

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA,
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN Y
DE LA ASOCIACION MEDICA ANTIOQUEÑA.

VOLUMEN 2

— MEDELLIN, OCTUBRE DE 1951

— NUMERO 3

EDITORIAL

Discurso pronunciado por el Dr. Braulio Henao Mejía, Gobernador del Departamento, con motivo del grado Honoris Causa concedido al Dr. Gabriel Toro Villa por la Universidad de Antioquia, en la Semana Universitaria del presente año.

En principio las sociedades humanas no son benévolas. Cuando tributan pública admiración y galardonan a alguno de sus elegidos, casi sin excepción ello se debe a méritos concretos, acendrados en una vida pura y útil y conquistados por el ejercicio de virtudes de tal manera culminantes que se han impuesto al espontáneo aplauso colectivo. Tal es el caso del Dr. Gabriel Toro Villa y éste el motivo para que nuestra Universidad, madre augusta, nos haya congregado para honrarlo con el ambicionado y bien merecido título de Doctor Honoris Causa en Ciencias Naturales, honrando al mismo tiempo a este su modesto vocero, al conferirle el encargo de ofrecer el homenaje en representación del Consejo Directivo y al brindarle la especial ocasión de expresar al dilecto amigo, compañero y consejero de largos años, su admiración encendida y su afecto sin sombras.

Dr. Toro: En acto de consagración para vos, quiero hacer, siquiera en forma panorámica y rapidísima el recuerdo de una época de nuestra escuela médica nacional, porque estoy seguro de que os es especialmente grato y porque considero oportuno en esta hora revivir aquella etapa que da singular brillo a la historia de la Medicina en el país. Si en la Universidad de Antioquia se inició vuestra preparación de hombre letrado y culto, fue en los claustros de Santa Inés, bajo las arcadas semicolonias y vetustas de la centenaria escuela médica, donde se formó con definidos caracteres vuestra triunfante personalidad. Allí, a las enseñanzas científicas de sólida estructura se aunaban, por aquellos días, las privilegiadas circunstancias de un ambiente social, tan ilustrado y brillante, que bien mereció para nuestra Capital el nombre de Atenas Suramericana; y de un medio universitario en el que corrían parejas la austeridad, la dignidad, la ética y la sabiduría de un profesorado médico que brilla aún en los fastos de la patria como un

luminar extraño y que enaltecíó en ella la enseñanza y el ejercicio de la medicina de manera inolvidable.

Dos décadas últimas del siglo pasado y las dos primeras del presente encierran el lapso histórico a que me refiero. Ya habían pasado por Santa Inés los médicos que pudieran llamarse fundadores: Un Liborio Serda, benemérito de las ciencias naturales, conductor de juventudes, maestro de maestros, y polígrafo de quien, ya octogenario, dijo un día el Dr. Rafael María Carrasquilla que no daba a la imprenta sus grandes producciones sin habérselas consultado; Andrés Posada Arango, digno par de Serda; Abraham Aparicio, venerado de la sociedad, gran médico y hombre de consejo; y Coronado, austero, brillante profesor de anatomía; y Francisco Antonio Uribe, nuestro patricio Dr. Pachito, y otros de la misma generación y de similares cualidades. Vino en seguida la imponente constelación de clínicos y a la vez de caballeros ejemplares, cuya memoria nos alcanza aún viva, tal como se impuso a la unánime veneración de sus discípulos directos. Sus nombres? Nicolás Osorio, Josué Gómez, José Vicente Uribe, Aureliano Posada, Lombana Barreneche, Juan David Herrera, Juan Evangelista Manrique, para no nombrar sino a los primeros entre los que alumbraron con propia luz todo el panorama nacional. La historia de cada uno de ellos debería estar grabada en letras de oro como arquetipo de médicos y de patriotas. Se nutrieron de todas las escuelas europeas imperantes en su tiempo; e irradiaron en su vida y desde la cátedra a través de sus discípulos, su sabiduría, su ética y sus virtudes sociales por todo el ámbito del país, armados solamente de su rectitud moral, de su inteligencia extraordinaria y de su sobresaliente penetración en la ciencia del diagnóstico.

Formaron ellos las siguientes generaciones médicas que, dentro del espíritu de Santa Inés, cubrieron el País llevando dondequiera las mismas normas de dignidad, capacidad magnífica y conciencia de una responsabilidad casi heroica. De allí surgieron y sucesivamente se esparcieron por todas las comarcas de la patria hombres como Evaristo García y Rengifo en el Cauca; Julio Vengoechea en la Costa Atlántica; Leoncio Barreto en Boyacá; José Tomás Henao, Juan Antonio Toro y Jaime Mejía en el sur de la vieja Antioquia y tantos otros condignos profesionales que dieron lustre a su carrera y a su época. Vinieron más tarde, los que fueron mis maestros eximios, a quienes nombro con respeto reverente y con la más efusiva gratitud: Luis M^a Rivas, el anatomista sin paralelo y paradigma de la severa justicia; Pompilio Martínez, Zoilo Cuéllar Durán, Rafael Ucrós, Hipólito Machado, Roberto Franco, Carlos Esguerra, Cantillo, Julio Manrique, Zea Uribe, José M^a Montoya y otros más cuya gloriosa fama llega fresca hasta las actuales juventudes médicas y cuyos solos nombres invocan admiración profunda y perdurable. De todos ellos sólo viven el insigne Dr. Franco, hoy Rector de la Universidad de los Andes, y el Dr. Montoya, retirado a causa de su salud.

Deliberadamente he querido recordar por separado y con emocionada veneración, al grupo eminentísimo que de aquella legión memorable, plas-

mada en Santa Inés a fines del pasado siglo, correspondió a nuestra Antioquia. Casi todos pertenecen al reino de los muertos, pero viven para nosotros mientras el corazón aliente y vivirán todos, de manera indeleble, en el afecto de la sociedad que ilustraron. Sólo tres sobreviven: Los Doctores Juan B. Londoño, Nicanor González y Wenceslao Villa. Los otros? Jorge E. Delgado, Braulio Mejía, José Vicente Maldonado, Montoya y Flórez, Francisco Antonio Uribe, Vespasiano Peláez, Rafael Posada Restrepo, Teodoro Castrillón, entre otros, todos de procerca estructura e ínclitos maestros. Fueron ellos los verdaderos creadores de la Facultad de Medicina de Antioquia y prolongaron allí sus virtudes esenciales, haciendo de sus discípulos caballeros y médicos de la talla de Emilio Robledo, Miguel M^a Calle, Lázaro Uribe Cálad, Juvenal Gil, Nepomuceno Jiménez, Alfonso Castro, Jesús M^a Duque, los Quevedo Alvarez y muchos más, inclusive de la destacada generación actual, pares de sus maestros, que han perpetuado su gloria y quienes, aunados a aquéllos y al Dr. Toro Villa, han dado a nuestra Escuela el auge y el brillo que la hacen hoy, con justicia, rectora de los estudios médicos en Colombia.

Aquellos fueron los maestros y aquella su escuela. Mantuvieron ellos enhiesto el pendón glorioso del apostolado profesional, que es bondad generosa y abnegada, desinterés sincero, conciencia altiva de la responsabilidad y honestidad sin quebrantos. Consolar siempre fue su lema, ceñido al mandato de Hipócrates. Por ello merecieron justamente de la sociedad un concepto superior, cierto místico respeto que trascendía a sus hogares y ser tenidos siempre en los más elevados planos de la colectividad. Y fue su escuela lo que requiere ser un Instituto de preparación médica: fuente de doctrina fundamental y ambiente donde, con el ejemplo y a la sombra de profesores integérrimos, se despierten y aquilaten selectas y relevantes virtudes, necesarias al ejercicio de esta profesión privilegiada. Privilegiada he dicho, y lo es, porque sólo al médico es permitido llegarse a la penumbra de los hogares y penetrar sus sagrados secretos; y sólo a él le está dado actuar allí, sin más juez que su propia dignidad, dado que la sociedad está entregada por entero a la integridad moral de sus médicos, a su honor de caballeros más que a su ciencia misma y está inerme ante la culpa. Sería deplorable que la comodidad de los estudios y cierto boato de la enseñanza trajeran consigo la libertad de no estudiar o permitieran la mancilla de los principios éticos.

Visto así el panorama, contemplamos cómo todas aquellas preciosas cualidades que exornaron a los grandes de la carrera se vertieron a plenitud sobre el Dr. Toro Villa, lo enaltecieron desde su madura juventud y lo han conducido por preclaros senderos a la definitiva consagración entre los mejores de la selecta estirpe. Sería inútil puntualizar demasiado su trayectoria que todos conocemos, si hemos apreciado su vivir y sentido el reflejo de su labor. Aun antes de su grado fue elegido para integrar la sonada comisión científica que estudió la mortífera fiebre de Muzo, presidida por

el Dr. Roberto Franco y en compañía de su condiscípulo, no menos ilustre, el malogrado Martínez Santamaría, sacrificado prematuramente en aras de su devoción, por desgraciada inoculación de la mortal toxina que estudiaba. Ellos identificaron la epidemia como la fiebre amarilla llamada hoy selvática y fueron ellos los verdaderos precursores de la idea de que existían en la selva intermediarios transmisores, distintos de los sospechados.

Desde el regreso a sus lares, la sociedad y la Escuela de Medicina lo han visto consagrado a servirlos, durante cerca de cuarenta años, en múltiples esferas. Fundó las cátedras de Bacteriología y Parasitología y más tarde la de Clínica Tropical, las que presidió por largos años, descollando siempre por la densidad doctrinaria de su exposición y por su atrayente y reposada autoridad, que lo caracterizan, además, como hombre de consejo. Rigió con brillo la Facultad de Medicina de Antioquia y supo abandonarla en un rapto de su natural hidalguía. Caritativo y estudioso, fue siempre Profesor permanente de una ética perfecta.

No es el menor de sus méritos el haber brindado a la sociedad, dentro de una familia que la adorna por su ejemplar decoro, a sus tres hijos médicos, sobresalientes todos y quienes, en los albores de su carrera, se presentan a la profesión con armas propias y por la entrada de honor. Inspirados por su padre y orientados en la ruta por la sabiduría y el ejemplo de éste, no es extraño que hayan culminado de manera envidiable.

Séame permitido presentar también a la dignísima Señora de Toro Villa el tributo de mi admiración fervorosa, pues no es menos suya la corona que hoy forman a su hogar sus distinguidos hijos.

Honorable Dr. Toro Villa: podéis sentirnos orgulloso de vuestra obra en la vida; y satisfecho con el galardón que os ofrece la Universidad de Antioquia, porque es fruto sazonado de una existencia pura, rica en merecimientos como encumbrado profesional, como maestro que ha sabido dejar notoria huella en la mente y en el corazón de las juventudes y como padre de tres Médicos selectos.

Medellín, octubre 11 de 1951.

CANCER DEL TIROIDES

DR. PEDRO NEL CARDONA

Profesor Titular de Ginecología Miembro de Número de la Academia de Medicina.

El cáncer del tiroides es relativamente escaso entre nosotros. No pudimos hallar bibliografía regional sobre el particular. Únicamente en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina logramos encontrar a qué referirnos en esta exposición. Aprovechamos la oportunidad para encomiar la labor del Profesor Correa Henao como director y organizador del Instituto de Patología en nuestra facultad, en torno al cual gira la enseñanza médica antioqueña, diciendo la verdad suprema en la mesa de autopsias y colaborando con sus cortes histológicos a esclarecer la naturaleza en los estados patológicos inciertos.

159 casos de neoformaciones tiroidianas se han estudiado en el Instituto hasta diciembre del año 1950. La mayoría de las piezas anatómicas fueron enviadas sin historia clínica, y apenas con breves datos acerca del espécimen remitido, v. gr., coto tóxico, coto coloide, sospecha de malignidad, etc. Si se hubiera enviado siquiera un resumen de la historia clínica, al hacer hoy un estudio de conjunto, pudiéramos tener informaciones de gran interés con respecto a sintomatología predominante, distribución geográfica, alcance y progreso de nuestras técnicas quirúrgicas, recidivas post-

operatorias é invasión a los tejidos y órganos vecinos.

De los 159 casos mencionados, 24 fueron neoformaciones malignas, es decir, 15%.

En estudios comparativos, el promedio oscila entre el 4% y 17%. En la serie de Coffey y colaboradores, publicada en el año pasado (1950), en el número de Clínicas Quirúrgicas de Norte América, dedicado a Philadelphia, encontramos 339 casos similares con 39 carcinomas, o sea 11.5%, número muy vecino al nuestro, pues sólo señala el 3.5% menos de frecuencia.

Si miramos el problema bajo otro punto de vista, el de autopsias, o sea, el porcentaje de carcinomas tiroidianos encontrados, observamos datos muy curiosos. Por ejemplo: en Berna, región altamente bochosa, cita Chirstofer en su tratado de Patología Quirúrgica, que por cada 96 autopsias se encuentra un carcinoma tiroidiano; en cambio, en Berlín, la proporción es de 1 por 1.033, y en EE. UU. uno por 928. Como se ve los guarismos son muy disímiles para sacar un promedio justo y razonable. Veamos ahora lo nuestro: 370 autopsias lleva registradas el Dr. Correa Henao hasta la fecha, y en ellas, 2 carcinomas del tiroides como causa de muerte, lo que equivale a 1 por 185.

Este número sería muy significativo y daría un índice de frecuencia altísimo entre nosotros, por este concepto, si la autopsia fuera obligatoria en nuestros hospitales, y no como lo es actualmente, de carácter eventual.

La frecuencia de la enfermedad, según los clásicos, es mayor en la mujer, en la proporción de 2 a 1; sin embargo, en la serie nuestra hubo 20 mujeres por 4 hombres, es decir, un índice de 5 a 1. En la serie de Coffey la proporción fue todavía un poco mayor, de 8 a 1. Todo esto indica que la enfermedad es de alto predominio en la mujer como lo es por ejemplo, el carcinoma de la mama.

Cuadro clínico

Cuando nos encontramos en presencia de alguna neoformación tiroidiana, sin signos de toxicidad y metabolismo basal normal, nos preguntamos frecuentemente: será coto o cáncer? Para resolver este interrogante podemos orientar el examen teniendo en cuenta los siguientes factores:

1o. **Edad.** Por debajo de los 40 años, el carcinoma es escaso; sin embargo, ocho de los enfermos de la serie anotada eran menores de los cuarenta, y 16 estaban por encima de esta edad. En el estudio de Coffey el promedio de edad para los malignos fue de 52.3 años y de 38.5 para los benignos.

2o. **Sexo.** Hace poco mencionamos el predominio femenino de 5 por 1.

3o. **Evolución** de la enfermedad. Cuando la historia de la enferme-

dad es larga, sin cambio apreciable, el tumor es generalmente benigno; por el contrario, si la evolución es de meses, o de uno o dos años, con cambio sintomático de significación es necesario sospechar en malignidad.

4o. **La fijación** del tumor a los planos profundos, y en general, su poca movilidad, es bastante característica de degeneración maligna.

5o. **La compresión** de los órganos y estructuras vecinas, con sus secuelas naturales, tales como disfonía, (Síndrome de Horner), disfagia, desviación de la tráquea, etc. son francas manifestaciones de carcinoma invasor.

6o. **Adenopatías** en la región tributaria de los linfáticos del tiroides son altamente sospechosas de origen neoplásico.

7o. **Coto aberrante**, aún de apariencia benigna, es casi siempre, en concepto de los modernos, un carcinoma del tiroides.

8o. **Tumor tiroidiano** de contornos poco precisos, no limitables, vagos, hace pensar en degeneración maligna.

9. **Coto indurado**, leñoso, en contraposición al de consistencia blanda y suave, inclina el diagnóstico hacia el carcinoma.

10. **El dolor** a nivel del tumor, o irradiado, bien sea espontáneo o funcional está en favor del carcinoma, y

11o. **Tumor tiroidiano** de un solo lóbulo, unilateral, aun en sus comienzos, es por demás sospechoso de malignidad. Este sólo signo es quizás el más precioso de que dis-

ponemos actualmente para el diagnóstico precoz.

La mayoría de los numerales citados se encuentran combinados unos con otros cuando el carcinoma ha roto su cápsula e invadido los tejidos vecinos. Se podría decir que cuando el enfermo presenta esta sintomatología es porque el fruto está maduro y muy fácil de comer.

En cambio, cuando el tumor está todavía encapsulado, el problema es muy diferente. La neoplasia está en sus comienzos o poco avanzada. En estas condiciones podremos encontrar:

- a) Coto unilateral, monolobulado, duro e indoloro;
- b) Coto aberrante;
- c) Metástasis a distancia, hechas por vía sanguínea o linfática; y
- d) Ausencia de hipertiroidismo o lesión inflamatoria (estrumitis).

De estos numerales el primero es el más importante. A él enfocó Coffey principalmente su estudio. De los 339 casos de tumor lobulado, 111 eran de un sólo nódulo y 228 de dos o más. En los 111 encontró 24 carcinomas (21.7%) y en los 228, sólo 15 (6.6%). Las cifras son muy elocuentes. El hallazgo clínico es de valor trascendental. Sin ser un signo clínico patognomónico es un orientador admirable.

En cuanto al coto aberrante su presencia es muy significativa: en los casos de la serie americana, con apariencias de lesión benigna, siempre se encontró el núcleo degenerado en la glándula tiroides.

Es hoy doctrina generalmente aceptada la malignidad de esta localización.

En cuanto al tercer numeral, de metástasis a distancia, el problema no es de fácil solución, pues únicamente valiéndose del yodo radioactivo (I^{131}) se logra hacer el diagnóstico y la respectiva localización.

La ausencia de síntomas tóxicos (hipertiroidismo) no es un apunte de valor absoluto; no obstante, en la serie de Coffey se registró únicamente un caso de carcinoma con hiperfunción de la glándula.

Histo-Patología

Para orientar correctamente el tratamiento del cáncer del Tiroides es necesario conocer previamente su constitución histológica y sus probabilidades funcionales, sobre todo cuando existe contraindicación quirúrgica y se precisa acudir a la fisioterapia.

Los patólogos están más o menos acordes en dividir estos tumores en los siguientes grupos: a) Adenocarcinoma papilar; b) Adenocarcinoma maligno; c) Adenocarcinoma difuso; d) Carcinoma alveolar y folicular; e) Carcinoma de células de Hürthle; f) Eitelioma escamoso; y g) Sarcoma.

El Adenocarcinoma papilar es generalmente secundario a un adenoma que degenera. Es de grado de malignidad bajo. Más o menos uno de cada cuatro pertenece a este grupo.

El Adenocarcinoma maligno es consecuencial a la degeneración del adenoma fetal. Casi siempre conserva la estructura original de la glándula, con formación de coloide. Ma

lignidad baja. Invade las venas y hace metástasis por esta vía.

El Adenocarcinoma difuso es de estructura irregular formado por pequeñas células con múltiples mitosis, y otras veces por células gigantes fusiformes que remedan el sarcoma. En estos tumores hay des aparición de la arquitectura tiroidiana e invaden la cápsula, por todo lo cual son calificados como de alta malignidad.

El Carcinoma alveolar y folicular es denso y constituido por células anaplásticas, pero forman coloide, aunque inmaduro, y tienen natural afinidad por el yodo.

Hay un pequeño grupo de carcinomas caracterizados por la presencia de células de Hürthle, de grado avanzado de malignidad y poca tendencia a la formación de coloide.

El escamoso es muy escaso y no hubo uno solo en la serie de Coffey, en cambio, en la serie nuestra hubo uno que posiblemente pertenece a este grupo.

El sarcoma es igualmente un tumor rarísimo. Ni un solo caso registró el autor americano en su serie. El Dr. Correa Henao encontró un linfosarcoma en una autopsia y un sarcoma en un caso reciente de los Dres. Peña y Barrientos.

La evolución de los carcinomas del tiroides es desigual. En las formas de malignidad atenuada la evolución es generalmente lenta, aún de varios años. En cambio, hay otros tipos de alta malignidad que evolucionan entre uno y dos años, y en veces en menos tiempo.

Cómo mueren los enfermos con cáncer del tiroides? Generalmente

de asfixia progresiva o bronconeumonía. Las metástasis no sólo comprimen las vías aerianas superiores (laringe, tráquea) sino que se propagan al mediastino donde el diagnóstico se hace fácil por medio de la radiografía.

El pronóstico es excesivamente grave, casi siempre fatal, desde el momento en que el tumor franquea las fronteras capsulares.

Tratamiento.

En la actualidad el tratamiento del carcinoma del tiroides ha sufrido una verdadera revolución con los progresos alcanzados en el campo quirúrgico y el advenimiento de la era atómica. En la actualidad podemos hoy contar con los siguientes medios de tratamiento: Cirugía, Rayos X, Radium, y Iodo radioactivo.

La Cirugía es sin lugar a duda el más valioso de todos ellos, siempre y cuando el carcinoma no haya depasado los límites de la operabilidad.

La Cirugía del cáncer es especializada, como lo es, por ejemplo, la del sistema nervioso. El cirujano general está mejor preparado para ejecutarla, pero debe revestirse de pontifical cuando va a ejercerla.

En el caso concreto del tiroides, si el tumor está todavía encapsulado y el diagnóstico correcto, es preciso hacer la tiroidectomía del lóbulo afectado, incluyendo el istmo, y conservando tan solo una pequeña porción del lóbulo no comprometido, pues ya vimos anteriormente, que casi siempre es un solo lóbulo el degenerado, y este se debe reseca totalmente.

Si hay metástasis en la región yugular deben extirparse.

Cuando el tumor ha roto la cápsula y tiene adherencias a las estructuras vecinas e invade los ganglios tributarios, la intervención se hace más difícil; sólo una disección cuidadosa y atrevida puede sortear las dificultades, que son:

- 1o. La tráquea que hay que desnudar en su cara anterior sin romperla;
- 2o. el recurrente;
- 3o., la yugular interna adherida íntimamente a la cadena ganglionar, y que la mayoría de las veces es necesario extirpar en una extensión de 10 a 15 cms.;
- 4o. El esterno cleido mastoideo, también extirpable en casos de invasión o adherencias;
- 5o. las glándulas para-tiroides que es necesario respetar;
- 6o., los nervios frénico y neumogástrico;
- 7o., la carótida primitiva, afortunadamente respetada por el tumor en la gran mayoría de los casos.

Los resultados de las amplias extirpaciones son: 40% de mortalidad inmediata, y 45% de supervivencia de 5 años, en manos de Pemberton en EE. UU.

En los casos de tumor intracapsular, no complicados, la extirpación quirúrgica correcta es el método a todas luces recomendable.

Curioterapia. La irradiación por medio de las sales de radium es un procedimiento universalmente aceptado. Tiene como fundamento la sensibilidad de las células tiroideas a las radiaciones. Esta radiosensibilidad es desigual en los diversos tipos histológicos ya descritos. En los carcinomas vegetantes es apreciable, lo mismo que para los metastá-

sicos y cotos aberrantes; siguen en orden decreciente los adenocarcinomas; y en cuanto a los carcinomas difusos, y en especial aquellos de grandes células fusiformes se puede afirmar que son del todo radiorresistentes. Como corolario se puede agregar que mientras la neoplasia es más maligna mayor es la radiorresistencia.

Y viene aquí justamente a colación el problema de la indicación de la curiterapia en los tumores del tiroides: se debe irradiar o no irradiar un carcinoma del tiroides? Hemos estado varias veces en frente de esta disyuntiva pues es claro que no puede ser la casualidad la solución del problema.

Acudir a la biopsia por incisión o por aspiración no es recomendable por las siembras a distancia que ella ocasionaría, toda vez que la glándula tiroides es esencialmente vascular y que las metástasis se hacen frecuentemente por esta vía. (R. J. Coffey).

En un caso de carcinoma aberrante, enferma del Dr. Miguel María Calle, que tratamos con radium en el año de 1932 se conserva a la fecha en magníficas condiciones. Otro caso de carcinoma avanzado con adenopatía, tratado por el mismo procedimiento, unos años después, falleció en el curso del tratamiento.

Ante la perplejidad e imposibilidad de puntualizar las indicaciones de la curiterapia en esta clase de neoformaciones, optamos por la abstención en espera de nuevas luces que aún no nos han llegado.

Hoy por hoy consideramos que sólo los núcleos aberrantes merecen nuestra confianza para esta clase de terapia.

De los tres métodos aconsejados por este sistema, que son irradiación en superficie por medio de la pasta Colombia, irradiación a distancia (telecurieterapia), y la aplicación de agujas o emanaciones intratisulares, el único que hemos usado es el primero, con tubos de radium de 10 mgs., a tres cms., de distancia de la piel y a dos y medio cms., uno de otro. La filtración de platino y oro irradiado corresponde a 2 mms. La duración fue de 16 días

Se irradia el tumor y la zona ganglionar carotidiana.

Roetgenerapia. Los rayos X tienen un campo de acción muchísimo más amplio. Ya como método único, o bien como complemento de la cirugía. El sólo informe del Profesor Portmann, de Berlín, es al respecto definitivo: con cirugía sola, 11% de supervivencia de 3 años; radioterapia sola 7%; la asociación cirugía y radioterapia 31%.

Entre las grandes indicaciones de los rayos X se destaca la sensibilidad de las metástasis óseas, que responden bastante bien con dosis relativamente pequeñas.

El Dr. Martiniano Echeverri ha tratado en su laboratorio particular de radiología 3 casos, de los cuales uno murió en el curso del tratamiento a causa de lesión cardíaca descompensada; los otros dos casos, previamente operados, y con estudio anatomopatológico de adenocarcinoma papilar, respondieron bien al tratamiento y pudieron ser

seguidos hasta por año y medio con mejoría sostenida.

En el Instituto San Rafael, de esta ciudad, que dirigen los Drs. Arango y Pérez, se han tratado también tres casos en el curso del último año y continúan en observación con aparente mejoría.

La dosis dada por el Dr. Echeverri oscila al rededor de 6.000 r en el aire, con tres campos, uno central y dos laterales. En los casos del Instituto San Rafael la dosis fue variable, entre 4 y 5.000 r de acuerdo con la sensibilidad de la piel.

Isotopos radioactivos del Iodo. El descubrimiento de los radio elementos artificiales, realizado en Francia en el año de 1934, por los esposos Joliot-Curie, inicia una nueva era en el campo de las realizaciones atómicas, dentro de las cuales la medicina empieza ya a beneficiarse grandemente.

El elemento radioactivo artificial, o isótopo radioactivo, viene a ser el resultado de reacciones nucleares. El átomo en sí es sensiblemente igual como reactivo químico, pero el núcleo es diferente: está en equilibrio inestable en retorno a su estabilidad. Su vida, como elemento radioactivo es muy variable, desde algunos minutos, como sucede por ejemplo con el I^{128} (25 minutos) hasta millares de años, como es el caso del isótopo del C. (5.000 años).

Para no salirnos del tema que tratamos, vamos a concretarnos a los isótopos del Iodo, que son: el I^{128} , I^{130} y el I^{131} , que pueden prestar servicios tanto para el diagnós-

tico como para el tratamiento de las neoformaciones del tiroides. El I¹²⁸ por su corta duración ha quedado eliminado, hasta ahora, del campo médico. El I¹³⁰ con una vida promedio de 12.6 horas y el I¹³¹ con radioactividad de ocho días han sido los utilizados.

La glándula tiroides posee la propiedad de fijar el Iodo, y lo hace justamente a nivel de los acinos en el coloides mismo. Esta admitido que las células no son las encargadas de tomarlo. En el terreno de la Patología las cosas se suceden mas o menos lo mismo, es decir, que si un tumor tirodiano tiene coloides, el Iodo se fija en él, mas o menos; en caso contrario, la fijación será negativa.

Anteriormente vimos que hay variedades anatómicas, tales como el carcinoma alveolar y folicular v. gr. que tienen esta propiedad, en contraposición a los carcinomas difusos de células gigantes, entre otros, que carecen en absoluto de dicha facultad. Los primeros están dentro de las posibilidades de tratamiento con el Iodo radioactivo en tanto que en los últimos son nulas.

Los metales radioactivos naturales, tipo radium, emiten tres variedades de rayos: alta, beta y gama. Los primeros son electrones de carga positiva, los Beta son también electrones pero de carga negativa, y los Gama son de carácter ondulatorio, son ondas electro-magnéticas, o sea, son energía que produce la materia al descomponerse o transformarse, pero son imateriales si se quiere son semejantes a la luz que hizo Dios el primer día de

la creación, muchísimos siglos antes de que crease el sol, la luna y las estrellas.

Pero los isótopos radioactivos, tipo I¹³¹ sólo emiten dos radiaciones, beta y gama. Los rayos beta son justamente los que van a actuar de manera directa sobre las células cancerosas y a destruir las, son, pues, celulicidas. Su poder de penetración es sólo de 2 mm. a través de la materia orgánica, aunque su velocidad en el espacio es igual a la de la luz.

Los rayos gama atraviesan la materia orgánica, se dispersan en todas direcciones y en el caso que contemplamos se escapan en parte de nuevo del organismo pudiendo así ser captados por dispositivos especiales, como el detector de Geiger-Müller, un aparato sencillo, ingenioso y eficaz.

Con el enunciado anterior nos es fácil comprender el mecanismo de la terapia del cáncer del tiroides por los isótopos del Iodo. En primer lugar controlamos si el tumor toma, o no toma, el Iodo radioactivo: para lo cual se da una dosis de prueba, de una a tres millicuries, con el contador de Geiger-Müller, al cabo de 48 a 72 horas lo podemos controlar. Como se ve, es un método sencillo para hacer el diagnóstico de radiosensibilidad. Se nos ocurre que es algo así como una biopsia por medio de la cual logramos la intimidad biológica del tumor en lo tocante a su formación de coloides, lo mismo que captar el grado máximo de malignidad caracterizado por su indiferencia como fijador de Iodo.

Al rededor de un 30% de los carcinomas del tiroide toman el Iodo: quedan sin embargo dos recursos para aumentar esta posibilidad: 1o. la administración de hormone tirotrópica de origen hipofisiario; y 2o. la ablación parcial del tiroides, bien sea por medios quirúrgicos o de las irradiaciones mismas. El mecanismo es sencillo: al mermar la tiroglobulina circulante la hipófisis deja de ser frenada por ella, y como consecuencia, aumenta su actividad secretora de la hormona tirotrópica, y por ende, la fijación del Iodo sobre el tiroides.

El radioiodo viene bajo la forma de yoduro de sodio para ingestión oral, en solución acuosa. La dosis promedio es de 35 milicurios cada dos semanas. En los buenos casos cuando el Iodo es fácilmente agarrado por el tumor se interrumpe el

tratamiento cuando el detector de Geiger- Müller lo indique, esto es, cuando cese la fijación de la droga en la neoplasia. En los casos menos favorables la duración puede prolongarse hasta por seis meses, casi siempre en forma ambulatoria, vigilando periódicamente la función hematopoyética.

Los resultados obtenidos han sido satisfactorios aunque todavía falta el control del tiempo por cuanto que el método es muy nuevo.

Es de esperar que el Instituto del Radium, anexo al Hospital de San Vicente de esta ciudad, que es ya una realidad a la vista, traerá semanalmente de EE. UU. este nuevo elemento de progreso, toda vez que su costo es muy reducido y al alcance de nuestras capacidades económicas.

INFLUENCIA GENETICA EN EL DESARROLLO OSEO.

CONSIDERACION ESPECIAL A LA MANERA DE LA CALCIFICACION DE LOS CARTILAGOS COSTALES (*)

JACOB H. VASTINE, II, M.D.
MARY FRANCES VASTINE, M.D.
ORIOI ARANGO, M.D.

La influencia de la herencia en el desarrollo de anomalías del esqueleto y de los tejidos blandos es bien conocida. No así el hecho de que la osificación que normalmente ocurre en los cartilagos costales, es determinada hereditariamente. La manera semejante de osificación de los cartilagos costales en mellizos idénticos parece sustentar esta tesis.

Herencia

Un breve resumen de los conceptos fundamentales sobre la herencia ayudará a aclarar la información y conclusiones que vamos a presentar.

La célula reproductora masculina (espermatozoide) que contiene 24 cromosomas, se combina con la célula femenina (huevo) que contiene también 24 cromosomas. Los cromosomas son cuerpos microscópicos que se encuentran en el núcleo de las células y tienen forma y tamaño determinado. Cada cromosoma está formado de entidades más pequeñas llamadas gonadas. A estas gonadas se atribuye el factor hereditario determinante que establece el arreglo exacto de las células somáticas del nuevo organismo. Todas

estas células contienen dos grupos de 24 cromosomas cada uno, o sea 48 en total. Mitad de estos cromosomas se deriva del esperma y la otra mitad del huevo. Las características del cuerpo dependen de las características transmitidas a través de las gonadas que forman los cromosomas. Cuando el espermatozoide y el huevo, cada uno conteniendo 24 cromosomas, se unen, el resultado es un huevo fertilizado (zigote) que contiene 48 cromosomas o cuerpos determinantes. Ellos rigen los más mínimos detalles de como el cuerpo o las células somáticas actuarán y parecerán. Esto significa no solamente la aparición de características y hábito, sino también la aparición de pequeños detalles en el arreglo de las células somáticas (particularmente de las estructuras óseas con las cuales nosotros estamos especialmente interesados en este trabajo).

Si un huevo fertilizado poco después de haber empezado a crecer se parte a la mitad para formar dos individuos, cada uno tendrá exactamente los mismos factores hereditarios y el resultado será **Mellizos idénticos**. Como ellos se derivan del

* Presentado al segundo Congreso Inter-Americano de Radiología reunido en la Habana, Cuba 1946. Aceptado para la publicación en el American Journal of Roentgenology and Radium Therapy., U. S. A.

mismo huevo fertilizado (zigote), se les llama mellizos homocigóticos. Si por el contrario la división se presenta después del embrión haber empezado a diferenciarse, los mellizos serán opuestos. El lado derecho de un mellizo homocigótico corresponde al lado izquierdo del otro mellizo. Esto se conoce con el nombre de imagen inversa o de espejo. Uno de estos mellizos es generalmente zurdo. Los crespos del cabello se presentan en dirección opuesta. La manera de osificación de un lado, corresponde al lado opuesto, del otro mellizo.

El hijo contiene las características transmitidas a través de las gonadas de los padres y ello se sigue de generación en generación sin cambio, excepción hecha de mutaciones. Mutaciones son alteraciones de las gonadas por factores que son poco entendidos. Como posible causa de estos cambios se ha mencionado los rayos cósmicos (Müller). Workany y Nelson han producido malformaciones en embriones de rata por medio de un estado artificial de avitaminosis B. Gordon y Sang pudieron prevenir mutaciones en las moscas de fruta sometidas a rayos X, por medio de administración de ácido nicotínico. Estos cambios de las gonadas son permanentes y se transmiten de generación en generación. Algunas de estas mutaciones resultan en cambios benéficos para el hijo y otras son de efectos desagradables. Estas últimas son consideradas como patológicas. Los cambios benéficos constituyen evolución o progreso de la raza.

Mellizos idénticos (homocigóticos) son el producto de un huevo fertilizado que se ha dividido. Las dos mitades de este huevo, con excepción de cambios o deformidades debidas al medio ambiente, o enfermedades adquiridas, deben ser idénticas.

El criterio para establecer la identidad de mellizos está basado en los siguientes hallazgos:

- 1) Grupo sanguíneo — Igual.
 - 2) Uso de la mano — Igual, aun cuando este puede ser alterado mediante entrenamiento.
 - 3) Ojos — Igual color y forma.
 - 4) Cabello — Igual color, forma y crespos.
 - 5) Huellas digitales — En general son semejantes pero no idénticas.
- A estos hallazgos nosotros queremos agregar uno más seguro y preciso.
- 6) Idéntico desarrollo del esqueleto óseo e idéntica manera de osificación de los cartílagos costales, como se demuestra en roentgenogramas.

El uso de las manos, los crespos del cabello y el esqueleto óseo son iguales en mellizos homocigóticos, excepto en el caso de imagen inversa o de espejo, en donde estas características están invertidas.

Influencia genética en el desarrollo óseo

El tamaño, la forma y el contorno del esqueleto óseo están preterminados por las gonadas. Aun los detalles más pequeños de osificación están bajo la influencia directa de las gonadas. Este hecho se

demuestra al comparar cuidadosamente los roentgenogramas de los respectivos huesos de mellizos idénticos. Por medio de tal comparación trataremos de establecer los siguientes hechos o premisas:

1) El más mínimo detalle de las estructuras óseas del esqueleto esta influenciado directamente por las gonadas, como se demuestra por la comparación cuidadosa de las estructuras del esqueleto de mellizos idénticos, y que

2) Esta semejanza demostrada en el roentgenograma, puede ser utilizada para identificar mellizos homocigóticos. En efecto, este medio es el criterio más preciso para diferenciar éstos de los mellizos dizigóticos.

3) La osificación de los cartilagos costales está bajo influencia directa de las gonadas, más bien que ser el resultado de alguna influencia reciente o adquirida. Esto se demuestra por la casi exacta semejanza en la manera de osificación en cada respectivo cartilago costal en mellizos idénticos.

Estas observaciones son personales y las presentamos para estimular futuros estudios tendientes a corroborar o a negar nuestras impresiones.

En la osificación de los cartilagos costales, como en el detalle óseo más pequeño, hay una semejanza que es exacta. La forma de las costillas, el tamaño, la forma y el ángulo de los procesos transversos de las vértebras, como los detalles en otras estructuras óseas, nos ofrecieron una marcada semejanza al hacer extensos exámenes radioló-

gicos de mellizos idénticos. En mellizos idénticos en los cuales hay una imagen inversa o de espejo, las estructuras óseas y los cartilagos costales de un lado de un mellizo, son idénticas a las correspondientes estructuras del lado opuesto del otro mellizo.

Osificación de los cartilagos costales.

Pocas estructuras del cuerpo humano han despertado más curiosidad y conjeturas que los cartilagos costales. Esto es quizás debido al hecho de que el tórax es la parte más frecuentemente examinada radiológicamente y que más de una vez la forma bizarra de la osificación en los cartilagos costales es el hecho más saliente en la radiografía.

La osificación progresa en dirección cefalo-caudal, empezando generalmente en el primer cartilago. El centro del cartilago se osifica primero y luego las partes costal y esternal.

Estas areas de osificación aparecen generalmente en la segunda década y se hacen más extensas en la edad avanzada. Casos aislados de marcada osificación en personas de poca edad han sido observados. La causa o significación de estas osificaciones nunca ha sido bien entendida. Ello ha sido objeto de múltiples especulaciones y considerables investigaciones. Kohler hizo amplias observaciones y trató de relacionar la extensión de osificación en los cartilagos costales, con arterioesclerosis. Ernest en 1929, publicó sus observaciones. Rist, Galley y Troe-

me escribieron sobre el mismo tema en 1928. Numerosas referencias sobre este problema existen en la literatura. Se ha tratado de relacionar el grado de osificación de los cartilagos costales con:

(1) Susceptibilidad o resistencia a la tuberculosis.

(2) Estados de nutrición (es la opinión de algunos observadores que la temprana osificación ocurre en individuos sometidos a privaciones,

(3) Cambios en el metabolismo mineral,

(4) Discrasia endocrina.

Creemos que todo esto ha sido erróneo. Uno de nosotros (MFV) observó hace varios años que la manera de osificación de los cartilagos costales en un par de mellizos idénticos, era casi exactamente la misma. El primer cartilago costal izquierdo del mellizo A mostraba osificación similar a aquella observada en el correspondiente cartilago izquierdo del mellizo B. La semejanza era igual para el grado y la distribución de la osificación. Desde entonces hemos tenido la oportunidad de confirmar estas observaciones, comparando numerosos casos de mellizos homocigóticos. Hemos llegado a la conclusión de que

siendo la manera de osificación de correspondientes cartilagos costales en mellizos idénticos, casi idéntica, esta manera y distribución de la osificación deben ser transmitidas directamente por las gonadas, más bien que estar sometidas a un factor adquirido o metabólico o a influencia infecciosa o de nutrición. Como las observaciones concuerdan en todos los casos de mellizos idénticos que hemos examinado, creemos que nuestra tesis representa el criterio más preciso para identificar mellizos homocigóticos. Por ser un hallazgo tan constante, consideramos que la manera de osificación de los cartilagos costales se hereda a través de las gonadas, más bien que ser el resultado de mutación de las mismas gonadas de un huevo antes de su división.

Estas observaciones parecen:

a. Establecer la influencia genética como el factor principal en la osificación de los cartilagos costales.

b. Ofrecer un criterio fácil para ayudar a la identificación de mellizos homocigóticos, y

c. Sugerir la insignificancia patológica de la osificación de los cartilagos costales.

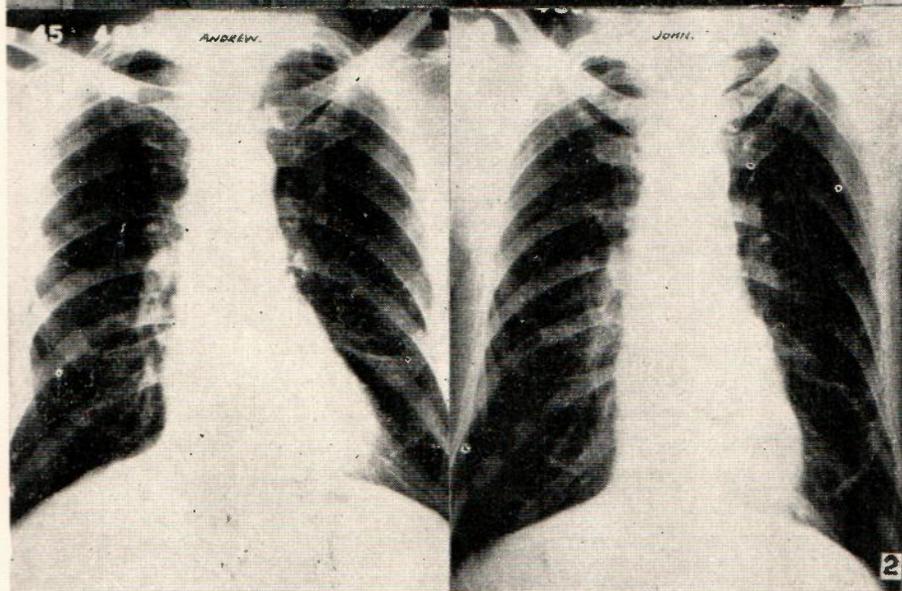


FIGURA 1.—Mellizos idénticos A. B. y J. B. 62 años.

FIGURA 2.—Roentgenogramas de los tórax de mellizos idénticos A. B. y J. B. Nótese el contorno similar de las costillas y la idéntica forma y grado de osificación de los cartilagos costales.

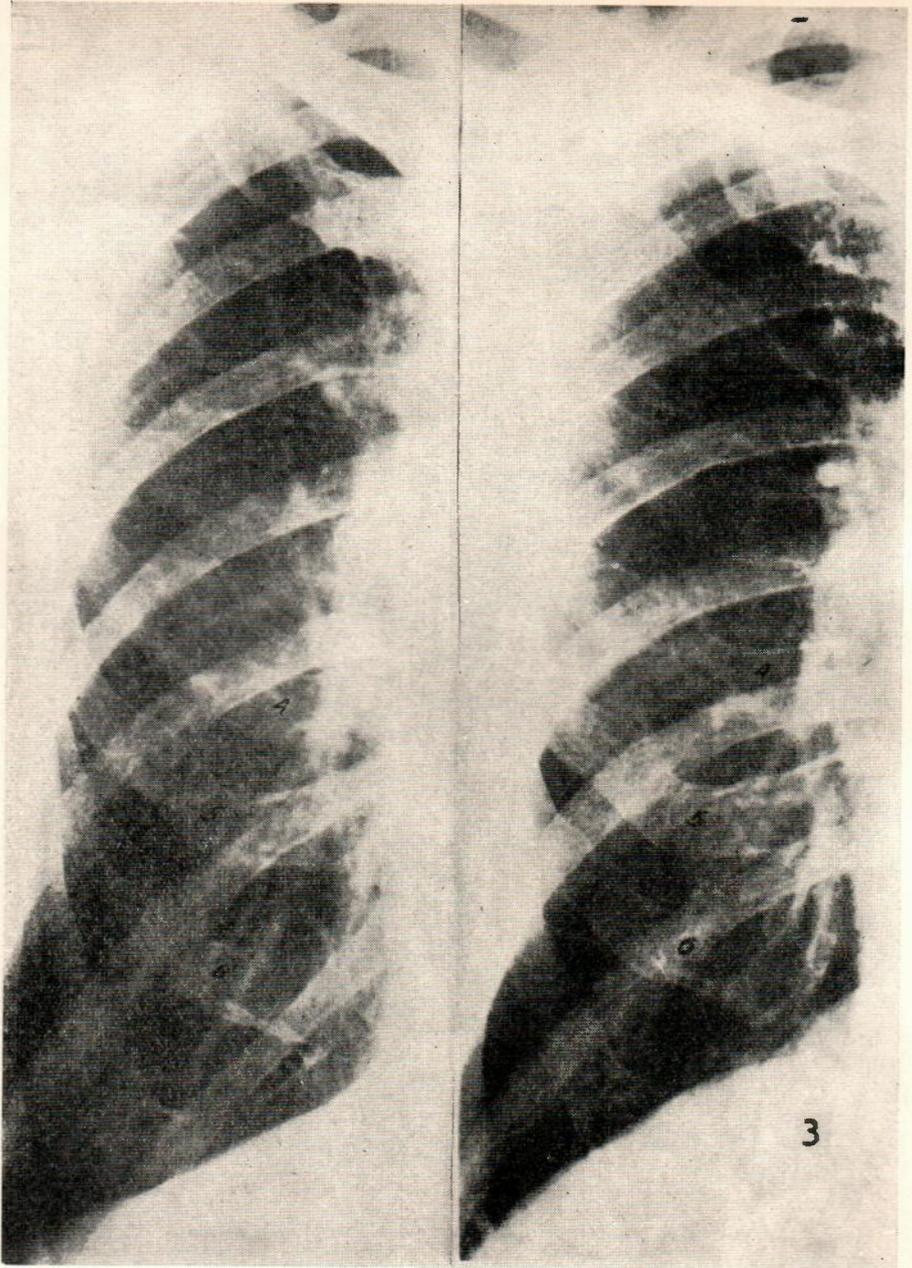
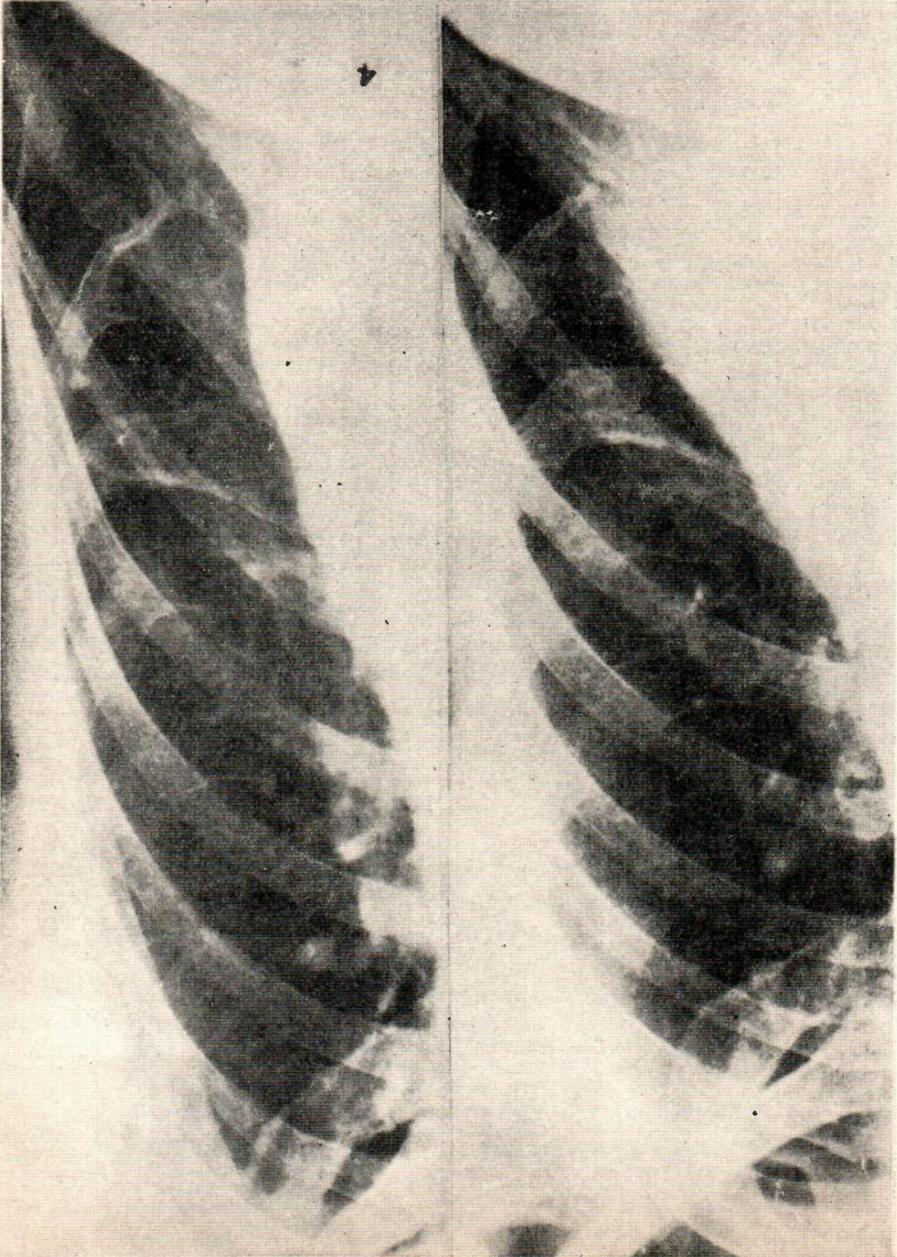


FIGURA 3.—Sección ampliada de los roentgenogramas del lado derecho de mellizos idénticos A. B. y J. B. para demostrar la forma similar de osificación de los cartilagos costales.

FIGURA 4.—Sección ampliada de los roentgenogramas del lado izquierdo de mellizos idénticos A. B. y J. B. para demostrar la forma similar de osificación de los cartilagos costales.



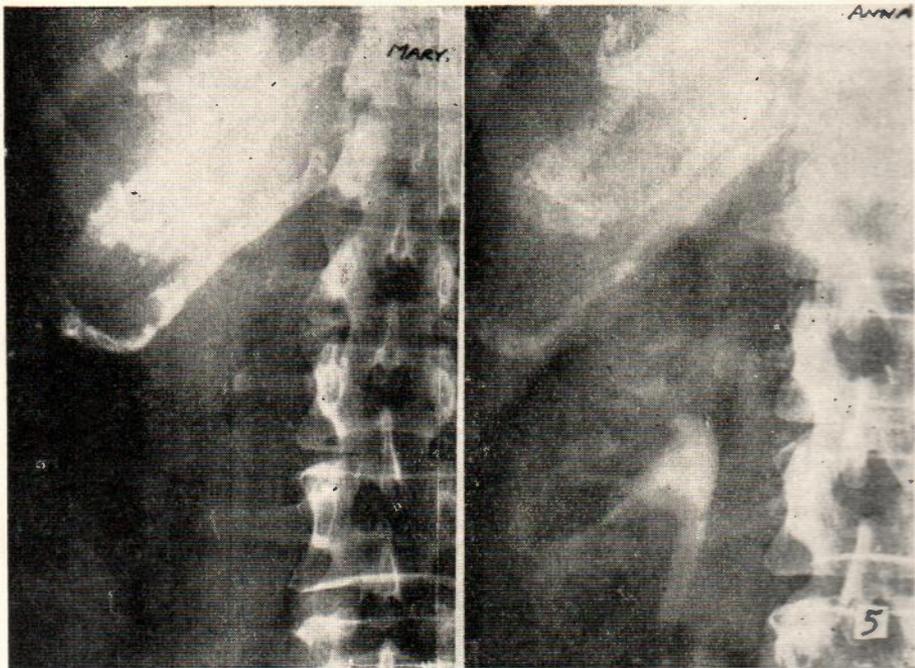


FIGURA 5 —Mellizas idénticas M. S. y A. S. 58 años. Roentgenogramas del lado derecho del tórax y columna lumbar. Nótese la manera semejante de osificación de los cartilagos costales, idéntica conformación de las costillas en forma, tamaño y espesor de la corteza. Nótese la forma, el tamaño y la dirección similar de las apófisis transversas de la columna lumbar de mellizos idénticos.

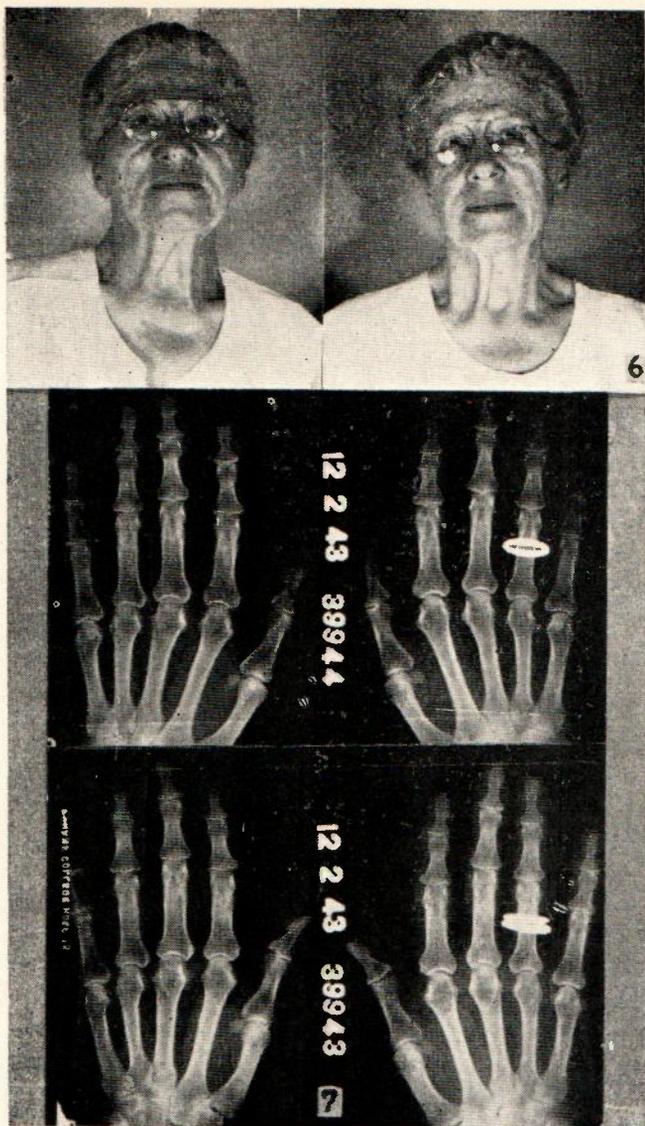


FIGURA 6.—Mellizas idénticas E. B. y E. S. 70 años.

FIGURA 7.—Roentgenogramas de las manos de mellizas idénticas E. B. y E. S. - Nótese la semejanza de las estructuras óseas y los finos detalles óseos; aún la identidad de muchas de las trabeculaciones.

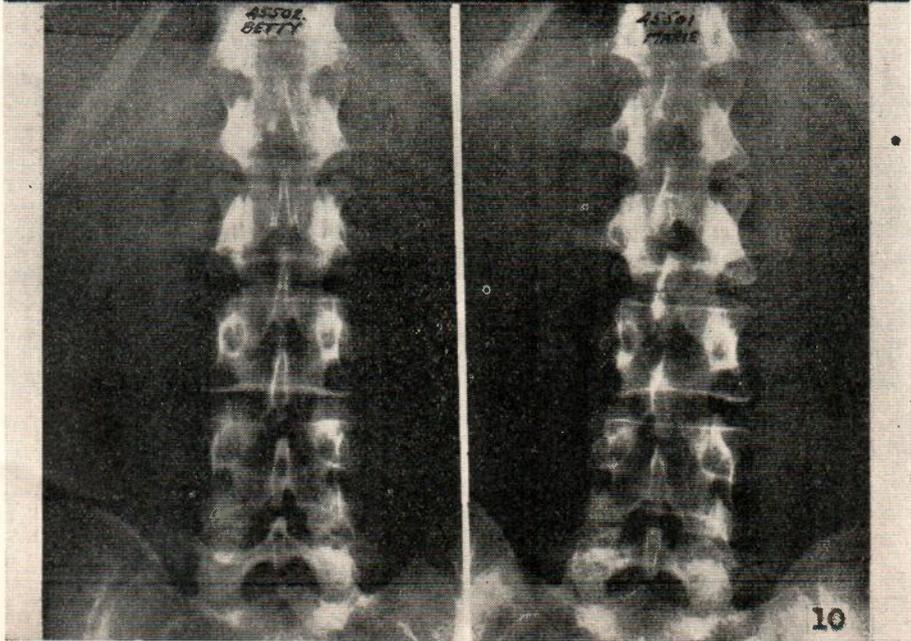
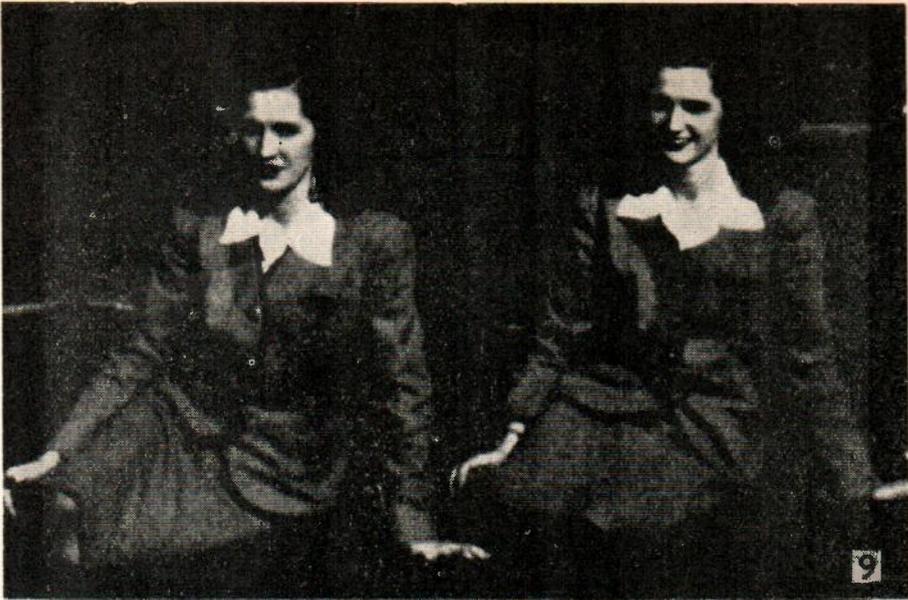


FIGURA 9.—Mellizas idénticas B. M. y M. M. 27 años. Hay "imagen de espejo" o invertida en estas mellizas homocigóticas como fue demostrado en los roentgenogramas.

FIGURA 10.—Roentgenogramas de columna lumbo-sacra de mellizas idénticas B. M. y M. M. Nótese: 1) que hay seis vértebras lumbares; 2) que hay una espina bífida oculta del primer segmento sacro en cada melliza, con dirección opuesta en las dos mellizas; 3) que las apófisis transversas de la columna lumbar de un lado de B. M. corresponden a aquéllas del lado opuesto de M. M. en tamaño, forma, longitud y dirección; 4) que la forma de la cresta ilíaca del lado izquierdo de B. M. es exactamente semejante a la cresta ilíaca del lado derecho de M. M. y viceversa.

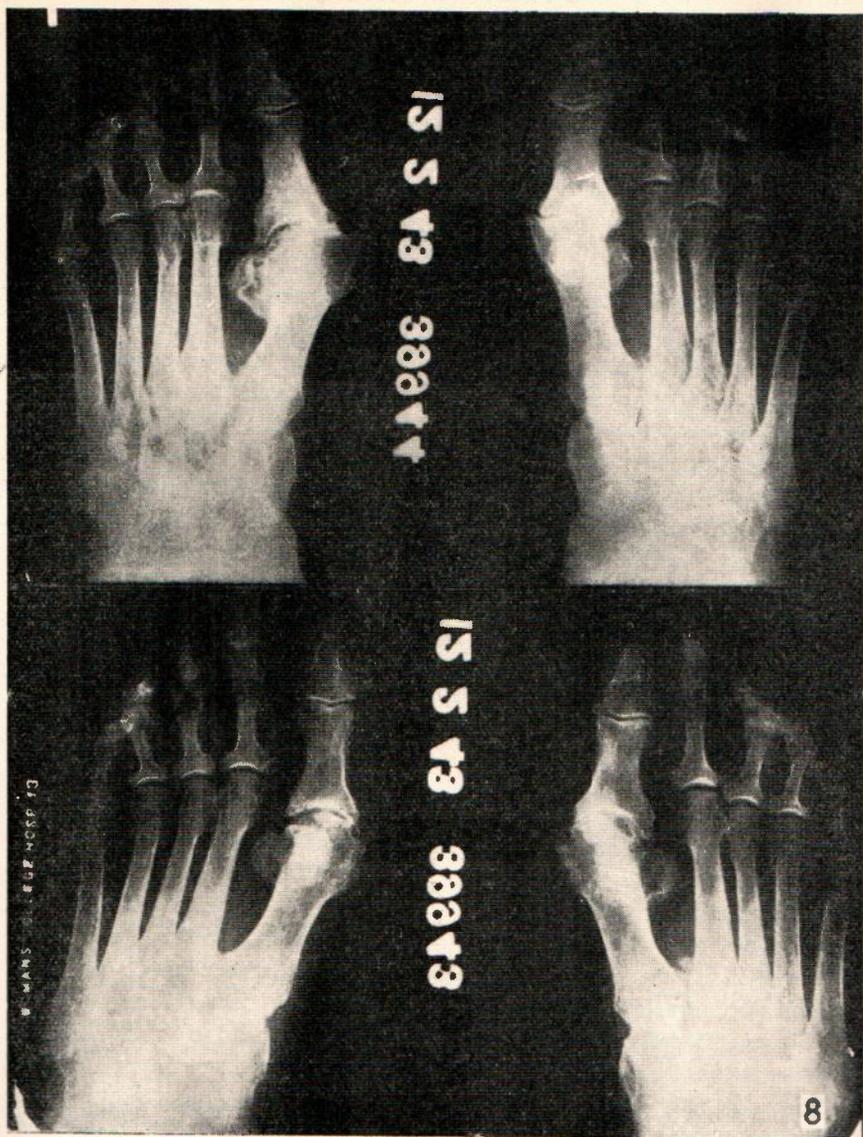


FIGURA 8.—Roentgenogramas de los pies de mellizas idénticas E. B. y E. S. - Nótese la semejanza de las estructuras óseas y la semejanza pero no identidad de los cambios degenerativos de las articulaciones.

ESTREPTOMICINA Y ACIDO PARA-AMINO-SALICILICO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR, SIN COLAPSOTERAPIA.

DR. ALFONSO MEJIA CALAD
Miembro Correspondiente de la Academia de Medicina.

Introducción

Los antibióticos (Estreptomina, P. A. S. y T B 1) como tratamiento adyuvante de la tuberculosis pulmonar, sólo pudieron ser empleados con alguna amplitud en las diversas dependencias de la Campaña Antituberculosa de Antioquia, a partir del mes de Junio de 1950, época en la cual merced a una noble campaña emprendida por algunos periodistas se pudo adquirir dinero para la consecución de cantidades apreciables de las diversas drogas. Con anterioridad a esa fecha sólo se suministraban a los enfermos que poseían recursos para adquirirlos, de ahí que fuese relativamente escaso el número de pacientes tratados.

Cuando se dispuso de cantidades suficientes de antibióticos su empleo no se hizo con miras experimentales, sino que, ateniéndonos a la experiencia extraña divulgada en libros y revistas, el objetivo fue el de procurar la más rápida e inocua recuperación de los enfermos; por esta circunstancia en muchas oca-

siones se ha aplicado simultáneamente con los diversos colapsos gaseosos en vez de usarlos como medicación previa o de prostergar su empleo para el fracaso del colapso o para tratar sus complicaciones; en muchos otros enfermos se aplicaron como recurso último en la esperanza de que merced a los antibióticos se tornaran susceptibles de ser tratados posteriormente con otro procedimiento que en un principio era imposible de usar; en ocasiones diversas las indicaciones fueron muy alejadas de las que se consideran como clásicas y en tales casos también estuvo presente el criterio humanitario de esperanza y en veces el de complacer un vivo anhelo de un enfermo que sabiéndose fuera de todo recurso solicitaba con ahínco lo que para él era tabla de salvación. Sin embargo, no siempre fue "indicación sucia": En innumerables casos la prescripción se ajustó a las normas establecidas para esperar de las drogas la curación o el máximo rendimiento.

(Trabajo presentado por la Campaña Antituberculosa de Antioquia a la V Conferencia Nal. de la Tuberculosis. Julio 1-7 de 1951).

(+) Sección a cargo del Instituto del Tórax de Medellín.

Como antes se expresó se puede computar en un año el lapso en que se ha dispuesto de una buena cantidad de antibióticos. Durante él se han aplicado a un número de pacientes que está muy cerca de los cuatrocientos; mas dado lo relativamente corto del tiempo para sacar conclusiones de los diversos grupos de pacientes que han recibido antibióticos, hemos escogido para este estudio un grupo que en cierto período del tratamiento general de su enfermedad tuvieron los antibióticos y más concretamente la estreptomycin sola o asociada al P. A. S., como eje terapéutico. Quedan pues excluidos aquellos enfermos en quienes además del antibiótico medió simultáneamente la colapsoterapia gaseosa o quirúrgica. Recogimos diversas circunstancias, sobre todo las modificaciones radiológicas acaecidas durante el período expresado, confeccionamos los cuadros adjuntos y nos creímos autorizados para sacar algunas conclusiones. También se expresa la suerte de los diversos pacientes con posterioridad al período en que la estreptomycin y el P. A. S. estuvieron actuando en forma exclusiva.

Método de estudio

El grupo se compone de noventa y seis (96) pacientes, de los cuales 61 recibieron estreptomycin sola; 31, estreptomycin y P. A. S., simultáneamente, y uno, sólo P. A. S. No se tuvo en cuenta el TB1 por carecer de suficientes observaciones.

Cada caso fue estudiado al menos por dos médicos de la Campa-

ña Antituberculosa y procedió así: Revisión de la radiografía inmediatamente anterior al tratamiento y de la inmediatamente posterior a éste y anotación de las correspondientes diferencias recíprocas entre dichas placas. Es de advertir aquí que nuestro estudio hace referencia a lesiones propiamente y no a personas, lo que explica el que sea mayor el número de lesiones presentadas que el de pacientes tratados. En efecto las 164 manifestaciones radiológicas mencionadas corresponden a 96 enfermos y se engloban aquellas en el cuadro No. 1.

La evaluación de las modificaciones halladas para cada lesión radiológica se hizo partiendo de la curación radiológica o sea la desaparición total de la lesión en la placa final, pasando por mejorías notorias, medianas y pequeñas que se señalaron con + + +, + + y + respectivamente, hasta los casos en que ninguna modificación se observó que se denominaron "estacionarios" y finalmente los "agravados". Se anotan igualmente las modificaciones ocurridas en el período de tratamiento, en la baciloscopia, la eritrosedimentación y el peso, así como lo observado referente a posteriores terapéuticas en cada enfermo.

El promedio de estreptomycin que cada enfermo recibió fue de 70 gramos; la cantidad máxima, 200 gramos y la mínima 10 gramos en un niño de pocos meses. El promedio de P. A. S. para cada enfermo fue de 700 gramos.

Explicaciones.

El cuadro No. 1 contiene la cla-

sificación radiológica de las diversas lesiones halladas en el estudio de las radiografías de los 96 pacientes estudiados, que como se aprecia ascienden a 164, y las modificaciones respectivas aparecen bajo los motes expresados antes.

Por ser la caverna la manifestación más seria de la tuberculosis pulmonar especial cuidado se puso a su clasificación y se estableció, como más cercana a la utilidad, la cifra de tres (3) centímetros de diámetro como punto de comparación. Así mismo por haber resultado un número relativamente alto de ésta lesión en sus diversas modalidades confeccionamos los cuadros No. 2, 3 y 4 donde se aprecian los resultados obtenidos tratando con solo los antibióticos la máxima lesión tuberculosa.

El cuadro número 5 muestra las incidencias de los antibióticos sobre otras variedades de lesiones distintas a la caverna.

El cuadro No. 6 registra las alternativas ocurridas a la baciloscopia, la eritrosedimentación y el peso en los enfermos observados.

Finalmente en los cuadros No. 7 y 8 se aprecian, en el primero el status de los enfermos al dar por

clausurado el tratamiento con los dos antibióticos mencionados, y en el segundo las formas anatómo-patológicas y radiológicas de los 19 enfermos que del grupo de 96 fueron declarados como "Detenidos" (Nueva clasificación de la A. A. of TBC). En este cuadro se omiten los porcentajes en atención al reducido número de casos.

Como el principal objetivo de este trabajo es el de mostrar las modificaciones radiológicas de las lesiones con el uso de los antibióticos, dejamos deliberadamente de un lado las consideraciones de orden clínico y lo referente a la discusión de la cantidad eficiente de cada droga, de las resistencias bacterianas, de las intolerancias etc.

La mayoría de los casos que sirvieron para este estudio pertenecen al Hospital-Sanatorio "La María"; mas hay también algunos casos ambulatorios seguidos en los Dispensarios. Dada la circunstancia de que los enfermos del Sanatorio fueron tratados sin someterlos a reposo de 24 horas y que los ambulatorios observaban en sus casas un régimen de inactividad y de descanso relativo, el grupo desde este punto de vista se puede considerar como homogéneo.

CUADRO No. 1

CLASIFICACION	DERRAMES														
	Cavernas exudativas + 3 cts.	Cavernas Exudativas de 3 cts. 6 -	Cav. fibrosas de + 3 cts.	Cav. fibrosas de 3 cts. 6 -	Nodulares Exudativas	Miliares	Neumónica	Bronco-neumónica.	Fibro-nodulares	Fibrosas	Infiltrados	Primo-infección	Fibro-caseosas	Sero-fibrinosos	Purulentos
CURACION RADIOLOGICA	3	8		1	5	2		1	2		8	1			2
MEJORIA + + +	1	3	1	1	5	1			2	2	8				
MEJORIA + +	6	5		2	5	4		1	2	4	5				
MEJORIA +	2	2		5	2	1			2	1	1	1			
ESTACIONARIAS	14	8	4	4	1	1		1	1	1	4	1	1	1	
AGRAVADOS	2	1	1		1				1	1	2				
TOTAL	28	27	6	13	19	9	8	3	8	9	28	3	1	1	2

CUADRO No. 2

CAVERNAS DE + DE 3 cts.	Curación radiológica	3	8,82%
	Mejoría de + + +	2	5,88%
	Mejoría de + +	6	17,65%
(TOTALES)	Mejoría de +	2	5,88%
	Estacionarias	18	52,95%
	Agravados	3	8,82%
	T O T A L E S	34	100

SINTESIS

Efectos notables: (Curac. Radiología y) (Mej. + + +).	5	14,70%
Poco apreciables (Mej. de ++ y de +) (Estacionarias).	26	76,48%
Desfavorables (Agravadas).	3	8,82%
T O T A L E S	34	100 %

CUADRO No. 3

CAVERNAS DE MENOS DE 3 cts. (TOTALES)	Curación radiológica	9	22,5%
	Mejoría de. + + +	4	10, %
	Mejoría de + +	7	17,5%
	Mejoría de +	7	17,5%
	Estacionarias	12	30, %
	Agravadas	1	2,5%
	T O T A L E S	40	100 %

SINTESIS

Efectos notables: (Curac. Radiología y) (Mej. + + +).	13	32,5%
Poco apreciables (Mej. de ++ y de +) (Estacionarias).	26	65, %
Desfavorables (Agravadas).	1	2,5%
T O T A L E S	40	100, %

CUADRO No. 4

CAVERNAS EN GENERAL (TOTALES)	Curación radiológica	12	16,21%
	Mejoría de + + +	6	8,10%
	Mejoría de + +	13	17,56%
	Mejoría de +	9	12,06%
	Estacionarias	36	40,67%
	Agravados	4	5,40%
	T O T A L E S	74	100, %

SINTESIS

Efectos notables: (Curac. Radiología y) (Mej. + + +).	18	24,31%
Poco apreciables (Mej. de ++ y de +) (Estacionarias).	52	70,29%
Desfavorables (Agravadas).	4	5,40%
T O T A L E S	74	100, %

GUADRO No. 5

OTRAS LESIONES PULMONARES	Curación radiológica	19	21,50%
	Mejoría de. + + +	20	22,72%
	Mejoría de + +	23	26,13%
(TOTALES)	Mejoría de +	9	10,22%
	Estacionarias	12	13,63%
	Agravadas	5	5,69%
	T O T A L E S	88	100, %

SINTESIS

Efectos notables: (Curac. Radiología y) (Mej. + + +).	39	44,22%
Poco apreciables (Mej. de ++ y de +) (Estacionarias).	44	49,98%
Desfavorables (Agravadas).	5	5,69%
T O T A L E S	88	100, %

CUADRO No. 6

EVOLUCION DE ALGUNOS CONTROLES DURANTE EL TRATAMIENTO

BACILOSCOPIA

(Positiva el empezar el tratamiento).

Precozmente negativa y así conservada	32	33,33%
Intermitente	16	16,66%
Sin modificaciones	36	37,56%
Sin datos	12	15,51%
T O T A L E S	96	100, %

ERITROSEDIMENTACION

Inicialmente normal y así sostenida	19	19,79%
„ alta y normalizada	24	25,01%
„ „ y descenso notorio	10	10,40%
„ „ y así sostenida (Estacionaria)	24	25,01%
„ „ con ascenso	3	3,12%
Sin datos	16	16,66%
T O T A L E S	96	100, %

P E S O

Aumentado	35	36,45%
Estacionario	45	46,55%
Disminuido	9	9,37%
Sin datos	7	7,63%
T O T A L E S	96	100, %

CUADRO No. 7

STATUS DE LOS ENFERMOS CON POSTERIORIDAD AL TRATAMIENTO

Detenidos	19	19,79%
„ al menos por un año con recaída	5	5,20%
Continuaron con colapso aéreo	30	31,25%
„ „ „ quirúrgico	6	6,25%
„ „ Tratamiento médico	34	35,41%
Sin control	1	1,04%
Muertos	1	1,04%
T O T A L E S	96	100, %

CUADRO No. 8

DETALLES DE LAS FORMAS RADIOLOGICAS DE LOS HASTA AHORA CONSIDERADOS COMO DETENIDOS

Cav. Exu. de menos de 3 cts.	6
Infiltrados	5
Cav. Exu. de más de 3 cts.	2
Nodular Exu.	2
Miliares	2
Bronconeumónica	1
Primo-infección	1
T O T A L	19

Conclusiones.

- 1—La estreptomycinina o el P. A. S. o la asociación de ellos es un tratamiento eficaz en determinadas formas de la tuberculosis pulmonar; pero no podría recomendarse como tratamiento exclusivo de ella.
- 2—Las lesiones exudativas son las que mejor responden al tratamiento con los antibióticos.
- 3—El tratamiento de los antibióticos el de la tuberculosis pulmonar es un precioso adyuvante de los tratamientos clásicos.
- 4—El efecto de los antibióticos sobre la caverna tuberculosa está en razón inversa a las dimensiones de ella. La baja cantidad de cavernas beneficiadas efectivamente por los antibióticos hace que no sea recomendable instituirlos como tratamiento exclusivo de aquellas.
- 5—En las lesiones de predominio fibroso el beneficio es prácticamente nulo.

PRIMOINFECCION Y ANTIBIOTICOS.

(EXTRACTO)

Dres. Carlos A. Piñero, Alfredo Howard y Jorge Tamini.

(La Prensa Médica Argentina.—Nbre. 17/50.)

(Resumen)

No se ha dicho la última palabra acerca de la indicación terapéutica, en la primoinfección. El empleo de la estreptomycinina tiene sus reservas por el temor de crear la correspondiente resistencia cuando quizás no era necesario usarla por tratarse de casos de tendencia involutiva en una gran proporción. Sin embargo tiende a desvirtuarse esta reserva con la presencia de nuevos antibióticos cuyo uso no sólo parece disminuye la estreptomycinina resistencia sino que puede hacerse independiente. Además es aventurado pre-

cisar siempre de benigna la primoinfección.—Se ha registrado el caso de complicación meningea cuando nada hacía presumirla. Por tal razón los autores de este artículo son partidarios decididos, no sistemáticos de antibióticos en la primoinfección, en especial si median ciertos factores que consideran de importancia, a saber: fiebre, siembras hemáticas, aunque sean discretas, adenopatías que representan la última barrera linfática, ganglios paratraqueal derecho y de Botal.—Las imágenes exudativas o atelectásicas si son mínimas tienen menos importancia aunque debe recordarse su participación en posibles bronquiectasias. La búsqueda de B. K. en el jugo gástrico es otro dato de interés. Por último hay otros dos as-

pectos fundamentales: edad y ambiente. Aquella porque como es sabido son los dos primeros años el momento más delicado ante la infección tuberculosa; éste por el peligro para la evolución de la enfermedad que acarrearía la convivencia del niño con tuberculosos bacilíferos y en especial si contribuyen malas condiciones económico-sociales.-En general en caso de duda debe darse el antibiótico.

Conclusiones: 1o.-Se trataron 22 enfermos así: 15 con estreptomici-

na, 2 con P. A. S. y 5 con ambos en forma sucesiva. 2o.-Con la estreptomicina hubo beneficios de orden clínico general en el 75%.-3o.-La estreptomicina parece tener mayor actividad sobre lesiones parenquimatosas que sobre ganglionares. 4o.-Las lesiones no modificadas por la estreptomicina respondieron al P. A. S. en forma favorable.-5o.-Una conjuntivitis flictenular fue curada con estreptomicina. Otra, rebelde a ésta, con P. A. S.

L. C. M.

LOBULOS PULMONARES Y RADIOLOGIA.

(EXTRACTO)

(Noticioso.-La Prensa Médica Argentina, Jun, 29/51).

(Resumen)

Hace referencia a un estudio de Hervada Iglesias en "Galicia Clínica" donde se plantean los problemas que se originan en la interpretación de una radiografía y estudia entre otras cosas la manera de verificar la localización lobular de una lesión, detallando al respecto el método de Brunner. En virtud de tal procedimiento fragmentase la imagen pulmonar en cuatro partes: supraclavicular o vértice e infraclavicular, dividida en tres por dos líneas que partiendo del punto medio hiliar van la una hacia el punto donde la clavícula cruza el arco costal y la otra dirigida en sentido horizontal y un poco hacia abajo; en el segmento inferior de los tres

determinados por estas líneas están el seno costo-diafragmático y el ángulo cardio-frénico.-Síntetiza luego en forma de quebrados la localización aproximada de los lóbulos así: primer quebrado 2/6, segundo 4/seno y tercero 2/4/6.-Los numeradores indican arcos costales posteriores y los denominadores arcos costales anteriores.-El primer término, 2/6, hace relación al lóbulo superior izquierdo e indica que va de la segunda costilla posterior al arco anterior de la sexta. El segundo, 4/seno, se refiere al lóbulo inferior, es decir, que va del arco posterior de la cuarta al seno y es común a ambos lados. El tercer término, 2/4/6, localiza el lóbulo medio entre el arco posterior de la segunda costilla y los arcos anteriores de la cuarta y la sexta.

L. C. M.

DISCUSION:

Dr. Edmundo Medina: Siempre que se toca este tema se despierta en mí una inquietud, ya que por el hecho de ser Jefe del Dispensario Infantil puedo decir que al menos el 90% de los casos de tuberculosis que veo son primoinfecciones.

Soy partidario y así lo he hecho, de tratar casi sistemáticamente las primoinfecciones con estreptomycinina sobre todo los casos que vienen en medios reconocidamente contaminados, que son la mayoría. Los resultados me han satisfecho y aun puedo manifestar que el promedio de droga suficiente para alcanzar este fin ha sido de unos 15 gramos, lo cual hace que el problema económico no sea tan preponderante.

Dr. Rafael J. Mejía.-Es evidente que la primo infección es una de las más benignas formas de TBC pulmonar ya que en número grande de casos tiende a la remisión espontánea. Yo he tenido ocasión últimamente de tratar algunos casos

en los cuales me he abstenido de dar estreptomycinina para evitar crear la resistencia precoz; los he tratado con los métodos clásicos y con P. A. S. con resultados admirables.

Dr. Luis Carlos Montoya.-Es indudable que en primo infección hay unos casos más graves que otros. Considero que en los casos que pudieran llamarsen benignos: Lesiones no muy extensas; sintomatología atenuada; eritrosedimentación de cifras no muy altas deberían observarsen y hechar mano si así se desea de los antibióticos distintos a la estreptomycinina. Pero en casos graves: Lesiones extensas; alta toxicidad; estado general precario etc., debe usarse la estreptomycinina sin dubitaciones, y los resultados son excelentes.

Dr. E. Abad Mesa. Creo que cada vez que sea posible alejar al primo-infectado del medio contaminado debe hacerse: Esto es mejor que todos los antibióticos. . .

EXTRACTOS Y TRADUCCIONES

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA ROEN- GENTERAPIA Y CON LA CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA LARINGE.

Trabajo presentado por el Dr. Carlos Cleves Cucalón. De Bogotá.

Preconiza las ventajas que el tratamiento quirúrgico tiene sobre la roengenterapia, fundándose en las estadísticas extranjeras y en sus experiencias de los últimos cinco años, durante los cuales ha operado no sólo lesiones intrínsecas sino también extrínsecas de la laringe.

Anota los obstáculos para que la cirugía sea más ampliamente adoptada, contra los cuales ha tenido que luchar y que son los principales:

a) El temor del paciente a cualquier acto quirúrgico;

b) Las mutilaciones que trae la intervención;

c) Los argumentos de los radioterapeutas en favor de la roengenterapia como tratamiento de elección, en las lesiones incipientes por lo limitado de su extensión, o en lesiones avanzadas en las cuales, según ellos, con la cirugía no se obtiene mayor resultado y al menos con la roengenterapia se hace tratamiento paliativo.

Responde a las anteriores aseveraciones en la forma siguiente:

a) Hoy el riesgo quirúrgico ha disminuído con el adelanto de las técnicas, la mejor anestesia, mejor estudio de los pacientes y ayuda de los antibióticos;

b) Las mutilaciones son muy relativas. La laringofisura y la hemilaringectomía no privan al paciente de su voz ni del funcionamiento de sus órganos desde el punto de vista práctico. (Cita el caso de un conocido futbolista profesional quien después de haberle practicado el autor una hemilaringectomía, volvió a jugar sin ningún trastorno respiratorio). Con la laringectomía la pérdida de la voz es sólo temporal y en los pacientes optimis-

tas puede desarrollarse en corto tiempo una voz bastante buena; la molestia de la hipersecreción por falta de ventilación nasal desaparece rápidamente y en forma espontánea;

c) El mayor porcentaje de curaciones se obtiene con la cirugía y no con la Roengenterapia, como lo demuestra con las estadísticas del Instituto del Radium desde su fundación hasta los primeros meses del presente año y los casos quirúrgicos que son los de su clientela particular y hospitalaria.

Luego hace el autor un recuento de las diversas clasificaciones del cáncer de la laringe:

La topográfica de Isambert: Intrínsecos y Extrínsecos;

La modificación a la anterior, de Saint Clair Thomson, que no considera intrínsecas las lesiones de la epiglotis;

La modificación de Coutard, Leroux, Robert, Baclesse y Hautant que los clasifica en Intralaringeos y tumores de la Orofaringe;

Por los caracteres clínicos: Escasa, Mediana y Acentuada malignidad;

La de Coutard: Indiferenciados y Diferenciados;

La anatomoclínica de Félix Leborgne: Vegetantes, Ulcerosos, Infiltrantes y Excavantes;

Y por último la clasificación *anatomopatológica* según el grado de diferenciación histológica (Grados I, II, III y IV) que según el autor ha perdido importancia acualmente. Para su trabajo sigue la clasificación topográfica.

Describe luego la laringofisura, la laringofisura de comisura anterior, la hemilaringectomía tipo Hautant que es la que ha seguido, y por último la laringectomía total según la técnica aconsejada por Jackson. Analiza en forma clara las indicaciones, porcentaje de éxito,

pre y post-operatorio y para mejor ilustración, con la descripción de cada operación, proyecta una corta película y algunos slides.

Trata en segunda de la rehabilitación de los pacientes laringectomizados, insis-

tiendo en la importancia que para desarrollar la voz esofágiana tiene la conservación de los músculos del cuello. Presenta uno de sus pacientes laringectomizados cuya voz fácil, de tono bajo, puede percibirse a varios metros de distancia.

M. A. B.

Presenta un cuadro general sobre 79 pacientes tratados y un segundo cuadro que resume el anterior y que a continuación transcribimos:

C U A D R O N° 2

TRATAMIENTO	Años	Casos	Intrínsecos	Extrínsecos	Muertos	Vivos	Sin control	SUPERVIVENCIA (%)									
								Meses	4	6	8	1	2	3	4	5	+ de 5
Telecuri-terapia	1935-45	24	12	12	19 (79%)	2 (8,5%)	3 (12,5%)	83	70	62	50	21	21	14	14	14	
Telec. y Rayos X	1943	1	—	1	—	—	1	81	58	42	27,5	17,5	17,5	11,7	11,7		
Rayos X	1935-46	23	11	12	14 (60,8%)	4 (17,4%)	5 (21,8%)	81	58	42	27,5	17,5	17,5	11,7	11,7		
R. X - Radium Punc.	1946	1	—	1	1	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—		
Rayos X	1947-50	12	3	9	6 (50%)	4 (33,5%)	2 (16,5%)	100	100	90	87,5	33	—	—	—		
Cirugía (1)	1947-50	8	8	—	1 (12,5%)	6 (75%)	1 (12,5%)	100	100	100	100	100	100	—	—		
Cirugía y Rayos X	1948-50	10	5	5	2 (20%)	7 (70%)	1 (10%)	100	100	100	83	66	(2)	—	—		

(1) La defunción registrada se debió a un accidente postoperatorio. Por tal razón no se tiene en cuenta para los porcentajes de supervivencia actual.

(2) Sólo hay un paciente de este grupo que ha completado 3 años de iniciado el tratamiento.

Groen, Emotional Factors in Chronic ulcerative colitis - Journal Psychosomatic Med.; 1947, 9: 151.

Los estudios clínicos, médicos y psiquiátricos demuestran que los factores emocionales juegan un importante papel como causa, patogenia y pronóstico en la colitis ulcerativa crónica; por consiguiente, es de sumo interés, para encauzar el tratamiento de este síndrome, hacer un recuento de las características que presentan los enfermos víctimas de esta afección.

Groen enumera en el siguiente orden las modificaciones más frecuentemente encontradas en los casos estudiados:

I.—Intelecto bien desarrollado.

II.—Diligencia y limpieza, aun exageradas. Estos pacientes tienen aversión a las expresiones vulgares u obscenas y detestan las charlas de doble sentido. Son sumamente cuidadosos en la escogencia de sus ropas y meticulosos en su apariencia personal. Buscan relacionarse con gentes de alta posición, adquiriendo así una estampa de distinción y de respetabilidad. Las mujeres tienen en alto sentido la limpieza, y son conscientes en el cumplimiento de los deberes domésticos.

III.—Gran susceptibilidad. Estos pacientes se ofenden fácilmente y "paran bolas" a la mayor tontería.

IV.—Dudan del valor de su propia personalidad. Aunque en realidad tienen un complejo de inferioridad, dan a primera vista la impresión de ser "muy creídos". Repudian interiormente a todo el mundo y, a medida que ganamos su confianza, más se cuidan de criticar. Un fuerte, aunque oculto, narcisismo se descubre después de escudriñarlos bastante.

V.—Egocéntricos en marcado grado, hablan de hacer el bien a los demás pero, en realidad, nada hacen fuera de su propio círculo. Apenas poseen ideas políticas o humanitarias.

VI.—Exhiben, con frecuencia, una actitud pasiva hacia la vida. Hablan mucho acerca de lo que podrían hacer pero na-

da llevan a cabo. Ambiciosos pero en grado limitado.

VII.—El temor es un cuadro dominante. Ante una situación de emergencia es lo común que no la afronten y en las dificultades buscan la vía de la menor resistencia; esta actitud puede ocultarse bajo un aspecto de independencia.

VIII.—En la mayoría de los enfermos se observa una falta de tendencia agresiva en su conducta.

IX.—Procuran hallar amor, simpatía y afectos; si no lo consiguen se vuelven sumamente desdichados.

X.—Poseen una idealista e infantil concepción de la vida. Conciben el amor como una sublime adoración y que entre los cónyuges debe haber sólo armonía y comprensión, pero consideran el contacto sexual como de orden inferior. No pudiendo compaginar la relación sexual y el ideal que del amor tienen, rara vez llegan a cumplir a cabalidad el acto sexual. Un buen número de estos pacientes no se casan o lo hacen sólo después de muchas cavilaciones.

Entre los hombres es frecuente encontrar pérdida de la libido o impotencia y un buen número de pacientes del sexo femenino no experimentan un orgasmo normal; es frecuente hallar que la frigidez precede a la colitis.

Estos pacientes, aun siendo adultos, practican con frecuencia la masturbación, ello en contradicción con el puro e ideal concepto que tienen del amor.

XI.—Entre los hombres es frecuente observar una anormal dependencia o sujeción a su madre, y temor hacia el padre; no hay mujer que iguale a su progenitora. Algunos pacientes sienten gran simpatía por las mujeres de edad. Su actitud hacia los demás hombres es, a menudo, una secuela del temor u odio que abrigan por su padre. Algunas mujeres exhiben una gran sujeción al padre y aversión hacia la madre.

XII.—Es difícil inducirlos a contar su vida privada y se avergüenzan de no ser capaces de resolver sus propios problemas.

Los individuos cuyo carácter presenta la estructura antes anotada pueden vivir sin trastornos mientras sus deseos sean satisfechos o lleven una vida aislada. Pero este ritmo de vida puede romperse con la mayor facilidad; si surge una situación que no pueda enfocar y de la cual no pueda escapar, se hace in-

trovertido, como consultándose a sí mismo y, en pocos días, puede aparecer la colitis ulcerativa.

El autor Groen, concluye que el tratamiento debe basarse en dos principios: catarsis emocional e infundir ánimo y confianza al paciente.

A. B. A.

LO QUE EL MEDICO GENERAL DEBE SABER ACERCA DE LA TERAPIA POR IRRADIACIONES.

Ira I. Kaplan - Radiología Nº 8 - Agosto 1951.

Hoy, más que nunca, el médico general juega un papel muy importante en la lucha contra el cáncer; ordinariamente es el primero que ve el paciente afectado por la dolencia; su determinación acerca del carácter de la lesión es definitiva y por consiguiente la prontitud del tratamiento depende en gran parte de él, especialmente en el período inicial de la enfermedad, cuando la terapia es más activa.

En cuanto a la selección de la clase y método de tratamiento que se debe emplear en cada caso particular, el médico general encuentra dificultad. Aun cuando hoy en día la Terapia por irradiación es procedimiento reconocido en el tratamiento del cáncer y enfermedades afines, en la actualidad el médico general es asaltado por una avalancha de dudas en relación con los nuevos avances de la terapia por irradiación. El gran número de reportes científicos y pseudo-científicos y los artículos de la prensa profana y científica lo dejan desorientado.

¿Qué es todo eso? Es la energía atómica una panacea para el control de la enfermedad maligna? A pesar de todos los avances de la ciencia y las nuevas investigaciones en radio-actividad, la cirugía, los Rayos X o el Radium son los únicos remedios de probado valor.

El diagnóstico precoz es esencial, pues la experiencia ha establecido hasta la sa-

ciudad que mientras más temprano se reconozca y mientras más efectivamente precoz sea tratado, más pronto y permanente es el control del cáncer.

El médico general juega uno de los papeles más importantes en el descubrimiento precoz, ya que ordinariamente es él quien ve el paciente en la más temprana forma de la enfermedad.

Los Rayos X y el Radium son aplicables a un gran número de entidades benignas y malignas; en algunas es el método de elección, en otras como complemento de otros tratamientos, y en otras más aún, el método que ofrece el único medio definitivo de paliación, en especialidad de entidades prácticamente "sin esperanza".

La acción de la irradiación sobre los tejidos es debida a su efecto sobre las células de éstos, los vasos y células sanguíneas, los eritoblastos y linfocitos. Bergonie y Tribondeau descubrieron que mientras más embrionario sea el carácter de un tejido, mayor es su radio-sensitividad.

Las células en el estado de actividad mitótica son aparentemente más radio-sensitivas que otras que no muestran dicha actividad.

Halberstaedter fue el primero en reconocer la acción selectiva de los Rayos X sobre los ovarios.

Radio-sensitividad sin embargo, no equivale a radio-curabilidad, ni estos términos son sinónimos.

Lesiones radio-sensitivas son las que responden a una cantidad de irradiación que ordinariamente no causa daño irreparable al tejido normal. Las lesiones de tipo radio-resistente requieren dosis de irradiación muy altas, que en la generalidad de los casos producen un daño definitivo a los tejidos normales adyacentes.

La radio-curabilidad del cáncer depende de la administración de dosis adecuadas a todas las células del cáncer dentro de la lesión. El resultado final del tratamiento es influenciado por la radio-sensibilidad de los tejidos, la extensión y accesibilidad de la enfermedad, la tolerancia de las partes circunvecinas y a la resistencia de los tejidos normales.

Ejemplo de lesiones malignas radio-sensitivas son la leucemia, linfosarcomas, mielomas y enfermedad de Kodgkin. Tipos radio-responsivos son el epiteloma baso-celular de la piel, epitelomas escamosos del cuello y tumores óseos de células gigantes. Lesiones radio-resistentes son los melanomas, el carcinoma gástrico y el sarcoma osteogénico.

Biológicamente no hay diferencia apreciable entre los efectos de los Rayos X o del Radium sobre los tejidos humanos. La cuestión de cuándo emplear uno u otro método depende de muchas circunstancias, tales como la obtención de los elementos, el tamaño, extensión, carácter y accesibilidad de la lesión, la práctica y experiencia del Radiólogo, etc.

Tanto enfermedades benignas como malignas pueden ser tratadas adecuadamente por las irradiaciones. Lesiones benignas que responden a la terapia pueden ser infecciones, inflamaciones, trastornos funcionales y neoformaciones. Aún no se conoce completamente cómo obran las irradiaciones en el tratamiento de las infecciones, pero como éstas destruyen linfocitos, que son las células más sensibles, se cree que esta destrucción libera cantidades apreciables de endo-toxinas que son bactericidas. También se produce una hiperhemia.

En el grupo de las entidades infecciosas pueden tratarse adecuadamente: forúnculos, ántrax, acné, eczema, erisipela, sinusitis, y portadores de difteria. Cuan-

do el ántrax se trata temprano puede abortar, pero en todos los casos la irradiación alivia el dolor y el malestar y estimula la resolución en la mayoría de los casos sin necesidad de recurrir a la cirugía.

La irradiación es una medida terapéutica salvadora para el control de la parotiditis aguda. Es el tratamiento de elección para la tuberculosis ganglionar del cuello y para fístulas postoperatorias.

Algunas entidades inflamatorias se benefician de la irradiación por los efectos analgésicos de los Rayos X.

Las bursitis, con o sin depósitos calcáreos, algunas neuritis y neuralgias, la ciática reumática y las artritis, la enfermedad de Marie-Straumpell y las artritis gonorreicas responden bien al tratamiento con los Rayos X.

Los Rayos X son un método excelente para las amígdalas hipertrofiadas y las nasofaringitis hipertróficas. La aerotitis y sordera debidas a la hipertrofia de la mucosa de la naso-faringe, especialmente cuando la cirugía está contraindicada, responden bien a la irradiación.

La Terapia por irradiación es muy útil, y en algunos casos el tratamiento de elección, en los hemangiomas de la piel, papilomas y algunos lunares, queloides, etc.

La irradiación es una forma salvadora de tratamiento de emergencia para la asfixia del recién nacido ocasionada por la persistencia del timo. También los higromas en los niños responden bien a la irradiación. Quistes pilonidales pueden ser tratados del mismo modo; la respuesta es debida al poder depilador de los Rayos X. Los pólipos de la nariz y los papilomas de la vejiga responden con facilidad a la irradiación.

Los fibromas uterinos se pueden beneficiar de los Rayos X por su acción selectiva sobre los ovarios y probablemente por acción directa sobre el utero.

Los hemangiomas de la piel, de los huesos, del cerebro y otras vísceras se benefician del tratamiento considerablemente.

Por su efecto sobre la función de las células, glándulas y órganos, la irradiación

ción es muy a menudo de marcada utilidad en el alivio de afecciones debidas a disfunción o discrasias. Por esta razón es de un valor definitivo en el tratamiento de disfunciones ginecológicas como amenorrea, dismenorrea, metro y menorragias. Es una gran ayuda en casos de amenorrea y esterilidad cuando todos los otros métodos de tratamiento han fallado. Es útil para el tratamiento de senos dolorosos, sea con aplicaciones directas o indirectamente a través de los ovarios.

Aplicada sobre la pituitaria ayuda en la enfermedad ósea de Paget y en algunos casos de acromegalia. También es un método efectivo en la osteitis fibro-quística, por su efecto directo sobre las lesiones óseas e indirectamente por su acción sobre las paratiroides. En la menopausia la irradiación de la pituitaria a menudo produce un gran alivio de los síntomas.

La irradiación es muy útil en el tratamiento de afecciones tiroidianas tóxicas. Por su efecto sobre la pituitaria y las suprarrenales se puede emplear en la hipertensión. La miastenia grave es tratada por irradiación del mediastino. Se ha empleado también con éxito en la hiperhidrosis y en la úlcera péptica para reducir el ácido clorhídrico. En algunas afecciones idiopáticas como asma, hemofilia, herpes, etc., es un arma valiosa de tratamiento.

En la terapia de lesiones malignas la irradiación juega un papel de primer orden, sea como tratamiento de elección en algunos casos, como complemento de la cirugía en otros y como medio paliativo en algunos.

El proceso maligno puede comprometer cualquier órgano del cuerpo. La irradiación puede ser usada como el único método de tratamiento, o puede ser empleada preoperatoriamente como medida profiláctica o para reducir el tamaño de la lesión y hacerla operable con mayor seguridad. Es empleada post-operatoriamente para liquidar áreas neoplásicas no resecaadas durante la intervención y para prevenir recurrencias. Su uso depende del tipo, situación y extensión de la le-

sión, así como también de la presencia o ausencia de metástasis en la época del tratamiento.

Las siguientes lesiones malignas pueden ser adecuada y preferentemente tratadas con irradiaciones:

Cáncer de la piel, oído, nariz, labio, boca, lengua, laringe, tumor de Wilms. Es el método de elección para el tratamiento de los tumores testiculares, cáncer cervical, tumores pituitarios, linfoblastoma, mielomas múltiples y tumor de Ewing, etc.

Es mucho más efectivo y procura un control más duradero en el tratamiento de leucemias que cualquiera otra forma de terapia, inclusive las sustancias radioactivas.

Es más efectivo en el control de la enfermedad de Hodgkin que cualquier otro procedimiento y en algunos casos sus efectos pueden ser reforzados por la Terapia adicional con mostaza nitrogenada.

Como una forma adjunta de Terapia a la cirugía, la irradiación es útil en el tratamiento de cánceres del seno, los pulmones, el tracto gastrointestinal, los ovarios, el cuerpo uterino, el aparato genitourinario, los huesos, el cerebro, etc.

Como método preoperatorio es muy práctico en el tratamiento de los neoplasmas del seno, los ovarios, riñones, etc. Es una forma necesaria de tratamiento complementario en el tumor de Wilms. Está definitivamente indicado como método post-operatorio en casos en que la extirpación quirúrgica no es posible y cuando hay metástasis no resecaables; este método tiene su máxima aplicación en cáncer del seno, pulmón, riñón, ovario, próstata y testículo.

Como método paliativo, especialmente en casos con metástasis óseas, la irradiación está definitivamente indicada y es muy efectiva.

En algunos casos la terapia por irradiación puede ser usada como prueba terapéutica de diagnóstico para determinar el tipo de lesión, especialmente en tumores mediastinales y adenitis.

B. P. M.

CADAVERES PARA DISECCION Y AUTOPSIA

La siguiente resolución fue aprobada por la 27ª Conferencia Médica India, celebrada en diciembre de 1950:

"Esta Conferencia resuelve que, en vista de la importancia de la autopsia patológica en las instituciones de enseñanza, todas las ramas Provinciales de la Asociación Médica India deben, en cooperación con el personal de los Colegios Médicos, llevar a cabo una propaganda intensa de enseñanza del público, para que se haga asequible más material para las autopsias en el futuro.

"Esta Conferencia resuelve, además, que todos los cuerpos en los que el diagnóstico no haya sido definitivo deben ser autopsiados para hacer el diagnóstico y sirvan para la enseñanza e investigación, y todos los cadáveres no reclamados por las familias en un tiempo dado, deben ser enviados para el uso del Departamento de Anatomía y a ninguna institución ajena debe permitírsele la reclamación de los mismos. La necesaria legislación será hecha por el Gobierno en un futuro cercano.

"Para dar el ejemplo al público, esta Conferencia resuelve, además, el recomendar a los miembros de la Profesión

médica que ellos donen sus cuerpos para este propósito".

Los médicos de los países que ya han hecho frente a este problema eficazmente pueden comprobar lo difícil de la situación que confronta la enseñanza médica y el progreso médico en la India. En la mayor parte de los países en los que la enseñanza médica es de un nivel muy elevado se ha reconocido la necesidad y se ha ofrecido la legislación necesaria. En los Estados Unidos el Consejo de Enseñanza Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana no aprueba los hospitales que no hacen la autopsia, por lo menos en un quince por ciento de los pacientes que muere en el hospital. Muchos hospitales reportan casi cien por ciento de autopsias anualmente. Los internos y residentes son entrenados para asegurarse la cooperación del paciente y de su familia. El Dr. S. C. Sen informa que él todavía no ha oído de ningún médico que haya tomado la iniciativa de realizar los trámites necesarios para disponer para la autopsia de su propio cuerpo. Los médicos deben ser los primeros, si quieren que el público coopere.

("Boletín de la Asociación Médica Mundial")

EL QUINTO MANDAMIENTO Y LOS MEDICOS.

"La vida humana es sagrada. No puedo reconocer a nadie el derecho de apagar una llama que sería incapaz de volver a encender. La adopción del principio de la Eutanasia implicaría, en primer lugar, un peligro moral porque disminuiría el respeto por la vida, indispensable a las sanciones éticas y religiosas. Después, dadas las adquisiciones siempre precarias y fallibles de la Ciencia Médica, los errores de diagnóstico convertiríanse en ejecuciones capitales; y desde

que a los médicos fuere atribuido con carácter legal, el poder de hacer cesar la vida, un nuevo elemento de perturbación surgiría en las sociedades humanas, y sería fácil prever a qué crímenes monstruosos podría conducirnos. Nada más piadoso, sin duda, que la intención de evitar un dolor inútil; pero los dolores inútiles no existen; el sufrimiento es necesario; es un factor importante en la educación moral de la humanidad; y si fuere lícito y loable disminuir el dolor

mejorando la vida, convirtiendo en hechos dorados las aspiraciones de la Ortobiosis —el buen vivir— es demasiado sumaria la misericordia de quien sólo puede aliviar matando. Además, si los médicos penetraran en el cuarto del doliente, no apenas para darle la vida, sino para darle la muerte, asimismo la más digna y la más respetada de las profesiones sería mañana una profesión execrada y todos mirarían con recelo y con pavor a esos "sacerdotes" del dolor humano, cu-

ya misión es inspirar confianza y proteger la existencia hasta su último soplo vital. No, los médicos no pueden pronunciar sentencias de muerte, y menos ejecutarlas como si fueran verdugos. La Eutanasia sería una institución siniestra".

Quisiera decir amén, después de haber copiado esta oración de un grande de la Medicina.

(Tomado de "La Reforma Médica" - Mayo 1950).

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN No. 9

MES DE OCTUBRE DE 1951

Lunes 1º

8 a. m. Instalación de la Primera Semana de Información Médica, organizada por la Asociación Médica Antioqueña (AMA).

8½ a 11½ a. m. Ponencias de los Dres. Miguel M^a Calle, Gabriel Toro Villa, Eugenio Villa H.

2 a 6 p. m. Ponencias de los Dres. Fernando Toro Mejía, Alfredo Correa Henao, Miguel Martínez Echeverri, Luis Germán Arboláez, Joaquín Aristizábal y Jorge López de Mesa.

Martes 2.

8 a 10½ a. m. *Semana de Información Médica.* Demostraciones quirúrgicas y presentación de enfermos en todas las clínicas hospitalarias.

11 a 12 m. *Ponente:* Dr. Ignacio Vélez Escobar. *Tema:* "ULCERA GASTRODODENAL".

2 a 7:45 p. m. Ponencias de los Dres. Oriol Arango, Daniel Correa, Roberto Uribe Vélez, Benjamín Pérez, Ernesto Toro O., Tomás Quevedo, Emilio Robledo, Alberto Gómez Arango.

Miércoles 3.

8 a 10 ½ a. m. *Semana de Información Médica.* Demostraciones quirúrgicas y presentación de enfermos en todas las clínicas hospitalarias.

11 a 12 m. *Ponente:* Dr. Luis Carlos Uribe Botero. *Tema:* "PARASITOSIS INTESTINAL".

2 a 7 p. m. *Ponentes:* Dres. Luis Abad, Jorge Henao Posada, Benicio Gaviria, Eusebio Ochoa, Miguel Guzmán, Juan B. Pérez Cadavid, Hernando Villegas R. y Jorge Uribe Velásquez.

Jueves 4.

9 a. m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.

8 a 10½ a. m. *Semana de Información Médica.* Demostraciones quirúrgicas y presentación de enfermos en todas las clínicas hospitalarias.

11 a 12 m. *Ponente:* Dr. David Velásquez. *Tema:* "NEFROPATIAS".

2 a 7:45 p. m. Ponencias sobre tuberculosis sostenidas por los Médicos del Instituto del Tórax.

Ponentes: Dres. Alfonso Mejía Isaza, Alfonso Aguirre y Darío Sierra Londoño.

Viernes 5.

8 a. m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas.

8 a 10 a. m. *Semana de Información Médica*. Demostraciones quirúrgicas y presentación de enfermos en todas las clínicas hospitalarias.

10 a 11 a. m. En mesa redonda, bajo la Presidencia del Dr. Ignacio Vélez Escobar, se discutirán diversos tópicos científicos, y sostendrán la discusión los Dres. Gabriel Toro Mejía y otros.

11 a 12 m. *Ponente*: Dr. Gustavo González Ochoa. *Tema*: "EL MEDICO GENERAL FRENTE AL NIÑO".

2 a 6½ p. m. *Ponentes*: Sociedad de Pediatría, Dres. Benjamín Mejía Cálad, Marco Barrientos y Bernardo Uribe Londoño.

Clausura de la Primera Semana de Información Médica, a cargo del Dr. Braulio Henao Mejía, Gobernador del Departamento.

Sábado 6.

8 a. m. C. P. C. Conferencia sobre Patología Clínica.

9 a. m. Proyección de la película "URBANISMO", cedida galantemente por el Plano Regulador de la ciudad de Medellín.

10 a. m. Reunión del Consejo Técnico Consultivo. Entrevistas a los aspirantes al primer curso de la Facultad.

10 a. m. Reunión periódica mensual en el Departamento de Histología, con el fin de realizar comentarios bibliográficos.

Lunes 8.

Iniciación de las festividades de la Semana Universitaria. Las clases funcionarán normalmente.

Martes 9.

Día Clásico de la Universidad de Antioquia. (No hay clases).

9 a. m. Desfile Universitario. Parte del edificio central de la Universidad y termina en la Facultad de Medicina.

11 a. m. Inauguración del nuevo edificio de la Facultad de Medicina. Palabras del Sr. Rector de la Universidad de Antioquia, Dr. Gustavo Uribe Escobar.

En las horas de la tarde, las dependencias de la Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, Escuela de Farmacia y Escuela de Enfermería, estarán abiertas para el público con sus laboratorios, anfiteatro, biblioteca, auditorio, etc., y podrán ser visitadas libremente.

Entrega de un número extraordinario de "ANTIOQUIA MEDICA", dedicado a la Facultad de Medicina.

5 p. m. Reunión de antiguos alumnos de la Universidad de Antioquia, en el auditorio de la Facultad de Medicina.

Jueves 11.

DÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA. (No hay clases).

8 a. m. Santa Misa en los patios de la Facultad. Oficiará el Rvdo. Padre Dr. Alberto Duque S. J., Sub-decano de la Pontificia Universidad Católica Javeriana y Médico graduado de la Universidad de Antioquia. Breve alocución de este ilustre hijo de la Universidad.

9:30 a. m. R. C. M. Reunión extraordinaria de Clínicas Médicas, para dedicar el Aula Braulio Mejía.

11 a. m. Inauguración del edificio del Instituto de Anatomía Patológica e Instituto Anticanceroso.

Palabras de los Dres. Alfredo Correa Henao, Profesor de Anatomía Patológica, y José A. Jácome V., Director del Instituto Nacional de Radium y Jefe Nacional de la campaña contra el cáncer.

4 p. m. Inauguración del Departamento de Cirugía Experimental. Intervenciones simultáneas practicadas por varios Profesores de la Facultad.

8:30 p. m. PARANINFO DE LA UNIVERSIDAD.

Sesión solemne para otorgar el título de Doctor Honoris Causa de la Universidad de Antioquia al Dr. Gabriel Toro Villa.

Ofrecimiento: Dr. Braulio Henao Mejía, Gobernador del Departamento.

10 p. m. CLUB UNION:

Banquete en honor del Dr. Gabriel Toro Villa, organizado por el Cuerpo Médico de la ciudad. A este homenaje podrán

asistir tanto médicos como las demás personas que lo deseen.

Viernes 12.

Receso con motivo de la fiesta patria:
Descubrimiento de América.

Sábado 13.

PUENTE.

Jueves 18.

9 a. m. R. C. P. Reunión de Clínicas
Pediátricas.

8 p. m. Reunión de Internos en el Hospital de San Vicente, con el fin de tratar importantes temas y casos especiales relacionados con sus actividades.

Viernes 19.

8 a. m. R. C. M. Reunión final de Clínicas Médicas.

Sábado 20.

8 a. m. C. P. C. Conferencia sobre Patología Clínica.

9 a. m. Proyección de la interesante película "OPERACION DE LA FEMORAL".

10 a. m. Reunión del Consejo Técnico Consultivo de la Facultad. Entrevistas personales a los aspirantes al primer curso en 1952.

Miércoles 24.

6 p. m. Reunión de la Academia de Medicina de Medellín.

Jueves 25.

9 a. m. R. C. P. Reunión final de Clínicas Pediátricas.

Viernes 26.

7½ a. m. R. C. Q. Reunión final de Clínicas Quirúrgicas.

Sábado 28.

8 a. m. Clausura de las conferencias sobre Deontología Médica a cargo del Canónigo Dr. Alfonso Uribe J. y el Dr. Miguel M^{ra} Calle. Se desarrollarán tópicos generales.

10 a. m. Reunión del Consejo Técnico Consultivo de la Facultad. Entrevistas

personales a los estudiantes que aspiran a ingresar al primer curso en 1952.

Martes 31.

6 p. m. Clausura de las clases de la Facultad, para iniciar los exámenes finales el 2 de noviembre.

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

1. Como se anunció en el Boletín N^o 8,

la Sociedad Brasileña de Esterilidad llevará a cabo su Primer Congreso del 14 al 19 del presente mes. Asistirá como Representante colombiano el Dr. Darío Sierra Londoño. Los médicos interesados en concurrir, pueden solicitar completas informaciones al Dr. Sierra L.

2. A fines del mes de octubre se efectúa la I Convención Nacional de Cirujanos en Bogotá, como se hizo saber en el mes próximo pasado.

3. Este Decanato anuncia con satisfacción que en el mes de marzo de 1952, se reunirán las Segundas Jornadas de Pediatría, para las cuales se prepara un nutrido programa de actividades.

4. El Dr. Juan Ramón Marín terminó el último día del mes de septiembre las prácticas especiales de Anestesia, las que fueron muy provechosas. Esta Facultad y el Hospital de San Vicente expresan sus agradecimientos al Dr. Marín por su valiosa colaboración. Para el año de 1952 se planea un nuevo curso de Anestesiología para post-graduados con una duración de 4 a 6 meses.

5. Muy concurrido resultó el Ciclo de Conferencias sobre Instrucción Obstétrica que se desarrolló en la última semana de septiembre en el Anfiteatro de la Facultad. Esta jornada científica fue un verdadero éxito. Este Decanato agradece a todos los señores Médicos que colaboraron.

6. Las conferencias y demostraciones sobre Dermatología a cargo del Dr.

Agustín Alomar constituyeron cumplido éxito. La Facultad de Medicina y el suscrito Decano agradecen al Dr. Alomar su distinguida colaboración.

7. Durante los días 9 y 11 de octubre se suspenden las clases, a fin de que podamos asistir todos a los diversos actos que se celebren en la Facultad de Medicina, según su programa especial en la Semana Universitaria. En los otros días de la semana, las clases funcionarán normalmente.

Para el gran desfile Universitario, que partirá del edificio principal de la Universidad y terminará en la Facultad de Medicina, se ha convenido en que todo el personal docente y docente de la Facultad se congregará en el primer piso de la Biblioteca General de la Universidad, situada en Ayacucho x Girardot, para recibir la organización que se requiere para que la presentación de la Facultad de Medicina sea digna de la categoría que se merece.

Este Decanato, vuelve a recalcar sobre el deseo de las Directivas Universitarias de que no se quede ningún elemento de la comunidad sin hacerse presente a dicho desfile, pues los días 9 y 11 de octubre, no son propiamente vacaciones, sino para dedicarlos a cumplir con nuestros deberes para con la Universidad de Antioquia y para con nuestra Facultad de Medicina.

8. Nuevamente este Decanato suplica a los señores Profesores que ofrecieron una hora semanal en el servicio de Consulta Externa, den cumplimiento a su promesa, para la buena marcha de esta sección tan importante del Hospital de San Vicente, creada en momentos en que abundan los enfermos que solicitan servicios de caridad.

9. Se suplica a los estudiantes presentar a la Secretaría, antes del 15 de octubre, y por escrito, proyectos de distribución de fechas de exámenes finales.

10. El Dr. Santiago Triana Cortés —distinguido cirujano de Bogotá y fun-

dador-Director del Laboratorio de Cirugía Experimental de la Universidad Nacional— estará durante el mes de octubre con nosotros colaborando en la enseñanza de las asignaturas quirúrgicas.

11. El Dr. Rafael J. Mejía está terminando el programa para el curso de especialización en Tisiología, que se iniciará en febrero de 1952 y tendrá una duración de un año. Este curso se llevará a cabo dentro de las actividades diarias de 7 a 12 m. El número de alumnos será muy limitado, y quienes aprueben dicho curso, serán los elegidos para gozar de las becas ofrecidas por los distinguidos especialistas suramericanos que nos visitaron recientemente.

12. La Cátedra de Pediatría está elaborando igualmente el proyecto de estudios post-graduados, para iniciar actividades en febrero de 1952, con un número muy limitado de alumnos.

13. El sábado 6 de octubre, a las 4 p. m., será la ceremonia inaugural de la nueva Facultad de Medicina de la Universidad del Valle del Cauca en Cali. El suscrito Decano y el Dr. Alfredo Correa Henao, viajarán gentilmente invitados, e irán en representación de la Universidad de Antioquia. Presentamos nuestra voz de aplauso al Departamento del Valle y hacemos votos por el éxito de esta nueva Facultad de Medicina.

14. Las alumnas de la Escuela de Enfermería han comenzado su práctica hospitalaria en el Pabellón de Urgencias. Se solicita a profesores y estudiantes la mayor buena voluntad y comprensión para formar debidamente estas alumnas que se muestran llenas de las mejores intenciones.

15. El Dr. Carlos Restrepo ha viajado a los Estados Unidos —por beca concedida por Kellogg Foundation— a continuar sus estudios de especialización en Patología. A su regreso colaborará en nuestro nuevo Instituto.

16. Se suplica a los señores Profesores entregar cuanto antes las calificacio-

nes de los segundos exámenes parciales en la Secretaría, para que esta oficina pueda llevar sus trabajos a la orden del día.

17. Este Decanato ha nombrado la siguiente comisión organizadora del Banquete al Dr. Gabriel Toro Villa: Dr. Benjamín Mejía Cálad, Dr. Ernesto Peña Quevedo y D. Alonso Angel S. Los interesados en asistir, pueden comunicarse con estos señores o con la Secretaría de la Facultad de Medicina.

18. Las clases en la Facultad deben dictarse hasta el 31 de octubre, pues el mes de noviembre se dedica íntegramente a la presentación de los exámenes finales.

19. En el mes de octubre habrá 20 días hábiles de trabajo y cinco (5) mañanas correspondientes a los sábados.

20. Durante el mes de octubre se han graduado en Medicina y Cirugía, los siguientes señores:

Jorge Enrique Pérez: *Título de la tesis:* "Monografía del Municipio de Cáchira (Norte de Santander)".

Federico Vélez Restrepo: *Título de la tesis:* "Estudio clínico y epidemiológico de la tos ferina y su terapia con terramicina".

Juan Esteban Puerta: *Título de la tesis:* "Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la hipertensión arterial esencial".

Jairo Sierra Lince: *Título de la tesis:* "Higiene del Municipio de Puerto Berrío (Sanidad, epidemiología, parasitismo intestinal)".

21. Los señores Jorge Radi, Rodrigo Vives, Guillermo Velásquez y José M^º Zuluaga han terminado con todo éxito el curso de Anestesia y se les ha expedido el certificado correspondiente.

DR. IGNACIO VÉLEZ ESCOBAR,
*Decano de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Antioquia.*

SEMANA UNIVERSITARIA.

La Universidad de Antioquia demostró durante la semana del 7 al 13 de octubre la más sorprendente vitalidad y el profundo espíritu universitario que alienta a cada uno de sus directores, profesores y alumnos.

Sobresalieron durante esta semana las actividades culturales y de festejos que tuvieron lugar en la Facultad de Medicina. La inauguración de su moderno y bien dotado edificio así como la inauguración del local para el Instituto de Radium y de Anatomía Patológica, contribuyeron a dar realce a estas festividades.

Los distintos actos del programa fueron:

MARTES 9 DE OCTUBRE

Día clásico de la Universidad

A las 9 a. m. Desfile universitario desde la plazuela de San Ignacio, hasta el nuevo edificio de la Facultad de Medicina.

A las 10 a. m. Inauguración oficial del nuevo edificio de la Facultad y del auditorium. Discurso del señor Rector de la Universidad, Dr. Gustavo Uribe Escobar.

Al desfile concurrieron todas las dependencias de la Universidad, el Sr. Gobernador del Departamento, el Sr. Rector de la Universidad, los Decanos de las Distintas facultades y escuelas de estudios superiores y todo el profesorado de

la Universidad. Es de admirar muy especialmente la asistencia voluntaria de casi la totalidad del estudiantado de la Facultad y del muy distinguido grupo de médicos que forman el personal de profesores de la misma.

El discurso de inauguración del edificio estuvo a cargo del Dr. Gustavo Uribe Escobar, a quien se debe en su mayor parte la terminación de esta costosa obra, ya que él no ahorró sacrificio alguno para lograr los aportes económicos necesarios.

En la tarde los laboratorios, anfiteatro y demás dependencias de la Facultad fueron visitadas por gran número de personas que pudieron admirar la gran obra lograda por todos los que han dedicado sus actividades a engrandecer nuestra Facultad.

A las 6 p. m. gran concierto en el auditorium ofrecido gentilmente por la Orquesta Sinfónica de Antioquia.

MIÉRCOLES, 10 DE OCTUBRE

A las 6 p. m. en el auditorium de la Facultad, representación dramática en francés a cargo del grupo escénico universitario dirigido por el profesor M. Pierre Dailly.

JUEVES 11 DE OCTUBRE

Día de la Facultad

A las 8 a. m. Misa en el patio de la Facultad oficiada por el R. P. Alberto Duque S. J., Sub-Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y médico graduado en esta Facultad.

A las 10 a. m. Sesión extraordinaria de R. C. M. (Reunión de Clínicas Médicas) y dedicación del Aula "Braulio Mejía". Palabras del Dr. David Velásquez, Presidente de R. C. M., quien bellamente trajo a la memoria de todos, los méritos indiscutibles del Dr. Braulio Mejía, cuya obra, según expresó el Dr. Velásquez, no se encuentra en libros sino en la actual generación de médicos, orgullo de esta Facultad. Así pues, el Dr. Mejía supo perpetuar su gran obra, formando médicos altamente dignos de haber sido sus discípulos y que hoy unen sus esfuerzos para formar nuevos y bien

preparados médicos, como el mejor homenaje de gratitud que pueden ofrecer a tan ilustre Maestro.

A las 11 a. m. Inauguración del edificio para el Instituto de Anatomía Patológica, y el Instituto de Radium.

Durante este acto llevaron la palabra los Dres. José A. Jácome V. y Alfredo Correa Henao. El primero, Director del Instituto Nacional de Radium, comentó con admiración la gran labor que se desarrolla actualmente en el Instituto de Anatomía Patológica y por el interés que han puesto los dos últimos decanos de la Facultad, las directivas del Hospital de San Vicente de Paúl y muy especialmente el Dr. Correa Henao en la creación del Instituto de Radium, que viene a llenar una gran necesidad de este Departamento.

El Dr. Correa Henao dio sus agradecimientos a todos los que han colaborado en la realización de esta obra, sueño suyo desde hace varios años, y hoy realidad gracias a su viva actividad.

Por petición unánime de profesores y estudiantes de la Facultad al Consejo Directivo de la Universidad, se colocó en este edificio una placa de reconocimiento a la gran labor del Profesor Correa Henao. Cumplieron con esto la Universidad y la Facultad una de sus más serias obligaciones, como es la de reconocer en vida, siquiera parte de los innumerables servicios prestados a la Facultad por uno de sus más preclaros apóstoles.

A las 4 p. m. Inauguración del Departamento de Cirugía Experimental.

Estuvo presente en este acto el fundador y director del Departamento de Cirugía Experimental de la Facultad Nacional de Medicina, Dr. Santiago Triana. Se ejecutaron diversas intervenciones por los Dres. Hernando Echeverri, Gonzalo Botero Díaz, Ernesto Peña Quevedo, Rafael Villegas Arango e Iván Gil, distinguidos cirujanos de esta ciudad, y por los ilustres visitantes Dres. Santiago Triana y José A. Jácome.

A las 8 y 30 p. m. Acto Académico en el Paraninfo de la Universidad, durante el cual se otorgó el título de Doctor Ho-

noris Causa en Ciencias Naturales al Dr. Gabriel Toro Villa. Llevó la palabra en nombre de la Universidad el Sr. Gobernador del Departamento y ex-Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Braulio Henao Mejía.

El Dr. Toro Villa se hizo merecedor desde hacía muchos años a este título, por sus servicios prestados a la Facultad de Medicina como Profesor y como Decano y por el gran aporte que ha dado y continúa dando al adelanto de las ciencias médicas en nuestro país. Por lo tanto la Universidad no le rindió un homenaje, simplemente cumplió un deber.

Felicitemos a las Directivas de la Universidad y de la Facultad por su grato reconocimiento a la obra de un maestro ya desaparecido, el Dr. Braulio Mejía, y al oportuno reconocimiento de la labor de los profesores Alfredo Correa Henao y Gabriel Toro Villa, quienes afortunadamente aún, y Dios quiera que por muchos años más, están dedicados a guiar nuestra medicina al puesto que debe tener.

Fue el anterior, el selecto programa con el cual celebramos la Semana Universitaria en la Facultad de Medicina.

W. R. M.

HOMENAJE AL DR. ALFREDO CORREA HENAO

El Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, a petición de un numeroso grupo de Profesores y Estudiantes de la Facultad de Medicina, para que se le reconociera al Dr. Correa Henao su interés y desvelo meritorios por el Instituto de Anatomía Patológica, ordenó colocar en dicho Instituto la siguiente placa:

*"La Universidad de Antioquia
al*

*DR. ALFREDO CORREA HENAO
en reconocimiento por su labor científica
y docente
Medellín, octubre 11 de 1951."*

HOMENAJE AL DR. GABRIEL TORO VILLA

ACTA N° 1030

Sesión del 31 de agosto de 1951

El Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia

Considerando:

que el doctor Gabriel Toro Villa ha cumplido cuarenta años de servicios continuos a la Facultad de Medicina como profesor sucesivamente de las cátedras de Zoología y Parasitología, de Bacteriología, de Clínica tropical y de jefe del laboratorio bacteriológico;

que durante su larga, intensa y brillante vida profesional se ha entregado por entero al bien de la humanidad y a la investigación y difusión de varias ramas de la Medicina en las cuales ha conquistado merecido renombre;

que la literatura médica le debe importantes monografías científicas que han dilatado su prestigio profesional más allá de los límites de su tierra;

que ha regentado también el Decanato de la Facultad de Medicina, donde sus orientaciones como Decano fueron siempre activas, desinteresadas, inteligentes y sabias;

que por razón de sus títulos y de sus grandes servicios la Universidad ya había inscrito su nombre entre los de sus benefactores y le había conferido el Diploma de Profesor Emérito;

que a través de sus hijos, doctorados en la Facultad de Medicina de esta Univer-

sidad, se dilatan las enseñanzas y el ejemplo del docto profesional y maestro de varias generaciones médicas,

Resuelve:

1º Otorgar espontáneamente al doctor Gabriel Toro Villa el título de Doctor en Medicina y Ciencias Naturales (Honoris Causa), en confirmación de sus méritos y del grado que ya le había conferido la Universidad Nacional de Colombia.

2º El Diploma correspondiente será entregado al doctor Toro Villa en acto especial que tendrá lugar durante la Semana Universitaria, en el mes próximo de octubre.

3º La Universidad reconoce y exalta los merecimientos del doctor Toro Villa a través de una vida consagrada al ejercicio incansable de su profesión, y señala a la consideración de la juventud estudiantosa de Antioquia y de Colombia el modelo y paradigma de su ilustración y de sus virtudes privadas y públicas.

Comuníquese.

.....

.....

Fdo. El Presidente *Joaquín Pérez Villa*

Fdo. El Secretario, *Abel García Valencia*

ACTIVIDADES DE LA "AMA"

SEMANA DE INFORMACION MEDICA.

Dentro de la prodigiosa actividad científica y cultural de nuestra Facultad de Medicina, merece que destaquemos de una manera especial la Primera Semana de Información Médica patrocinada por la AMA y que tuvo lugar entre los días primero y seis del presente mes de octubre en las espaciosas Aulas de la Biblioteca de la Facultad de Medicina.

La Asociación Médica Antioqueña en su afán de robustecer los vínculos profesionales y el espíritu de gremio con todos y cada uno de sus asociados, ha planeado la celebración anual, y en su fecha onomástica, de Semanas de Información Médica, durante las cuales y mediante equipos de destacados especialistas podrá presentar a los asistentes el "panorama al día" de todas las ramas de la Medicina.

Todos hemos sentido esa dolorosa impresión de orfandad intelectual, que llega hasta crearnos complejos, cuando abandonamos las facultades médicas y nos vamos con nuestro título bajo el brazo a buscar en otros lugares la manera de

solucionar los problemas de la vida y de acrecentar nuestro caudal intelectual. Ya no podemos abordar a nuestros maestros con el espíritu de los claustros y ellos mismos comienzan a ver en nosotros una persona distinta a través de ese prisma que es la lucha por la vida. Nos sentimos muchas veces desconcertados ante la avalancha de la literatura médica y no sabemos a qué atender si al libro o al enfermo. En este proceso de adaptación quedan no pocos y muchos más se desvirtúan por la falta de un derrotero, de una pauta que los oriente. Y no solamente es el profesional joven, del que venimos tratando, el que experimenta esa orfandad; muchos médicos envejecidos dentro de la rutina de la profesión experimentan el mismo vacío y la misma necesidad. Es necesario que miren a los centros científicos para reconsiderar muchos conceptos totalmente renovados dentro de los cuadros de la medicina moderna. Pero estos médicos jóvenes y estos médicos viejos, que tienen en mentes esta necesidad, sienten, lo que po-

dríamos llamar "el rubor profesional" cuando visitan los centros médicos y se ponen en contacto con sus maestros y condiscípulos. Ya no tiene su viejo hogar intelectual esa tonalidad afectiva de otros tiempos. Son forasteros dentro de su propia casa. Necesitan una nueva estructura, otra organización, nuevos vínculos que le sirvan de salvoconducto y que les hagan sentir como propios estos centros de enseñanza de donde sacarán nuevas orientaciones, nuevos bríos y una amable continuidad entre los colegas mediante el intercambio fecundo de opiniones y conceptos.

La Asociación Médica Antioqueña, de acuerdo con el artículo cuarto de sus estatutos que dice: "...tiene por objeto la defensa de la profesión médica en todos sus aspectos morales, sociales, profesionales y económicos. Levantará el nivel del Médico, defenderá sus actividades profesionales y procurará el bienestar económico y social de todos sus asociados; a la vez que propenderá por todos los medios a su alcance para que los servicios médicos sean prestados a todos los elementos del conglomerado de la manera más eficaz y humanitaria..... La Asociación Médica para cumplir mejor sus objetivos podrá establecer celebración de semanas médicas, seminarios y cursos de especialización....." quiere tomar para sí esta gestión y trata de poner todos los medios para constituirse en una prolongación de los claustros, en el hogar intelectual de los asociados, ser un guión, un aglutinante entre todos los médicos que aunque de distintas edades, condiciones y convicciones, estamos comprendidos en un común denominador que pudiéramos llamar el *Tonus Médico* tanto desde el punto de vista ético como científico.

En este clima se ha cumplido la celebración de la PRIMERA SEMANA DE INFORMACIÓN MÉDICA. En esta revista fueron publicados sus programas y sería una redundancia que fuéramos a repetirlo. Con la amable colaboración de las autoridades universitarias y de Higiene de este Departamento, las primeras suministrán-

nos un espacioso local dentro de la Facultad y las segundas autorizando la asistencia a los Médicos Rurales, se desarrolló el programa ante la admiración de propios y extraños. Y por qué no decirlo? La misma Junta organizadora de estas jornadas no tuvo en mientes el éxito alcanzado por esta primera Semana.

Hubo una nota de novedad e interés para los asistentes. Fue la exhibición de drogas y artículos de utilidad médica por parte de sus representantes en las aulas de las conferencias. Este detalle imprimió gran interés a todas las actividades, pues a la vez que se recogían informaciones sobre varios productos, los exhibidores repartían a los asistentes algunos obsequios, amén de comestibles etc.

La jornada fue continua y renovada sin que en ningún momento se advirtiera la fatiga en los asistentes. Cada uno, de acuerdo con el programa, asistía a los temas que más le interesaban y así veíamos el continuo renovarse del auditorio sin que en ningún momento llegasen a estar vacías las aulas.

Dentro del panorama de esta Semana no podemos destacar ninguna actuación como mejor. No. Todos y cada uno de los expositores lo hicieron con verdadero lujo de erudición sin llegar tampoco a alardear de dogmáticos o petulantes. En especial merece nuestra observación las mesas redondas sobre Anemias, Cáncer, Tuberculosis, Pediatría, Obstetricia y temas varios. La mesa redonda en estos torneos representa la medicina sintética y rejuvenecida del día; máxime como lo fueron las de esta Semana: elásticas y de gran espíritu informativo.

El éxito de esta Semana ha sido ratificado mediante un sinúmero de felicitaciones llegadas a la Junta organizadora.

Creemos que la AMA ha logrado plenamente su cometido gremial en estas jornadas y que podemos pensar en grande para las futuras Semanas. Sabemos que la AMA ya tiene nombrada la comisión organizadora para la Segunda Semana que tendrá lugar entre los días comprendidos entre el 29 de septiembre

y el 4 de octubre de 1952. Dicha comisión se compone de los siguientes miembros: Decano de Medicina, Dr. Gabriel Toro Villa y Dr. Eliseo Velásquez Mejía. Dicha junta tendrá muy en cuenta todas las sugerencias y modificaciones que el H. Cuerpo Médico considere de importancia para el mejor desarrollo de sus actividades. Así como también quiere conocer los temas de interés de acuerdo con la opinión de los asociados.

"ANTIOQUIA MEDICA" felicita y a-

gradece a todos y cada uno de los elementos que tomaron parte en la Primera Semana de Información Médica. De una manera especial quiere hacerlo para con la Junta Organizadora. Estos torneos ponen muy en alto nuestra Facultad, la que se complace de una manera especial cuando registra en sus aulas a todos sus viejos alumnos, para los cuales reitera su deseo de servirles.

La Redacción

NOTICIAS

PROF. CHARLES DOPTER (1873-1950)

Esta eminencia de la medicina francesa dejó de existir a fines del año pasado; su personalidad ha sido bien conocida en los centros médicos de habla española por su manual de "Enfermedades Infecciosas" y por su "Manual de Bacteriología" escrito éste en colaboración con el Dr. Sacquepée. En las ciencias médicas francesas su nombre brilla junto con los de Laverán, Vaillard, Sacquepée, Vincent, etc. Durante varios años trabajó en el Instituto Pasteur al lado de Bordet, Martin, Salimbeni, Besredka y de otras lumbreras de la bacteriología contemporánea. En 1937 ascendió a Miembro del Consejo de Administración de este Instituto.

El Dr. Dopter diagnosticó por primera vez la angina por bacilos fusiformes; con su compañero Sacquepée, en 1900, estudió también por primera vez las neuritis de origen palúdico; con Vincent en 1905 y 1906 realizó los primeros estudios de las resistencias globulares en la fiebre biliosa hemoglobinúrica. Sus trabajos sobre la disentería bacilar y meningitis cerebro-spinal hicieron eco en la medicina

contemporánea; con Vaillard se adjudicaron la gloria de preparar el suero antiteningocócico.

El Dr. Dopter fue no sólo un bacteriólogo, sino también un clínico eminente y un higienista de fama mundial, y como tal fue designado Miembro de la Comisión Permanente para la Profilaxis de las Enfermedades en la Armada, Miembro del Consejo Superior de Higiene Pública de Francia, Ministro del Interior, Ministro de Guerra, etc., etc. Desde 1913 fue Profesor Titular de la Escuela de Medicina de Val-de-Grâce. Además de las obras antes citadas dejó un volumen sobre "Higiene Alimenticia", otro sobre "Higiene Militar" y tres volúmenes sobre "Epidemiología", escritos estos últimos en colaboración con Vezeaux de Lavergne. Francia correspondió a los servicios prestados por este discípulo de Pasteur extendiéndole el nombramiento de Gran Oficial de la Legión de Honor. A la edad de 85 años descendió al sepulcro este médico que ha hecho honor a su patria y a su profesión.

El doctor Mauro Giraldo nació en El Peñol (Antioquia) el 21 de noviembre de 1862. Hizo sus primeros estudios en la población de su nacimiento, pasó luego al Seminario Conciliar de Medellín y de ahí a la Universidad de Antioquia en donde inició sus estudios médicos. Pasó más tarde a Bogotá, ciudad en la cual terminó su educación médica graduándose en el año de 1892.

De regreso a Antioquia inició el ejercicio de su profesión en Medellín. Más tarde se radicó en la ciudad de Rionegro, en donde gozó de numerosa clientela, prestando grandes servicios, no sólo en el ejercicio de su profesión, sino también en la educación, dirigiendo varias cátedras en los principales establecimientos de educación de aquella ciudad.

Fue diputado a la Asamblea y representante al Congreso, cargos que desempeñó con esmerado patriotismo y eficacia. Se encargó de la Rectoría de la Universidad de Antioquia en 1922, efectuando una excelente administración, du-

rante la cual dio fin a varias de las obras iniciadas por su digno e ilustre antecesor Dr. Emilio Robledo, y a muchas otras de iniciativa suya y de gran utilidad. Dejó la rectoría en 1926.

Fue Miembro de Número de la Academia de Medicina de Medellín y luego Miembro Honorario de ella, regentó las cátedras de pediatría e higiene en la Facultad de Medicina de la U. de A. Publicó en los "Anales de la Academia" numerosos trabajos de gran valor médico-práctico. Ocupó por varios años la dirección del Hospital de San Juan de Dios.

Murió el 18 de julio de este año. Numerosas entidades oficiales se asociaron al duelo y su cadáver fue expuesto en cámara ardiente en el Salón de la Academia de Medicina, donde le rindieron homenaje sus colegas. "ANTIOQUIA MEDICA" lamenta la pérdida de este gran hombre que tan bien sirvió a su profesión, a la Universidad de Antioquia y a la sociedad en general.

W. R. M.

DR. MISAEL BOTERO RESTREPO

Nació en Armenia (Caldas). Hizo estudios en el Seminario de Santa Rosa de Cabal y Manizales. Comenzó estudios de Medicina en la Facultad de Medicina de la U. de A. Optó su título de Médico-Cirujano en la Facultad Nacional de Bogotá. Fue Médico de Fabricato. Hizo estudios de especialización en Organos de los Sentidos en Buenos Aires, Santiago de Chile y New York. Representó a Colombia en el Congreso de Oftalmología de la Habana celebrado en 1945. Se instaló en

Cali en 1944 en donde ejerció su especialidad brillantemente, captándose el aprecio, estimación y cariño de sus colegas y de la ciudadanía en general.

Pereció trágicamente en accidente de aviación de Lansa entre Medellín y Cartagena el último miércoles santo del año en curso. Su desaparición fue hondamente lamentada por los círculos profesionales y sociales de la ciudad.

Deja viuda a su señora Marina Uribe de Botero y 4 hijos.

CONGRESO NAL. DE OFTALMOLOGIA Y OTO-RINO-LARINGOLOGIA DE MEDELLIN.

Durante los días comprendidos entre el 8 y el 11 de agosto próximo pasado se reunió en Medellín el segundo Congreso Nacional de Oftalmología y Oto-rino-laringología con asistencia de los siguientes delegados:

Atlántico: Dr. Enrique Llamas.
Caldas:

Dr. Marino Alzate, de Manizales, y
Dr. José M. López Ospina por Armenia.

Cundinamarca:

Dr. Jorge Suárez Hoyos
Dr. Alejandro Posada
Dr. Elpidio Posada
Dr. Hernando García
Dr. Honorio Arellano
Dr. Carlos Arenas Archila
Dr. Carlos Cleves Cucalón
Dr. Luis González Torres
Dr. Jorge Díaz Guerrero
Dr. Manuel Baquero Liévano
Dr. Francisco Arango L.
Dr. Alfonso Tribín
Dr. Gustavo Galán
Dr. Francisco Infante
Dr. Alberto Forero Gómez
Dr. Carlos Uribe Aguirre.

Santander:

Dr. Parra Durán
Dr. Héctor Ruiz Pineda

Norte de Santander:

Dr. Alirio Sánchez Mendoza
Dr. Ernesto Buitrago Mantilla

Valle del Cauca:

Dr. Alvaro O'Byrne Barberena

Antioquia:

Dr. Carlos Vásquez C.
Dr. Eliseo Velásquez
Dr. Gabriel Marín
Dr. Rafael Moreno T.
Dr. John Ortiz
Dr. Jesús Londoño Molina
Dr. Hernán Londoño Vélez
Dr. Aurelio Escobar
Dr. Luis Carlos Córdoba
Dr. Alberto Llano
Dr. León Giraldo
Dr. Augusto Estrada
Dr. Rodríguez Pérez
Dr. Jaime Bernal M.
Dr. Marco A. Barrientos

Durante el Congreso se presentaron trabajos de acuerdo con el programa publicado en edición anterior y de los que haremos algunos extractos.

JORNADAS RADIOLOGICAS NACIONALES.

Sociedad Colombiana de Radiología. —
Medellín, agosto 25/51.

Señor Dr.
Alfredo Correa H.
Director de "ANTIOQUIA MEDICA"
Ciudad.

Estimado Dr. y amigo:

Para que se sirva darlo a conocer del
Cuerpo Médico por medio de "ANTIO-

QUIA MEDICA", me permito comunicarle que las próximas Jornadas Radiológicas Nacionales tendrán lugar en Medellín en el período comprendido entre el 6 y el 9 de diciembre próximo venidero, de acuerdo con programa que será dado a conocer oportunamente.

De Ud. atto. S. S.,

Benjamín Pérez M., Secretario.

LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA ORGANIZA LA SECCION DE HOSPITALES.

El Comité Ejecutivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, en sesión ordinaria celebrada en Washington en mayo 20-24 del presente año autorizó al Director, Dr. Fred L. Soper, para establecer la Sección de Administración de Hospitales, extendiendo a la vez el patrocinio a la Asociación Interamericana de Hospitales.

Desde el 8 de agosto principió a funcionar la Sección de Hospitales y el Sr. Félix Lamela fue nombrado jefe de la misma en la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D. C.

El programa inmediato comprende la organización del Tercer Instituto Interamericano para Administradores de Hospitales que se celebrará en Río de Janeiro, Brasil, en el mes de abril de 1950. El Gobierno de Brasil, por conducto de su Ministerio de Educación y Salud Pública, ha asignado la suma de 300.000 cruzeiros (15.000 dólares) para contribuir a los gastos de organización de este curso de perfeccionamiento para administradores de hospitales del Continente.

Un grupo de prominentes educadores del Continente formarán la Facultad. La enseñanza se impartirá en los idiomas portugués, español e inglés simultáneamente con el uso del traductor internacional. Cursos similares fueron organizados en años pasados por la Asociación Interamericana de Hospitales bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana en Puerto Rico, México y Lima, Perú.

La nueva Sección de Hospitales se ha organizado como oficina técnica de consulta de los gobiernos participantes y atenderá las solicitudes que sobre problemas de estudios, planeamiento, equipo y sistemas de administración de hospitales se le soliciten por conducto de los Ministerios de Salubridad.

Como es sabido, la Oficina Sanitaria Panamericana es a la vez la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y tiene sus oficinas centrales establecidas en el Número 2001 Connecticut Avenue. Washington, D. C.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES DE LA ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

Art. 1o.—Todo trabajo debe ser original e inédito.

Art. 2o.—Los originales deben presentarse escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, en páginas numeradas en orden sucesivo.

Art. 3o.—El texto no deberá exceder de 4.000 palabras (15 páginas de block o 12 páginas y media, tamaño oficio). Si se han hecho copias, deberá enviarse el original o la primera copia carbónica.

Art. 4o.—El título será tan breve como sea posible con una clara indicación de su asunto. El nombre del autor se hallará en la primera y última páginas del manuscrito.

Art. 5o.—Se indicarán mediante líneas verticales al margen, los párrafos a imprimirse en caracteres más pequeños.

Art. 6o.—Salvo casos excepcionales, no se admitirán historias clínicas detalladas. Las historias clíni-

cas (sintéticas) aparecerán en caracteres más pequeños.

Art. 7o.—Las citas bibliográficas deberán mencionar, en orden sucesivo: apellido del autor, iniciales de sus nombres, título del trabajo, título del periódico (abreviado), año, volumen y página. Si las citas no van al pie de la columna, cada una de ellas llevará un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración de la bibliografía colocada al final.

Art. 8o.—Cada trabajo irá con un resumen y las conclusiones del autor (si las hubiere). Siempre que sea posible este resumen y conclusiones se acompañará de su correspondiente traducción al francés, o al inglés o al alemán, no debiendo exceder todo ello de 300 palabras.

Art. 9o.—Las ilustraciones (fotografías, radiografías, microfotografías) serán de tamaño uniforme (6 x 9 cm. o 9 x 12 cm.) enfocando exclusivamente la región o zona anatómica de interés. Las referencias indispensables irán dentro del campo fotográfico, no al margen. Cada ilustración llevará al dorso, con lápiz, un número que la individualice y su leyenda, junto con todas las referentes a otras láminas,

irá en página aparte y con su número correlativo. En el texto deberá indicarse claramente al margen el lugar que corresponda a cada ilustración.

Art. 10.—Los dibujos deberán presentarse hechos a tinta china sobre papel o cartulina blancos.

Art. 11.—Los gráficos deberán ser hechos a tinta china, sobre papel milimetrado blanco con rayado azul.

Art. 12.—Cada trabajo podrá llevar como máximo 300 (treientos) centímetros cuadrados de clisés. El excedente será por exclusiva cuenta del autor.

Art. 13.—Cuando un artículo, sus ilustraciones (fotografías, radiografías, microfotografías, síntesis de historias clínicas, etc), excedan los límites fijados por este Reglamento, el Director de Publicaciones podrá aceptar la impresión íntegra de dicho artículo, previo pago, por el autor, del costo total del excedente (papel, composición, corrección, encuadernación, franqueo, etc.), calculado técnicamente por la imprenta y el Director de Publicaciones. Igual criterio se aplicará en los casos en que los autores deseen apartados de sus artículos.

En esta sección se publicará el contenido de todas las publicaciones periódicas del país. Agradecemos el oportuno envío de ellas a la dirección de "ANTIOQUIA MEDICA".

Revista de Medicina Legal de Colombia. - Bogotá.

XI, Nos. 61-62: 1-203 - Junio a diciembre 1950.

Celebración del segundo aniversario de la inauguración del Instituto de Medicina Legal. Ceremonia de entronización del Sagrado Corazón de Jesús. P. 1.

Allocución de la entronización del Sagrado Corazón de Jesús en el Instituto de Medicina Legal, pronunciada por el Rvdo. Padre Eduardo Perea, Provincial de los Padres Redentoristas de la Iglesia de Santa Inés. P. 2.

Discurso pronunciado por el Director del Instituto de Medicina Legal, Dr. Guillermo Uribe Cualla. P. 6.

Palabras del Dr. Víctor Emilio Jara, Secretario del Ministerio de Justicia. P. 12.

Homenaje que rinde la Revista de Medicina Legal de Colombia a la memoria de la Sra. María González Santamaría de Uribe Cualla (q. e. p. d.) esposa del Director del Instituto de Medicina Legal. P. 15.

Transfiguración. Dr. Fabián Forero Morales. P. 17.

In memoriam. Guillermo Uribe Cualla. P. 19.

Manifestaciones de la prensa de la ciudad. P. 20.

Resolución del encargado de la Dirección del Instituto de Medicina Legal de Bogotá. P. 21.

Proposiciones de la Academia Nal. de Medicina, de la Sociedad de Psicopatología, Neurología y Medicina Legal de Colombia, de la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo, del Directorio Conservador de Cundinamarca, de la Federación Colombiana y del Consejo de la Facultad de Medicina. P. 22.

Algunos mensajes de duelo recibidos. P. 26.

Mensajes recibidos de las Oficinas Centrales de Medicina Legal de todo el país. Misiva del Dr. Francisco González García (de Bucaramanga). P. 29.

Comunicaciones sentidas de fuera del país. Sinceras manifestaciones del personal administrativo del Instituto. P. 30.

Funerales celebrados en su memoria. P. 35.

Cómo colabora el Instituto de Medicina Legal de Bogotá (Sección del Ministerio de Justicia) en los problemas de la criminología y de orden penal. (Comunicación presentada por el Profesor Guillermo Uribe Cualla, Director del Instituto de Medicina Legal de Bogotá, al II Congreso Internacional de Criminología en el mes de septiembre de 1950). Delegado Oficial por la Universidad Nacional y el Ministerio de Justicia. P. 36.

Importancia del examen histológico del pulmón. Valor de la docimasia pulmonar hidrostática e histológica para la comprobación de la vida extrauterina. (Trabajo presentado al II Congreso Internacional de Criminología reunido en París en septiembre de 1950, por el Prof. Guillermo Uribe Cualla, representante oficial por la Universidad Nacional y el Ministerio de Justicia). P. 72.

Servicios especiales para los delincuentes. (Comunicación presentada para la Sección VI —Psiquiatría Social— del Congreso Internacional de Psiquiatría reunido en París en septiembre de 1950, por el Prof. Guillermo Uribe Cualla, Delegado Oficial por la Universidad Nacional y el Ministerio de Justicia). P. 92.

Informe sobre los Congresos Internacionales de Criminología y Psiquiatría reunidos en París en septiembre de 1950, por el Delegado Oficial Prof. Guillermo Uribe Cualla. P. 101.

Informe sobre las labores del Instituto de Medicina Legal de Bogotá en el período comprendido entre el 1º de mayo de 1949 y el 30 de abril de 1950, rendi-

de ante el señor Ministro de Justicia por el Director. P. 119.

Goethe, un ciudadano del mundo, por el Dr. Gerardo Paz Otero (de Popayán). P. 146.

Concepto pericial en un caso de esquizofrenia simple, por los Dres. Ricardo Samper Diago y Arturo León Gómez. P. 151.

Los temperamentos de Kretschmer (de su libro *Medizinische Psychologie*). Traducción del alemán por el Dr. Gerardo Paz Otero (de Popayán). P. 155.

En torno al genio de Bolívar, por Guillermo Uribe Cualla (para la Revista *Bolivariana*). P. 167.

Ficha psicosomática en un caso de cleptomanía, por el Dr. Ricardo Samper Diago. P. 172.

Cuidados que se deben tener en la recolección de proyectiles y vainillas para estudios balísticos, por el Dr. José María Garavito B., Director del Laboratorio Forense del Instituto de Medicina Legal. P. 177.

Concepto sobre una personalidad paranoica y esquizoide. Médico legista ponente, Dr. Guillermo Uribe Cualla. P. 182.

El Instituto de Medicina Legal de Bogotá y su labor docente en la Universidad. Necesidad de la especialización en medicina legal para médicos titulados. Especialización jurídico-criminal para abogados titulados. Ponencia presentada al Primer Congreso Javeriano, por el Profesor titular de Medicina Legal de la Universidad Javeriana, Dr. Guillermo Uribe Cualla. P. 191.

Debe continuar el cargo de Coronar? por R. B. H. Grandwohl, M. D. Sc. D., Director del Laboratorio de Investigación Científica del Departamento de Policía de San Luis; Presidente de la Academia Americana de Ciencias Forenses. P. 196.

Comentarios, por G. U. C. P. 203.

Heraldo Médico - Bogotá.

IX, 135: 7-37. Junio 1951.

Editorial: Muerganización y desmoralización. Dr. Rafael López Ruiz. P. 7.

Nuestra Portada. P. 8.

Gránulos de Dioscórides. P. 9.

Sección Científica: Sulfonas y Piridoxina en el tratamiento de la lepra. Dr. Arturo O'Byrne G. P. 13.

Clarín de Heraldo. P. 23.

Páginas ajenas: En el grado del Quinto Grupo de Enfermeras, Dr. Jorge Boshell Manrique. P. 27.

Noticario. P. 31.

Buzón. P. 37.

Revista de la Facultad de Medicina - Bogotá.

XIX, Nº 11: 455-509. Mayo 1951.

Editorial: La Misión Médica Francesa. Dr. Manuel José Luque. P. 455.

Experimentación Clínica en Enfermedades del Hígado. Dr. Raúl Paredes Manrique. P. 457.

Medicina y Cirugía - Bogotá.

XV, Nº 10: 225-378. Julio 1951.

Estatutos de la Sociedad Médico-Quirúrgica "Lombana Barreneche". P. 225.

Cursillo sobre Fisiopatología del Sistema Nervioso. P. 330.

Nuevo Director de la Revista el Dr. Gómez Gómez. P. 331.

Una Obra Médica Colombiana en el Exterior. P. 331.

Tumores del Ovario. Dr. Guillermo López Escobar. P. 333.

(Continuación de la página 318 del número anterior).

Sociedad de Biología de Bogotá.

4, Nº 5: 105-192. Junio de 1951.

Macromastia consecutiva e histerectomía. Dr. Antonio Ucrós. P. 105.

Uso de la rana *Hyla labialis* en el diagnóstico del embarazo. Dres. Jaime Ramírez Barrero y Gonzalo Montes Duque. P. 166.

Modificaciones histológicas de los islotes de Langerhans en estados de hiperglicemia. Dr. Aldo Muggia. P. 171.

Influencia de la agresión climática en las campañas guerreras de la Independencia de Colombia. Dr. Humberto Roselli. P. 183.

Tumor del timo con perforación de la

pared torácica. Dr. Carlos Márquez Vilegas. P. 192.

Anales Neuropsiquiátricos - Bogotá.

Elogio de los Profesores Z. Cuéllar Durán y Rafael Ucrós. Dr. Edmundo Rico. P. 1.

El Dinitril Succínico en psiquiatría. Dr. Carlos Plata M. P. 23.

El primer peritazgo psiquiátrico de la medicina colombiana. Dr. Samuel Arturo Mesa y Posada. P. 41.

Tratamiento de la esquizofrenia por medio de la histamina. Dr. Alvaro Villar Gaviria. P. 47.

Presencia y ausencia del Asilo de Locas. Dr. Humberto Rosselli. P. 69.

Síntesis Bibliográficas. P. 73.

Revista de Medicina y Cirugía - Barranquilla.

XVIII, Nº 7: 9-68. Julio 1951.

Editorial: La Asistencia Social. Dr. Jorge E. Cavelier. P. 9.

Seminarios del Hospital Infantil San Francisco de Paula. Cardiopatía Congénita. Dr. Carlos A. Urueta F. P. 13.

Temas Pediátricos. Dr. Marcos H. Cargano. P. 32.

Revista de Revistas. L. R. P. 37.
Noticiero Médico. L. R. P. 65.

Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

I, Nos. 24-25: 309-350. Marzo 1951.

Nota Editorial. Dr. Moisés Pianeta Muñoz. P. 309.

Contribución al Estudio de la Mortalidad Feto Infantil Peri-Natal en Santa Clara. Dr. Carlos Barrios Angulo. P. 311.

Esbozos sobre la importancia de la Psiquiatría. Dr. Próspero de Villanueva. P. 339.

Información Médica - Cartagena.

I, Nº 2: 1-20. Diciembre 1950.

La Hormoterapia y operación de Steinnach en la Hipertrofia Prostática y trastornos concomitantes. Dr. E. Baena Falcón. P. 3.

Noticias Médicas. P. 6.

Indicaciones y contraindicaciones de la Oxigenoterapia. Dr. Juan Zapata Olive-lla. P. 9.

Actualidades. P. 12.

Conceptos en relación con las vacunas. P. 15.

GOTA A GOTA

EL DR. SE CONVIERTE EN PACIENTE.

Acaban de extraerme la próstata! Quizás esto no sea nada nuevo en el sentido que el Sr. Pulitzer del antiguo New York World definía la noticia, — «Hombre muere a un perro», pero por lo menos ahora sé como se sentiría el perro.

Para aquellos a quienes se les ha olvidado el latín elemental, la palabra está compuesta del prefijo **pro** que quiere decir antes y el sufijo

sto que significa estar; esto es, la glándula próstata está antes o al frente del cuello de la vejiga. También tiene una derivación griega similar, indicativa de que los antiguos sabían bastante acerca de este pequeño y molesto órgano, pero quizás no sabían de su extirpación. En mi calidad de facultativo

practicante de otra especialidad apartada de la patología pélvica, a menudo oía al lego hablar sobre la glándula **próstrata**. Esto me incomodaba infinitamente, ya que me parecía la expresión el pináculo de la ignorancia. Habiendo sufrido la operación, sé ahora que el lego está absolutamente correcto. Antes de la operación está bien hablar de ésta como la **próstata**, pero después de haberse removido, queda usted bien **postrado**, y esto no es broma.

Durante unos cinco años había estado notando un pequeño gotereo después de orinar, el que manchaba mis ropas interiores y me provocaba en grado sumo. Eventualmente el gotereo no era mucho, pero sufría de **frecuencia**, y constantemente necesitaba estar cerca del gabinete de los caballeros, de tal modo que me consideraba ser el patrón principal de tan importante institución. Cuando la naturaleza insiste, no tolera intervención y puede ser más demandante que "Junior" cuando considera que su estipendio semanal no es suficiente. Volviendo a la "urgencia", la situación se tornó tan intolerable que decidí ponerle fin. Por lo tanto, con sulté a un cirujano, quien después de examinarme me informó que el estado requería cirugía. La respuesta fué ¿"Cuándo puede usted hacerlo?" fuí un poco impulsivo en este asunto pero fué lo mejor al fin y a la larga. ¿Por qué sufrir la ansiedad e incomodidad de un largo período de indecisión?

Así fué que se escogió la víspera del día del armisticio para llevar a cabo los innumerables exámenes, de

algunos de los cuales yo ni sabía ni nunca había oído mencionar. Me llevaban de un laboratorio a otro, y de una sala de rayos-X a otra, por los corredores del gran Centro Médico. Recuerdo una mujer técnica, con la voz más rara . . . Decía ella "cese de respirar", en el tono de soprano alto más maravilloso que jamás yo había oído, y el que luego era seguido, segundos, después por el "respire ahora", en el tono más suave y dulce. Me divertía de lo lindo, pero tendrían ustedes que oírlo, no leerlo, para comprender su efecto . . . Sinceramente espero que la curiosidad no los lleve tan lejos.

Al día siguiente, 11 de noviembre, fuí empujado a la Sala de Operaciones donde esperaba me administraran una anestesia espinal. Para mi gran alivio, escogieron pentotal sódico. El mismo había sido usado en mi práctica muy efectivamente. Fué esta droga, administrada intravenosamente, la que permitió a los cirujanos operar en los submarinos a los marineros atacados de apendicitis y otras condiciones operativas; ya que en las entrañas del océano no se pueden usar "gases".

Observé la aguja penetrar la vena cefálica izquierda de mi brazo, el mundo pareció tornarse más loco de lo que es, y cuando volví en sí parecía que innumerables cabezas con gorros blancos estaban inclinadas sobre mí, aplicando una venda obstétrica . . . "Buen Dios!" pensé yo, ¿"Dónde estará la criatura?". Entonces empecé a reirme al ver to dos esos cirujanos trabajando rápidamente por cambiarme de la mesa

a la camilla. "Ahora sí que sé que el mundo está al revés", dije, "siempre he estado de pie con ustedes y ahora estoy abajo". Entonces me atacó el deseo más fuerte de orinar, el más urgente que yo haya experimentado, y miren que me he encontrado en muchas crisis, y grité. "Quiero orinar, quiero orinar!" De algún sitio respondió una voz resonante: "Diablos, hombre!, todos quieren orinar". Por alguna razón ésto me hizo reír, quizás fuese el resultado de la anestesia, el caso es que iba riéndome hasta llegar a la cama. De lo primero que me di cuenta fué de que estaba en una tienda de oxígeno y me sentía divinamente. Sin embargo, el deseo de hablar con los ayudantes no me llevó muy lejos. Tenían que alzar la ventanilla, ya que me encontraba aislado en lo que a ruidos concierne. En pocos minutos, la redoma para la transfusión de sangre estaba en su lugar y era momentáneamente interesante el observar la **sangre entera** — creo que eran unos 500 cc.— lentamente penetrar mi cuerpo, dándome un estímulo similar al producido por un excitante juego de balompié.

Una vez retirado este aparato, el deseo de orinar era imperativo, pero no "había medios". La incisión suprapública transversal estaba cerrada excepto cerca de la línea media. Aquí se había dejado un "estoma" para el "drenaje". Yo sabía que el esfínter de la vejiga estaría completamente cerrado, pero asumí que la apertura artificial sería suficiente. No tuve tanta suerte. Parecía que había aquí una acción valvular, la cual no permitía que la o-

rina afluyese. Por supuesto, había un disco de metal en el "estoma", el que estaba unido a un aparato de succión, pero éste siempre se salía de su lugar y parecía completamente inadecuado para llevarse la acumulación. Unos cuatro días después un interno generoso extrajo la sangre y la orina por medio de una gran jeringa y lavó la vejiga con una solución salina estéril. El alivio fué inmediato y agradable . . . Luego vino la orden de que me levantase y caminase. Todo el mundo recibe esta orden, ya que hoy está de moda en los círculos médicos el "hacerlos levantar" un día o dos después de la operación, pero yo, un doctor anticuado, rehúse hacerlo y se me concedió un día o dos más de gracia. Era curioso ver a un hombre caminando cargando en un cesto de metal una botella, dentro de la cual había un tubo de goma conectado a su vejiga. El procedimiento estaba a la vista de todos los visitantes o de cualquiera que pasara por los corredores. De nuevo en la cama, el disco de metal era entonces conectado con la cama. Esto estaba sujeto a toda clase de contratiempos. Los duendes, sin duda, no descansaban buscando modo de impedir el sifonaje, y estaban obteniendo un éxito extraordinario, ya que casi siempre había un charco debajo de la región glútea. Los ayudantes que cuidaban de ésto eran extraordinariamente pacientes y a veces cambiaban la cama 10 veces durante la noche. La luz del día parecía ahuyentar los duendes ya que no había tanta dificultad hasta que todas las

luces se extinguían y el grupo de ex-próstatas se suponía durmiese.

Se esperaba que uno estuviese lo suficientemente restablecido para irse a casa a los 14 días. Esto no me sucedió a mí, ya que es proverbial en todos los hospitales que los doctores sufren las peores complicaciones y son, naturalmente, los peores pacientes. Yo sé que yo era el peor, aunque ninguno me quería ceder el derecho. No me tomaba ninguna medicina hasta que no sabía lo que era y para que se administraba. Entonces yo decidía en contra o a favor de la misma de acuerdo con mi criterio y mis prejuicios. Una mañana una diminuta y linda enfermera que estaba en el piso por primera vez, me dijo "Pero usted **tiene** que tomarse esta medicina, yo insisto". Mi respuesta fué, "Míre, yo he vivido mucho y nadie me va a decir **tiene** a mí. Ahorrar tire eso y anote en la carta gráfica, "Medicina rehusada a las 8 A.M. . . . Ya yo me entenderé con el médico. Esto salva su responsa-

bilidad. Así lo hizo **ella**, y así lo hice **yo**.

Bueno, por fin me dejaron salir el día de Pascua. Yo creo que estaba en contra de todas las reglas, regulaciones y expectativas, pero me dije. "Venga el infierno o la inundación, yo me voy hoy aunque tenga que escaparme por la ventana". Por supuesto yo no lo hubiese hecho, pero parece que tengo el poder de convencer ya que me dejaron ir con una larga lista "**de lo que hacer y de lo que no hacer**, a todo lo cual no le presté el menor caso. Como explicación de esta conducta de corcel indómito, yo le dije al profesor. "Míre aquí, joven usted habrá extirpado un gran número de próstatas, pero no sabrá nada del asunto hasta que la suya no esté en una botella. Yo tengo información confidencial. Sé lo que tengo que hacer y lo que no tengo que hacer. Yo soy quien tengo que curarme y, ¡Caracoles!, lo haré. Yo lo hice, aunque no se lo recomiendo a nadie. Mientras tanto, ¿"Cómo está su próstata?"