sobre el ovario, seguramente por intermedio de la hipófisis.

EXTRACTOS DE ENDOMETRIO — SUS RESULTADOS CLINICOS Y EXPERIMENTALES

Otros autores, absolutamente convencidos de la correlación ovario-endometrio y con el objeto de resolver el problema

de los trastornos y alteraciones funcionales y orgánicos que sufre el ovario, después de la histerectomía, se han propuesto obtener extractos de endometrio para suplir con esto la función uterina, con resultados bantante satisfactorios, lo que viene a confirmar todos nuestros puntos de vista. Es decir, que el útero es una glándula de secreción interna, y que esta secreción se encuentra en el endometrio, y como este extracto glandular no existe en el comercio, ni existirá por mucho tiempo, dada la dificultad de preparación, las grandes cantidades de tejido que se necesitan para obtener una dosis terapéutica.

Es entonces el injerto de endometrio el procedimiento más sencillo y eficaz para resolver este problema en la terapéutica femenina. Pero creemos que más tarde, y una vez demostradas hasta la saciedad las funciones glandulares de la matriz, al igual de lo sucedido con las otras glándulas, llegará el momento en que se puedan obtener extractos de endometrio a fuertes concentraciones, que vendrán a complementar los injertos, y a reemplazarlos cuando por una u otra circunstancia éstos no estén indicados o fracasen. Será, a no dudarlo, un excelente elemento terapéutico, del cual ha de beneficiarse, ojalá en época no lejana, el sexo femenino.

Entre las observaciones clínicas y trabajos experimentales hechos con extractos de endometrio, citamos los de P. Borrás, quien trabajando con extractos lipóidicos de úteros de bovinos preparados por los Laboratorios Domínguez (Buenos Aires), llegó a las conclusiones siguientes:

a) En enfermas histerectomizadas con conservación de los anexos se han practicado inyecciones de extractos de endometrio, observándose ya el mantenimiento del equilibrio endocrino, ya evitando o corrigiendo sus trastornos neurovegetativos. A estas enfermas, les inyectaba durante una semana por mes una ampolla diaria de un cc., que correspondía a 62,5 gms. de endometrio.

b) Enfermas en quienes para mantener su equilibrio hormonal y sus menstruaciones con caracteres normales necesitaban grandes dosis de extractos estrogénicos, al inyectarles extractos de endometrio, en la última semana del ciclo pudieron reducirse las dosis estrogénicas por debajo de la mitad.

c) Enfermas en quienes los extractos estrogénicos, aún a dosis altas, no modificaban sus perturbaciones, como si las hor-

monas inyectadas en ningún momento fueran utilizadas, y en cambio, combinándolas con extractos de endometrio, es decir, alternando las inyecciones, las enfermas consiguieron regularizar su ciclo menstrual. Cita un caso, en el cual la dosis de 15 miligramos de dipropionato de estradiol no produjeron ninguna modificación a los trastornos de poli-oligomenorrea, observando, en cambio, una menstruación normal, cuando a esos 15 miligramos se agregaron 7 ampollas de extracto de endometrio con un total de 437,5 gms.

“ORIENTACIONES SOBRE ORIENTACION PROFESIONAL”

Por *Mercedes Rodrigo B.*, Directora de la Sección de Psicotecnia de la Universidad Nacional.

Desde la segunda de estas lecciones venimos ocupándonos del niño a partir de su nacimiento, pasando rápida revista a las principales manifestaciones de su conducta en las distintas etapas de su desarrollo; hemos hablado también de sus desviaciones de la normalidad en varios sentidos, llegando hasta la delincuencia y finalmente de los esfuerzos que la Acción Social Internacional viene haciendo en su forma de la Protección de la infancia.

Encontramos al adolescente en la lección de hoy enfrentado con uno de los problemas básicos de su vida, en una etapa crítica, en la que busca entre muchos, el camino que le lleve a encontrar el tipo de actividad futura que consiga poner en equilibrio sus propios medios con su actuación profesional. En una palabra, en el momento decisivo y de trascendental importancia de su *orientación profesional*.

Ya hace muchos años que se viene diciendo que para el bienestar y progreso de las naciones es preciso que cada individuo ocupe el puesto que le convenga por sus aptitudes, y ejerza la profesión hacia la cual se siente llevado, que responda a sus gustos, a sus tendencias, teniendo en cuenta al mismo tiempo las condiciones económicas del medio en que tiene que vivir. En esto consiste la orientación profesional según Fontegne, figura muy destacada en la iniciación de estos estudios en Francia.

No pretendo hacer el estudio completo de los antecedentes históricos de la Orientación Profesional. Pero mi condición de española y ante un auditorio de habla española, me obliga a hacer constar que el documento más sorprendente que trata de Orientación Profesional, incluso en su aspecto más moderno, el de las llamadas profesiones liberales, se debe a un médico español llamado Juan de Huarte, quien en 1575 publica su obra magistral titulada “Examen de ingenios para las ciencias”, en

la cual el lector hallará la manera de su ingenio para escoger a ciencia en que más ha de aprovechar, la diferencia de habilidades que hay en los hombres y el género de letras y artes que a cada uno corresponde en particular”.

Esta obra puede leerse aún hoy día con gran provecho; en ella se encuentran planteados problemas aún no resueltos; se refiere con toda claridad a las funciones del moderno consejero de Orientación Profesional y pide que éste actúe igualmente en la enseñanza superior de las profesiones liberales, cosa que todavía se inicia tímidamente en nuestro tiempo; se ocupa de las aptitudes etc. Pero veamos mejor como lo dice él mismo: “Todos los filósofos antiguos hablaron por experiencia que donde no hay naturaleza que disponga al hombre a saber, por demás es trabajar en las reglas del arte. Pero ninguno ha dicho con distinción ni claridad, *qué naturaleza es la que hace al hombre hábil para una ciencia y para otra incapaz; ni cuántas diferencias de ingenios se hallan en la especie humana; ni qué artes ni ciencias responden a cada uno en particular; ni con qué señales se habían de conocer que era lo que más importaba*. Estas cuatro cosas aunque parecen imposibles, contienen la materia sobre que se ha de tratar en este libro con intento de que los padres curiosos tengan arte y manera para explicar a cada uno la ciencia en que más ha de aprovechar”.

Otro párrafo que les puede interesar como curiosidad médica es el siguiente: “Galeno cuenta que alguien dió un aviso a su padre, al cual le aconsejó, estando durmiendo, que hiciera estudiar a su hijo medicina porque para esta ciencia tenía ingenio único y singular”. Vine a estudiar medicina —dice Galeno—, por aviso de un terminante ensueño de mi padre” y Huarte dice en su proemio a Felipe II: “De lo cual entenderá Vuestra Majestad, cuánto importa a la república que haya en ella esta elección y examen de ingenios para las ciencias”. Con gran modestia atribuye a Galeno su inspiración y así en el capítulo II dice: “Todo lo que escribe Galeno en el libro (Libro 9: De Placitis, Hippocrates et Platonis) es el fundamento de esta mi obra; aunque él no atinó en particular a las diferencias de habilidad que tienen los hombres y las ciencias que cada una demanda en particular”.

Huarte preve ya el empleo de las pruebas y de los modernos tests para descubrir las aptitudes del individuo, y preconiza categóricamente la necesidad del examen previo diciendo textualmente: “Esto que tengo dicho a lo menos no se puede negar, sino que hay ingenios determinados para una ciencia, los cuales para otra son disparates, y por tanto, conviene an-

tes que el muchacho se ponga a estudiar *descubri*la manera la ciencia en que más ha de aprovechar, la diferencia de habilidad y hacerle que la aprenda. Casi con las mismas palabras, no más lejos de 1943 se decía lo mismo en la llamada fórmula de éxito de O'Connor que consiste en averiguar pronto en la vida las aptitudes que una persona posee y el género de ocupación para que uno sirve y trabajar entonces sin tregua en adquirir aquellos conocimientos especiales y aquellas capacidades concretas que se necesitan para emplear sus aptitudes con plena eficacia”.

Puede calcularse el interés despertado por las obras de Huarte, por el considerable número de ediciones que se han hecho, llegando a 61 en castellano y 34 traducciones; 7 en italiano, 10 en francés, 5 en inglés, 2 en alemán y 10 en latín. Hoy día todo el mundo culto reconoce la genialidad del sabio médico español de la época del Renacimiento y su clara visión de problemas que varios siglos más tarde conservan su actualidad.

Otro médico esta vez francés, Jourdain Guibelet, subrayó otro factor decisivo para el éxito en una actividad, principalmente de tipo académico, como es la inclinación, la tendencia, la “afección” como él dice hacia una profesión, en su libro “Examen de los espíritus” publicado en París en 1631.

Limitamos a estos dos, los antecedentes históricos de la Orientación Profesional, y los hemos señalado principalmente por referirse, el primero a la *aptitud* natural o capacidad innata para realizar una actividad, y el segundo a la *vocación*, inclinación o simpatía natural que se siente por determinada tarea, que constituyen los dos factores más importantes en la práctica de la Orientación Profesional, y por haber sido además dos médicos de siglos lejanos, quienes nos han trazado el camino que todavía estamos obligados a seguir, cuando de estas cuestiones nos ocupamos aún en esta era atómica.

El hecho de ser médicos estos dos geniales precursores, nos autoriza ampliamente, a tratar de cuestiones de Orientación Profesional en la Facultad de Medicina, sin que se nos pueda achacar que están fuera de lugar estas ~~de~~ preocupaciones de tipo eminentemente social.

El estudio completo del grupo de problemas que constituye la Orientación Profesional requiere, no una corta exposición, sino más bien un curso entero, teniendo en cuenta que la Orientación Profesional en 20 años ha conquistado el rango de un apartado de la Psicología Aplicada, aunque todavía quedan problemas sin solución definitiva.

En general en nuestros tiempos, la Orientación Profesional ha surgido a consecuencia de varios hechos, entre otros, de la comprobación del gran número de carreras fracasadas, de haber comprendido que no toda clase de trabajo puede ser hecha con igual competencia por toda persona, de los accidentes que reconocen por causa la falta de aptitud, del reconocimiento de que el normal proceso de la educación no prepara al estudiante para entrar en uno o en otro tipo de profesión, y de que en general se hace la elección de actividad profesional al azar como "El viajero que se embarca en el primer tren que pasa sin preocuparse para donde le conduce" el cual sería tíndado de loco, según la opinión de Rumpf.

Pascal decía que "la elección de carrera es una de las cosas más importantes y más serias de la vida", y cada día resulta más difícil por el gran número de posibilidades que se presentan. En una estadística de los Estados Unidos de 1945 se calculan en 35.000 las distintas profesiones. Pues bien, la orientación profesional es una disciplina científica que previo el estudio integral de la personalidad y adecuado examen de aptitudes de todo tipo, puede ayudar eficazmente a la elección de la carrera. Ayudar aconsejando nada más, puesto que en definitiva es el propio sujeto el que tiene que decidir.

La orientación profesional bien dirigida produce beneficios de orden *individual*, puesto que lleva a cada persona hacia la ocupación en la que con un mínimo de fatiga y un máximo de satisfacción en el trabajo, llega a obtener el máximo rendimiento, de orden *social, económico y nacional*, puesto que procura descubrir las fuerzas útiles del país y ponerlas en su sitio para que produzcan más y mejor. Se ha llegado incluso a decir que desde el punto de vista práctico, la orientación profesional generalizada, tiende a organizar bien una nación.

La Orientación Profesional parte del principio de que todo sér humano debe encontrar su empleo entre las múltiples funciones sociales y por eso se ocupa del niño al salir de la escuela, del inválido del trabajo que tendrá que escoger otro tipo de actividad compatible con su nuevo estado físico; del parado forzoso que tendrá que buscar actividad distinta de acuerdo con la situación económica general; del hombre de edad cuyo sistema nervioso, su rutina y automatismo encuentran dificultades de adaptación a las nuevas exigencias de una técnica moderna y haya que buscarle nuevo trabajo que no exceda sus fuerzas; de la mujer, no há mucho incorporada a la vida económica actual en casi todos sus aspectos, del superdotado, del deficiente, etc.

Claparede con su claridad habitual define la Orientación Profesional como "la elección de una profesión para un individuo"; por tanto son dos los factores que hay que tener en cuenta y que estudiar en la realización de esta compleja tarea.

Y esta complejidad consiste en que los dos factores, —individuo-profesión—, son susceptibles de cambios profundos. De un lado el individuo, en el caso más general de la Orientación Profesional, en el del adolescente, es un sér que está en plena evolución física, intelectual y moral; está en el momento en que más desdibujada está la personalidad humana y sujeto además a la crisis de la pubertad, capaz de modificar profundamente su organismo y su mentalidad. Por eso, por muy perfecto que sea el método que se emplee para descubrir las aptitudes y condiciones morales, no será posible llegar más que a una conclusión de probabilidad más o menos grande, a lo que los médicos llaman un *pronóstico* que el tiempo se encargará de confirmar o desmentir. De aquí la conveniencia, como desde hace muchos años venimos diciendo, de que la orientación profesional no se reduzca a un examen aislado por detenido que este sea, sino que es necesario hacer de ella un proceso crónico que siga paso a paso las aptitudes del sujeto y manifestaciones de las tendencias de su personalidad. Por otro lado las profesiones están siempre evolucionando y algunas desaparecen. Un buen ejemplo lo encontramos en el radio. Antes de 1920 consistía en puntos y trazos y en muy pocos años se ha extendido por el mundo entero y se ha creado una nueva industria que utiliza ingenieros, músicos, escritores investigadores, publicistas, comediantes, etc. Y como observa muy atinadamente Berrien, muy pocos de los hombres y mujeres que actualmente trabajan en la radio habían oído hablar de ella en sus tiempos de colegio.

De estos dos factores que intervienen en toda orientación profesional, es el estudio del individuo el que más interés encierra para ustedes. Y principalmente uno de los aspectos de este estudio, el de las cualidades de orden físico que exige el ejercicio de toda profesión.

No siendo en tiempos de gran crisis, se ha observado que la gran masa de parados forzosos se compone de ineptos físicos sobre los que la enfermedad, las impurezas del aire, las materias venenosas de talleres y laboratorios han actuado. Esto sólo demuestra que es absolutamente necesario vigilar médicamente la entrada de los adolescentes en la vida profesional. El conocimiento exacto del valor físico de un sujeto es indispensable para su orientación. Se ha dicho con razón que así como

M. Jourdain hacía prosa sin saberlo, el médico siempre ha hecho orientación profesional cuando apartaba a ciertos enfermos cardíacos, tuberculosos de profesiones susceptibles de agravar sus casos. Este es principalmente el papel del médico en la orientación profesional; buscar *las contraindicaciones* actuales y clasificarlas por importancia. El examen médico, tendrá como consecuencia última impedir que un sujeto ejerza una profesión peligrosa para su salud.

Los doctores Mazel y Noyer, médicos de la Facultad de Medicina de Lyon, en Francia, escribieron en colaboración con M. Perret en un libro clásico de Orientación Profesional "que la intervención del médico en la práctica de la orientación, constituye una de las modalidades de su misión social, una de las formas de la colaboración cada vez más estrecha que debe aportar a la aplicación de las leyes de higiene y de seguridad públicas". "Desde hace 50 años, dice otro doctor francés, el concepto del papel del médico se ha modificado profundamente; junto a una especialización cada vez más acusada y más precisa, se ha producido paralelamente una extensión del papel del médico en el organismo social".

Interesan mucho en las investigaciones médicas los antecedentes hereditarios del sujeto, para tenerlos en cuenta como orientación o como contraindicación. Así por ejemplo, ante casos de herencia tuberculosa convendrá apartarles de profesiones en ambientes de vapores tóxicos, polvos nocivos, actividades que exijan gran fatiga, recomendando en cambio trabajos de campo, jardinería, horticultura, etc.

Ante casos de cargada herencia alcohólica convendrá prestar especial atención al sistema nervioso y en algunas ocasiones la orientación profesional tendrá que ser diferida, aunque en todo caso convendría separarlos de las profesiones que originen excesiva fatiga, profesiones insalubres, industrias químicas, las que ofrezcan peligrosidad para el mismo sujeto que esté expuesto a vértigos y convulsiones, contraindicando el trabajo a grandes alturas, para evitar caídas, o las que puedan ser peligrosas para los demás, como maquinistas, choferes, etc.

Entre los antecedentes personales, el médico debe investigar las enfermedades de la infancia que informan en cierto modo sobre la capacidad de resistencia del sujeto. Como todos saben mejor que yo, hay algunos niños que según sus padres "atrapan todas las enfermedades". Son organismos particularmente sensibles a las infecciones epidémicas y por tanto es de presumir que estén más expuestos a las intoxicaciones pro-

fesionales y conviene desviarles lo más posible de los oficios penosos o insalubres que expongan a intoxicaciones, a la absorción de polvos, etc. Las convulsiones, los síncope ligeros, las crisis de terror súbito, la enuresis, son con frecuencia índice de epilepsia larvada que puede aparecer en la edad adulta y constituyen fuerte contraindicación para el ejercicio de oficios peligrosos, tales como albañil, mecánico, maquinista, etc.

Al médico orientador le corresponde también investigar algunos puntos especiales como la diferenciación de los grises, la clasificación de los colores, la visión estereoscópica, la apreciación de distancias, la resistencia al deslumbramiento, la diferenciación de olores, mínimo de percepción táctil, etc., como actitudes especiales que tienen gran valor en la orientación profesional.

Respecto a la agudeza visual, los hipermétropes y los astigmatas, incluso con corrección perfecta, no deben hacer trabajos excesivamente minuciosos y delicados, tales como bordadora, relojero, etc. En caso de miopía, en cambio si no es muy acentuada están particularmente indicados oficios o profesiones semejantes a las que acabamos de indicar, más la de tipógrafo, grabador, etc. En Orientación Profesional se concede gran importancia a las perturbaciones del sentido cromático. El sujeto puede tener daltonismo, confundiendo el rojo con el verde, o no distinguir algunos matices y para muchas profesiones es condición imprescindible la percepción normal de los colores, como por ejemplo para vendedores de telas, tintoreros, químicos etc. En particular, las alteraciones del sentido cromático constituyen contraindicación absoluta para el ejercicio de profesiones tales como maquinista de tren o autoferro, guardavías, marina, etc.

Las enfermedades cutáneas, especialmente de las manos, son incompatibles con las profesiones que exigen el contacto de sustancias alimenticias, en bien de la profilaxia social, o de la individual en el caso de tener que manipular con sustancias corrosivas. La transpiración exagerada en las manos constituye también seria contraindicación para el manejo de materias delicadas, como telas, bordados, guantería, etc.

También en el aspecto médico es muy conveniente hacer exámenes sucesivos en determinadas épocas, para comprobar los resultados del primer examen y seguir el proceso crónico en el estudio del individuo como decíamos antes.

El médico que se dedica a la orientación Profesional debe tener conocimientos psiquiátricos superiores a los que tienen la mayor parte de los médicos generales, en el caso de que no se

pueda disponer de los servicios permanentes de un psiquiatra. Pero lo principal para cumplir plenamente su misión es que posea verdadero amor a la profesión; que no haga su trabajo mecánicamente, que no lo considere como función administrativa, fría e ingrata, sino como la colaboración a una obra de profilaxia individual y de defensa social en estrecha relación con la profesión médica.

La orientación profesional tiene que encontrar lo mejor de cada individuo y hacerle conocer a él qué rasgos de su personalidad son más necesarios para determinada profesión; pero para obtener este resultado es preciso reunir información sobre su historia familiar, escolar, social, examinar su capacidad mental y sus aptitudes especiales, su personalidad; más conocer sus intereses y su verdadera vocación. Toda esta documentación unida al informe médico, constituye la base del consejo orientador que nunca puede dejar de ser considerado como tal; es decir que nunca puede tener carácter de obligatorio.

Por tanto para la realización de la Orientación Profesional tienen que intervenir activamente además del propio sujeto, los padres la escuela, personal médico y de asistencia social y el organismo centralizador de actividades específicas de tipo psicológico, donde se cuenta ya con los estudios previos económicos sobre la situación actual y porvenir de las profesiones.

Ya hemos visto, aunque de modo suscito el papel del médico en la Orientación Profesional. Veamos ahora no menos superficialmente el que le corresponde al educador. Se puede decir que los problemas de Orientación Profesional son realmente problemas de educación y que el acierto educativo puede hacer mucho para preparar al hombre hacia su verdadera vocación y además conviene insistir en que una de las funciones de la educación consiste en aprovechar el momento de plasticidad del niño para hacer valer sus propias aptitudes.

Cada día va penetrando más en las mentalidades pedagógicas la necesidad de conocer científicamente al niño y este conocimiento servirá a los maestros conscientes de su misión, para orientar la educación, adaptándola a la individualidad de cada alumno con lo que resultará mucho más beneficiosa para todos; servirá también como consecuencia para descubrir los casos de anormalidad, debilidad o deficiencia intelectual o física, permitiendo así la agrupación homogénea de los escolares por grados de inteligencia, cosa que también facilita y hace más agradable y eficaz la enseñanza y finalmente el estudio científico del niño sirve además para la orientación profesio-

nal de los alumnos, descubriendo y orientando sus aptitudes a ese fin, en los últimos cursos de la escuela primaria.

El papel principal de la escuela primaria es el de *preparar* la Orientación Profesional de sus alumnos con objeto de suscitar en ellos un *ideal profesional*, más el suministrar sobre el alumno los datos de orden pedagógico y psicológico que el orientador precise. Esta es nuestra opinión desde hace muchos años, expresada claramente en un trabajo presentado al Congreso Español de Higiene Mental celebrado en Granada en 1932, del que recogemos dos de sus conclusiones en que decíamos: "para la colaboración de la escuela con los Institutos de Orientación Profesional deben prepararse especialmente los futuros maestros en las escuelas normales".

Otra, "con el objeto de implantar en plazo breve la Orientación Profesional con toda intensidad, deberían organizarse cursos breves extraordinarios para dar a los maestros actuales, no tan sólo una serie de conocimientos teóricos sino otros prácticos que les permitieran realizar con la máxima eficacia la colaboración que preconizamos entre la escuela y la Orientación Profesional de sus alumnos, en hacer la *preorientación* profesional, y quizá sea este su aspecto más importante".

Desde el primer Congreso Internacional de Orientación Profesional celebrado en Toulouse en 1924, se viene hablando de la conveniencia de que una de las formas de colaboración de la escuela primaria con la Orientación Profesional consista en la creación de una *mentalidad profesional* en cada alumno. Y esto no es tan difícil de lograr. Todas las materias escolares pueden más o menos ir creando poco a poco esta mentalidad profesional en el niño, sin necesidad perentoria de organizar enseñanza especial para que la escuela despierte, fortalezca y profundice el ideal profesional en sus alumnos. La Geografía por ejemplo, ofrece amplias posibilidades haciendo que los niños investiguen cómo viven los habitantes de diferentes países, la relación que existe entre la topografía y las ocupaciones de sus moradores, buscar las diferencias y semejanzas comerciales e industriales entre dos pueblos etc. En la clase de Historia se puede estudiar el origen y desarrollo de las industrias, de los principales inventos, evolución de los sistemas de transporte, relación entre los elementos de la producción, ejemplos de cooperación; todos estos temas, tienen además la ventaja de que quitan tiempo para insistir con exceso en el estudio de series de guerras y tratados políticos que han ido formando o deshaciendo los pueblos, fomentando en el alma del niño falsos patriotismos y absurdos nacionalismos

que llevan a las hecatombes que vamos viendo en esta generación, buscando en cambio que mediante la historia del trabajo se oriente a las mentalidades infantiles hacia la unión y comprensión mutua de todos los hombres de la humanidad. La física y la química igualmente ofrecen ocasiones de hablar de industrias del hierro, el carbón, el gas, etc., y así todas las demás asignaturas pueden contribuir a que el niño amplíe cada vez más el conocimiento de las posibilidades que puede ofrecerle el trabajo en todos sus aspectos, haciendo lecturas de monografías profesionales, de biografías de hombres y mujeres que se hayan distinguido en cualquier actividad manual, intelectual, de orden social, artístico, etc.

En 1934 presentamos otro trabajo al Congreso Internacional de Enseñanza Técnica de Barcelona, en él decíamos: "que es evidente que el momento más oportuno para iniciar de modo consciente, por parte del sujeto, la orientación profesional, es el último año de la escolaridad. Entonces es cuando el maestro debe buscar la colaboración del Instituto de Orientación profesional (donde lo haya, claro; y allí lo había), para de común acuerdo ir creando en el niño la preocupación de la elección de profesión y al mismo tiempo proporcionarle medios para el conocimiento, teórico, naturalmente, del mayor número posible de profesiones". Entre los medios que por aquel entonces proponíamos y que practicábamos en el Instituto Nacional de Psicotecnia de Madrid en su colaboración con algunos grupos escolares y principalmente con las escuelas de preaprendizaje con niños de 12 a 15 años con el fin de prepararles para la elección de profesión de los adolescentes; a su salida de la escuela, mencionábamos en aquel trabajo lo siguiente: "Entre otros, uno de los que mejor resultado nos han dado es el del estudio de las profesiones hecho por los mismos alumnos. Por este procedimiento se hace que ellos mismos *descubran* las ventajas y los inconvenientes de las profesiones que más les interesan, el porvenir del oficio, la escala de ganancias, la salubridad que ofrece, las enfermedades que puede originar, dónde se puede aprender, cuánto tiempo exige su aprendizaje, etc.

"Al mismo tiempo que es de gran interés para el orientador es bueno también que el sujeto a orientar se dé cuenta del ambiente profesional en que vive. Con este fin procuramos que los mismos sujetos dibujen el *árbol genealógico profesional familiar*, lo que nos permite, en una simple ojeada, darnos cuenta del ambiente de trabajo que rodea a cada uno y al mismo tiempo conseguimos que el sujeto reflexione sobre las profesiones

que dominan en su familia, lo cual le ayuda a situarse de modo consciente en su ambiente.

“Otro medio que utilizamos en la colaboración con las escuelas y que sirve muy bien para descubrir las tendencias de los niños y sus aficiones, es el empleo de un *cuestionario sobre ideales*, cuestionario que lo hemos utilizado en Bogotá en varias ocasiones, y finalmente la *autobiografía*, trabajo que sorprende por lo cuidadosa y sinceramente que lo hacen la mayor parte de nuestros sujetos” decíamos entonces, y que en publicaciones americanas de 1945 vemos repetidamente utilizado como medio de gran utilidad para ayudar a los alumnos a recoger información sobre ellos mismos y sobre oportunidades de trabajo, como base para su propia orientación.

Según Christiaens, a quien puede considerarse como el Decano en Bélgica de la orientación profesional, el fin de ésta consiste principalmente en informar a padres e hijos sobre las aptitudes de éstos, sobre el estado económico de las profesiones que les interesan más, sobre el porvenir de estas profesiones, sobre sus peligros, etc. Pero en la relación con los familiares del sujeto a quien hay que orientar, la principal labor consiste generalmente en disuadirles de ambiciones irrealizables en relación con las posibilidades o con las inclinaciones de sus hijos. En una obra clásica se encuentra el siguiente párrafo muy ilustrativo del caso en cuestión: “Muchos padres educan a sus hijos no para los mismos hijos sino para ellos... esta es la educación egoísta. Existe otra clase de educación que tiene por objeto, no el placer del padre, sino el placer del hijo apreciado por el padre. Se da el caso de un labrador que habiendo pasado toda su vida al sol considerará como un deber alejar al hijo del trabajo de la tierra, y le educará con el fin de hacer de él un pequeño burócrata que irá a morir tísico en cualquier ciudad”.

A este respecto Fontegne se pregunta: “Debemos incitar al hijo a seguir la profesión del padre?” No es nuevo para nadie el hecho de que a veces el hijo experimente cierta aversión por la profesión del padre, hecho que lleva incluso a decir al profesor Bovet “que muchas veces la elección de una profesión es un síntoma del acto interior por el cual el niño sacude el yugo paternal”. Las familias no prestan suficiente atención a este hecho. Ya hemos dicho en días anteriores los inconvenientes de la autoridad absoluta del padre, que no hace de los hijos más que almas de esclavos; de esta autoridad ciega que olvida que en su fantasía el niño queda siempre como soberano absoluto y que frente a frente su padre terminará por

oponerle una resistencia interna que puede llegar, aunque se crea exagerado hasta el odio o producir una obediencia pasiva, que anula la personalidad.

Entre otros podemos citar un caso típico de esta obcecación paternal. Lo hemos encontrado en un estudiante de esta misma Universidad que ha venido repetidas veces a la Sección de Psicotecnia en busca de apoyo moral ante la obstinada actitud paterna. Lo más curioso es el hecho de tratarse de un padre con profesión universitaria que no *ejerce* por estar dedicado a otras actividades totalmente diferentes a las propias de su carrera, por tanto él mismo es un ejemplo "de desorientación profesional". El ambiente de la casa no es agradable. Los padres discuten mucho. El sujeto en cuestión se ha inhibido totalmente y se deja llevar, antes con fuerte oposición, ahora con aislamiento y reserva totales ante el medio, no tan sólo familiar sino social. Como el padre "no ve en los hijos más que las notas, según confesión del hijo", ha decidido seguir haciendo como que estudia en la *quinta* carrera que el padre le ha obligado a empezar y esperar a que se canse para dedicarse él después por su cuenta al género de actividad de tipo artístico que por vocación y aptitudes se siente fuertemente atraído.

Sin insistir demasiado sobre esta oposición entre padre e hijo, más o menos consciente, es necesario reconocer que son numerosos los casos en que el niño no quiere seguir la profesión del padre.

Este hecho lo hemos encontrado repetidamente en algunas encuestas que realizamos en España referentes a la influencia del medio familiar sobre la elección de profesión y de los que podemos resumir brevemente los resultados. De la comparación de las contestaciones dadas por niños y adultos (Accidentados de trabajo), resulta que el 30% de los obreros siguieron la misma profesión que el padre, el 15% trabajaban en lo mismo que sus hermanos, el 14% tenían el mismo oficio que sus amigos más íntimos y el 41% abrazaban profesiones que no estaban relacionadas con el medio en que vivían. Entre los niños, la proporción fué la siguiente: sólo el 10% pensaban seguir la profesión del padre, el 11% la de los hermanos, y el 25 % la de los amigos. En otro trabajo posterior hecho también antes de venir a Colombia, entre hijos de obreros que aspiraban a obtener becas de estudios, el 91% de ellos escogían profesiones distintas a la del padre; en general buscaban profesiones de tipo superior a la de los padres y en varios casos se observa cierta tendencia a seguir la profesión del pa-

dre, pero en un grado más elevado. Así por ejemplo, el hijo del cartero quiere ser oficial de correos, el del albañil aspira a ser arquitecto, el del cerrajero mecánico quiere estudiar para ingeniero mecánico, etc. En todo caso, siempre es interesante el estudio de las tendencias de orden subconsciente que impulsan a escoger profesión; y cuando es precisamente la del padre la escogida, debemos buscar si, más que las razones de comodidad, tales como el aprendizaje en el mismo hogar, relaciones profesionales, etc., han actuado tendencias distintivas subconscientes que impulsan al sujeto a realizar el ideal del padre a alcanzar el poder paternal que el niño admira, y si es posible, a sobrepujarle.

Además de las informaciones de tipo médico, los datos escolares y familiares, en la orientación profesional de una persona hay que tener en cuenta su grado de capacidad mental. El ejercicio de la mayor parte de las profesiones exige inteligencia; algunas requieren mucha, otras menos y otras muy poca, que son precisamente las que se reservan a los débiles mentales, habiendo incluso, empresas industriales y firmas que los buscan especialmente porque, como ya dijimos en días pasados, se adaptan fácilmente a la rutina y a la monotonía que requieren algunos trabajos de la gran industria principalmente.

Freyer hizo hace varios años el siguiente cuadro de las profesiones por el grado de inteligencia que exigen:

Categoría A. Profesiones muy superiores que exigen edad mental de 18 años en adelante. Inteligencia capaz de esfuerzos creadores y directores. Nivel: profesiones superiores y capacidad para realizar con los mejores resultados los estudios más elevados.

Categoría B. Profesiones superiores. Edad mental de 16:5 años a 17:9 años. Inteligencia buena para ejecución, los negocios y las cualidades de jefes de empresas profesionales. Nivel: profesiones liberales, capacidad para realizar medianamente los estudios superiores.

Categoría C. Media superior. Edad mental 15:0 a 16:4 años. Inteligencia buena para la ejecución y los puestos de jefes de menos importancia. Capacidad excelente para el trabajo abstracto o detallado y el trabajo mecánico superiormente especializado. Nivel: ocupaciones técnicas. Capacidad para realizar los estudios de segunda enseñanza y algunos estudios superiores.

Categoría C. Media. Edad mental 13:0 a 14:9 años. Inteligencia capaz de trabajos mecánicos especializados y trabajos de rutina. Nivel: trabajo especializado.

Categoría C. Media inferior. Edad mental 11:0 a 12:9 años. Inteligencia capaz de trabajo especializado de rutina. Nivel: medio especializado o especializado sencillo. Capacidad casi insuficiente para terminar los estudios primarios.

Categoría D Inferior. Edad mental 9:5 a 10:9 años. Simple trabajo de rutina, necesita vigilancia especial. Incapaz de comprender instrucciones escritas. Nivel: peón de albañil. Capacidad limitada, el sujeto no termina la escuela primaria.

Categoría D. Muy inferior. Edad mental 7:0 a 9:4 años. Trabajo de rutina muy sencillo. Falta completa de dirección individual. Nivel: peón de albañil en último grado. Capacidad tan limitada que el sujeto raramente pasa del tercer grado de la escuela primaria.

Categoría E. Inútil. Edad mental 0:0 a 6:9 años. Incapaz de todo esfuerzo social. A veces posibilidad de hacer trabajos de rutina muy sencillos y bajo vigilancia. Incapacidad de hacer estudios primarios. Posibilidad de hacer algunos trabajos manuales de sencillez extrema. No pueden aprender ningún oficio.

Claro que en orientación profesional no se puede aplicar automáticamente, ni este ni otros cuadros como quien pone un marco a un grabado. En primer lugar toda norma dada en un país, no tiene necesariamente que resultar exacta en otro. Pero además, en general, cada vez se impone más el criterio de que las aptitudes especiales y principalmente los rasgos de la personalidad procuran con más frecuencia el éxito que el factor intelectual por sí solo. Teniendo siempre en cuenta que lo que principalmente hace triunfar en la vida no es la presencia o ausencia de un rasgo particular, sino que la configuración total de todos los rasgos, es lo que realmente hace eficaz a una persona.

Alfredo Binet, en su libro "Les Idées Modernes sur les enfants" publicado en 1911, pero que todavía resultan modernas en 1946, hace resaltar los beneficios de la investigación de las aptitudes de los niños en el siguiente interesante párrafo que transcribo a continuación: "Estudiar las aptitudes individuales de los niños, es abordar uno de los problemas que nos interesan a todos a causa de su alcance práctico, no solamente para la enseñanza de la escuela, sino además para el porvenir de cada niño puesto que la elección de su actividad profesional futura no debería hacerse sin examinar cuáles son sus aptitudes. Si se tomara esta precaución, ciertamente se disminuirían los descontentos y los fracasados; se aumentaría el rendimiento económico de todos poniendo a cada uno en su verdadero sitio, y probablemente sería uno de los medios más sencillos.

más naturales y mejores para resolver, por lo menos parcialmente, algunas de esas irritantes cuestiones sociales que tanto inquietan los espíritus y que amenazan el porvenir de la sociedad actual".

En efecto, el conocimiento, no tan sólo de la capacidad mental general de una persona, sino de sus *aptitudes especiales*, facilita el acoplamiento de los dos elementos de la orientación profesional, es decir, de la ecuación individuo-profesión. En varias ocasiones he mantenido el criterio de que toda persona sirve para algo y precisamente la orientación profesional busca ese *algo* para lo que sirve cada persona. Así vemos que hay gentes con manifiesta *habilidad verbal* para definir, para comprender, para usar símbolos de comprensión y de expresión. Otras con *habilidad numérica* para manipular mentalmente números, para resolver problemas referentes a formas geométricas que representan objetos en el espacio. Hay quien tiene extraordinaria facilidad y rapidez para *memorizar y aprender*; otras poseen *perfecta coordinación* de los músculos grandes y pequeños; *rapidez y precisión* para manipular objetos; *aptitud musical* para la apreciación de las formas musicales y *habilidad* para la ejecución; *aptitud artística* para percibir conceptos de forma, color y armonía y su uso en tareas de creación; *aptitud social* que supone *habilidad* para trabajar con gente sin sentirse molesto, dominio, ascendencia; *aptitud médica*, etc.

Como es natural los *tipos de la personalidad* constituyen igualmente factor de estudio y necesidad imperiosa de tenerlos en cuenta en la orientación profesional. Entre los rasgos de carácter los más estudiados hasta el día, son la introversión y la extraversión sobre los que se han escrito libros enteros y no es necesario insistir sobre ellos.

Algunos autores sostienen que como resultado del estudio de las características de ascendencia y sumisión, se ha sugerido que las personas dominantes pueden tener ventaja en ocupaciones comerciales, trabajo ejecutivo, de dirección, en el derecho, en la política y otras posiciones que exijan capacidad de organización; mientras que los sumisos, unido este carácter a otros factores, serán buenos arquitectos, artistas, agricultores, bibliotecarios, dentistas, escritores etc.

Hasta aquí hemos venido considerando todo lo que distintas personas, médico, educador, familiares, psicólogo, cada uno con sus técnicas y sus conocimientos han ido descubriendo de la personalidad del sujeto a quien hay que orientar. Todavía falta para completar el estudio, lo que el propio sujeto nos diga sobre sus *intereses* y su *vocación*, es decir, el factor "afec-

cción" subrayado ya en el siglo XVII por el médico francés a quien hemos citado al ocuparnos de los antecedentes históricos de la orientación profesional. Los fracasos en la vida se justifican muchas veces por falta de interés en el trabajo. En cambio, las personas que triunfan en su profesión, generalmente la encuentran absorbente y llena de interés. Es el caso del investigador uruguayo que nos dice que "con vocación y con viva e inteligente curiosidad se va al laboratorio más por emoción que por voluntarioso empeño y una vez dentro de él, lo que menos trabajo cuesta es trabajar".

Parece natural que la vocación de la persona haya que tomarla como su interés dominante y que este mayor interés mantenga íntima relación con la mayor disposición, pero la evidencia sobre este punto todavía es dudosa. Hay quien cree que el marcado interés por determinada actividad es innato, mientras que otros dicen que todos los intereses se adquieren durante los años preescolares, en los primeros años de la vida de tan intenso valor, como hemos ido viendo a lo largo de todas estas estas lecciones.

Es decir que la vocación que en ciertos momentos de la orientación profesional se había pensado que participaba en sumo grado de un paralelismo estrecho con la aptitud, casi puede asegurarse ya con certeza que no es la mejor guía para aquella. Y mucho menos puede serlo hoy, en que la complejidad de la vida social hace muy difícil definir una vocación y por otra parte la extensión y ramificación de la vida profesional ha multiplicado indefinidamente los rumbos posibles. Si una determinada vocación bien definida, pudiera llegar a ser fotografiada en expresiones claras y rasgos inconfundibles que señalaran un determinado rumbo, es casi seguro que la fotografía correspondiente a la actividad señalada como rumbo, no se pareciera en nada a la obtenida por la vocación.

En todo caso el estudio de los intereses o ideales de los niños que se viene haciendo sistemáticamente en todo centro de orientación profesional, demuestra que los adolescentes en el momento en que tienen que tomar una decisión relativa a la elección de profesión, tienen ya intereses especiales que conviene tener en cuenta. Esta investigación se hace casi siempre mediante cuestionarios llamados de "interés", cada vez más completos y extensos, de los cuales todavía en estos momentos, en 1945 se hacen comentarios en el sentido de que se deben seguir

utilizando, pero como instrumento experimental del cual aún no se ha podido obtener todo lo que se espera de ellos, y desde luego complementados con el interrogatorio amistoso con el sujeto y sus padres.

En la Sección de Psicotecnia de esta Universidad se va poco a poco acumulando documentación referente a los ideales de la juventud colombiana como base a los tímidos ensayos de orientación profesional que desde no ha mucho hemos iniciado y que esperamos seguir con mayor impulso de ahora en adelante.

Llegamos al límite prudencial del tiempo concedido habitualmente a estas charlas, sin haber podido ni mucho menos hacer un esquema completo del tema. Al principio hemos hablado de dos miembros de la ecuación individuo y profesión; pero escasamente ha sido posible tratar sólo del primero por juzgarlo de momento de interés más cercano a los estudios médicos.

Tanto en mi país de nacimiento, como en el de adopción y agradecimiento, nuestra actuación en la orientación profesional nos ha demostrado el enorme valor humano de estas actividades y el decidido interés que demuestra la mayoría de los sujetos en cuya orientación intervenimos. Son muchos, en proporción a los casos vistos, los que vuelven en repetidas ocasiones y que nos manifiestan sus deseos de que les sigamos ayudando en sus decisiones y dificultades.

En una charla semejante a la de esta tarde hecha en el Instituto Nacional de Psicotecnia de Madrid en 1933, terminábamos diciendo lo siguiente: "Es seguro que no siempre acertamos; pero por lo menos, nos anima a seguir trabajando, casos como el de un muchacho de 17 años, aprendiz de cerrajero, que a consecuencia de dos conversaciones mantenidas con nosotros en el Instituto, nos envió por iniciativa propia, al cabo de dos meses, tres cuadernos escritos con lápiz, a la luz de una vela según él mismo dice, en los que relata toda una vida de miserias, privaciones e injusticias, y nos manifiesta que es la primera vez en su vida que encuentra ambiente propicio para desahogarse, suplicándonos que no le abandonemos". Y en verdad no le abandonamos. Permítanme citar a modo de colofón, otro recuerdo de guerra. Este mismo muchacho desorientado al principio en 1933, hasta el punto de que sin poseer las

aptitudes necesarias quería estudiar para maestro "para tratar a los niños mejor que le habían tratado a él", aprendiz de cerrajero y alumno distinguido por su aplicación y conducta de la Escuela Industrial de Madrid después de su orientación, mantuvo cordiales y constantes relaciones con el personal de nuestro Instituto y en 1936 en la primera semana de guerra fué muerto de un balazo en la frente por defender la libertad de su pueblo. En el bolsillo de su guerrera encontraron un papel que un hermano me entregó a las pocas horas de la tragedia en el que decía sencillamente: "Si me pasa algo que avisen a la se-ñorita." y aquí mi nombre. Tan hondas fueron las raíces del sentido humano de la orientación profesional.

SERVICIOS MEDICO-QUIRURGICOS DE EMERGENCIA

Por el Dr. Oswaldo Quijada Cerda. ()*

A. — Nuevos derechos del individuo en la Sociedad.

La organización de buenos y completos Servicios Médicos y Quirúrgicos es hoy un deber que las colectividades no pueden postergar, disimular, empequeñecer o descuidar, debiendo dotarlos de la totalidad de los recursos que ofrece la técnica médica, pues a ello tiene hoy día derecho todo miembro de una sociedad civilizada.

El que en la etapa actual de nuestros conocimientos se mueran más arriba de ciertos porcentajes de casos agudos de difteria, de comas diabéticos, de apendicitis u otras afecciones abdominales agudas, o por causas obstétricas o traumatológicas, o que los pacientes queden lisiados más allá de cierto grado no puede ser considerado sino como una irresponsabilidad social frente al derecho de todo individuo a nacer y vivir sano.

Nadie está facultado para privar a otro ser humano de su vida ni a dificultarle el uso de los medios existentes para defenderla o prolongarla. El charlatán que engañosamente evita la asistencia de un enfermo por profesionales competentes es tan responsable de la vida o integridad física o moral del individuo a su cuidado como lo son los servicios insuficientemente organizados o dotados que por ostentar un título dan a una población y a sus enfermos o accidentados una falsa sensación de seguridad. Y así como no se concibe, a pesar de que desgraciadamente los hay en gran número, servicios asistenciales donde ni siquiera se desinfectan los instrumentos que penetran la piel de los pacientes, así tampoco deberían concebirse o aceptarse institutos de atención interna o quirúrgica donde la capacidad del personal y la mínima suficiencia en el montaje no garanticen a todo individuo que a ellos se confía lo que honestamente la técnica médica puede ofrecer.

(*) Apuntes de una Conferencia dictada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 9 de julio de 1946.

Son dos nuevos derechos del individuo humano que se ven en los tiempos actuales como definidores del grado de cultura o de civilización de los pueblos. Aunque se han discutido desde antiguo son nuevos porque sólo ahora están transformándose en hechos y porque su importancia se está haciendo carne en el espíritu del hombre civilizado actual. El primero es el derecho que tiene todo niño a nacer sano y el segundo es el que como miembro de una sociedad moderna tiene durante el transcurso de toda su vida, a estar libre de temor de agresiones, infecciones o accidentes previsibles. Y que estas agresiones contra su vida o integridad física, por infecciones o accidentes u omisiones técnicas se realicen en los propios servicios médico-asistenciales es algo que debe ser evitado con la mayor energía.

Los Servicios Médico-Quirúrgicos de Emergencia deben desempeñar en lo que a enfermedades agudas y sus complicaciones inesperadas o accidentes se refiere el papel de garantizar a todos los ciudadanos que se les protegerá de las consecuencias dañinas de ellas con todos los recursos que la ciencia ha puesto en manos profesionales. Para alcanzar en esta tarea a todos los sectores de una colectividad deberán estos servicios distribuirse en relación con los medios de que disponen y con la más estratégica ubicación aconsejable en las diferentes concentraciones de población. Es lógico que no podrán ser los mismos en las partes rurales que en las densamente habitadas, pero se puede decir que al describir el más completo y complejo conjunto de sus funciones en una metrópoli se describen también las tareas que deberán afrontar en los más simples puestos asistenciales de los campos, con la sola diferencia de que en éstos últimos todas esas tareas deberán ser cumplidas en determinados momentos por un solo individuo en vez de todo un equipo.

B. — Funciones de los servicios de emergencia.

Tienen tres clases de funciones: primera la Asistencial del Enfermo Sobre-Agudo o Accidentado, segundo la Educacional y tercero la de Investigación.

I. — FUNCION ASISTENCIAL

1. Permanente atención del Enfermo Agudo o del Accidentado.

Se puede afirmar que no hay campo de la medicina donde no se produzcan aquellos casos que necesitan una atención mé-

dica inmediata ya sea para salvar una vida, ya sea para evitar una peligrosa o prolongada enfermedad, secuelas graves, o ya para calmar estados de intensos dolores, angustia o pánico. Sólo será útil recordar en una lista aquellos campos médicos en los cuales por la frecuencia o importancia de los casos que son asistidos en los Servicios de Emergencia será necesario hacer algunas consideraciones, para cuyo objeto los siguientes títulos de especialidades sirven de ejemplo.

Cirugía
Medicina Interna
Otorrinolaringología
Oftalmología
Psiquiatría
Enfermedades contagiosas
Traumatología
Intoxicaciones
Casos criminales
Otros casos accidentales
Obstetricia
Pediatria

Atención de las llamadas domiciliarias de urgencia

Un solo médico general deberá, es cierto, atender en muchas oportunidades casos de cada uno de estos grupos y tal sucederá allí donde la escasez de movimiento o de población no justifiquen mayor personal, pero donde la frecuencia de casos graves hace necesario un equipo complejo éste deberá calcularse previo análisis de volumen de trabajo que en cada especialidad ha de presentarse. Las estadísticas que existan sobre enfermos agudos, sobre llamadas de emergencia o de accidentes, el número de operaciones urgentes que los cirujanos hacen en los servicios existentes, la probable nueva distribución de casos que se producirá, etc., serán todos datos básicos para planear nuevos servicios de esta clase.

a) *Cirugía general*. - Es desde luego en la especialidad llamada de Cirugía general en la que se presentan si no la mayoría de los casos por lo menos los más difíciles y donde de la pericia clínica y de la habilidad técnica dependen con mayor frecuencia numerosas vidas que salvar. Ella incluye toda la gran serie de abdómenes agudos, heridas o contusiones abdominales o torácicas, etc., y exige por lo tanto que sea condición primordial de estos servicios contar con un cirujano general bien entrenado.

b) *Medicina Interna*. - Estos servicios deben contar a continuación con un médico internista tanto por la frecuencia de

los casos agudos de medicina interna que se presentan o de complicaciones inesperadas en casos en evolución, como por la contribución que ellos pueden ofrecer al diagnóstico clínico de todo enfermo y también por el contrapeso del criterio médico frente al quirúrgico que siempre es aconsejable

Los internistas además de tomar bajo su directa responsabilidad los casos que puedan catalogarse dentro de esta especialidad y de contribuir a toda otra labor diagnóstica o terapéutica del Servicio, tendrían a su cargo la atención de las llamadas domiciliarias de urgencia.

c) *Posibles Servicios de Emergencia en Hospitales Especiales.* - Más allá del cirujano general y del internista es necesario precisar necesidades en lo que respecta a otras especialidades en varias de las cuales pueden con facilidad las gentes no médicas discriminar desde el primer momento sobre la especial necesidad del paciente y facilitar su temprana distribución a establecimientos totalmente independientes. Es el caso de niños, de parturientas, de trastornados mentales y en menor grado de otras especialidades como la de enfermos infecciosos.

Como la mayoría de las ciudades con población suficiente cuentan con Maternidades y Hospitales Psiquiátricos y Pediátricos con turnos médicos permanentes, se puede en estos establecimientos realizar la atención de los correspondientes casos de urgencia que quedan así desglosados de los Servicios de Emergencia Generales. En estas circunstancias es sólo necesario coordinar los servicios de llamadas y de transporte de enfermos, además de que los turnos médicos de dichos establecimientos especializados deberán hacerse suficientes para atender tanto los casos ya hospitalizados en ellos como los de urgencia que les sean traídos directamente y también estar en condiciones de asistir en su especialidad a los otros servicios médicos que les soliciten ayuda a cualquiera hora del día o de la noche.

d) *Hospitalización de Casos Infecciosos Agudos.* - Respecto de la hospitalización de estos enfermos vale la pena recordar que la aplicación de medidas sanitarias efectivas está reduciendo apreciable y paulatinamente su cifra y que por otra parte su número varía mucho en diferentes épocas. El primero de estos hechos está haciendo menor la necesidad de contar con grandes hospitales para contagiosos y el segundo llama a considerar un aspecto económico importante. La variabilidad en número de los enfermos contagiosos obliga por su carácter epidémico a disponer de una cantidad de camas muy superior al término medio que se necesita y cuya mantención se hace por

lo tanto de un costo elevadísimo. Esto ha llevado a mirar ultimamente el problema del enfermo infeccioso con otro criterio, máxime cuando la arquitectura y los materiales de construcción moderna así como el mejor conocimiento de los medios de transmisión y de control de estas enfermedades hace posible la ubicación de enfermos infecciosos en los hospitales generales. Se considera hoy día que esto es posible y lo económicamente más aconsejable, siempre que los establecimientos estén construidos y dotados como corresponde incluyendo la buena preparación de todo el personal hospitalario que es factor esencial.

Este nuevo criterio no niega la conveniencia de tener hospitales para infecciosos allí donde todavía el número permanente de ellos lo justifica o construirlos de material ligero cuando circunstancias temporales lo aconsejan, pero trata de evitar que se tengan establecimientos especiales desocupados en espera de un brote epidémico posible. Por otra parte la imposibilidad de que siempre se haga el diagnóstico correcto previo a la hospitalización de estos enfermos hace que un elevado número de ellos ingrese aun cuando no se desee a los hospitales generales, los cuales deberán estar permanentemente en condiciones de manejar correctamente este tipo de enfermos. En todo caso, cualquiera que sea la dispuesta hospitalización de los enfermos contagiosos el diagnóstico de un número elevado de ellos seguirá correspondiendo a los Servicios de Emergencia de las ciudades, hecho que debe ser debidamente apreciado al organizar estos institutos.

Se puede considerar, de acuerdo con las razones anotadas, que los casos de urgencia que serán atendidos en servicios especializados desde el primer momento se reducirán a los de Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría allí donde estos servicios estén en condiciones de responsabilizarse de este trabajo las 24 horas del día. El número de estos enfermos en los Servicios de Emergencia quedaría así reducido y sería manejado por el equipo médico general el que dispondría en todo caso de comunicación fácil con los médicos de guardia de los centros especializados. Pero donde esta división del trabajo no sea posible deberán considerarse los medios de atención para estos pacientes en los Servicios Generales.

e) *Un Cirujano Traumatólogo.* - Volvemos a considerar el equipo médico de los Servicios Generales de Emergencia donde ya está discutida la necesidad de un cirujano general y de un internista. Se puede continuar sin temor de ser discutido que aún cuando no sea el caso de ciudades industriales el tercer médico del equipo de urgencia debe ser o es aconsejable que

sea un cirujano traumatólogo o con experiencia y conocimientos en esta especialidad. Forman un volumen muy importante del trabajo de todos estos Servicios las quemaduras, contusiones, heridas y fracturas causadas por accidentes del trabajo o del tránsito o por agresiones u otras causas. Este cirujano traumatólogo además de tomar la principal responsabilidad en la atención de los casos de su especialidad completará al cirujano general para el tratamiento de los casos de cirugía mayor.

f) *Posible necesidad de un Oftalmólogo, Otorrinólogo u otro.* - Los casos que requieren la atención de otros especialistas son menos frecuentes pero pueden tener mucha importancia. Conviene por ello que estos Servicios cuenten en carácter de Especialistas Consultores a Oftalmólogos y Neurólogos principalmente a quienes llaman en eventualidades o presentar las dudas que sobre casos difíciles se presenten. En los más populosos centros urbanos donde existen grandes servicios de estas especialidades no es difícil que ellos cuenten con propios turnos médicos permanentes y sea fácil obtener su colaboración para los servicios de emergencia de la ciudad. En los centros algo menores la organización puede hacerse teniendo a fácil alcance las direcciones donde es posible encontrar en cualquier momento al especialista necesario o donde es posible enviar al enfermo que de él necesite. En todo caso no debe olvidarse que muchas veces por la oportuna intervención de un oftalmólogo se podrá salvar la vida o la vista de una persona, por la de un otorrinólogo la vida de un niño o de un adulto diftérico o con un cuerpo extraño de las vías respiratorias, o por la de un neurólogo u otro especialista precisarse un diagnóstico o hacerse en mejores condiciones una intervención que puede ahorrar una vida o lesiones irreparables.

g) *Intoxicaciones, Problemas Legales, etc.* - Respecto de las intoxicaciones o problemas legales que frecuentemente se presentan en estos Servicios todos los médicos de ellos sabrán afrontarlos y en poco tiempo se habrán aprendido, creado y sistematizado métodos que permitirán el oportuno manejo y tratamiento de los casos y harán que todo el personal sepa el exacto papel que en cada circunstancia le corresponde.

h) *Rayos X.* - El problema radiológico generalmente no es difícil de solucionar. Aún cuando me ha tocado visitar servicios que cuentan con radiólogo permanente, se puede afirmar que salvo excepciones tal requisito no es indispensable. La enorme mayoría de los enfermos que necesitan un examen radiológico de urgencia tienen fracturas que es necesario despistar o cuyas características deben ser conocidas en detalle o tienen

heridas de tórax o de abdomen donde se busca el derrame sanguíneo, la ubicación de un proyectil o la existencia de gas libre en las serosas. Estos u otros diagnósticos radiológicos parecidos están o deben estar al alcance de los médicos generales y constituyen por eso lejanas posibilidades de tener que recurrir en consulta a especialistas radiólogos. Es lo más probable que en la casi totalidad de los casos pueda ser el traumatólogo mismo quien haga sus radioscopias o radiografías y bastará con la existencia de una competente técnica auxiliar para que se responsabilice del instrumental y haga el trabajo práctico radiográfico o de revelado, etc.

i) *Laboratorio Clínico.* - Hay respecto de exámenes de laboratorio clínico algunos aspectos dignos de ser discutidos. Es cierto que la casi totalidad de estos exámenes de urgencia, ya sea hematológicos o químicos, de sangre u orina, pueden ser efectuados por los mismos médicos a cargo de los pacientes, como es el caso más frecuente en los Estados Unidos donde los internos son entrenados para ello. Pero hay otros controles que en ciertas partes están indicados para hacerlos o deben efectuarse por disposiciones legales, como es el caso de la dosificación de alcohol en la sangre que en algunas ciudades se exige en toda persona que ha intervenido como causante o víctima en accidentes de tránsito o riña. Entonces, tanto más cuanto que el aspecto clínico del Servicio también sale ganando, está justificado tener personal especializado haciendo turnos permanentemente. En la Posta Central de la Asistencia Pública de Santiago hay un turno de médico laboratorista las 24 horas del día, lo que es ideal, pero frecuentemente bastará con un turno de buenos auxiliares técnicos laboratoristas capaces de hacer los exámenes arriba anotados y otros como toxicólogos en contenido gástrico, en excreciones, etc.

j) *Anatomo-Patólogo.* - Aquí como en todos los servicios hospitalarios la labor de un anatomo-patólogo tiene una importancia múltiple, aclarando los diagnósticos y realizando una labor educativa y de control muy necesaria. Es muy buena práctica en estos Servicios de Emergencia, al igual que en todos los clínicos hospitalarios, que sin excepción se envíen todos los órganos resecados quirúrgicamente al examen anatómopatológico, para mantener de esta manera una enseñanza permanente para los clínicos y un control efectivo sobre la eficiencia del trabajo realizado ya que las intervenciones operatorias quedan justificadas.

k) *Transfusiones, Anestesia y Otros Servicios.* - No puede dejar de existir en todo buen Servicio Médico-Quirúrgico de

Emergencia un Banco de Sangre por razones obvias que no es ni siquiera necesario comentar. Vale sí la pena recordar que él deberá estar organizado en forma de poder satisfacer necesidades multiplicadas que pueden presentarse repentinamente y poder también, en casos excepcionales, ayudar en urgencias graves a otros servicios médicos. En las catástrofes o accidentes mayores será el Banco de Sangre uno de los principales factores que permitirán salvar vidas.

El Banco puede estar a cargo del mismo personal de laboratorio o de enfermeras especializadas o puede organizarse haciendo cuerpo con un departamento de Anestesia y Oxigenoterapia que los Servicios de Emergencia deberán también poseer. Esto dependerá lógicamente del tamaño y movimiento de trabajo que tengan estos servicios. La preparación de personal altamente capacitado para estas actividades técnicas que son hoy la base de los éxitos quirúrgicos debe ser considerada con preferencia y muy seriamente y dejarse la responsabilidad de ellas a cargo sólo de médicos, enfermeras u otros técnicos que hayan adquirido especial entrenamiento y en los que pueda depositarse absoluta confianza.

2. — *Servicios Indirectos al Enfermo Agudo o Accidentado.*

Bajo este título se pueden incluir aquellos servicios que una población reclama para sus casos médicos o quirúrgicos de urgencia y que aunque no constituyan directa atención de los pacientes pueden estar ligados a los Servicios de Emergencia. El mejor ejemplo es el de una Farmacia de Urgencia cuya existencia no puede depender siempre de un interés comercial o de una ley que fuerce a ciertos establecimientos particulares a realizar esta función muchas veces en forma incompleta. Allí donde una Farmacia de Urgencia está justificada como una necesidad de una población o de un sector donde existe un Servicio Médico de Emergencia estará muy bien que esté montada cerca o conectada con él.

Está ya dicho que el Banco de Sangre deberá auxiliar extraordinariamente a otros institutos médicos o a cirujanos en la atención de enfermos particulares y que deben estar preparados para estas eventualidades porque no podrá ni deberá dejar de hacerlo. Igual cosa puede decirse de otros servicios que en circunstancias extraordinarias podrán prestarse a profesionales competentes que necesiten la colaboración del establecimiento ya sea en instrumental, otro material o personal para resolver situaciones graves. Todos estos servicios llenarán ne-

cesidades efectivas de una población en la protección de la vida de sus ciudadanos.

3. — *Labor en catástrofes.*

En algunas oportunidades estos Servicios de Emergencia deberán afrontar catástrofes en las cuales corresponderá desempeñar tareas de responsabilidad y peso enormes porque será la institución que cuente con más experiencia en movilización y atención rápida de enfermos. Si la catástrofe no afecta directamente la zona de su jurisdicción podría corresponderle a su equipo profesional trasladarse en cuerpo o desprenderse temporalmente de parte de sus funcionarios experimentados. No está pues demás sino que es necesario que estos servicios estudien el papel que podrá corresponderle en posibles catástrofes y tengan conceptos claros y preestablecidos sobre la organización de su actividad en tales casos. En este aspecto deberán cooperar con instituciones como las de Bomberos o Cuerpos Salvavidas en el estudio de los mejores métodos y organización para actuar en toda clase de circunstancias accidentales.

II. — *FUNCION EDUCACIONAL*

La función educacional de estos Servicios deberá abarcar todo el personal de la misma organización y el de instituciones que regular u ocasionalmente hagan atención de enfermos agudos así como al público en general.

1. — *Enseñanza del propio personal profesional.*

Incluye a los médicos, estudiantes de medicina, técnicos laboratoristas u otros, enfermeras, etc. Para médicos y estudiantes de medicina ella tiene una importancia máxima y basta recordar que ningún profesional de estos escapará de tener innumerables veces la oportunidad de salvar o perder una vida en casos urgentes donde no sólo el buen criterio clínico sino principalmente conocimientos y experiencias que sólo pueden adquirirse en buenos medios les permitirá salir airosos. La asistencia de todo médico por el mínimo de algunos meses a un Servicio de esta clase donde se presentan aquellos casos que no dan tiempo para recurrir a libros o a repetidas juntas médicas, tiene si no más, por lo menos tanta importancia como el internado hecho en las salas de hospital. Pero para que esta asistencia sea valiosa al estudiante o joven profesional deberá ser cum-

plida bajo la dirección y guía de médicos estudiosos y experimentados, quienes no sólo le enseñarán sino que le evitarán malos hábitos o defectos de técnica que una vez adquiridos son muy difíciles de abandonar. En estos Servicios debe desarrollarse toda una Escuela de Medicina y Cirugía de Urgencia en la cual la experiencia adquirida no se pierda para que cada nueva generación pueda llegar un poco más allá que la anterior.

Respecto del otro personal técnico profesional probablemente sobren las consideraciones ya que mucho de lo expuesto es aplicable a él y se comprende fácilmente la importancia que tendrá el especial entrenamiento que aquí obtengan enfermeras, técnicos laboratoristas o de Rayos X, etc.

2. — Enseñanza del propio personal auxiliar.

No es raro que la labor del personal auxiliar y subalterno de estos Servicios sea subestimada. No sólo deberá prestarse atención a la enseñanza cuidadosa del personal que saldrá a recoger o recibir accidentados sino que sin excepción a todo aquel que tenga directa o indirecta relación con la atención de un enfermo agudo o relación con los familiares del paciente o público en general.

Los datos que se pregunten y que se anoten deben abarcar determinados aspectos mínimos ya que frecuentemente será necesario hacer informes o satisfacer intervenciones de la justicia; la forma en que debe ser recogido y trasladado el contuso, que siempre será tratado como un posible fracturado hasta que se pruebe lo contrario, la técnica de las primeras atenciones de urgencia en la calle; la manera de informar a los familiares, a la prensa y al público; la especial rapidez con que habrán de atenderse ciertos casos; cuidados o vigilancias especiales que será necesario tener en otros, etc., etc., constituyen todos los puntos importantes en los que deberá capacitarse a todo el personal desde el camillero o chofer de la ambulancia hasta el portero o auxiliar administrativo. No hay que olvidar que la confianza que el público deposite en estos Servicios es indispensable para su labor de salvar vida y mayores daños y que para ella tienen el mismo valor y a veces más los pequeños detalles de organización, de cortesía y de expedición de la telefonista y del portero, que los más complejos problemas de técnica médica. Además que sólo una buena preparación de todo el personal auxiliar permitirá a los profesionales cuyo tiempo es más caro y debe ser ocupado en tareas más elevadas dedi-

car todos sus minutos a estas y no perderlos vigilando el cumplimiento de cada sencilla orden que se deja en manos inexpertas o poco responsables.

3. — *Colaboración en la Enseñanza de Personal de otras Instituciones.*

Servicios de esta clase cuya finalidad es proteger la vida de los ciudadanos sin distinción de clases u otras deberán colaborar en la educación del personal de las otras instituciones que en cualquier circunstancia tengan que intervenir en la atención de enfermos de urgencia, ya que no se concebirá otra mejor Escuela de Medicina y Cirugía de Urgencia que la que estos Servicios constituyen como ejemplos basta citar los miembros de la Policía, de la Cruz Roja y aún de las Fuerzas Armadas quienes podrán encontrar en estos Servicios de Emergencia enseñanza y experiencia que muchas veces necesitarán. Es por eso conveniente que en los bien organizados Servicios Médico-Quirúrgicos de Urgencia se consideren sitios de observación o de trabajo y planes de enseñanza para personal médico o auxiliar perteneciente a otras instituciones que pueda ser aceptado por períodos prefijados de entrenamiento para pre e post graduados.

4. — *Educación del Público en general.*

Si se recuerda cuánto daño se le hace a ciertos fracturados a quienes se les trata de auxiliar sentándolos o tratando de ponerlos de pie o cómo no son las afecciones más dramáticas las de mayor gravedad o urgencia, se comprenderá la importancia que tiene la educación del público aún en las colectividades más cultas.

III. — *FUNCION DEL CENTRO DE INVESTIGACION*

En un Instituto de Asistencia Médica y Quirúrgica de Urgencia la investigación científica y hasta la clínica podrían considerarse, a primera vista, con posibilidades reducidas, pero no tiene por qué ser así. El diagnóstico rápido, el valor de los síntomas y de los exámenes de laboratorio que no siempre es el mismo en los casos sobre-agudos que en los sub-agudos o crónicos, los tratamientos mismos, las intoxicaciones, los electrocutados y quemados, las lesiones neurológicas, etc., dan la oportunidad para importantes estudios en el hombre mismo, todo

lo cual puede ser combinado con trabajo experimental de laboratorio u otras investigaciones puramente científicas. La concentración de este tipo de enfermos sobre-agudos da de por sí un material de estudio cuyo valor no puede ser discutido.

La perfecta organización que se dé a la documentación clínica servirá no sólo para la investigación clínica y científica y para que la experiencia que se logre no sea perdida sino será también el principal estímulo para atraer a estos Servicios a médicos estudiosos y se les haga permanecer en ellos para garantía de la población y como maestros de nuevas generaciones.

Este objeto es servido todavía mejor cuando estos Servicios están combinados con los de sala de hospital porque así existe unidad y continuidad de labor en el control clínico del enfermo y una mayor satisfacción para el paciente y sus médicos tratantes. No se completará una buena organización de esta clase sin un buen sistema de control clínico posterior al alta de los pacientes.

C. — ASPECTOS GENERALES DE ORGANIZACION DE ESTOS SERVICIOS

Consideraciones importantes surgen después de este ligero análisis de la labor que corresponde a los Servicios de Emergencia.

La primera es que no debe entregarse la atención del caso agudo o del accidentado, a profesionales inexpertos, ya que un alto porcentaje de ellos son casos graves de diagnóstico difícil y de alta responsabilidad terapéutica, donde los tratamientos además de ser hechos de inmediato significan frecuentemente operaciones de las más complicadas y con mayores exigencias de técnica. Esto quiere decir personal múltiple y altamente capacitado y equipo de trabajo adecuado, lo que condiciona un tercer hecho básico: que no se pueden tener estos Servicios en buenas condiciones si no se concentran debidamente.

Una concentración mínima es no sólo una necesidad económica sino también una necesidad funcional para la eficiencia. Los equipos de trabajo que no actúan con un ritmo mínimo de movimiento se echan a perder llegando a no poder satisfacer las exigencias para las que fueron creados cuando después de un gran período de inactividad se les hace afrontar casos difíciles. Son muchas pues las razones que aconsejan concentrar

y planificar una buena distribución de los Hospitales o Postas de Medicina y Cirugía de Emergencia.

Es un hecho que mantener aunque sea en forma mínimamente correcta uno de estos Servicios significa un gasto importante de instalación y de mantenimiento y el uso de un personal de calidad que no debe malgastarse. Esto nos lleva a considerar también otro aspecto que ya ha sido estudiado y sobre el cual hay experiencia. Se trata de resolver si estas organizaciones deben o no formar parte del funcionamiento regular de los hospitales, con diversos grados de fusión con los servicios internos, o si deben trabajar independientemente de ellos ya sea con personal o con local separado o con ambas cosas a la vez.

Sobre servicios de este tipo organizados independientemente de los hospitales hay una buena experiencia en Chile, donde desde 1910 existe uno para la ciudad de Santiago bajo el nombre de "Asistencia Pública". Los turnos médicos, los equipos de auxiliares, pabellones operatorios, la movilización rápida y correcta de los enfermos, las relaciones con el público o con la policía, etc., fueron todos problemas relativamente bien solucionados en ella pudiéndose decir que desde que el gran organizador Dr. Alejandro del Río fundó esta institución, Chile ha podido enorgullecerse ante el mundo de contar en algunos aspectos con el mejor Servicio de Emergencia para toda una ciudad. Absolutamente gratuito y montado para atender todos los habitantes de Santiago sin ninguna distinción económica, de clases o credos, ha funcionado eficientemente llenando los requisitos arriba anotados a pesar de la pobreza en edificación y en material de trabajo con que siempre ha debido luchar.

Es en las Postas de la Asistencia Pública de Santiago y de Valparaíso que se ha visto en Chile, al igual que se ha comprobado en otros países, la conveniencia de modificar el concepto independiente original con que fueron creadas. Hoy se considera que tienen mejores posibilidades de funcionamiento como Servicios anexos a los hospitales por razones fáciles de explicar.

Si las personas sanas están expuestas a necesitar repentinamente atención médica o quirúrgica, con mayor frecuencia lo están aquellas con un proceso mórbido de evolución. Es el caso de los enfermos hospitalizados que necesitan durante las 24 horas una estrecha vigilancia clínica y de los complejos tratamientos a que están sometidos lo que obliga a los hospitales a contar con un completo turno médico tanto durante el día como durante la noche. Este turno tampoco podrá ser técnicamente suficiente si es desempeñado por un solo médico y no

cuenta con personal y equipo para afrontar con éxito situaciones difíciles. Montarlo bien es por lo tanto casi imposible si se quiere que llene todos los requisitos anotados salvo que pueda servir al mismo tiempo para atender las necesidades de la población en general.

La práctica misma ha aportado argumentos en igual sentido. A las Postas de la Asistencia Pública de Santiago así como a organizaciones similares de otros países ha habido necesidad de montarles camas anexas para hospitalizar los casos más difíciles de trasladar o que necesiten cuidados permanentes o también para permitir que los mismos profesionales de estas Postas que han realizado tratamientos importantes especialmente operatorios puedan vigilar más de cerca sus pacientes. Se han agregado camas especiales para traumatizados porque en muchos de ellos es aconsejable efectuar el tratamiento definitivo desde el primer momento y en una cama de la cual no sean movidos hasta que su estado haya mejorado. El resultado fue la transformación de todas estas Postas en pequeños hospitales de urgencia con todos los inconvenientes de haberse formado en locales que fueron planeados originalmente sólo para que trabajaran equipos médicos haciendo las primeras atenciones y distribuyendo los pacientes a los establecimientos hospitalarios apropiadamente tales.

Si no se niega la conveniencia de que los Servicios de Emergencia estén unidos a los hospitales generales de agudos donde puedan hospitalizar de inmediato todos los casos que no deban ser devueltos a sus casas, se confunde entonces el estudio de la distribución de estos Servicios en una ciudad o zona poblada con la distribución de los Hospitales Generales de Agudos y el de la apropiada organización de sus turnos médicos con la que mejor pueda servir en conjunto a las necesidades internas de estos hospitales y a las del público en general.

Mientras el problema de proteger la vida humana y dar asistencia médica de urgencia fue una obra de caridad particular o institucional limitada a las posibilidades materiales o deseos de un filántropo o en otros casos un negocio o actividad profesional interesada en la atención de sólo determinado tipo económico de enfermos, la organización de estos Servicios no obedeció a una planificación racional. Pero cuando la vida y la seguridad del ciudadano significan una responsabilidad social el problema consiste en estudiar las necesidades de toda la población como un todo.

No sólo es posible hoy día la construcción de hospitales en medio de los centros populosos sino que aún, como se observa

en varias partes en los Estados Unidos, se puede también sin peligro y con manifiestas ventajas adaptar una parte de un gran edificio para hospital mientras en otros pisos se distribuyen oficinas comerciales, hoteles o departamentos familiares. La distancia para la movilización de los posibles enfermos o accidentados hacia el Servicio de Emergencia es lo que fundamentalmente debe guiar en la distribución de estos hospitales. En todas partes del mundo un importante número de vidas humanas se pierde por accidentes de tráfico, heridas o complicaciones médicas agudas, debido a unos minutos más que son necesarios al paciente para llegar al centro médico eficiente más próximo. El número y ubicación de estos centros asistenciales deberá ser resuelto una vez que se estudie el plano de la ciudad o de la zona y sus avenidas o caminos por los que se hará la más expedita movilización de las ambulancias hacia los más populosos centros fabriles o de tránsito congestionado donde puede razonablemente suponerse un mayor porcentaje de accidentes. Hecho el plan servirá a los menos para que paulatinamente se vayan montando estos servicios o adaptándolos cada vez que se construye o mejora un hospital sin que estas oportunidades se desperdicien capital o energías valiosos.

3. — *Organización de los Turnos.*

La forma de organizar el equipo de turno en estos Servicios de Emergencia será distinta en cuanto se refiere a personal que como el médico puede trabajar sólo tiempo parcial en él y tener otras responsabilidades en el mismo hospital o en otros establecimientos o a aquel otro que se desempeñará con tiempo completo en el Servicio. Sobre el caso de este último personal no es necesario detenerse porque se comprende que de acuerdo con las horas que deba trabajar semanalmente podrán distribuírsele sus obligaciones.

En el caso de los cirujanos, internistas u otros especialistas médicos puede tomarse en cuenta que para su eficiencia misma es conveniente que trabajen simultáneamente en salas de hospital o en otras organizaciones médicas que puedan aprovecharles su elevada preparación y facilitarles un constante entrenamiento clínico o científico. Deberá también recordarse la necesidad de colocar en toda oportunidad, médicos menos experimentados trabajando junto con quienes pueden transmitirles su mayor experiencia o conocimientos. El número de horas de guardia para los médicos, la frecuencia de sus turnos diurnos o nocturnos, la forma en que deberán hacerse las entregas

de responsabilidades y de cada enfermo grave, el detalle de estas y otras formalidades así como otros aspectos importantes en la organización de estos Servicios deberían ser tratados en capítulos especiales pero ello alargaría mucho esta charla.

Recordaré solamente dos tipos de turno médico que me sido dado observar. Uno es a base de un equipo permanente completo funcionando como un solo cuerpo y a cargo de todos los casos agudos que lleguen de afuera del hospital o que se presenten en las salas del establecimiento. El otro está constituido por turnos médicos permanentes dentro de cada servicio especializado existente en el hospital, el cual es completado con un solo médico en el Servicio de Emergencia (a veces una buena enfermera) quien conoce del caso llegado de afuera y llama al médico especialista respectivo o le envía directamente el enfermo a su servicio.

La adopción de uno u otro tipo de organización dependerá tanto del tamaño del establecimiento y de sus servicios especializados u otras facilidades como de la idiosincrasia o costumbres del lugar.

4. — *Coordinación con otros Servicios de la Labor Terapéutica.*

Aun cuando su alcance es conocido y se comprende muy fácilmente no está demás que se diga algo sobre aquellos enfermos que después de haber sido atendidos de urgencia deben pasar a centros donde su tratamiento pueda prolongarse y completarse. Tal vez el mejor ejemplo es el de los fracturados que en un porcentaje muy alto deberán terminar su tratamiento con ayuda de fisioterapia y reeducación física, pero con mucha similitud es también el de la mayoría de los otros tipos de pacientes.

Este es otro y de los más importantes argumentos en favor de la conveniencia de que los Servicios de Emergencia no funcionen absolutamente independientes y también en favor de que los médicos de turno no trabajen exclusivamente en ellos. Se explica la importancia de que estos Servicios pertenezcan a establecimientos hospitalarios generales, que ojalá sean lo más completos posible, y que los médicos trabajen en sus campos especializados tanto en los Turnos de Guardia de los Servicios de Emergencia como en las Secciones hospitalarias como enfermos internados y en los Consultorios Externos correspondientes. Sólo de esta manera podrá darse a los enfermos una atención integral, teniendo los médicos una visión permanente del tratamiento completo que cada enfermo necesita

y puede recibir. Será el único medio de disminuir al mínimo las secuelas definitivas y garantizar el retorno a la vida normal del mayor número de enfermos o accidentados.

D.—ALGUNOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS O LEGALES

Sólo serán recordados aquellos aspectos más sobresalientes y que por lo general debido a nuestro "puro" espíritu médico descuidamos.

1. — *Identificación del Enfermo.*

La identificación del enfermo no es siempre correcta o suficientemente completa porque con frecuencia se trata de conmocionados, de menores de edad, de intoxicados, de gente envuelta en riñas o accidentes que están deseosos de disimular su identidad, y porque con frecuencia el "cliente" de estos servicios es de poca cultura y aún con buena fé no usa siempre su nombre en la misma forma, cambiando el orden de sus apellidos o usando a veces el materno y otras el paterno, etc. En este sentido la colaboración de los testigos, especialmente policías u otros acompañantes y la constancia que ellos pueden aportar es de gran utilidad dejarla establecida. Establecer domicilio y nombre de familiares y amigos a quienes avisar complicaciones o necesidades del paciente servirá también en el sentido de que ahora tratamos.

2. — *Autorización para efectuar Tratamientos de Urgencia.*

Cada día es necesario descuidar menos este aspecto ya que en nuestros países latinoamericanos están haciéndose frecuentes las demandas judiciales en contra de médicos por supuestos daños y perjuicios en la persona de enfermos en los que se cree ver consecuencias de mala atención profesional o simplemente porque se ha procedido sin autorización.

Ultimamente en Colombia se estaban o están suscitando tres de estos procedimientos judiciales y ello es un buen ejemplo de este fenómeno.

Con medidas simples pueden evitarse mayores trastornos de los que pueden surgir en la atención necesariamente no autorizada de enfermos adultos en estado comatoso o de niños o aún de enfermos que por la excitación del momento o por debilidad mental rechazan un tratamiento indispensable para salvarles la vida. Dos condiciones deben ser respetadas en todos es-

tos casos. Una es la perfecta definición de las responsabilidades del personal que trabaja en los Servicios de Emergencia, su identificación en los momentos en que está en funciones y su estricta y disciplinada actuación como tal. La otra condición es que la documentación de fecha, hora y forma en que el paciente llega al Servicio se complemente con información de quien o quienes han socilitado su atención o cooperado en ella y con oportuna y completa anotación clínica.

En los casos de enfermos sin conocimiento, de irresponsables mentales, de menores de edad debe quedar constancia de los esfuerzos que desde el primer momento se deben hacer para encontrar a sus más cercanos familiares o amigos. Cuando miembros de la familia no llegan oportunamente, amigos, policías y aún testigos pueden razonablemente autorizar moralmente ya que no técnica o legalmente una determinada actitud con el enfermo. Solamente en ausencia de cualquiera de estos elementos no pertenecientes al personal del Servicio quedará la documentación de resoluciones graves limitada a los médicos y otro propio personal. Es claro que en los casos de enfermos que concurren volutariamente y en pleno uso de sus facultades mentales o cuando menores o irresponsables son traídos por sus familiares no hay problemas de esta clase porque las autorizaciones necesarias están implicadas en la concurrencia al Servicio, pero aún estas circunstancias deberán siempre establecerse claramente en la Historia Clínica o en la Ficha Administrativa.

Allí donde existen visitadoras o Asistentes Sociales diplomadas a cargo de un Servicio Social anexo y tiene oportunidad de intervenir, es de práctica aconsejable que junto con tener ellas el papel de Ministros de Fé representen los intereses del enfermo. También en algunos casos muy graves y dudosos, especialmente cuando hay que imponer cierto tratamiento de urgencia a un niño o enfermo que no puede autorizar por sí y no hay familiares presentes, puede pedirse la opinión del Director del Establecimiento que tendrá el valor de un testigo de más responsabilidad y juicio que el corriente.

3. — *Observaciones clínicas.*

Sobre las Observaciones Clínicas que no tienen por qué diferenciarse en muchos de las corrientes de un buen servicio hospitalario, es conveniente subrayar sólo dos hechos. Uno ya ha sido citado y se refiere al detalle cuidadoso con que debe describirse la condición del paciente al ingreso al Servicio, en lo que

será cada día un auxiliar más valioso la fotografía. Ella justificará toda actitud que con él se tome. El segundo hecho es que se trata de casos agudos en los cuales tanto los síntomas como los criterios médicos pueden variar en minutos y donde la atención se verifica por varios profesionales que van periódicamente entregándose sus turnos y la responsabilidad sobre el enfermo. Esto hace indispensable la anotación inmediata y muy repetida tanto de la sintomatología como de los tratamientos con sus reacciones en el enfermo y también de las opiniones de los diferentes facultativos que intervienen sucesivamente.

4. — *Llamadas solicitando Atención y Transporte de Enfermos.*

Ya está dicho el múltiple valor que tiene una expedita y correcta atención de casos urgentes. Vale insistir que para este objeto el público no debe tener jamás dudas y que el ideal es que un solo número de teléfono centralice todas las llamadas que se hagan a este Servicio en una población.

En muchas ciudades la movilización de los accidentados no es hecha por ambulancias pertenecientes al Servicio de Emergencia sino a la Policía, Cruz Roja u otra institución. Este sistema puede funcionar bien pero la centralización de todo el mecanismo de atención del accidentado y enfermo sobre-agudo tiene ventajas claras.

Un mejor criterio sobre la rapidez con que deben atenderse ciertos casos y la forma en que ello debe hacerse, sólo podrá ser adquirida por el personal de telefonistas, choferes, camilleros, practicantes o enfermeras si todos ellos están en contacto directo con los médicos que realizan la atención de estos pacientes y que con la llegada de cada caso están haciendo críticas y enseñanza al respecto.

Las responsabilidades frente a la ciudad quedan mejor definidas allí donde ha sido posible centralizar todos los aspectos que tienen que ver con la atención urgente de este tipo de enfermos. Es el caso de las Postas de la Asistencia Pública de Santiago o de Valparaíso en Chile, donde llamadas, transporte y atención del paciente están bajo una sola autoridad: el médico Jefe de Turno de la Posta que es siempre un cirujano general.

El sector de la ciudad o área de población que cada Hospital y su Servicio de Emergencia debe atender es cubierto por sus propias ambulancias que atienden también el traslado de parturientas a las maternidades o de otros enfermos agudos a servicios especializados.

Los llamados son recibidos en un boletín especial que es pasado instantáneamente al médico o enfermera de guardia que califica el pedido de atención y lo entrega con muy pocos segundos de demora a la ambulancia que ha de cumplirlo. Al anotarse la hora de la llamada, la de la salida de la ambulancia y su regreso y la condición del enfermo se sabrá siempre donde ha estado el atraso que pudo costar una vida humana. En algunas circunstancias la telefonista misma con experiencia puede ser autorizada para hacer partir ambulancias, pero estos y otros aspectos de detalle deben ser resueltos en cada Servicio en marcha.

Esta completa centralización permitirá aún que desde que sale una ambulancia ya comience la preparación para atender al enfermo o accidentado que ha de traer lo que en ciertos casos puede ser importante.

5. — *¿Debe alguna Investigación Legal Preceder a la Atención Médica?*

Creemos que no puede haber aspectos legales que justifiquen el atraso de una urgente atención médica, ni aún en casos extremos como pudiera ser el de un apuñaleado del corazón que deba declarar antes al Juez el nombre del agresor, que recibir la atención quirúrgica que puede salvarle la vida. Es algo que no puede justificarse, tanto más si se recuerda que por ejemplo en los archivos de la Asistencia Pública de Santiago de Chile pueden leerse mucho más de 100 historias clínicas de heridos de corazón operados oportunamente con un alto porcentaje de sobrevividas, quienes no habrían podido salvarse si se hubiese perdido tiempo en trámites legales antes de la atención médica. Este ejemplo es aplicable a cualquier caso de enfermo accidentado o agredido, en los cuales siempre habrá tiempo para buscar pruebas legales y donde, en todo caso, será preferible dejar de castigar un criminal que perder una vida humana que puede salvarse. Por último puede agregarse que en cuestiones de enfermedades o lesiones todos los tribunales del mundo se guían por certificados médicos que califican su gravedad y pronóstico de manera que siempre la atención médica debe preceder a la actividad judicial.

6. — *Financiamiento de estos Servicios.*

Es indudable que estos Servicios de Emergencia no pueden hacer discriminación económica en los casos que atienden,

o por lo menos si así se hace no puede tener significación en cuanto al grado técnico de la atención prestada, pero es conveniente que cuenten con facilidades anexas para pensionistas. El manejo de todos los problemas económicos estará a cargo de personal completamente desligado del que efectúa atención profesional pues, sólo así se evitarán interpretaciones erradas o injustas.

Tal vez el mejor sistema en el manejo del dinero que ingrese por cobros hechos por servicios profesionales realizados a personas pudientes atendidas en estos servicios, es que se hagan entrar a fondos generales de la institución, lo que no impide que la cuantía calculada por este capítulo se considere al fijar los sueldos del personal.

Es posible que en muchas ciudades se pueda financiar un eficiente Servicio de Emergencia con las simples sumas que él pueda producir en la atención de enfermos capaces de pagar por ellos y por los indigentes, máxime si se encuentra con ingresos por atención de accidentados del trabajo u otros asegurados que tengan comprometido el pago de las atenciones médicas que reciben. Pero cualquiera que sea la organización y financiamiento que se dé a estas instituciones deberá cuidar se que los servicios sean absolutamente completos e iguales técnicamente para todos los ciudadanos sin diferenciarlos por situación económica, social, religiosa, política o de otro orden y que el paciente o sus familiares no puedan jamás ni siquiera pensar que debido a una menor situación económica personal, dejó de recibir toda la atención que la ciencia médica puede y debe hoy día garantizar.

CONSIDERACIONES FINALES

Muchos otros aspectos técnicos o administrativos pueden ser estudiados así como la mayoría de los citados deberían analizarse con mayores detalles pero, con lo dicho alcanza para ver la importancia del problema y sus características principales así como para demostrar que constituyen una de las más justificadas inversiones. La oportuna atención médica y quirúrgica del caso agudo es de las que más "pagan" el esfuerzo invertido en salvar vidas y evitar secuelas graves, siendo por otra parte el campo en el cual las técnicas médicas y de organización están mejor probadas.

Repitiendo lo dicho al principio no puede desconocerse que el cuidado que una ciudad ponga en garantizar la vida y salud de sus habitantes con los mejores medios de que la técnica médica dispone es una de las características de civilización y cultura de que más pueda enorgullecerse.

Y para terminar se puede agregar que no aparece justificable o fácil de explicar el hecho real de que un herido en los campos de batalla tenga a pesar de todas las dificultades que en los combates se presentan, una mejor y más rápida atención médica y quirúrgica que la que generalmente puede garantizarles en muchas ciudades civilizadas y en la paz.

REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

Londres, Marzo 16 de 1946.

Artículos originales:

Penicilina en la endocarditis bacteriana subaguda.

Pérdida sanguínea en las emergencias bélicas. - Uso de los fluidos para transfusión.

Mepacrina urinaria en relación con el diagnóstico de malaria.

Anestesia espinal: variaciones de la dosis requerida.

Achalasia del esófago, después de una fractura de la base del cráneo, con hundimiento.

PENICILINA EN LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA

Ronald . Christie (Med. Research Council).

Este estudio fue realizado por 14 centros distintos y se refiere a un total de 147 pacientes. Los casos se trataron con penicilina por la vía intramuscular, en administración continua o cada tres horas, sin diferencia apreciable en cuanto a resultados finales.

De 46 pacientes que recibieron 5 mega(millón)unidades 20 recibieron 1 megaunidad diaria, por 5 días; murieron o recayeron todos.

12 recibieron media megaunidad diaria, por 10 días; 3 aparentemente curados.

14 recibieron un cuarto de megaunidad diaria, por 20 días; 7 curados en seis meses.

Esa curación de seis meses casi es equivalente a curación definitiva, porque la recaída después de ese plazo no es frecuente. Con estas dosis importa más la duración del tratamiento que la cantidad de penicilina, y no puede acortarse el tiempo aumentando la dosis.

Otros 66 casos recibieron dosis diarias de 0.1, un cuarto y media megaunidad durante 28 días; las curaciones de 4 meses

fueron de 43,50 y 61%, respectivamente. A despecho de la bondad de la penicilina, es forzoso que subsista una mortalidad apreciable por uremia, insuficiencia cardiaca, grandes embolías etc. LA DOSIS MAS CONVENIENTE PARA PACIENTES QUE NO HAN SIDO TRATADOS, PARECE SER DE 0,5 MEGA-UNIDAD DIARIA POR 28 DIAS.

Los resultados del autor sugieren que si un enfermo no respondió adecuadamente a una tanda de penicilina, es menos apto que uno no tratado, para responder bien a una segunda serie, sea por resistencia natural de la enfermedad al producto antibiótico, sea porque la serie inefectiva determinó una resistencia a la droga; los ensayos directos no probaron el aumento de resistencia de los gérmenes a la penicilina, pero no la descartan totalmente; por otro lado, la demora en curar el proceso puede ser causa de complicaciones dependientes del curso ordinario de la enfermedad, de modo que la demora en el tratamiento o la realización de uno insuficiente son perjudiciales para los resultados posteriores.

Las recaídas son frecuentes después de las series cortas, pero ocurren aún después de las largas, generalmente en el curso de los 30 días de terminado el tratamiento, rarisísimamente después de los 50; el autor propone —sobre la base de los datos que presenta— *tratar las recaídas por media megaunidad diaria, durante 6-8 semanas.*

En los 147 casos estudiados, 146 eran estreptocócicos, 1 por *H. influenzae*; de los primeros, 136 eran *Str. viridans*, 8 *Str.* no hemolíticos y 1 un *Str. microaerófilo*. Hechas las pruebas de resistencia de estos gérmenes ante la penicilina (por comparación con la cepa Oxford de estafilococos) se encuentra una extraordinaria falta de correlación entre la resistencia de los gérmenes y los resultados del tratamiento, lo que habla del poco valor de este dato para la clínica; cuando el germen era 10 veces más resistente que el estafilococo Oxford, el dato tenía importancia pronóstica y terapéutica; se trata seguramente de inexactitud en los métodos de medida, porque este tipo de datos es de uso general.

EN TOTAL: aún cuando los primeros casos fueron tratados inadecuadamente, 50 casos de los 147 han muerto, 81 están aparentemente curados y los otros 16 están en tratamiento o este ha sido temporalmente suspendido por una razón determinada en cada caso.

Siendo mayor de 10 días la duración de la administración diaria de penicilina, casi cualquier tipo de dosificación (con dosis total no inferior a la indicada) puede dar buenos resultados,

pero las recaídas son más frecuentes en los tratamientos que no son a la vez largos e intensos.

LA MEPACRINA URINARIA EN RELACION CON LA INCIDENCIA Y EL DIAGNOSTICO DE MALARIA

John Judkin.

En los servicios europeos de Sierra Leona, en donde se llevó a cabo el estudio, la incidencia de malaria era menor entre el personal de la Armada que entre los colaboradores italianos. De acuerdo con una publicación previa, la mepacrina urinaria da una medida de la mepacrina sanguínea y habrá una correlación entre la cantidad de mepacrina excretada en la unidad de tiempo, y la existencia de malaria; por lo tanto, la comparación entre el grupo italiano y el de la Armada (cuatro veces menos afectado por paludismo) podía ser de valor, en el sentido de confirmar tales conclusiones. Lo ideal sería medir la excreción de mepacrina en un plazo largo, cuando menos unas 24 horas, pero esto se estrella contra dificultades de orden práctico; con especímenes recogidos durante 3h (8 a 11 a.m.) se obtienen resultados que parecen ser fieles; esta manera de proceder muestra excreción más baja de la droga en el personal italiano. En el personal hospitalizado, dicha recolección de 3h no fue realizable con exactitud por varias causas; se buscó un procedimiento más abreviado: la cantidad de droga excretada es el producto de la concentración por la cantidad de orina eliminada; cuanto mayor sea la velocidad de eliminación urinaria (urinary rate), menor es la densidad, de manera que determinando la concentración de mepacrina en la orina y llevando la densidad de ésta hasta un standard arbitrario, se podrá tener un dato sobre la cantidad de droga eliminada.

Se definió la concentración standard de mepacrina como la concentración que debería existir si la densidad urinaria fuera 1.010, llegando a la fórmula

$$\text{Concentración standard} = \frac{\text{concentración hallada}}{\text{densidad} - 1} \times 10$$

cuyo valor práctico se comprobó observando cómo la concentración standard era tan constante (en un individuo dado) como la excreción en la unidad de tiempo, y cómo el método de standardización da resultados similares a los de la medida de excreción de mepacrina en un cierto período de tiempo; además, estos dos últimos datos tienen un alto grado de correlación (sobre un grupo de pacientes). Los datos de este trabajo se basan sobre el método de standardización.

Se estudiaron 169 pacientes, de los grupos siguientes:

Malaria comprobada: parásitos en la sangre (Falciparum)

Malaria clínica; sin parásitos en la sangre, pero clínicamente tan claros que el tratamiento con mepacrina se justificaba.

Enfermedades médicas distintas de los dos grupos anteriores.

Enfermedades o estados quirúrgicos.

Se dan separadamente los resultados del personal italiano y del británico, debido a que la excreción se mostró inferior en el primero.

Lo más saliente es LA CONCENTRACION APRECIABLEMENTE MENOR DE LA MEPACRINA URINARIA, EN LOS CASOS DE PALUDISMO COMPROBADO: la concentración real no pasó de 2 mgr./litro, y la standard no fue mayor de 0.7 mgr./litro.

La excreción en los casos de malaria clínica fue mucho más alta que en los de malaria comprobada, y muy semejante a las de los casos médicos y quirúrgicos no palúdicos.

La marina y las fuerzas aéreas británicas, en las que hay una incidencia palúdica ligeramente mayor que en la armada, presentaron excreción ligeramente inferior.

Así, al menos para los casos de falciparum, puesto que la protección antipalúdica es función de la ingestión adecuada de mepacrina, y como ésta se refleja en la sangre (ya que los defectos de absorción son muy raros), una excreción apreciablemente elevada de la droga no es compatible con infestación palúdica. El autor hace la sugestión probable de que UNA CONCENTRACION STANDARD MAYOR DE 1.5 mgr./litro (que es el doble de la mayor concentración hallada en esta serie de casos) PUEDE CONSIDERARSE COMO CRITERIO QUE EXCLUYE EL PALUDISMO.

En cuanto a los casos de "malaria clínica", los resultados de la prueba sugieren que sólo una minoría de ellos sería realmente palúdica: con el límite de 1.5 mgr. por litro, 2/3 de los casos italianos y 9/10 de los ingleses diagnosticados como malaria clínica, no serían palúdicos; esto se confirma porque la excreción media y la distribución de las excreciones son las mismas en la malaria clínica y en entidades diferentes; no se sugiere de qué entidades se trata, ni se dice nada fundamentalmente nuevo con la anterior afirmación, pero sí se aclara que el diagnóstico es erróneo más a menudo de lo que ordinariamente se cree.