

T-22

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

**Algunas Consideraciones Sobre
627 Autopsias Practicadas
en el Hospital Rosales**

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

FRANCISCO PANIAGUA ROSALES

EN EL ACTO PUBLICO DE SU DOCTORAMIENTO
EN MEDICINA

§§

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

Jurados que practicaron los exámenes de Doctoramiento

Primer Examen de Doctoramiento Privado.

CLINICA MEDICA:

Dr. Luis Edmundo Vázquez
Dr. Lázaro Mendoza
Dr. José Benjamín Mancía

Segundo Examen de Doctoramiento Privado.

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Luis G. Macías
Dr. Saturnio Cortez M.
Dr. Guillermo Debbe

Tercer Examen de Doctoramiento Privado.

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Roberto Orellana V.
Dr. Antonio Lazo Guerra
Dr. Jorge Bustamante

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

Dr. ROMEO FORTIN MAGAÑA

Secretario General:

Dr. JOSE ENRIQUE CORDOBA



FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

Dr. SATURNINO CORTEZ M.

Secretario:

Dr. ROBERTO CUELLAR

Doctoramiento Público:

Dr. Luis Edmundo Vázquez

Dr. Roberto Masferrer

Dr. Alberto Aguilar Rivas

DEDICATORIA:

A mi adorada madre,
A mi muy recordado padre,
A mis hermanos,
A mi esposa,
A mis hijos.

AGRADECIMIENTO:

Al Dr. Luis Edmundo Vázquez,
quien me sugirió el presente trabajo.
A los Doctores Roberto Masferrer
y Alberto Aguilar Rivas,
quienes con su experiencia
me orientaron para realizarlo.

INTRODUCCION

Después de hacer una minuciosa revisión de las tesis doctorales presentadas hasta la fecha, no encontramos una similar a la presente, ya que la casi totalidad se concretan a estudiar determinado proceso morboso en determinado número de casos y ésta tiene como objeto revisar un buen número de autopsias, más de 600, tomando como punto primordial el estudio comparativo entre diagnóstico clínico y diagnóstico anatómico y además, el estudio del mayor número de relaciones y comparaciones de enfermedades, tomando en cuenta los distintos órganos de la economía, el sexo y la edad de los fallecidos.

Otro motivo por el cual se hizo este trabajo es la convicción de que los hallazgos de autopsia en estudios sistemáticos son los únicos medios de que dispone la ciencia para fijar la Patología de un lugar; hecho de gran interés e importancia desde todo punto de vista, tanto para la población en general como para la profesión médica en particular.

Por estas justas razones emprendimos este trabajo; no con un afán de crítica sino para proporcionar datos que sirvan de estímulo y de punto de partida para que los estudiosos emprendan análisis más completos de nuestra patología.

Los errores en que incurrimos merecen ser dispensados, en atención al esfuerzo que se pone de manifiesto, dada la inexperiencia del autor en esta clase de trabajos.

Por último, es posible que la profesión médica obtenga algunas ventajas al observar ciertos datos que se encuentran aquí, sobre todo en lo referente a la frecuencia con que se presentan algunas afecciones en determinados aparatos.

METODO DE TRABAJO

Esta tesis representa seis meses de paciente trabajo, que fueron empleados en revisar una por una tantas veces como fuesen necesarias las 627 autopsias que le han servido de base.

Estas múltiples revisiones tuvieron por objeto obtener el mayor número posible de pormenores referentes a diagnósticos provenientes de los Servicios, hallazgos o diagnósticos anatómicos, sexo, edad, frecuencia de lesiones anatómicas, protocolos sin diagnóstico, promedio de días de hospitalización y número de casos que llegan a sesión Anatómo-clínica. Luego de agrupados todos los datos mencionados anteriormente, se tabularon y reunieron en cuadros demasiado grandes para ser presentados en un trabajo como el presente, por lo cual se simplificaron lo más posible, aunque sin menoscabo de la precisión requerida por las estadísticas, hasta reducirlos a su mínima expresión. En esta forma es como se encontrarán en los lugares correspondientes de esta tesis.

Por tales razones y otras que obedecen a simple lógica, este estudio se ha dividido, además de la introducción y el método de trabajo o sean los primeros dos puntos, en los siguientes:

- 3) Breve reseña histórica de la utopsia y las conferencias Anatómo-clínicas en el mundo y en nuestro país.
- 4) Diagnósticos confirmados y no confirmados por la Autopsia en 627 casos.
- 5) Casos que llegan sin diagnóstico a la sala de autopsias.
- 6) Frecuencias de las afecciones y localizaciones más comunes según las autopsias.
- 7) Frecuencia de afecciones por aparatos.
- 8) Afecciones más frecuentes en relación a sexo y edad.
- 9) Afecciones que se escapan con mayor frecuencia al diagnóstico clínico.
- 10) Casos autopsiados que llgaron a conferencia Anatómo-clínica.
- 11) Promedio de días de hospitalización en los enfermos atendidos.
- 12) Bibliografía.

BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA AUTOPSIA Y LAS CONFERENCIAS ANATOMO-CLINICAS EN EL MUNDO Y EN NUESTRO PAIS

La medicina moderna comienza propiamente con la institución de las autopsias sistemáticas, caracterizadas por un examen perfecto y una descripción objetiva.

Antes de la adopción de la autopsia completa, la medicina clínica descansaba sobre observaciones dispersas de gran mérito, oscurecidas en parte considerable por especulaciones desesperadas concernientes al asiento, causa y naturaleza de la enfermedad.

La autopsia sustituyó la morgue por el gabinete del sabio, como fuente de información acerca de las enfermedades. Por sus medios la objetividad del pensamiento y el método reemplazaron las más confortables aunque desastrosas prácticas de construir complejas clasificaciones de enfermedades, en el fértil cerebro de los pensadores no observadores.

Durante un largo período de la historia de la medicina la autopsia jugó un papel insignificante e intermitente. No fue sino hasta después de la primera mitad del siglo XIX que la autopsia asumió su propia posición e importancia. En la breve biografía de las autopsias que sigue, hemos seleccionado solamente aquellos episodios que tienen conexiones definidas con el desarrollo de la técnica o con las huellas del pensamiento médico en relación con la autopsia. Para los interesados en este estudio, son obtenibles numerosas obras de las referencias y fuentes originales.

Muy poco se conoce acerca de los exámenes postmortem antes de fines del siglo XIII, cuando, durante, una epidemia de Peste ocurrida en Italia en 1286 un Médico de Cremona abrió muchos cadáveres, con el objeto de descubrir la causa de la epidemia.

La peste inspiró aparentemente mucho del naciente interés por la autopsia. En una carta fechada en Avignon, relativa a la "Muerte Negra" (1347 - 1350), un clérigo de los Países Bajos escribió que la abertura de los cadáveres había sido ordenada por el Papa para averiguar la causa de la enfermedad. Existen evidencias de que durante los primeros años del siglo XIV las autopsias fueron ampliamente practicadas en Bologna. Un reporte efectivo referente a un examen ordenado por la Corte en 1302, para determinar si el muerto no había sido envenenado, incluye estas palabras: "Nosotros nos hemos asegurado de la condición por la evidencia de nuestros sentidos y por la anatomización de las partes". Una ilustración de un examen postmortem, datada aproximadamente en 1300, y reproducida del original por Singer en el Budleian Library, representa a un Cirujano abriendo un cadáver y extrayendo los órganos en presencia de un Médico y de un Monge. La incisión se extiende del apéndice xifoides a la sínfisis del pubis.

Es de gran interés que durante los principios del Renacimiento los exámenes P.M. fueran practicados antes de que hubiera sido instituida la disección anatómica. Long explica este presumible interés por lo anormal por la opinión prevaleciente entonces de que la Anatomía normal había sido ya establecida en las obras de Galeno. La disección anatómica fue iniciada en el sur de Italia y

difundida rápidamente en las demás partes del país. No fue sino hasta principios del siglo XV que se hicieron disecciones de cadáveres humanos en los países Germanos. Introducidos en Viena con procedencia de Italia, las primeras disecciones fueron realizadas con carácter de pruebas y contra considerable oposición.

Hasta los tiempos de Antonio Benivieni (1440-1502), Médico de Florencia, las autopsias habían sido practicadas por razones médico-legales o religiosas o para averiguar la causa de las epidemias. Benivieni parece haber sido el primero en haber solicitado permiso de los familiares para examinar los cadáveres en los casos oscuros.

Una ilustración posterior de esta tendencia la dio Bernard Tornius (1452-1497), Médico de Florencia. Cuando murió el hijo de un alto oficial, Tornius recomendó que se le practicara la autopsia, con el propósito de descubrir si la enfermedad era de carácter hereditario, para poder así prescribir más inteligentemente a los otros niños de la familia.

Contribuciones a la Anatomía Patológica en el siglo XVI, por medio de autopsias y disecciones pueden encontrarse en las obras de Vesalio, Eustaquio, Paré y Donatus. Un gran progreso en Patología durante este período fue realizado por Schenck von Grafenberg, quien intentó liberarse por sí mismo de la influencia escolástica prevaeciente y desarrollar la observación y la investigación. En el séptimo volumen de su obra compiló las importantes contribuciones médicas desde Hipócrates e incluyó un informe de observaciones patológicas hechas por él mismo y por sus amigos.

Ya en el Siglo XVII se practicaron autopsias por hombres como Malpighi, Glison y Silvio. Fue durante este período que se construyó un museo de anatomía patológica por el personal médico del Papa, Riva (1627-1677), quien es acreditado también como fundador de una sociedad de patología en Roma.

Es de particular interés para nosotros el relato del primer examen post mortem practicado en América por hombres blancos. Este fue hecho el 18 de Julio de 1533 en el pueblo de Santo Domingo, en la isla Española (Haití y Santo Domingo). Dos gemelas siameses unidas desde la región umbilical hasta un punto precisamente abajo de los senos, habían muerto después de 8 días completos de vida.

El propósito del examen consistía en determinar si tenían dos almas o una sola, motivo de grave interés para el clérigo oficiante. El cirujano Mayor Juan Camacho practicó la autopsia, resolviendo el problema espiritual, pero ignorando la causa de la muerte. Otro informe de una temprana autopsia verificada en Norte América puede encontrarse en el relato del 2º viaje de Jacques Cartier hasta el río San Lorenzo, más o menos en el año 1536. Durante esta expedición sus hombres sufrieron de escorbuto y en la desesperación volvieron los ojos al examen postmortem, para encontrar la causa de la extraña enfermedad. "Aquel día Philip Rougemont, nacido en Amboise, murió a la edad de 22 años; y como la enfermedad nos era desconocida, nuestro Capitán sugirió que fuera abierto, para ver si era posible por algún medio saber lo que era y así buscar los medios de salvar y preservar el resto de la compañía". Existe el relato de una autopsia practicada en Salem, Massachusetts, en 1639. Durante las pocas décadas siguientes se practicaron algunas autopsias en E.E. U.U. de N. A. principalmente por razones médico legales.

El siglo XVIII fue testigo de los constantes progresos en las observaciones patológicas. Sólo mencionaremos a Morgagni (1682-1771), cuya gran obra sobre Sitios y Causas de la Enfermedad, corona una larga y fructífera vida, señalándole como el fundador de la Anatomía Patológica. Los informes publicados acerca de casi 700 autopsias, practicadas principalmente por él mismo, son magníficos ejemplos de cuidadosa descripción, aunque faltas del método sistemático de ulteriores investigadores.

La autopsia y por consiguiente la Anatomía Patológica, alcanzó su completo desarrollo en el siglo XIX, después de un período de rápidos progresos durante la última parte del siglo XVIII. Bichat (1771-1802), quien es acreditado

por haber hecho 600 autopsias en un año, estudió los tejidos con grandes detalles y observó sus cualidades después de la muerte; su elasticidad, su comportamiento cuando los trató por medio del calor, de los ácidos y los álcalis. Su muerte a los 31 años impidió la realización de sus promesas, pero su influencia directa sobre dos clínicas jóvenes, Corvisart y Laennec, apresuró el gran adelanto francés de la medicina. Corvisart y Laennec, consideraron la autopsia como un medio para estudiar el desarrollo de la enfermedad y utilizaron los hallazgos patológicos como bases para el diagnóstico físico. Una palabra más acerca de Corvisart. Poseía una perspicacia clínica no para entonces, sino para ahora, poniendo en alto valor la autopsia. Cuando era profesor de medicina práctica en el Colegio de Francia, insistió sobre las autopsias de rutina. Según lo ha expresado Sigerist, "Era inmenso el deleite del doctor y de sus discípulos si aquella confirmaban el diagnóstico. Más instructivos eran aún las instancias en que surgían discrepancias, porque daban a Corvisart la oportunidad de demostrarles de manera magistral cómo y por qué se había equivocado, explicándoles lo que había que aprender en las nuevas observaciones".

Acontecimientos de comparable importancia estaban teniendo lugar en Inglaterra en aquel mismo tiempo. Una nueva era en Patología fue inaugurada por William Hunter (1718 - 1783) y John Hunter (1726 - 1793), con la fundación del primer Museo inglés para la enseñanza de la Anatomía Patológica. Sus contribuciones fueron aumentadas por su sobrino Mathew Baillie (1761 - 1823), quien preparó el primer Atlas de Patología. Grandes actividades se evidenciaron pronto en el Guy's Hospital, donde gracias al estímulo de Sir Astley Cooper (1768 - 1841) las investigaciones patológicas comenzaron a florecer. Los exámenes postmortem fueron practicados entonces con más regularidad que antes, los expedientes se preservaron y se estableció un Museo de Anatomía Patológica bajo la dirección de un preparador especial. La sala de autopsias facilitaba material para los estudios de 3 personalidades cuyos nombres han sido perpetuados en la nomenclatura de los procesos patológicos: Richard Bright (1789 - 1859), Tomás Addison (1793 - 1860) y Tomás Hodgkin (1798 - 1866). La reputación de este grupo de trabajadores ingleses fue mantenida por Samuel Wilks (1824 - 1911), quien la continuó como patólogo en el Guy's Hospital. Allí, por 1859, se practicaban cerca de 250 autopsias anuales en el Hospital bajo su dirección.

Algunas palabras acerca de la Patología en Norte América en este período. A pesar de la juventud del País aparecieron 2 obras de Anatomía Patológica: un tratado de patología fue escrito en 1829 por William Edmonds Horner (1793 - 1853). Este fue seguido por un texto de Patología por Samuel D. Gross (1805 - 1884), de Filadelfia (del Colegio Médico Jefferson) el cual fue publicado en 1830 y reconocido como el mejor en lengua inglesa en aquel tiempo. La patología no obtuvo un vigoroso asidero, sin embargo y fue hacia Europa que los americanos se volvieron, en busca de suplementación de sus estudios médicos.

El progreso médico fue impulsado vigorosamente cuando Rokitansky (1804 - 1878) en Viena y Virchow (1821 - 1902) en Berlín, condujeron la autopsia y la Anatomía Patológica a su moderno y reconocido estado. Rokitansky desarrolló el primer método completo, sistemático de autopsias y personalmente practicó más de 30.000. Con Skoda hizo que Viena llegara a ser el Centro Médico de Europa. Virchow le consideraba como el primer Anatómo-Patólogo verdaderamente descriptivo y reputaba el Manual de Rokitansky como el fundamento de la medicina práctica. Al final de su carrera Rokitansky afirmó simplemente que él había escogido la Anatomía Patológica como una rama de la investigación adecuada para comprobar provechosamente la medicina clínica. La gran fama de la escuela Vienesa confirma la sabiduría de sus escogidos componentes y la magnitud de su éxito.

Virchow es popularmente conocido como el padre de la Patología. Su derecho a la paternidad puede ser legítimamente extendido a la medicina moderna, porque durante la actividad de Virchow apenas si hubo trabajador médico prominente en el mundo, que no estudiara bajo su tutela o cuyas actividades no hubiesen sido afectadas por contribuciones suyas. Unos 20 años después de ha-

ber comenzado sus trabajos en Patología asentó que su tarea había sido desacreditar la patología humoral especulativa y fundar en su lugar una Patología basada en la ciencia natural. Demostró que las enfermedades no eran sino manifestaciones de una reacción de las células del cuerpo humano contra las causas de la enfermedad. Sostuvo así mismo que todo proceso fisiológico posee una contraparte anatómica y que la enfermedad encuentra su expansión en procesos anatómicamente visibles.

El insatisfactorio estado de la autopsia cuando Virchow comenzó su obra se evidencia en sus escritos. La Anatomía Patológica era suplemento de la clínica. Los Clínicos decidían mientras el paciente estaba todavía vivo, qué órgano debía ser objeto de investigación. Usualmente la autopsia se limitaba a dicho órgano; el resto del cuerpo era despreciado o visto de manera precipitada. Este comentario de Virchow: "Todos sabemos cual era el resultado" no necesita ampliación. Algunos Clínicos ignoran aún hoy día que lo que era propiedad histórica en el siglo XIX, ha llegado a ser un anacronismo en el XX.

Ante la necesidad de autopsias sistemáticas, antes de que se estableciera el orden en medicina, Virchow se decidió a realizar dicha tarea. Su problema está planteado en la introducción de su libro Técnica de las Autopsias (1876), cuya traducción libre es como sigue: "Cuando comencé mi empleo el año 1844, como ayudante de Robert Froriep, Prosector en la Caridad, encuentre la sala de autopsias en verdadero desorden. Había apenas unos pocos exámenes hechos por el propio Prosector y esto sólo mediante petición especial: la gran mayoría eran practicados por los jóvenes Cirujanos de la Caridad, faltos de adiestramiento técnico... No se tomaban notas durante la autopsia y el record era hecho sin interrupción durante la autopsia y los informes se reunían después del examen, para recuerdo... Mi tarea fue doble, luego después que llegué a Prosector en 1846. Por un lado intentaba obtener una serie útil de informes, haciendo que practicara cada autopsia una sola persona, registrándolas en protocolos completos... Por otro, era necesario encontrar un método sistemático de investigación anatomo-patológica e introducir una técnica precisa, que pudiera usarse como regla en todo los casos ordinarios. Tal método lo he perfeccionado en el curso de los años y ha sido usado bastante tiempo para comprobar su valor".

Los métodos de Virchow estaban ideados para permitir: 1º un avalúo completo de la extensión y naturaleza de las alteraciones de los órganos; y 2º, la posibilidad de conservar importantes relaciones, cuando fuese necesario, con el objeto de hacer demostraciones. El mismo Virchow afirmaba que estas condiciones se oponían una a otra en cierto modo, pero que siempre se encontraba una solución satisfactoria en el uso de su método. Después de un cuidadoso examen de los órganos y de las relaciones de estos in situ, Virchow extraía los órganos por separado y luego después les practicaba cortes, ya fuera del cuerpo. Siempre que se encontraban procesos patológicos que hicieran necesario conservar las relaciones de ciertos órganos, ya fuera para posterior estudio de las lesiones o con propósitos de demostración, la técnica se alteraba. La cavidad peritoneal era abierta y su contenido inspeccionada antes de que fueran expuestos los órganos torácicos. Esto permitía, entre otras cosas, una medida correcta de la altura del diafragma. El cerebro era seccionado inmediatamente después de extraerlo del cráneo. La gran ventaja de la técnica de Virchow era su simplicidad para el principiante; por el contrario, como permitían que fueran destruidas las relaciones entre los órganos, facilitaba que incurrieran en errores. En manos de patólogos diestros el método de Virchow constituye indudablemente una técnica eficaz y expedita. Usado con inteligencia de modo que permita suficiente latitud en las desviaciones del procedimiento standard, satisfará las demandas estrictas.

La técnica de Rokitansky fue escrita por su discípulo Hames Chiari (1851 - 1916) en un libro publicado en 1894. El principio fundamental de este método era que la conexiones existentes entre los órganos deberían ser molestados lo menos posible durante la autopsia. Todos los órganos eran examinados y abiertos in situ, de tal modo que pudieran ser descubiertas y preservadas las relaciones normales. Por esta técnica los exámenes eran practicados de manera

sistemática. Permitía una completa vista de los cambios patológicos y obtener especímenes adecuados para demostraciones.

Heller, alumno de Friedrich Albert von Zenker (1825-1898), escribió un pequeño bosquejo de la técnica de autopsias en 1902. Este estaba basado en el método usado por Zenker, primero en Dresden y más tarde en el Instituto Patológico de Erlangen. Zenker se había desarrollado independientemente y aunque influenciado por sus predecesores, siguió a Rokitansky y la Escuela Vienesa, más que la de Virchow. Heller combatió la técnica de Virchow, que por entonces tenía puesto preponderante en la mayoría de los Institutos de Patología y procuró lograr que se adoptara el método de Zenker en toda Alemania. Su principal crítica del método de Virchow fue que las relaciones de los órganos eran necesariamente destruidas. La insistencia de Heller sobre la preservación de las relaciones de los órganos entre sí, lo llevó finalmente a adoptar un método de evisceración completa con disección posterior fuera del curepo.

El método de Zenker fue eventualmente incorporado en una monografía mayor escrita por otro discípulo suyo, Gustave Hauser, quien sucedió a su maestro en Erlangen. Esta fue publicada en 1913 e intitulada *Técnica de Autopsias Zenker*, en memoria del maestro. El requerimiento básico de este método según lo definía Hauser, era que debían ser conservadas las conexiones entre los órganos fisiológicamente relacionados; la separación puede ocurrir solamente cuando una vista más estrecha de los cambios patológicos no sea posible de otro modo o se encuentre demasiado difícil técnicamente. Los órganos del cuello y tórax eran removidos en una sola pieza. El corazón era abierto por un método que difería considerablemente de la técnica de Virchow. El cuello y los órganos torácicos eran removidos antes de que fuese abierta la cavidad peritoneal, procedimiento como resultado del cual no era posible medición ninguna del diafragma. Los intestinos eran extraídos en junta con el mesenterio, en vez de separarlos del mesenterio en el cuerpo, según el método de Virchow. Existían otros numerosos puntos de diferencia, pero todos dependían de la preservación de las conexiones entre los órganos y las estructuras en grupos topográficos.

Excepción hecha de un número de pequeños cambios, que pueden hacerse sin gran molestia, tanto los métodos de Rokitansky (Chiari) como los de Zenker (Hauser) proveen medios adecuados para realizar los propósitos de la autopsia. La principal crítica de ambos métodos descansa sobre la necesidad de que el operador posea considerable destreza y experiencia. Para el principiante estos requerimientos son de considerable importancia, puesto que necesita un largo período de tiempo para la adquisición del perfeccionamiento. Por otra parte la conservación de las conexiones entre los órganos mencionados, previene la comisión de serios errores por los jóvenes patólogos. Desde este punto de vista la total evisceración preconizada por Heller alcanza justificación. En ciertas condiciones de enfermedades ampliamente difundidas que envuelvan muchos órganos y estructuras, la evisceración total es un procedimiento de gran conveniencia y valor.

Siguiendo los caminos trazados por Virchow y Rokitansky, otros patólogos han experimentado interés por la técnica de las autopsias. Nauwerk escribió en 1891 su comprensivo manual sobre métodos postmortem. De este se hicieron muchas ediciones hasta 1921 y llegó a ser un método standard para muchos países. Nauwerk dio mucho énfasis a la técnica de Virchow y le introdujo cierto número de modificaciones propias. Luego aparecieron numerosas pequeñas guías sobre técnica de autopsia, difundidas en los países germanos. La más reciente (1932) es un breve compendio escrito por Roesle, quien se apoya pesadamente, sobre los procedimientos de Zenker, aunque escoge los mejores rasgos de muchos otros métodos. Roesle es también responsable de la presentación más completa de varias e importantes técnicas de autopsia. En Francia ha alcanzado gran popularidad el método de Le Tulle. En Inglaterra y E.E. U.U. de N. A. han aparecido tratados sobre autopsia en menor número. Mencionaremos aquí solamente dos grandes obras americanas: una por Warthin (1897 y 1911) y otra por Catell (1905). Warthin fue influenciado por Kolisko, pero seleccionó además los mejores detalles de los diversos métodos continentales. Catell in-

cluyó instrucciones detalladas para la ejecución de una autopsia, en un libro inclusivo sobre patología gruesa. En Inglaterra la obra de Shennan sobre exámenes postmortem y Anatomía Patológica lleva hoy su tercera edición. El libro americano standard sobre métodos histológicos, por Mallory y Wright, contiene una relación concisa de la técnica de autopsias.

A los patólogos no muy atados por la tradición, la familiaridad con los métodos de Virchow y Zenker los llevará a una adecuada elección de la mejor técnica o combinación de técnicas requeridas por cada caso especial. Hay que comprender que una autopsia verdaderamente completa será posible rara vez por cualquier método que se emplee. Las restricciones que gobiernan la ejecución de una autopsia, impiden la remoción de muchas estructuras. La cara, las extremidades, los ojos y partes de la boca no son a menudo estudiadas. Es solamente en circunstancias excepcionales en que haya facilidades especiales aprovechables, como fue el caso del Instituto Dresden bajo la dirección de Schmorl, que estructuras tales como la columna vertebral entera pueden ser estudiadas.

Otras consideraciones aún entran en la definición de lo que es una autopsia completa. La selección adecuada del material para preparaciones histológicas y la correcta preservación de los grandes especímenes para futuros estudios y demostraciones, son problemas que perturban a todo patólogo. El alejamiento de sus investigaciones en la sala de autopsias comparados con los procedimientos iniciales seguidos en aquella, dependerá de las facilidades logradas para estudios histológicos y experimentales por cada laboratorio particular y de la suma de curiosidad peculiar de cada patólogo. Porque no hay límite aparente para las posibilidades que abarca la designación de "Autopsia completa". Esto es evidente en vista de la creciente demanda de Patólogos en los últimos años, como resultado del avance ininterrumpido de todas las diversas ramas de la medicina. La autopsia de hoy día incluye muchos más procedimientos que los que se consideraron necesarios hace 50 ó aún 20 años. Cierta número de estructuras del cuerpo han tomado recientemente un nuevo significado, haciendo necesarios mayor número de estudios morfológicos. El descubrimiento de la estructura química de ciertas vitaminas y hormonas aisladas ha obligado a los Patólogos a la reconsideración de series patológicas y la descripción de nuevos cuadros de enfermedades que previamente no pudieron ser definidas con exactitud.

¿Cual es la presente condición de la Anatomía Patológica? A despecho de los importantes adelantos en otras ramas de la Medicina, la Anatomía Patológica continúa siendo el cimiento de la práctica médica y de una buena proporción de investigaciones médicas. A través de la historia de la Medicina, la Anatomía Patológica conserva una posición de *absoluta importancia*, porque así lo permite la naturaleza misma de su campo. Nunca puede llegar a ser desusada como medio de contribución a los conocimientos médicos, mientras haya enfermedades que se manifiesten por alteraciones en la estructura del cuerpo. Su posición *relativa* en el mundo médico puede fluctuar, dependiendo de los descubrimientos de otras fuentes de nuevos métodos de acceso. No existe antagonismo esencial ninguno entre la Anatomía Patológica y los campos alterados por recientes progresos de las ciencias básicas. Por el contrario, el Patólogo como el Fisiólogo, han tomado posesión de los aportes de la química y la física como una carga sobre su trabajo. Porque los campos de la Patología incluyen no solamente la Anatomía Patológica sino también la Fisiología Patológica, igual que la Química Patológica. Y es la autopsia la que provee los problemas de todas tres. Hay que hacer énfasis en que la autopsia no ha sido completa cuando los órganos han sido inspeccionados, removidos y disecados; antes bien apenas si ha sido comenzada la investigación. Ahora pueden tomarse prestados métodos de cualquier fuente, para ayudar a resolver las preguntas surgidas del examen macroscópico.

¿Qué requerimientos se le imponen ahora al Patólogo? La definición de Chiari puede ser ampliada y alterada para satisfacer las necesidades actuales. El Patólogo actual debe ser versado en las distintas divisiones de la Anatomía y la Embriología; debe dedicar años de actividades a la rutina del laboratorio, para adquirir conocimientos adecuados de Anatomía Patológica; debe reconocer los problemas en la autopsia e investigarlos o hacer que sean investigados por me-

dios bacteriológicos, fisiológicos o químicos; debe actuar como guía y consultante de los Clínicos en la solución de sus problemas de rutina; tener una amplia visión sobre toda la medicina y mantener estrechas conexiones con los progresos de las ciencias básicas en los campos de la Clínica; debe incorporar a su trabajo nuevos métodos desarrollados en otras disciplinas y colaborar con el especialista en líneas conexas de esfuerzo, cuando esté indicado un ataque en combinación; debe, en fin, cumplir la obligación final de propagar en forma oral y escrita lo que haya aprendido a través de las prerrogativas de su posición. Ante todo, sus contribuciones al campo de la Patología deben estar basadas en un cabal adiestramiento en la sala de autopsias. Para que el Patólogo continúe siendo un trabajador fecundo en su especialidad, no debe extraviarse demasiado de la fuente que le proporciona a la vez sus conocimientos y sus problemas.

BREVE RESEÑA DE LA ANATOMIA PATOLOGICA Y LA AUTOPSIA EN NUESTRO PAIS

Informándonos personalmente con nuestros médicos que tienen mayor tiempo de egresados, hemos podido reunir los siguientes datos.

Hacia el año 1902, el Dr. Emilio Alvarez, colombiano, era a la vez que un eminente Cirujano un Patólogo de nota. Fue el primero que estudió en el País el Rinoescleroma, en colaboración con el maestro francés Dr. Cornil. Publicaron un libro titulado: "El Rinoescleroma en El Salvador" por los Doctores E. Alvarez y Cornil. Parece que en este tiempo no se daba en nuestro medio la debida importancia a la autopsia y a la Anatomía Patológica (dato sin confirmación).

Del primer profesor de Anatomía Patológica que hemos podido obtener datos es el Dr. Clara, quien daba su clase únicamente en forma teórica antes del año 1909, sin poder precisar fecha exacta.

Ya en el año de 1910 era profesor de la materia el Dr. Santiago Letona, egresado de la Facultad de París. Este si daba su clase *en forma*, teórica y práctica, puesto que entonces comenzó a usarse el micrótopo en las piezas obtenidas de las autopsias.

No hemos podido obtener datos relativos al decenio comprendido entre 1910 y 1920, pero sí de esta fecha en adelante. Por los años de 1921 - 1922 era profesor de Anatomía Patológica el Dr. Salvador Peralta Lagos, quien desempeñó el cargo hasta 1924. Durante estos mismos años era encargado de autopsias el Dr. Joaquín Soto. Como una pequeña ilustración mencionaremos el hecho de que la tesis doctoral de este colega, fue inspirada por un hallazgo de autopsia en un ciudadano chino y la tituló "El Chonorquis Sinensis en El Salvador", (Fasciolopsis hepática). Por esta misma época azotó a nuestro pueblo la última epidemia de Fiebre Amarilla, que por fortuna no alcanzó proporciones mayores (alrededor de 50 casos) dando la oportunidad de practicar sistemáticamente la autopsia a todos los muertos o sospechosos de haber muerto de dicha fiebre.

Al Dr. Peralta Lagos lo substituyó el Dr. Eduardo Méndez, quien al mismo tiempo fue jefe del servicio de autopsias, durante los años 1925 y 1926. A su muerte ocupó la vacante el Dr. Carlos Lardé, quien trabajó hasta fines de 1927. En esta fecha ocupó la jefatura del Servicio de Anatomía Patológica y autopsias el Dr. Ernesto Fasquelle, permaneciendo en ella hasta 1948. En 1928, a propuesta del jefe, fue nombrado jefe colaborador el Dr. José Ciro Brito, con quien colaboró el malogrado colega Leopoldo Alvarez Alemán. También fueron colaboradores del Dr. Fasquelle en histopatología, el malogrado Dr. infieri René Moreira y el actual Dr. Roberto Arévalo. Al Dr. Brito lo reemplazó en 1944 en el Servicio de autopsias, el Dr. Roberto Masferrer, quien es jefe del Departamento de Anatomía Patológica desde 1948.

BREVE RESEÑA DE LA CREACION DE LAS SESIONES ANATOMO CLINICAS Y DE OTROS SERVICIOS AFINES A LA PROFESION MEDICA

Anatomo-Clínicas en El Salvador.

Richard C. Cabot, M. D. Profesor de Medicina y Etica Social en la Universidad de Harvard y Médico del Hospital General de Masachussets, en Boston, fue el primero en comprender los inmensos beneficios que traería consigo para la profesión Médica y para la humanidad en general, el hecho de verificar los diagnósticos clínicos; y que el único camino que conduciría a tal fin para conseguirlo, era la combinación de labores entre el Patólogo y el Clínico.

Compentrado de esta gran idea, comenzó en el año de 1895 a practicar ejercicios privados de Anatomo-Clínica, en su propia oficina.

Cinco años más tarde quizo llevar sus ideas y enseñanzas a mayor número de personas y fue así como, en el año de 1900, comenzó a practicar sesiones Anatomo-Clínicas con los alumnos del 3er. año de Medicina de la Universidad de Harvard. Ya en 1906 publicó 78 casos.

En el año 1910 inició estos mismos ejercicios en el Hospital General de Massachussets, donde 5 años después, en 1915, comenzaron a estenografiarse las conferencias, copias que luego eran repartidas a los Médicos que las solicitaban, tanto de EE. UU. como de Europa, Asia y Oceanía.

Al aumentar la importancia dada a estos trabajos se publicaron de manera más formal, haciéndolo desde 1926 en la revista Boston Medical and Surgical Journal, que ulteriormente se transformó en el New England Journal of Medicine, donde se han continuado publicando hasta la fecha.

Estos datos los suministró el mismo Dr. Cabot en la Historia del Hospital General de Massachussets.

La actividad creadora del Dr. Cabot, siempre en pro de la humanidad doliente, no termina con esto, pues no tardó en descubrir los estrechos vínculos que existen entre el aspecto médico y el aspecto ambiental en que vive una persona y para sacar provecho a estas relaciones médico-ambientales ideó y creó el Servicio Médico-Social, que tanta ayuda presta hoy a los hospitales que lo tienen establecido. Por último, mencionaremos que fue también el Dr. Cabot el creador de los Servicios Médico-Religiosos, al advertir que un paciente se sentía mucho mejor cuando, además de proporcionarle lenitivos corporales se le brindaban los espirituales. (1)

Siguiendo el ejemplo de los Norteamericanos, se inauguraron sesiones Anatomo-Clínicas en el resto de los países civilizados del mundo.

En nuestro país, fue en Agosto de 1944, por iniciativa del Dr. Roberto Masferrer, que se llevó a cabo la 1ª conferencia Anatomo-Clínica, en el salón de Conferencias del Hospital Rosales. Desde entonces a esta fecha, tan importantes sesiones se vienen sucediendo periódicamente los sábados en el mismo lugar donde se inauguraron, amén de que de vez en cuando se celebren dichas conferencias en otros hospitales de la República. Al hablar aquí de primera Conferencia Anatomo-Clínica, nos referimos a la primera de la actual serie bien organizada e iniciada en la fecha apuntada; porque en realidad, las primeras Sesiones Anatomo-Clínica fueron verificadas por los Doctores José Ciro Brito y Leopoldo Alvarez Alemán, por iniciativa del Dr. Luis V. Velasco; haciéndolo entonces en forma desorganizada y esporádica, unas 2 o 3 al año.

(1) Datos obtenidos por cortesía del Dr. Alberto Avila Figueroa.

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS Y NO CONFIRMADOS POR
LA AUTOPSIA EN 627 CASOS

	Nº	%
Casos confirmados	253	40.4
Casos no confirmados	288	45.9
Casos sin diagnóstico	86	13.7
Total de autopsias	627	100.0

Como se puede ver en el cuadro anterior, hay un número de casos que asciende a 86, el 13.7% del total, que no se puede tomar en cuenta para desarrollar este punto, por lo que se excluirán del presente, pero serán objeto de un punto especial que se tratará adelante.

Por consiguiente, el cuadro anterior quedaría reducido al siguiente:

	Nº	%
Casos Confirmados	253	46.8
Casos <i>no</i> confirmados	288	53.2
Total de Casos	541	100.0

Para conseguir un desarrollo mejor de este tema lo subdividiremos en 2 partes: a) una que trate de los casos cuyo diagnóstico haya sido confirmado por la autopsia; y b) otra que tome separadamente los casos de diagnóstico clínico no confirmado.

a) Casos cuyo diagnóstico fue confirmado por la autopsia.

En el total de casos se encuentra que hay 253 en los cuales el diagnóstico fue acertado, es decir, en 46.8%. Según los conocimientos y el criterio de apreciación de cada persona, este porcentaje podrá tomarse como alto o como bajo; mas para emitir un fallo final sería conveniente tomar en cuenta 3 cosas: 1ª que nuestra medicina es relativamente joven, juventud que sobresale aún más si se compara, por ejemplo, con la de los países europeos y la de los EE. UU.; 2ª que el medio en que se trabaja en nuestros hospitales, los auxilios de que se dispone para hacer un diagnóstico etc., se encuentran muy distantes de llegar al adelanto que han alcanzado otros países; y 3ª el hecho innegable de que a la mesa de autopsias llegan casi exclusivamente los casos seleccionados por lo difíciles, entre los presentados en la práctica corriente de la Clínica.

Como se carece de tablas estadísticas para comparar, sólo se puede concluir que el diagnóstico clínico fue correcto en menos del 50% de los enfermos, lo cual debiera interesar vivamente al Médico y ponerle en el camino de la investigación, para esclarecer si esto se debe a falta de interés o de acuosidad en el diagnóstico o a falta de equipos necesarios para la investigación adecuada.

b) Casos de diagnóstico no confirmado por la autopsia.

Esta subdivisión sería el lado opuesto de la anterior por tratarse aquí de los 288 diagnósticos clínicos que no fueron confirmados por la autopsia, equivalentes al 53.2% del número de casos tomados en consideración.

Como se puede ver, el número de desaciertos es mayor que el de aciertos, con una diferencia del 6.4%. Buscándole explicación a esta diferencia se pueden aducir las razones siguientes: 1ª Las expuestas en la subdivisión *a*, que son un obstáculo para llegar a un buen diagnóstico; 2ª la frecuencia con que, por negligencia u otra causa, se comete el mismo error en algunos hospitales, que como se comprende va a aumentar el número de desaciertos.

Podríamos hablar aquí indistintamente de cualquier hospital, pero en obsequio a la facilidad y no por malicia tomaremos como ejemplo el Hospital Psiquiátrico, porque el 50% de los diagnósticos con que llegaron los cadáveres a

la sala de autopsias fue el de *carencia*, cuando en realidad habían muerto de procesos muy distintos. Las líneas siguientes aclararán más este aserto. Durante los años 1951, 1952 y 1953 el Hospital Psiquiátrico envió 73 cadáveres al Hospital Rosales para que fueran autopsiados, los que representan el 11.6% de las 627 autopsias comprendidas en este estudio.

36 iban etiquetados como *carenciales* o sea el 49.3% del total enviado, diciéndose habían muerto por carencias múltiples. Mas, la realidad estuvo muy lejos de ser esta, pues tan alto porcentaje se desvaneció ante los ojos del Patólogo, resultando apenas 2 casos con signos anatómicos de hiponutrición; en los 34 restantes se encontraron procesos muy comunes y a la vez muy distintos del síndrome en cuestión, tales como nefritis crónica, sífilis aórtica, neumonía, bronconeumonía, pleuresía, meningitis bacteriana, hemorragia meníngea y otros más no enumerados por no hacer demasiado larga esta lista.

Por lo dicho y con la sana intención de no herir susceptibilidades, parecería conveniente que este error no siguiera repitiéndose con la frecuencia apuntada y para conseguirlo sugeriremos investigar si el mal se debe a escasez de personal en dicho Centro Hospitalario o a falta de interés en el diagnóstico.

CASOS QUE LLEGAN SIN DIAGNOSTICO A LA SALA DE AUTOPSIAS

El número de casos llegados sin diagnóstico a la mesa de autopsias fue de 86, es decir, el 13.7% del total. En esta cantidad están comprendidos tanto los casos cuya boleta presentaba en blanco el espacio destinado al diagnóstico como aquellos que presentaban las vaguedades siguientes: anemia, diarrea, muerte súbita, insuficiencia cardíaca y otras por el estilo, que como se comprenderá no son diagnósticos clínicos y ni siquiera representan entidad nosológica ninguna. Respecto a los casos con la casilla en blanco, sería de desear que se redujeran a cero o poco menos en atención a que se necesita corto tiempo para formarse un juicio más o menos diagnóstico en determinado caso, asentarlo luego en su respectivo lugar y esperar los resultados de la autopsia, sin temor a que el Patólogo vaya a encontrar evidencias de lesiones completamente distintas a las sospechadas en la clínica. La ausencia de diagnóstico, se justificaría solo en aquellos casos en que el individuo se hubiera encontrado muerto o en estado agónico, sin señal externa de violencia o sin ningún dato anamnésico que orientara en sentido determinado.

En cuanto a los "diagnósticos" mencionados arriba pensamos que fuera conveniente sugerir a las personas a quienes les toque hacerlos no olvidar que los cuadros patológicos están perfectamente definidos, con sus nombres propios, no siendo correcto tomar un síntoma por la enfermedad misma o asentar como diagnóstico la manera de morir una persona, porque ambos modos de proceder son criticables. A este respecto sería conveniente que el consejo Superior Directivo del Hospital Rosales y las dependencias a que concierna este asunto en los demás hospitales tomaran las medidas necesarias para que al apuntar algún diagnóstico se tome como patrón la codificación internacional de enfermedades y causas de muerte, como se hace en países más avanzados que el nuestro. Tomar esta medida es de mucha importancia y se vuelve indispensable cuando se trata de hacer estudios ulteriores.

Por último se dirá que no se puede llegar a conclusiones porque un mismo individuo puede presentar varias clases de lesiones o varias localizaciones de una misma lesión y porque no se ha tomado el verdadero total de las autopsias.

FRECUENCIA DE LAS AFECCIONES Y LOCALIZACIONES MAS COMUNES, SEGUN LAS AUTOPSIAS

A continuación aparece un cuadro en el cual se pueden ver las afecciones más comunes en nuestro medio y el número de veces que cada una de ellas fue encontrada en la mesa de autopsias.

Nombre de la afección	Nº de lesiones.
Neumonía bacteriana	89
T.B. pulmonar	87
Cáncer (diversos órganos)	74
Nefritis Crónica	60
Hemorragia meníngea	42
Branconeumonía	40
T.B. hepática	38
T.B. ganglionar	34
T.B. esplénica	30
Peritonitis purulenta	30
Meningitis purulenta	30
Cirrosis hepática	30
Nefritis aguda	25
T.B. meníngea	24
Edema agudo pulmonar	21
T.B. intestinal	21
T.B. peritoneal	17
Hemorragia cerebral	17
Reumatismo cardíaco	16
Pericarditis bacteriana	16
Endocarditis subaguda	16
Infarto del miocardio	14
Sífilis aórtica	14
Paludismo	10
T o t a l	<u>798</u>

Al sumar en este cuadro todas las afecciones encontradas resulta un número mayor que el total de autopsias estudiadas; pero esto no debe extrañarnos ya que aquí se trata de afecciones y no de enfermos y lo corriente es encontrar más de una afección en cada caso autopsiado.

Este cuadro puede servir de guía al Médico, porque en él puede ver la frecuencia con que se presenta determinada lesión en nuestros enfermos, evitándole en gran parte la necesidad de recurrir a estadísticas extranjeras.

FRECUENCIA DE AFECCIONES POR APARATOS

En el siguiente cuadro se puede apreciar cuáles son los aparatos que presentan mayor incidencia de morbilidad y cuáles los que la presentan en grado menor.

Nombre del aparato:	Nº de lesiones.
Digestivo (y peritoneo)	413
Respiratorio	334
Circulatorio	307
Génito-urinario	168
Nervioso	141
Hematopoyético	100
Endocrino	10
Osteo-cartilaginosa	6
Piel	5
	<u>1.484</u>

Aquí también, como en el cuadro anterior, al sumar el número de lesiones resulta un número mucho mayor que el total de casos estudiados, lo que indica que en los cadáveres autopsiados no fue un solo órgano sino varios los que se encontraron lesionados en gran número de los exámenes hechos.

Dichosamente en algunos servicios de medicina del Hospital Rosales (los primeros, por ejemplo,) ya se está trabajando en una forma distinta: en realidad se pasa visita a los pacientes y cualquier variación del cuadro inicial o la falta de respuesta terapéutica, son motivos bastantes para iniciar una investigación, con el objeto de descubrir la causa de los cambios sintomáticos o la ausencia de respuesta terapéutica. Sería de desear que los demás servicios hicieran lo mismo, puesto que tal proceder implica una práctica beneficiosa para los enfermos y un paso hacia adelante en el sentido de la responsabilidad de profesionales y estudiantes.

Analizando este cuadro desde un punto de vista concerniente a la comunidad, llama la atención el alto número de casos de T.B. pulmonar, el cual llega a 87 o sea el 13.9% de las 627 autopsias.

Conviene aclarar que durante estos años raramente ordenaron autopsia a cadáveres de las salas de tuberculosos del Hospital Rosales.

Preocupa sobremedida el alto porcentaje de T.B. pulmonar encontrado, pero es más alarmante aun el hecho de que 34 de estos 87 casos, es decir, el 39.1% del grupo estudiado, se escaparon al diagnóstico clínico. Esto hasta cierto punto es imperdonable, porque tanto el Hospital Rosales como otros hospitales cuentan con excelentes equipos de Rayos X, recurso que obligaría a aceptar cuando mucho un 2 o un 3% de error. Entonces, si se dispone de tan buenos equipos, ¿qué está sucediendo en nuestros centros benéficos, que se ignoran lesiones tuberculosas que deberían ser diagnosticadas clínicamente? ¿será que los rayos X no los descubren? ¿o que a estos enfermos no se les tomó radiografía pulmonar? Ambas hipótesis son posibles y para descubrir la verdadera causa se hace necesario emprender una seria investigación, que resuelva la incógnita.

A título de sugerencia cabe decir que sería conveniente dotar nuestros consultorios externos de lo necesario para tomar placas radiográficas de 4X3, cuyo reducido costo permitiría tomárselas a todos los pacientes examinados en dichos consultorios.

CASOS AUTOPSIADOS QUE LLEGARON A SESION ANATOMO-CLINICA

El número de casos autopsiados que llegaron a sesión Anatómo-clínica suma 216, representando el 34.4% del total de los estudiados. Tal cantidad parece estar acorde con el medio, puesto que representa un poco más de la tercera parte del total de casos. Por otra parte se debe reconocer que ello significa intensa y meritoria labor del Dpto. de Anatomía Patológica, ya que la presentación de un solo caso en sesión Anatómo-clínica requiere el desarrollo de apreciable cantidad de trabajo adicional del personal del mismo Departamento.

Si examinamos las cosas desde el punto de vista tiempo, veremos que 216, el número de casos presentados, casi coincide con el de semanas hábiles comprendidas en 5 años y por lo tanto se puede afirmar que fue presentada por lo menos una sesión anatómo-clínica por semana.

A propósito de nuestras "conferencias anatómo-clínicas" diremos en forma ligera, no como crítica sino solamente para hacer memoria, que se pierde mucho tiempo en ellas al incurrir en una serie de repeticiones: unos repiten lo dicho ya por el ponente y otros, una larga serie de síntomas y signos leídos en el protocolo correspondiente, cosas ambas que resultan innecesarias, porque ningún provecho se saca de ellas. Pareciera más conveniente dar otra orientación a las discusiones en las citadas "conferencias", aprovechando el tiempo que actualmente se pierde y ver, por ejemplo, 2 casos por sesión en vez de uno.

Así mismo nos parece que fuera actualmente de desearse que se revisara el título dado a las conferencias de que se trata, adoptando la terminología inglesa sin duda más acertada: Conferencias o Sesiones "Clínico-Patológicas".

PROMEDIO DE DIAS DE HOSPITALIZACION EN LOS ENFERMOS ATENDIDOS

Después de un recuento minucioso practicado en 501 casos encontrados completos para hacer el presente cálculo se da a conocer la alta cifra de 45.4 días, resultante como promedio de los días que permanece cada enfermo en una de nuestras camas de hospital. Como puede verse esta cifra es demasiado alta y perjudicial.

Alta, porque el promedio de días de hospitalización en los Centros avanzados oscila entre 6 y 10 y al pasar de 15 días la permanencia de un enfermo hay que investigar la causa por la cual se ha sobrepasado el promedio normal, acaso debida a pacientes crónicos, incurables o a error diagnóstico.

Perjudicial, porque a 45.4 días de permanencia corresponde un gasto de ₡243.34, porque según los cálculos del Hosp. Rosales cada día de permanencia de un enfermo cuesta a dicho hospital ₡5.36. Por otra parte al reducirse la permanencia de un enfermo en un hospital, se beneficia a mayor número de habitantes de una comunidad, puesto que en 45.4 días debería ser ocupada esa cama por 3 o más enfermos en vez de serlo por uno solo, como lo es actualmente.

Sin temor de equivocarnos podemos afirmar que este alto promedio de días de hospitalización es una de las grandes causas por las cuales nuestro Hospital Rosales, que cuenta con un buen número de camas, (1052), resulta insuficiente para atender a todos los menesterosos.

Claramente se ve la conveniencia de encontrar la manera de remediar este defecto, con el fin de beneficiar a mayor número de necesitados.

Se nos ocurre que serían necesarias 4 cosas para conseguir este objeto: 1ª, hacer un concienzudo estudio a todo enfermo que llegue a nuestros hospitales y evitar errores de diagnóstico, que resultan desastrosos para el enfermo y perjudiciales para la economía del hospital; 2ª, instituir a cada enfermo una terapéutica razonada, sin tomar en cuenta el costo de las medicinas sino su reconocida eficacia y no como se procede en la actualidad, que se sacrifica tiempo en aras de la aparente baratura de medicinas de menor eficacia y seguridad. En este aspecto juega un importantísimo papel la exigüidad de los presupuestos asignados a los hospitales, por lo cual deberíamos comenzar por corregir dichos presupuestos; 3ª, que el personal de los diversos Servicios ponga especial cuidado en darles alta a los enfermos lo más pronto que el caso lo permita, aunque fuese necesario darles algunos medicamentos para que los interesados terminen su curación fuera del hospital; y 4ª, que los Departamentos especializados como son Oto-Rino, Cardiología, Cancerología etc., atiendan a la mayor brevedad posible las consultas y opiniones que se les pidan de los Servicios generales.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Archivo del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales.
- 2) Archivo general del Hospital Rosales.
- 3) The Postmortem Examination, por Sidney Farber, M.D.
- 4) The New Englan Journal of Medicine.