

# ANTIOQUIA MEDICA

---

VOLUMEN 2 — MEDELLIN, JUNIO DE 1952 — NUMERO 9

---

Continuación de «BOLETIN CLINICO» y de «ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA»  
Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.  
Organo de la Facultad y la Academia de Medicina y de la Asociación Médica Antioqueña.

---

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

---

## CONSEJO DE REDACCION

Prof. Alfredo Correa Henao, M. D.  
Presidente de la Academia de Medicina  
Director.

Dr. Ignacio Vélez Escobar  
Decano de la Facultad de Medicina  
de la U. de A.

Dr. Oriol Arango Mejía  
Secretario de la Academia de Medicina

Dr. José Miguel Restrepo R.  
Presidente de la A. M. A.

Dr. Alonso Restrepo

Dr. Marco A. Barrientos M.

Dr. Julio Tobón

Sres. Mario Robledo y

William Rojas M., Estudiantes de Medicina.

Margarita Hernández B.,  
Administrador.

«ANTIOQUIA MEDICA» solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

«ANTIOQUIA MEDICA» publica 10 números anualmente.

Dirección:

«ANTIOQUIA MEDICA»

Facultad de Medicina de la U. de A.  
Medellín — Colombia, S. A.

Apartado 20-38

# SUMARIO:

## EDITORIAL

Página

- Plan Trienal sobre la Facultad de Medicina y sobre la orientación general de los estudios médicos - *Dr. Ignacio Vélez Escobar* ..... 545

## TRABAJOS ORIGINALES

- La Cesárea entre nosotros - *Dr. Benicio Gaviria G.* ..... 552  
Sal Yodada - *Dr. Hernando Duque Maya* ..... 561

## RESUMEN DE CONJUNTO

- Historia de la Anemia Perniciosa - *Dr. Alonso Restrepo* ..... 566

## EXTRACTOS Y TRADUCCIONES

- Nuevo Super-microscopio - *W. R. M.* ..... 579

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

- XIII Conferencia Sanitaria Panamericana ..... 580  
Aniversario de la Academia de Medicina de Medellín ..... 582  
Conferencias de la Academia de Medicina de Medellín ..... 582

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

- Boletín N° 16 ..... 583  
Conferencias Científicas ..... 588  
Centenario de la Sociedad de Cirugía de Bogotá ..... 588  
Cursos de Perfeccionamiento para Post-graduados ..... 590

## NOTICIAS

- Escuela Quirúrgica Mpal. para Post-graduados de Buenos Aires (Argentina) - *Dr. Ricardo Finochietto* ..... 591  
Carta de la "AMA" ..... 597  
Jornadas Pediátricas en Medellín ..... 598

# 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 ANTIOQUERA.

---

VOLUMEN 2 — MEDELLIN, JUNIO DE 1952 — NUMERO 9

---

## EDITORIAL

### PLAN TRIENAL SOBRE LA FACULTAD DE MEDICINA Y SOBRE LA ORIENTACION GENERAL DE LOS ESTUDIOS MEDICOS.

Medellín, Marzo 8 de 1952.

Señores Miembros del  
Honorable Consejo Directivo  
Universidad de Antioquia  
C i u d a d

Muy estimados amigos:

He querido aprovechar la oportunidad que me ha brindado el Sr. Rector de la Universidad, al solicitar a todos los Decanos y Directores de las distintas dependencias Universitarias un memorándum de las necesidades y planes futuros de cada una de ellas, para consignar por escrito y poner a vuestra consideración un PLAN TRIENAL sobre la Facultad de Medicina y sobre el modo como yo considero que deben orientarse los estudios Médicos en el futuro.

Si bien es cierto que la Facultad de Medicina ha logrado obtener sorprendentes adelantos en los últimos años y que ocupa hoy el primer lugar dentro de las instituciones similares colombianas, también es verdad que le falta aún mucho camino por recorrer y bastantes mejoras por realizar, si se desea colocarla en un plano de igualdad con las Facultades Médicas más avanzadas del mundo.

Con la tenaz campaña de los últimos años, podemos decir que nuestra disciplina es ejemplar, nuestro ritmo de trabajo es muy satisfactorio, y que tenemos una organización sólida que sirve de base a grandes mejoras imposibles de realizar anteriormente.

Es tan íntima la relación existente entre la Facultad de Medicina y el Hospital de San Vicente de Paúl de esta ciudad, y está tan estrechamente ligado el progreso de esta entidad hospitalaria con la enseñanza Médica, o mejor con esta Facultad, que me he permitido incluir en este informe planes simultáneos para ambas instituciones.

El presente plan puede parecer ambicioso, pero no es utópico, y creo que es lo mínimo que debe hacerse si queremos impulsar nuestro movimiento renovador de la Medicina Colombiana, que es la base esencial del progreso de nuestro país. Su realización completa demandaría un período de tres (3) años, y de allí su nombre de PLAN TRIENAL.

La ayuda solicitada a los Gobiernos Nacional, Departamental y Municipal no está fuera de los alcances presupuestales de estas entidades, y creo que con

una organizada campaña de nuestra parte, sea fácil conseguirla. Se necesita además, como en toda obra de bien común, el apoyo del público en general, pero no sólo un apoyo moral sino su pequeño aporte en dinero para el Hospital de San Vicente.

Enumeraré en primer término las necesidades, luego su cálculo de costo y por último su financiación.

Las necesidades de la Facultad de Medicina deben dividirse así: personal docente, dotación y elementos.

El **personal docente** que es preciso añadir al actual en la Facultad de Medicina, es el siguiente:

1) Profesores de tiempo completo para:

Fisiología, Bioquímica, Anestesiología, Psiquiatría y Medicina Psicosomática, Nutrición y Dietética, otro Profesor de Patología, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Farmacodinamia.

2) Como Profesores, por horas, de intensidad variable para:

Endocrinología (como Agregado de Clínica Interna y Ginecología), Fisioterapia y rehabilitación (como Agregado de Traumatología), Cirugía Plástica y Cirugía Vasculuar (como agregados de Cirugía General).

Como **dotación** se necesita:

Un laboratorio completo de Fisiología. Terminar la dotación de los demás laboratorios, especialmente de Farmacodinamia, Bioquímica, Histología, Cirugía Experimental. Los laboratorios de Microbiología, Higiene y Anatomía Patológica, tienen una dotación casi completa. En el Anfiteatro son necesarias algunas pequeñas adiciones.

Dotación completa de la Cafetería, la que servirá de base para la fundación de la Escuela de Dietistas, que es una de las mayores necesidades del país, y cuya dirección estaría encomendada al Profesor de tiempo completo de Nutrición solicitado. Además sería de una gran comodidad para proporcionar alimentación adecuada, a precio de costo, a los alumnos de las diversas dependencias de la Universidad situados en este sector Médico.

Dotación completa de mobiliario, instalaciones de microfilms y gran cantidad de libros y revistas para la Biblioteca, y así tener la primera y única Biblioteca Médica del país.

Equipo completo de proyección para el nuevo Auditorio de la Facultad, y colección de películas científicas de enseñanza.

Ampliación y dotación del pequeño laboratorio de Investigaciones, para así tener todas las facilidades requeridas.

Mejoras en el mobiliario, salón de lectura, gimnasio, etc.

Por lo que al **Hospital de San Vicente** se refiera, es necesario:

La construcción del Pabellón Infantil «Arzobispo Cayzedo», el que se iniciará en unos 40-60 días.

Construcción de un nuevo pabellón de Consulta Externa y Policlínica, en donde sea posible incrementar muy notoriamente la enseñanza en pacientes am-

bulatorios, no hospitalizados, que se inició desde 1951 con gran éxito, a pesar de lo inadecuado del local existente.

Adaptación del actual Pabellón Clarita Santos, para dormitorio de Inter-nos, una vez se haya trasladado el Servicio Infantil a su nuevo edificio.

Ampliación de los servicios de Cirugía General y crear como adjuntos a él los servicios de Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y de Reconstrucción. Para ello se puede acondicionar el local que actualmente ocupa la carpintería y cerrajería.

Creación de los servicios médicos especializados de Cardiología y su dotación completa. Podría utilizarse el local actualmente ocupado por Clínica Pediátrica, en sus servicios médicos.

Es de una inaplazable necesidad y de una urgencia elemental, la creación de los Servicios de Dietética para todas las dependencias hospitalarias. Estos servicios estarían al cuidado de la Escuela de Dietistas mencionada antes y de la Escuela de Enfermería.

Delimitación de los servicios de Ortopedia, de los de Cirugía de Urgencias, y creación como departamentos adjuntos de los servicios de Fisioterapia y Rehabilitación.

Creación y centralización de los diversos servicios de Anestesiología, al cuidado del Profesor de tiempo completo solicitado, y de otros Profesores Agregados.

Ampliación de los Servicios de Enfermería prestados por la Escuela de esta profesión, que tan bellos resultados ha venido dando, a todas las dependencias del Hospital.

Insistir en volver a crear los puestos de Residentes en todos los servicios hospitalarios, bien sea haciendo esa Residencia como equivalente al año de Medicina Rural cuando se preste gratuitamente, o bien, y al igual que en muchas Universidades Norteamericanas, como un segundo año obligatorio en los estudios de post-graduados más adelante propuestos.

Aparte de lo referente a la Facultad de Medicina y al Hospital de San Vicente, creo de una necesidad imperiosa para la mejor marcha de la enseñanza Médica y de la asistencia pública, lo siguiente:

Que la Facultad de Medicina tenga influencia directa en la marcha del Manicomio Departamental, y, concretamente, que el Decano, o la persona por el designada dentro del personal de Profesores de la Facultad, haga parte por derecho propio de la Junta Directiva de esa institución.

Que es preciso intensificar extraordinariamente la enseñanza de la Psicología Médica, Salud Mental, Medicina Psicosomática, Psiquiatría, y en fin, toda la gama de los trastornos mentales y funcionales, pues es ésta una de nuestras más urgentes y apremiantes necesidades. Como un paso inicial a una más amplia organización en el futuro, debe contarse rápidamente con los servicios de un buen especialista de tiempo completo, que trabaje no sólo al servicio del Manicomio Departamental, sino también de la Facultad y del Hospital de San Vicente.

Es especialmente urgente esta modificación en la constitución de la Junta antes expresada, ahora que se inician con tan buenos augurios las modernas

«construcciones para el nuevo Manicomio, pues es necesario incorporar esta Institución a la enseñanza médica, para mutuo beneficio.

Algo parecido podría decirse del Hospital de «La María», con el que ha mantenido la Facultad de Medicina una vinculación desde hace años y la ha estrechado más en el presente, con la creación de la Cátedra y curso de Especialización en Tisiología.

Ya este H. Consejo Directivo aprobó una recomendación a los Gobiernos Nacional y Departamental en el sentido de crear en Antioquia un Instituto de Medicina Legal, que permita la correcta administración de justicia y la adecuada preparación de médicos y abogados en rama tan importante.

Por último, es urgente insistir en el proyecto tantas veces esbozado por mí sobre los Hospitales Regionales, controlados en su aspecto científico por la Facultad de Medicina. A dichos hospitales irían nuestros alumnos —después de realizar ciertas prácticas en el Hospital de San Vicente, y bajo el control de un Médico Director como Profesor Agregado de la Facultad, a hacer su año de internado Obligatorio gratuito, el que el Gobierno reconocería como equivalente a la Medicatura Rural. En estos hospitales se centralizarían todas las campañas de vacunación, servicios materno-infantil, etc., y a su personal científico, dotado de buen equipo, correspondería la obligación de prestar no sólo los servicios asistenciales sino la higienización y campañas sanitarias de la zona que se les asigne.

De acuerdo con lo anterior, los estudiantes se ganarían un año de estudios y el gobierno sus sueldos. Se haría una campaña social mucho más benéfica que la que está haciendo la Medicatura Rural con puestos de salud en Medellín, Itagüí, Bello, Sonsón, La Ceja, etc., trabajando desarticuladamente sin elementos y muchas veces en competencia con los hospitales, con los médicos no oficiales, etc.

El más bello de estos proyectos es el Hospital e Instituto de Enfermedades Tropicales con sede en el ya casi concluido Hospital de Puerto Berrío. Para éste, bajo el control de la Facultad, creo muy sencillo conseguir colaboración científica y económica para la parte investigativa —no asistencial—, de las diversas agencias internacionales de Salud Pública.

También necesitamos financiar un plan por medio del cual un grupo siquiera de diez (10) Profesores puedan viajar cada año al exterior a efectuar cursos de refrescamiento y de investigación, de 3-4 meses de duración, y para que estudien no sólo el aspecto técnico-científico de su especialidad, sino preferencialmente su aspecto docente.

Claro que esto no reemplaza ni se opone al incremento de viajes largos de especialización (2-3-4 años) de los recién graduados. Esto podría lograrse con la buena ayuda que nos ha venido prestando la W. K. Kellogg Foundation y a través del ICETEX (Instituto Colombiano de Especialización Técnica en el Exterior), recientemente creado, aunque todavía no está funcionando.

Una vez obtenidos los Profesores y la dotación solicitados, se llevarían a cabo algunas reformas esenciales de nuestro plan de enseñanza actual, que no analizo por creer que no cuadren dentro de este memorándum, pero que sí garantizan formar especialistas con la creación de cursos de post-graduados.

Estos cursos serían de una duración mínima de dos (2) años y podríamos crearlos progresivamente en Pediatría, Medicina Interna, Patología, Cirugía General, Obstetricia, Ginecología, Anestesiología, etc., etc.

El segundo año de estudios correspondería a la prestación de servicios de Residentes, lo que mejoraría de manera extraordinaria no sólo la enseñanza en general sino también los servicios asistenciales.

La Facultad de Medicina está ya madura para iniciar esta nueva jornada, y debemos seguir el ejemplo del curso de especialización en Tisiología, creado en el presente año, y cuyo éxito se está haciendo palpable.

Terminada la enumeración de nuestras necesidades, veamos ahora los cálculos de costos:

#### Personal Docente:

Doce (12) nuevos Profesores de tiempo completo, a razón de un salario promedio de \$ 1.500.00 mensuales, valen en el año la cantidad de \$ 216.000.00.

Como sería preciso elevar los salarios de algunos de los Profesores actuales, y aumentar el horario de otros, calculo que este aumento representaría un total de \$ 42.000.00 anuales, teniendo en cuenta que se harían algunas supresiones y disminuciones.

El total del aumento anual por concepto de asignaciones a Profesores, sería pues, de \$ 258.000.00, que podría dividirse así: un aumento de \$ 168.000.00 en el primer año, de \$ 218.000.00 en el segundo año, y de \$ 258.000.00 en el tercer año.

#### Por dotación de la Facultad:

Laboratorio de Fisiología .. . . .	\$	100.000.00
Mejoras en otros laboratorios .. . . .	\$	60.000.00
Cafetería completa .. . . .	\$	80.000.00
Biblioteca .. . . .	\$	80.000.00
Proyector para el Auditorio .. . . .	\$	10.000.00
Para iniciar la colección de películas científicas ..	\$	40.000.00
Para laboratorio de investigación .. . . .	\$	50.000.00
Otros gastos .. . . .	\$	30.000.00
		<hr/>
TOTAL .. . . .	\$	450.00.00

Lo anterior, dividido así:

En el primer año .. . . .	\$	200.000.00
En el segundo año .. . . .	\$	150.000.00
En el tercer año .. . . .	\$	100.000.00
		<hr/>
TOTAL .. . . .	\$	450.00.00

**Las necesidades económicas del Hospital de San Vicente de Paúl son mayores, y podemos discriminarlas así:**

Pabellón Infantil «Arzobispo Cayzedo» .. . . .	\$	700.000.00
Pabellón de Consulta y Policlínica .. . . .	\$	350.000.00
Ampliación de Cirugía General .. . . .	\$	50.000.00
Creación del Servicio de Fisioterapia .. . . .	\$	60.000.00
Creación del Servicio de Cardiología .. . . .	\$	40.000.00
		<hr/>
TOTAL .. . . .	\$	1.200.00.00

El total anterior, dividido así:	
En el primer año . . . . .	\$ 500.000.00
En el segundo año . . . . .	\$ 400.000.00
En el tercer año . . . . .	\$ 300.000.00
TOTAL . . . . .	<u>\$ 1.200.000.00</u>

En resumen, los aumentos de los presupuestos globales son:

**En el primer año:**

a) **Facultad:**

Personal docente . . . . .	\$ 168.000.00
Dotación . . . . .	\$ 200.000.00

b) Hospital: dotaciones . . . . . \$ 500.000.00

TOTAL GENERAL DEL PRIMER AÑO . . . . . \$ 868.000.00

**En el segundo año:**

a) **Facultad:**

Personal docente . . . . .	\$ 218.000.00
Dotación . . . . .	\$ 150.000.00

b) Hospital: dotaciones . . . . . \$ 400.000.00

TOTAL GENERAL EN EL SEGUNDO AÑO . . . . . \$ 768.000.00

**En el tercer año:**

a) **Facultad:**

Personal docente . . . . .	\$ 258.000.00
Dotación . . . . .	\$ 100.000.00

b) Hospital: dotación . . . . . \$ 300.000.00

TOTAL GENERAL EN EL TERCER AÑO . . . . . \$ 658.000.00

## FINANCIACION

Por lo que respecta a la Facultad, este suministro de mayores fondos debe ser a cargo, y por partes iguales, de los Gobiernos Nacional y Departamental.

Los costos, que lo repito: no son utópicos, corresponderían a cada entidad así:

En el primer año, un aumento de . . . . .	\$ 184.000.00
En el segundo año, un aumento de . . . . .	\$ 184.000.00
En el tercer año, un aumento de . . . . .	\$ 169.000.00

Las mejoras del Hospital de San Vicente, se financiarían así:

a) Haciendo efectivos los auxilios nacionales del Proyecto de Honores a Monseñor Cayzedo, que suman un total de.. \$ 440.000.00

(Ley de Honores aprobada en todos sus debates regla-



mentarios y que sólo necesita la aprobación o sanción del Ejecutivo).

b) Consiguiendo un aumento para destinación especial a estas mejoras, de parte de la Lotería de Medellín, por la cantidad mensual de \$ 6.000.00 durante el período de tres años que dura el plan, lo que representa . . . . .	\$ 216.000.00
c) Sumando las donaciones prometidas con el efectivo actual del Hospital Infantil, resultan . . . . .	\$ 200.000.00
d) Aportando del Municipio de Medellín para la construcción de su dependencia: Policlínica Municipal, la suma de \$ 100.000.00 durante dos años, se tendrá un valor de . . . . .	\$ 200.000.00
e) Allegando donaciones y aportes del público para la construcción del Hospital Infantil, en el período de dos años, da	\$ 144.000.00
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>\$ 1.200.000.00</b>

Para finalizar este memorándum, continúo insistiendo en que este PLAN TRIENAL que presento a la digna consideración del H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, carece en absoluto de utopías, y en que es un deber de las entidades oficiales suministrar los aumentos de fondos solicitados, pues el país necesita de este pequeño esfuerzo para su bienestar propio y en beneficio de la Medicina Colombiana.

Asímismo declaro que es lógico pensar que si los aportes de dinero se hacen más rápidamente que en los plazos señalados, este PLAN TRIENAL podría realizarse en más corto período del prospectado aquí, y por lo tanto la sociedad se beneficiaría más rápidamente.

De los H. Miembros del Consejo Directivo, muy atentamente,

**Dr. Ignacio Vélez Escobar**  
Decano de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Antioquia.

### LA CESAREA ENTRE NOSOTROS

DR. BENICIO GAVIRIA G.  
Profesor de Clínica Obstétrica

Una cesárea es siempre una laparotomía y una cicatriz en el órgano más importante de la reproducción El Utero. Debemos reflexionar mucho antes de indicarla.

Fue por allá en el año de 1.860 que el Dr. José Ignacio Quevedo, ilustre médico, antioqueño, practicó por vez primera la Cesárea entre nosotros. Cuenta el Dr. Emilio Robledo en su libro "Repertorio Histórico de la Medicina en Antioquia", que dicha intervención fue ejecutada en una enferma de Belén, con cloroformo como anestesia, con resultado favorable tanto la madre como para el niño.

No se dice si fue corporal o segmentaria. En ese entonces no se conocía la segmentaria. Fue al profesor de grata memoria para nosotros y cuyo recuerdo es imperecedero para la juventud médica Dr. Gil J. Gil, quien ejecutó por primera vez la Cesárea sobre el segmento inferior al terminar el año de 1936.

No es mi intención referirme a la historia de la Cesárea, que es tan antigua como la misma humanidad. Las diferentes etapas están marcadas con los pasos decisivos que ha aportado la medicina y muy especialmente la cirugía. Desde la sutura con alfileres del útero hasta el advenimiento de los hilos reabsorbibles, ni desde la indicación del Porro para todos los casos infectados y profusas hemorragias hasta nuestra época de los antibióticos y de la Transfusión Sanguínea, ni del empleo del vino de plátano, empleado en ese entonces como anestésico hasta el uso actual de la raquí, los gases y últimamente la anestesia local.

Presento un estudio estadístico practicado por todos los que en los últimos 8 años hemos estado ligados en forma permanente al Servicio de Maternidad del Hospital de San Vicente de Paúl. Ellos comparten los conceptos que me voy a permitir exponeros, porque son conductas definidas, muy meditadas y siempre con el interés y ánimo de avanzar.

Este estudio comprende desde el primero de enero de 1.944 hasta el 21 de agosto del presente año, es decir 7 años y medio.

En este lapso de tiempo, se atendieron en el servicio de Maternidad, 11.359 partos. El número total de cesáreas fue de 119, es decir el 1,05%.

Tomando el año de 1.949 en las diferentes clínicas de la ciudad encontré estos porcentajes:

Clínica Santa Ana 1.4% sobre un total de 342 partos. Pensionado Hospital de San Vicente de Paúl 2.46% sobre 691 partos. Clínica Municipal de Maternidad 1.09% sobre 2.470 partos. En los Seguros Sociales en 12 meses que lleva de existencia un 0.76% sobre 4.364 partos. En total entre nosotros fluctúa entre 0.76% y 2.46% como cifras límites. Es de destacarse el hecho de que en la clientela particular es más alta la incidencia de la cesárea que en los servicios asistenciales.

Del último número de la Revista "American Journal de Obstetricia y Ginecología" tomé los siguientes datos: New York Lyng Hospital una incidencia de 2.9%. En algunos hospitales de los Estados Unidos, he encontrado cifras hasta del 5 y más por ciento.

Servicio obstétrico en donde la incidencia de cesárea sea muy alta, no es un servicio obstétrico sino un servicio quirúrgico.

La proporción es de 3 x 1 en los servicios privados sobre los servicios asistenciales. Se ha encontrado una incidencia mayor sobre la raza negra.

He encontrado las siguientes **Indicaciones**: Por estrechez pélvica el 32%, entre ellas una placenta previa central, una presentación cara, una transversa y una infección amniótica.

**Desproporción céfalo-pélvica** un 18,5%. **Placenta previa central total y parcial** un 11,8%. **Distocias cervicales** 9,2%. **Estenosis cicatricial de la vagina** 4,2%. **Desprendimiento prematuro de la placenta** un 4,2%. **Transversa** 3,3%. Las demás indicaciones fueron por Anquilosis bilateral de la cadera. Vagina doble. Cáncer del cuello. Tumor vaginal. Osteosarcoma del hueso iliaco. Fibroma uterino. Fístula vesicovaginal. Coxalgia. Gemelar de nalgas. Desprendimiento de una Mole. Fractura múltiple de la cadera.

Los tipos de cesárea fueron los siguientes: Cesárea segmentaria con incisión transversal el 73,9%. Con incisión longitudinal el 1,6%. Las corporales el 24,3% Cesáreas iterativas un 6,7% siendo corporales el 2,5% transversales segmentarias el 4,2%.

Cesáreas con histerectomía en el 4,2%.

Rupturas uterinas durante la inducción anestésica el 0,8% por cesárea anterior.

#### Anestesia.

Eter-Oxígeno el .....	79%
Raquidea .....	15,9%

Se presentaron 3 muertes con raquianestesia dos casos con tetracina y uno con scurocaína.

No hemos empleado la anestesia local.

Raquídea fracasada seguida por general en 3 casos o sea el 2,5%.

#### **Mortalidad Materna.**

Se presentó con un porcentaje del 1,50%.

**Mortalidad Fetal.** Dió un 3,5%.

En primerizas se practicó en un 52% y en multiparas en el 47,9%.

La mortalidad materna y fetal fue un poco alta pero se debe tener en cuenta que son pacientes con ninguna o muy deficiente atención prenatal. Enfermas que llegan al servicio después de un trabajo prolongado tratadas por comadronas, y muchas de ellas con pituitrina en dosis altas. Otras llegan en un estado anémico muy avanzado por una placenta previa. Otras con presentación de hombros descuidada. Es pues la clase de clientela de estos servicios la que proporciona estas cifras altas. Ejemplo de una buena atención prenatal y obstétrica lo constituye el Seguro Social, al dar cifras de incidencia de un 0,76%, sin mortalidad materna y un 3% de mortalidad fetal. Cifras que se pueden presentar ante cualquier escuela obstétrica moderna.

En la actualidad la mortalidad materna en los Estados Unidos en los mejores hospitales está en forma, 1%, 0,45% y 0,15%.

La mortalidad fetal en un 3,3%.

La ruptura uterina en un 0,28% en las cesáreas segmentarias y 1 a 4% en las corporales.

La raquídea para las cesáreas ha bajado del 70% al 7%. Se está empleando el Eter-Oxido nitroso. El ciclopropano y últimamente la anestesia local.

#### **Cesárea y placenta previa.**

Con razón dice Greenhill en su última edición que sólo hay dos métodos para el tratamiento de la placenta previa. A). La ruptura artificial de las mebranas o método de Puzos con o sin tracción y B). La cesárea.

Desde el punto de vista estadístico, la cesárea es excelente tanto para la madre como para el feto.

Sin embargo no debe tomarse la cesárea como rutina en el tratamiento de la placenta previa, repito que en los casos bien indicados de placenta previa marginal o parcial la simple punción de las membranas es suficiente con o sin tracción.

La cesárea está indicada en toda placenta previa central (en veces lo difícil es el diagnóstico). En los casos de placenta previa parcial, con profusas y abundantes hemorragias, especialmente si el cuello no está dilatado. In the Chicago Lying — in Hospital de una serie de 325 placentas previas, 126 casos se terminaron con cesáreas y 67 con cesárea e histerectomía. La histerectomía se practica frente a una hemorragia incontrolable y profusa durante la cesárea. Cuando se presentan fibromiomas.

Según Davis y Campbell la incidencia es de un 44%. La mortalidad materna un 1,1%.

Algunos obstetras prefieren la cesárea clásica pero nosotros empleamos la segmentaria pues tiene algunas ventajas. Se encuentra en el campo los senos abiertos a la vista y como tal es mejor y más fácil hacer una sutura. Recordar siempre en el tratamiento de la placenta previa sangre antes durante y después del parto.

El problema en la extracción del niño cuando la placenta se encuentra en la pared anterior más o menos un 50%. Toda enferma con placenta previa debe vigilarse por lo menos una hora después de que el caso ha terminado. En caso de placenta previa conformarse más bien con ver perecer el niño a practicar tracciones y dilataciones forzadas del cuello.

En el feto muerto, salvo en caso de pelvis absolutas. En algunos casos de abrutio placenta. En algunos casos de placenta previa central para contrarrestar la hemorragia y en algunos casos excepcionales de monstruos dobles. En la eclampsia salvo algunos casos muy excepcionales. En casos de monstruos, salvo cuando se asocia un hidrocéfalo con placenta previa.

### **El futuro obstétrico de las cesáreadas.**

La escuela obstétrica antioqueña es partidaria decidida de la cesárea segmentaria tipo transversal, por los mejores resultados que esta variedad operatoria ofrece, de técnica sencilla, aborda el útero en una zona pasiva, de fácil y perfecta peritonización y más resistente a la infección peritoneal. En ninguno de nuestros casos figuran el frenaje abdominal, ya que en la hora actual con los antibióticos este concepto se ha modificado. El empleo de sulfas en la cavidad abdominal tampoco lo empleamos, ya que su aplicación por vía oral intramuscular es

suficiente máxime que ahora disponemos de antibióticos de mayor valor, con los que el temor a la contaminación de la serosa peritoneal puede darse casi como desaparecido.

En las cesáreas iterativas se encuentran adherencias laxas, aisladas de poca importancia. El epiplón toma parte en la mayoría de ellas, el que como medida rutinaria acostumbramos dejar en contacto con la zona operatoria. Se encuentran otras adherencias de tipo fibroso, firmes a veces inaccesibles. Estas adherencias se aplican al útero a la pared abdominal, a los órganos vecinos, en veces desviándolo o deformándolo, con lo que suelen provoocar una serie de complicaciones obstétricas, como son los abortos, los partos prematuros, las presentaciones anormales, las malas implantaciones del huevo.

Estas adherencias dan lugar a dificultades posteriores en las siguientes cesáreas, obstaculizando el desprendimiento peritoneal. Hemos visto casos de adherencias en que el útero está fijo a la pared abdominal, como si se hubiera ejecutado una ventro fijación de este órgano. Debe tenerse cuidado al abrir la pared abdominal, de no lesionar vejiga, un intestino, etc. En tales circunstancias si el segmento es inabordable se debe practicar una cesárea corporal.

El maximo problema de las cesareadas se refiere especialmente al estado de la cicatriz uterina.

La simple interrupción de la continuidad natural de los componentes del útero necesariamente tiene que perturbar el funcionamiento de este órgano y por mucho que se hable de la perfecta y buena resistencia de una cicatriz, no siempre este acerto es demostrable.

La constitución fibrosa a base de tejido colágeno y fibroblastos con degeneraciones hialina con poca o ninguna vascularización, es ya una prueba de su débil resistencia.

En muchos casos se comprueba la presencia de cicatrices francamente adelgazadas, en que la pared uterina está reducida a una débil lámina de pocos milimitros de espesor.

El proceso de la cicatrización lo alteran numerosos factores que paso a analizar.

a).—La mala técnica operatoria ocasiona traumatismos, dislaceraciones, desgarros con infiltraciones sanguíneas que le son desfavorables. Una sutura apretada estrangula e interrumpe la circulación, produciendo zonas de necrosis, pero si es muy floja la sutura, favorece la mala coaptación de los bordes uterinos. Hay materiales de sutura que no se reabsorben, determinando procesos inflamatorios próximos que disminuyen la resistencia de la cicatriz.

Tiene, también importancia la variedad de histerectomía, siendo totalmente diversa la suerte de una incisión corporal, segmento-corporal y segmentaria. En las corporales la cicatriz con una peritonización defectuosa, queda en contacto con todos los órganos de la cavidad abdominal, favoreciendo la formación de adherencias. La sutura ubicada en la zona motora del útero, desde el primer momento está sujeta a los fenómenos de contracción, retracción propios de la involución de este órgano. A su nivel se implanta con frecuencia la placenta que con su poder histolítico contribuye a modificarla todavía más y con mucho mayor razón cuando sus relaciones toman el carácter de adherencias anormales del tipo de la placenta acreta.

Las incisiones sobre el segmento se comprometen poco las fibras musculares, no se seccionan sino que se disocian; la sutura queda en una región pasiva, tal como lo es el segmento inferior, se peritoniza en mejores condiciones que en la corporal. En su contra quizá podría aducirse su distensión en el último tiempo del embarazo o en el parto.

El proceso de cicatrización también varía con la post-operatoria, ya que en un útero infectado la cicatrización sería distinta. El estado general de la paciente también tiene su relación con la cicatrización así las avitaminosis, anemia, toxemias, etc.

Se comprende que una cicatrización viciosa, adelgazada irregular, favorece la ruptura uterina durante el embarazo o durante el parto.

La operación cesárea entraña modificación del psiquismo de la mujer, de ella deriva la limitación de los embarazos por temor a otra operación.

Las cesáreas tienen una indicación categórica como son algunos tipos de estrecheseos pélvicos y otras que son de causas ocasionales que muy posiblemente serán modificadas en los otros partos.

En el caso de distocias óseas la solución en los embarazos posteriores es la operación cesárea, ya que estimamos que los otros medios sinfisiotomía, inducción, etc., son inadecuadas. Algunas escuelas dan un porcentaje de un 16% de indicaciones absolutas de histerectomía.

No hemos podido precisar qué influencia tenga la cesárea sobre abortos y partos prematuros.

No compartimos la idea que aun queda en algunos de que toda cesárea implica otra. Las estadísticas muestran un porcentaje alto de partos espontáneos después de las cesáreas, el hecho es que el expulsivo de esta clase de úteros debe ser tratado con cuidado sumo, evitando el período expulsivo en estas enfermas aplicando un forceps profi-

láctico. Debe ser juicioso el empleo de los ocitócicos. La versión es muy peligrosa, máxime que no conocemos el estado de la cicatriz.

Las causas o mejor indicaciones de las cesáreas iterativas en orden de frecuencia tenemos: pélvis estrecha un 60 a 70%, sigue la placenta previa, presentaciones viciosas, inminencia de ruptura uterina, exceso de volumen fetal.

En relación con la presentación se encuentra un porcentaje alto de cefálicas, si se quiere un 52%, pero el número de presentaciones anormales no es despreciable, así la transversa y la podálica. No es difícil pensar que las cicatrices anormales y adherencias sean la causa de estas presentaciones anormales.

Otro factor importante es el hecho de que a medida que van transcurriendo nuevos embarazos con mayor razón el número de histerectomías aumentan.

El peso y tamaño de los fetos también aumentan la incidencia de la cesárea. Tengo una observación de un feto de 5 mil gramos nacido espontáneamente.

Existiendo una pélvis amplia y una dinámica normal se justifica ampliamente la prueba del trabajo.

Algunas escuelas dan un 4,65% de rupturas uterinas. La ruptura es más frecuente en las corporales que en las segmentarias. Siempre es más defectuosa la cicatrización cuando la ruptura se efectúa durante el embarazo que durante el parto.

Se observan con mayor frecuencia la retención de los anexos en las post-cesariadas cuando el parto se hace por vía baja. Los alumbramientos deben ser cuidadosos.

Las infecciones del post-operatorio tienen su importancia aunque se trate de simples endometritis.

El gran peligro de las cesariadas es una posible ruptura y es la gran causa de la muerte fetal.

Conclusión: el 74% tiene partos posteriores por vía baja. La cicatriz uterina defectuosa da lugar a). aumento de las presentaciones anormales. b). Inminencia y estallido de la pared uterina. O adherencias anormales de la placenta.

Todo embarazo, todo parto, como toda empresa constituyen una prueba que es necesaria afrontar con confianza, para no interferir ni quebrantar los destinos de la vida. La mortalidad fetal es muy baja ya que todos sabemos que el desprendimiento de la placenta da un alto



porcentaje de mortalidad fetal, lo mismo que la infección amniótica, la placenta previa.

La histerectomía la practicamos en el servicio en las siguientes condiciones: a). En algunos casos de ruptura uterina, b). En la hemorragia incoercible durante la intervención cesárea. c). En muy raros casos de úteros infectados, d). Uteros fibromatosos. e). Desprendimiento placentario (tipo Couvelaire), y en los neoplasmas.

### Conclusiones:

- 1 — Se debe tener presente que una cesárea es siempre una laparotomía y que se debe meditar mucho al indicarla.
- 2 — No se deben indicar cesáreas por complacencia.
- 3 — Es sólo al obtetra a quien corresponde indicarla y practicarla.
- 4 — En determinados casos se debe hacer una prueba de trabajo y en muchos un forceps de prueba o diagnóstico antes de proceder hacer la cesárea.
- 5 — Actualmente con el uso de los antibióticos y las transfusiones se puede ejecutar la cesárea llamadas impuras, inclusive con infección amniótica.
- 6 — Toda cesárea se debe practicar con transfusión de 500 a 1.000 c. c. de sangre, porque nadie puede prever cuánta sangre se pierde en la intervención y con mayor razón si la indicación la constituye un estado hemorrágico como placenta previa, desprendimiento, etc.
- 7 — En las cesáreas iterativas está contraindicado el uso de los ocitócicos y el período expulsivo, suprimiéndolo con un forceps.
- 8 — El porvenir obstétrico más oscuro en las cesariadas lo constituye la pelvis estrecha.
- 9 — Es muy importante la preanestesia y el tipo de anestesia para cada cesárea. No se puede aplicar un solo tipo de anestesia para todos los casos.
- 10 — Toda cesárea debe ejecutarse con dos ayudantes y tener a la mano un equipo resucitador.
- 11 — El que ejecuta una cesárea debe saber hacer una histerectomía.
- 12 — La eclampsia contraíndica la cesárea, salvo algunos casos en donde es obligatoria.
- 13 — En la pre-anestesia y en la inducción están contraindicados los

barbitúricos y la morfina por su acción sobre el feto. Parece que la pitidina no lo esté.

- 14 — Hemos observado que las rupturas uterinas se deben a) a la infección amniótica. b) al tipo de incisión; c.) al afrontamiento de la sutura: d) a la infección post-operatoria y por último al estado uterino.
- 15 — En el servicio practicamos cesáreas con feto muerto en los siguientes casos: a). Cuando existe una pélvis absolutamente contraída.  
b) En presentaciones de hombros con segmento inferior muy distendido y el hombro esté inaccesible al embriotomo o a las tijeras, c). En algunos casos de placenta previa cuando el caso es inabordable por vía baja, cuando se presenta una infección amniótica y el caso no responde a la vía baja. Desprendimiento.
- 16 — La estadística muestra que la raqui es peligrosa ya que tenemos el caso de tres muertes maternas. Da más garantía para la madre los gases.
- 17 — Entre nosotros las tres principales causas de cesárea la constituyen a). Estrechez pélvica, b). Desproporción cefalo-pélvica y c) placenta previa.
- 18 — Toda post-cesareada debe atenderse siempre en una clínica, por lo peligroso de una ruptura uterina o por si se necesita ejecutar otra vez la cesárea.
- 19 — Toda enferma que haya sido cesareada por estrechez pélvica debe hacerse u ordenarse una radiopelvimetría.
- 20 — La incidencia de cesárea ha aumentado en muchos servicios por la seguridad con que se puede ejecutar hoy día.
- 21 — Los grandes peligros hace 10 años en las cesáreas lo constituían la hemorragia y la infección hoy prácticamente han desaparecido.
- 22 — Sería interesante que se practicaran autopsias para definir mejor la causa de la muerte.
- 23 — Se debe empezar la era entre nosotros de la anestesia local para las cesáreas.
- 24 — Servicio obtétrico en donde se practique mucha cesárea o la incidencia sea muy alta no es un servicio obstétrico es un servicio quirúrgico.

- 25 — Debe preferirse ejecutar la cesárea en trabajo.
- 26 — Actualmente se ha encontrado que no existe diferencia entre la extraperitoneal y la intraperitoneal en los casos infectados con el empleo de los antibióticos y las transfusiones. En los casos infectados es muy rara la histerectomía.
- 27 — Debe hacerse siempre cuando el medio y las circunstancias lo permitan una radiografía previa a la intervención.
- 28 — El cuello uterino debe estar siempre dilatado para que el drenaje se efectúe.
- 29 — Elegir siempre que las circunstancias lo permitan la cesárea segmentaria.
- 30 — La cesárea y la ligadura de trompas debe girar a). Problema religioso. b). Problema médico. c). Problema social.

---

### SAL YODADA

HERNANDO DUQUE MAYA  
Salamina (Caldas)

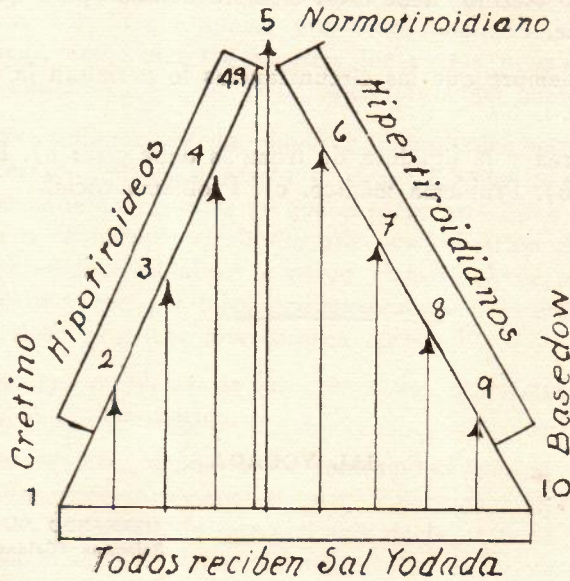
Señor doctor Jorge Bejarano.

Distinguido Profesor:

Estas líneas se las dirige un médico de provincia, vinculado a los menesteres de la Medicina General, quien no lo conoce a Ud. sino a través de su brillante historia como consumado divulgador de temas en provecho de la higiene colombiana y de acertado realizador de felices campañas como la supresión de la chicha y el reajuste de la ración alimenticia colombiana, tan bien estudiada entre nosotros por los doctores Emilio Robledo, Alfonso Jaramillo Arango y Barriga Villalba, con el elemento yodo, debidamente regulado en la sal que sale para nuestro consumo de las inagotables fuentes de Zipaquirá.

No sé cuánto tiempo hace que el suministro de yodo en nuestra dietética está vigente. Lo cierto es que hace más o menos un año que en la clientela de consultorio se viene observando que aparece progresivamente el cuadro del hipertiroidismo, con sus múltiples y variadas

formas, a la vez que parece también se viniera comprobando la merma del clásico bocio endémico que muy frecuentemente se registraba y que todavía se registra en nuestra consulta. Y hablo en plural, ya que este fenómeno lo hemos apreciado en Salamina, Caldas, varios de los médicos que ejercemos acá, entre los cuales cito al doctor Rafael Marulanda Villegas y quienes hemos notificado la hipótesis de que el fenómeno patológico en cuestión puede ser una consecuencia del consumo de la sal yodada.



Considerando un diagrama representado por los números de 1 a 10 y colocando en el primer puesto el clásico cretino con su bocio endémico y en el dos, tres y cuatro los restantes grados subsiguientes del hipotiroidismo, reservando la casilla del cinco para el normotiroidio, quedarán los cupos sucesivos para escalar por orden de intensidad los diferentes grados del hipertiroidismo, ocupando el número diez con el Basedow típico, y valorando en todos estos organismos diferentes los efectos farmacológicos provocados por el elemento yodo entrado en la ración alimenticia por concepto de la sal de cocina, lógicamente se tendrá que aceptar que los exponentes escalonados del uno al cuatro con nueve (4,09) se beneficiarán de la medicación, tanto más cuanto más distantes estén del normotipo. Otra cosa sucede con los colocados en la escala del cinco al diez, de por sí provistos de un tiroides que no necesita y parte de ellos tal vez que rechazan el estimulante entrado en la sal yodada que se suministra a todos por igual. Y digo que parte, ya que quizá por secretos ignorados aún, del complicado "Síndrome de

adaptación", patología tan en boga en la actualidad, solamente una porción va respondiendo anormalmente a los estímulos yodados con el cuadro variado del hipertiroidismo. Como le decía atrás, en la clientela de consultorio es muy frecuente, y todos los días más frecuente, encontrar el sujeto a quien se había conocido como sano, atacado de la clásica inquietud del hipertiroidismo, con sus movimientos innecesarios: son los sujetos acelerados de Levi. Se quejan de desasosiego, bochornos, merma de peso, diarreas y a quienes al examen de inspección se les comprueba desde el ligero temblor fibrilar de los dedos, hasta el temblor generalizado y agotante del hipertiroidismo. Estos enfermos con la piel húmeda y caliente, frecuentes crisis sudorales, de ojo brillante y de mirada fija, miasténicos por la creatinuria; en escasa minoría, algunos afectados en su piel por placas de vitiligo, entidad según Marañón dependiente del hipertiroidismo, anotan que algo raro les ha empezado a pasar. Dicen que no duermen bien, que enflaquecen; hablan de su buen apetito y a veces de sus accidentadas digestiones; se les constata muy frecuentemente fuera de la taquicardia, la arritmia, signo este último muy anotado por el Profesor Jiménez Díaz en su obra. Al medirles el metabolismo por la tabla de Read, claro que muy imperfectamente ya que este dato debe tomarse en condiciones óptimas de ayuno y de reposo, todos estos sujetos revelan cifras altas en el diagrama de la tabla. Muchos de ellos anotan cuando se les busca el signo del temblor, que tiemblan porque están asustados y al respecto Marañón anota que es ya signo del hipertiroidismo el empezar a dar muestras de temblor fibrilar en frente de la emoción que despierta la simple observación del médico. Muchas veces impresionado por el número creciente de estos enfermos y pre-enfermos, quise iniciar una estadística numérica pero lo he pasado por alto. Su frecuencia ocurre en todas las edades, inclusive se ha observado recientemente a un niño delgado, de doce años de edad, con clásicas manifestaciones de hipertiroidismo por lo referente a la nerviosidad, taquicardia, temblor, aprehensión y ligera hipertrofia difusa del cuerpo tiroides. Muchos no dan la hipertrofia de dicha glándula y en pocos se ha visto el exoftalmos (signo clásico de la enfermedad de Basedow), abundando las formas incipientes con signos y síntomas discretos. De preferencia se encuentra el mayor número en la mujer, siendo también bastante frecuente, con relación a lo escaso que era antes, en el sexo masculino. Se aprecia mucho en la vida adulta de la primera y con mayor frecuencia en su menopausia. Es común encontrar el cuadro en los ancianos, en los que se hacen muy notorios los fenómenos cardiovasculares con arritmias, sofocos y enflaquecimiento. Se respaldan estas aseveraciones a la luz del tratamiento por los anti-tiroideos, a la cabeza de los cuales se les prodiga el propil-tiouracilo, medicación que milagrosamente les va devolviendo la calma y les va mermando el ritmo vascular. En la vida genital adulta se les suministra

los poliglandulares para ambos sexos con la molécula antitiroidea, medicación que los mejora. También se les controla con la di-iodo-tyrosina de la casa Roche, el cromovit fuerte y los preparados de colina como bacolín y hepapol con buenos resultados. Ultimamente, y de una manera empírica, se les aconseja colocar la sal de cocina en recipiente amplio y descubierto para buscar la evaporación de la molécula de yodo contenida en la sal. Para hacer más patente la certeza del diagnóstico, ya que acá se carece de aparatos medidores de metabolismo, a los enfermos muy afectados se les complementa su examen buscando el azúcar en la orina, el que en la mayoría de los casos aparece ligeramente positivo, dato muy tenido en cuenta por Marañoñ sobre todo en los parientes de estos (existencia de diabetes en sus allegados), ya que como se sabe por fisiología, el tiroides es glándula hiperglicemiente. La eritrosedimentación que en algunos compendios la anotan como acelerada, en algunos de los registrados no se les ha encontrado alta, salvo en un caso donde el proceso se agrupaba a un t. b. c. pulmonar bilateral de marcha crónica.

En conclusión: sin estadísticas a la mano y bajo datos de simple observación, algunos médicos de Salamina nos hemos interesado con el número creciente de cuadros de hipertiroidismo registrados en el personal de enfermos a nuestro cuidado, en relación con lo escaso de este cuadro de uno a dos años para atrás.

Se ha juzgado que este fenómeno se deba al elemento yodo entrado en la sal desde hace algún tiempo, ya que en los textos alemanes se considera este factor en la génesis del hipertiroidismo.

Se conceptúa que si una minoría de los normotipos se afectan por el elemento yodo enunciado, mientras el resto de los deficientes se mejoran, ello se debe a la peculiar manera de reaccionar de cada individuo frente a un estímulo determinado, apareciendo así en los que se hacen hipertiroidianos el cuadro de sus irregularidades como un nuevo *síndrome de adaptación* a la dietética modificada.

Este concepto no tiene más valor que una observación diaria y paciente como médicos, confiados en la intuición, en los preceptos de la clínica, desprovistos de las armas del laboratorio moderno. Tiene sí el afán de denunciar un hecho digno de estudiarse, de esclarecerse y de difundirse en la prensa médica por parte de quienes tienen autoridad para exponerlo, como Ud., insigne Profesor e higienista reputado.

Si esta hipótesis mereciera crédito como juiciosa y digna de tenerse en cuenta, valdría la pena de que se diesen normas para que en la planilla estadística de enfermedades se abriera una casilla para el hipertiroidismo, incluyendo sus formas larvadas, para ver si se registran

aumentos y si se llegan a considerar como efectos de la sal yodada, ya que en el caso de comprobarse tal fenómeno, valdría la pena de modificar la cuantía del yodo destinado a las mezclas, o la supresión semestral del mismo elemento del régimen de nuestras comidas. Sería de interés además observar en qué climas se hace más patente el hipertiroidismo, ya que parece obvio que el hombre de la altura esté menos expuesto a afectarse que el habitante de los climas templados y calientes. Esto mismo puede pensarse del indio, quien a groso modo, por más romo, parece sea menos sensible al yodo que la otra raza de cepa española, en cuya fuente funciona un tiroides con tendencias ligeras al exceso, ya que como lo anota Marañón al hablar de lo perfecto del Pueblo Suizo como ajustador en maquinaria de relojería, en comparación con lo coplero, improvisador e inquieto del Pueblo Español del centro y del sur de la península, explica el fenómeno diciendo que el primero es preciso para el ajuste delicado por el buen tono nervioso que recibe su sistema muscular, procedente aquél de un tiroides reposado, en tanto que la vivacidad del segundo se debe a un estímulo un poco excesivo, salido de un tiroides activo que sensibiliza la corteza cerebral.

Del distinguido Profesor Bejarano, me suscribo como Atto. y gran admirador de su Obra Científica realizada.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Lecciones de Patología Médica. - *Carlos Jiménez Díaz*  
Manual de las enfermedades del tiroides. - *Gregorio Marañón*  
Síndromes Clínicos. - *Tiburcio Padilla*  
Terapéutica Clínica. - *H. Kalk*  
Manual Merck, última edición.  
Compendio Abbott.  
Memento Endocrinológico Hormonal.  
ANTIOQUIA MEDICA Nº 10 - *Jaime Betancourt Osorio*  
Conferencias de Química Biológica. - *Jesús Peláez Botero*

**HISTORIA DE LA ANEMIA PERNICIOSA**

DR. ALONSO RESTREPO  
Académico de Número

- 23 - "Guárdate de esto solamente, que no comas sangre: porque la sangre de ellos (los animales) está en lugar del alma: y por eso no debes comer el alma con la sangre:
- 24 - Sino que la verterás sobre la tierra como agua.
- 27 - Y presentarás tus ofrendas la carne y la sangre sobre el altar del Señor Dios tuyo: la sangre de las hostias verterás en el altar y tú comerás las carnes".

Deuteronomio - Cap. XII  
(Versión del P. Scio)

---

"Estamos presenciando los principios de una nueva era de la Medicina. — El Médico está reconquistando la jerarquía social que perdió hace 2.800 años, cuando la Medicina se separó de la Religión; y la Medicina va perdiendo rápidamente su carácter privado, arrinconada como se hallaba a la cabecera del enfermo, para transformarse en la influencia que guía la vida de cada día. - Hoy, y esto será más patente en el futuro, es necesario, en bien de la salud, que el hombre de la calle sepa e interprete correctamente todo cuanto se refiere a la Medicina".

Howard W. Haggard  
El Médico en la Historia  
Editorial Sudamericana  
Bs. Aires - 1941.

---

Las gentes de hoy, incluyendo en grupo especial a los estudiosos mismos, son tan utilitarias como egoístas y olvidadizas.

Aprovechan ávidamente los descubrimientos, medran con ellos, los explotan mediante grandes compañías e industrias poderosas, mas nadie quiere saber de sus autores, de las dificultades, de los esfuerzos y hasta de las miserias que impusieron su persecución y su conquista.

*Un servidor*

---

Para historiar debidamente la Anemia Perniciosa sería preciso escribir primero la historia de la Sangre y con ésta saldría, por modo irremediable, la narración más dramática y contrastuosa de las tragedias y de las glorias de la Humanidad, el periplo milenarío de la Me-



dicina toda, y, por consiguiente, surgiría el trazo integral de la Vida misma en una visión tan panorámica como polifacética.

Porque la Sangre es la vida.

Su fluir y refluir como citoplasma en el más rudimentario protozoo y en la más incómoda célula de relleno, hasta su onda poderosa y nutritiva en ese universo prodigioso que es el hombre, alienta, protege y sostiene esa otra extraordinaria maravilla del "ser vivo" y "la gran pesadumbre de la vida consciente".

Porque desde el primer sacrificio expiatorio de Adán, recién expulsado del paraíso, hasta la sublimidad divina del sacrificio personal de Cristo para rescatar de la Justicia de Dios al Género humano, la sangre constituye el símbolo mismo, vivo también y palpitante, de la existencia y de la Salvación, de toda ofrenda y toda lucha, de toda actividad y de todo renunciamiento, el substrátum de todo mal y la fuente de todo bien, hasta la ventura indestructible y eterna, ya que para ponerla al alcance de los hombres Jesucristo, Nuestro Señor, vertió la Suya desde el Huerto de Gethsemaní hasta la herida del Pecho en el Calvario.

Y por este continuo alentar de los "espíritus vitales" que dijieran los antiguos, a fuer de vehículo motor, de líquido nutricio y fecundante, de elemento reparador de culpas y estimulante de los más finos idearios, de los más crueles sacrificios y de las más atrevidas empresas, la sangre fue también a todo lo largo y lo ancho de la Historia la base fundamental de los mitos más horrendos, absurdos y macabros, de los más extraordinarios heroísmos y de las más bellas, sólidas y consoladoras creencias y elaciones.

---

El tema, a fuer de vital mismo, resultaría inagotable sea cual fuere el aspecto biológico o humano que se pretendiese investigar.

Si religioso, porque la sangre fue, y sigue siendo, la forma y la sustancia, simbólicas, que el hombre de todas las latitudes y de todas las épocas, aprovechó para satisfacer su necesidad de expiación continua imperativamente agobiado por la evidencia de su culpabilidad original.

Si sociológico, porque sus copiosos torrentes bañaron, hundiendo o exaltando, las ambiciones caudillescas, las hegemonías raciales, la vanidad guerrera, los egoísmos comerciales de tribus, pueblos y naciones.

Sus ondas propiciatorias, fluyendo del animal doméstico, joven, sano, fuerte y limpio, desde la humilde tortolilla hasta el toro bravío, se prostituyeron con los holocaustos humanos de los grandes pueblos

belicosos de los cinco continentes, más todavía con los rituales hechiceros del Medio-evo y peor aún con las prácticas satánicas del Renacimiento.

Por lo épico, la sangre, empapa las páginas inmortales de la literatura universal, desde las inmolaciones prefigurativas y las gestas mesiánicas del Antiguo Testamento, pasando por los Vedas, la Ilíada, el Kalevala, la Divina Comedia etc. hasta el Canto que le dedicara Rubén Darío, hasta los romances taurinos de García Lorca, y hasta el suicidio más trivial de cualquier bardo borracho, hiperemotivo y sollozante.

Y en cuanto a la Medicina no existe tradición ni texto alguno, antiguo o contemporáneo, donde su nombre no aparezca, sirviendo inclusive para las abstrusas elucubraciones pseudo-filosóficas de los viejos galenos, hasta Miguel Servet y hasta Harvey, y para la confección de fármacos inverosímiles y repugnantes.

Mas viniendo a la historia particular de la Anemia Perniciosa Progresiva, precisa señalar que fue James S. Combe, Médico de Edimburgo quien, considerándola como "Idiopática", la describió por primera vez en mayo de 1822, a raíz de la muerte de un hombre de 47 años, a los 3 meses de presentar una oscura sintomatología, en que primaban palidez creciente, debilidad progresiva, edemas y orinas de color subido.

La autopsia no reveló lesión definida y apreciable en ninguno de los órganos, aparte del aspecto exangüe notorio en todos ellos.

Mas Combe, con una intuición genial, sugirió antes que nadie una posible etiología de perturbaciones en el Aparato Digestivo..

Y recomendaba los viajes que aparte de su influencia saludable sobre el organismo, tienen para el médico impaciente la ventaja de mandar los enfermos "a paseo".

J. M. Good, en 1826, y M. Hall, en 1839, ambos de Boston y J. Elliotson de Londres, en 1846, estudian el diagnóstico diferencial de las Anemias graves.

Y en 1842, W. Channing publica sus observaciones de 17 pacientes.

Fue ésta la primera comunicación hecha en Estados Unidos, hasta 1875, de un caso auténtico de Anemia Perniciosa, porque 16 de estos enfermos padecían otras formas de Anemia y sobre todo de Anemias de la Gravidéz.

Thomas Addison, del Guy's Hospital de Londres, en 1849, también con el nombre de "Anemia Idiopática", que más tarde llamarán "esencial" los autores franceses, hace una nueva y excelente descripción de la enfermedad, que posteriormente, en 1855, incluye y confunde

en su Monografía Clásica sobre la Hipoadrenia, que con justicia tanta conserva su apellido, no obstante la frecuencia agresiva del Chauvinismo científico.

Su página descriptiva del síndrome, reproducida por Murphy, es una pequeña obra maestra de perspicacia clínica; mas, de las tres autopsias que practicó, parece que uno carecía de lesiones adrenales y que por tanto, y a falta de lesiones en otras estructuras, era un caso indudable de Anemia Perniciosa.

Murphy observa además que en tan irreprochable cuadro, la esclerótica se aprecia como nacarada en vez de sub-ictérica, se advierte apenas la palidez de la lengua y no se mencionan los trastornos del Neuro-eje.

Y ello se debe indudablemente a que para los conocimientos de aquel tiempo, la sintomatología más apreciable resultaba una misma para dos enfermedades que diferenciaron por completo las investigaciones posteriores.

La primera comunicación de Addison fue hecha ante la South American Society de Londres, y publicada en la página 517 del N<sup>o</sup> 8 de The Landon Medical Gazette en 1849.

Y en 1855, Samuel Highley, editaba su famoso libro "Sobre los efectos locales y constitucionales de la Enfermedad de las Cápsulas Suprarrenales", uno de los trabajos más importantes del siglo XIX, de avanzada en los ulteriores estudios de Endocrinología, y para cuyo tratamiento recomendaba el brandy.

En 1851, W. Barclay de Londres, hace otra excelente descripción en la cual menciona por primera vez la glositis típica que escapó a la sagacidad de Addison.

En 1855, Handfiel Jones sugiere el papel de la Atrofia de la mucosa gástrica.

En 1859 y en 1863 los londinenses S. Wilks y S. Habershon, informan sobre nuevos casos.

Y el gran Trousseau desde la segunda edición de sus célebres "Clínicas Médicas del Hotel Dieu", aparecida en París en 1859, la separa de las otras con el título de "Anemia Idiopática", y en la 5<sup>a</sup> edición, página 70 del Volumen III, hace de ella una descripción magistral.

En 1870, Samuel Fenwick en "The Lancet", imputa la causa a deficiencias de la digestión, en un trabajo de la mayor importancia después de los de Addison y de Barclay, y en el cual confirmó ampliamente los puntos de vista del primero.

Y en 1880 escribe otro excelente tratado sobre "La Atrofia del Estómago" con valiosos datos sobre las lesiones degenerativas que encontró en las mucosas del tubo digestivo y que atribuye a las anomalías de la sangre.

Mas la idea infecciosa, que tomaba cada vez más cuerpo en todos los procesos de fines de la Centuria, seguía predominando.

En 1871, A. Gusserow, suizo, hace en Archives für Gynækology, una excelente descripción de las Anemias graves del embarazo.

Luego al informe preliminar de Biermer en 1868, siguió en 1872 su exposición ante la Sociedad Médica de Zurich en la cual con el nombre de "Anemia Perniciosa Progresiva" presentó el estudio de 15 pacientes.

En su concepto la entidad afecta a personas adultas, desnutridas, quienes aparte de su pobreza en sangre ofrecen languidez mental, tendencias hemorrágicas en la piel y en la retina, fiebre ocasional, en contraste con apenas ligeras pérdidas de peso.

De seguro por el acierto para entonces definidor del síndrome, no sólo se acepta generalmente esta denominación nosológica, sino que se rinde al profesor suizo el tributo de llamar también "Enfermedad de Biermer" a esta entidad por fin diferenciada, con toda nitidez, de sus congéneres hematológicas.

El interés que suscitaron las observaciones de Gusserow (1871) promovió, seguramente, los estudios de Biermer mismo (1872) y los que se sucedieron luego en el continente europeo, como quizás los de E. Ponfick, de Berlín, en 1873, quien en sus autopsias señala decoloración del tejido adiposo y degeneración grasa del miocardio.

Los de H. Immermann (1874) y de manera destacada los de P. Pye Smith quien en 1875, en los Archivos de Virchow, 3 años después de los estudios de Biermer, reclama para Addison la prioridad en el descubrimiento clínico de la Anemia Perniciosa progresiva, ejemplo de honradez científica, y señal de que aún no se había desarrollado en Alemania ese nacionalismo feroz que la llevó a la ruina.

Y los de otros autores suizos como H. Lebert (1876), H. Müller (1877), H. Eichhorst (1878) y hasta los del alemán O. Naegeli en 1908.

Entre tanto en ese mismo año de 1875 en Norte América, J. Chadwick, recomienda la Transfusión Sanguínea, W. Pepper habla otra vez de la ictericia en algunos enfermos, ya señalada por Barclay en 1851, y advierte la hiperactividad de la médula ósea.

Y en Alemania H. Schüle observa las psicosis.

En 1876 el célebre H. Quincke al tropezar con los acúmulos fe-

rruginosos hepato-esplénicos, demuestra la importancia de la eritrolisis en estos procesos, describe la poikilocitosis, y recomienda la Transfusión que ya, en el año anterior, preconizaba Chadwick desde Boston.

Mientras el insigne J. Conheim, en los Archivos de Virchow, describe el aspecto rojo-oscuro medular que se encuentra en la Anemia Perniciosa, muy distinto al amarillo pálido de las otras Anemias.

En 1877 W. Osler y W. Gardner (publicación en alemán) de una parte, y M. Litten y J. Orth, el autor del método al Picrocarmin, de la otra, señalan la presencia en la médula de eritrocitos nucleados similares a los de la sangre embrionaria.

Y A. Nykamp estudia los mecanismos hemorrágicos en el ojo, anteriormente advertidos por Biermer.

“La hiperactividad medular, la comprobación de depósitos ferruginosos en el Bazo y en el Hígado, y el aumento del color amarillo del tejido adiposo, constituyen los hallazgos patológicos respecto a la Anemia Perniciosa en contraste con otras formas de Anemia en este período” (1875-77) - Murphy.

También en 1877, el alemán C. Eisenlohr describe la asociación frecuente entre el Cáncer del Estómago y la Anemia Perniciosa y, más tarde, vuelve a insistir sobre el papel etiológico de la Atrofia del Tramo gastro-intestinal.

Y B. Bramwell, inglés, al Hierro, terapéutica básica inmemorial y a la cual ocasionalmente se añadía Fósforo y Estricnina, agrega el uso del Arsénico.

El trabajo de Eichhorst, publicado en Leipzig en 1878, es una excelente monografía de 376 páginas, en que se señala la presencia de macro y microcitosis y en que se esmera en diferenciar la “Anemia Idiopática” de otras en que puede demostrarse un verdadero factor etiológico.

En 1879, M. de Castro, cuya nacionalidad no me ha sido dable averiguar, se doctora en Berlín con una Tesis en que hace una buena descripción de las perturbaciones nerviosas progresivas.

Describe diversos trastornos motores y sensitivos: parestias, calambres, hipoestusias, y estudia diversas alteraciones de los órganos del gusto y del olfato.

Como en el Caso de Addison, hasta la primera publicación de Fenwick, los importantes estudios de éste permanecieron también desconocidos hasta su revaluación, y casi que su redescubrimiento, por William Hunter,, en 3 artículos aparecidos en “The Lancet” en septiembre

(2) y octubre (1) de 1880, en los cuales insistió una vez más sobre la importancia de la patología gastro-intestinal.

Y vale anotar que la verdadera y máxima significación de estas perturbaciones del tramo digestivo apenas han sido apreciadas en todo su valor en las dos últimas décadas del presente siglo, en que los métodos de investigación y la terapéutica misma, a raíz de las experiencias de Whipple y de Murphy, vinieron a confirmar lujosamente las acertadas observaciones de los precursores.

Para seguir el orden cronológico, vale mencionar otra vez el nuevo aporte que en ese año de 1880 hizo Fenwick, con insistencia en la íntima relación existente entre la atrofia de la mucosa gástrica y la Anemia Perniciosa.

Con una sagacidad extraordinaria dice:

“Ciertamente la mayoría de los síntomas no son resultado inmediato de la Atrofia de Estómago (título de su libro); derivan de la insuficiencia sanguínea producida por aquella”.

Y en otro sitio:

“La Anemia que acompaña la Atrofia del Estómago, es el resultado de la secreción imperfecta de jugo gástrico.”

En 1881, J. Runeberg y más tarde (1894) O. Schaumann, ambos alemanes, describen la Anemia Perniciosa producida por el *Diphyllobothrium Latum* (Linneo, 1758).

En 1883 el escandinavo S. Laache insiste en la Eritromegalia (macrocitosis) y señala el aumento del Índice de color.

En 1884, O. Leichtenstern, alemán, publica tres casos de Anemia Perniciosa en pacientes de *Tabes Dorsalis*, por donde se inician en forma los estudios sobre las manifestaciones nerviosas de la enfermedad.

En 1886, A. Cahn y J. Von Mering dedican su atención al análisis de la secreción gástrica en diversos anémicos y comprueban la ausencia de Acido Clorhídrico libre en un enfermo de Anemia Perniciosa.

En 1887 L. Lichtheim da una descripción muy completa de las alteraciones del Neuro-eje, con excelentes dibujos de las lesiones, hechos por su discípulo Minnich.

En 1893, M. Nonne vuelve a estudiar las alteraciones neurales en la Anemia Perniciosa.

Adquisiciones trascendentales y nociones de un gran valor al concluir el siglo XIX.

Mas la suerte de los enfermos seguía siendo deplorable, el pro-

nóstico malo, la terapéutica, tal vez con pequeñas alentadoras remisiones, un verdadero fracaso.

Y todavía era preciso que transcurrieran bastantes años para alcanzar las soluciones prácticas, más importantes en estos casos que las científicas.

En 1900, K. Faber y C. Bloch de una parte y Hurst por otra, trabajando independientemente, señalan la importancia etiológica de la Gastritis, y la influencia de regímenes inadecuados, y demuestran de nuevo, y con mayor evidencia, la conexión estrecha entre el estado y la actividad del estómago y la Anemia Perniciosa.

Establecen una vez más, la importancia fundamental de la aquilia y la integridad del tracto gastro-intestinal como factor etio-patogénico, recordando que ya Hunter había invocado la sepsis intestinal como causa.

Y nada nuevo digno de mencionarse aparece en el norte de América, ni en el Viejo Continente en los tres primeros lustros del Siglo XX, precisamente cuando intervienen en el problema nuestros estudios autóctonos, señalando nuestra terrible Anemia Perniciosa progresiva de origen parasitario:

Ya en Francia, acaso en la segunda década del siglo XIX, se estudiaba la "Anemia de los mineros" cuyo agente causal descubrió Dubini en 1838, en Milán, al practicar la autopsia de una muchacha italiana, y cuyo Nematelminto productor lo describe en 1843 con el nombre de *Ancylostoma Duodenale*, denominación zoológica que conserva hoy por Ley de Prioridad.

Gracias a la intensa campaña desarrollada en nuestro Departamento, en conexión con el Instituto Rockefeller a principios de la tercera decena de este siglo, cuando regía la Higiene de Antioquia el inolvidable Maestro e insigne escritor Alfonso Castro, desaparecieron de nuestros hospitales "los atembados", mineros y cafeteros, con unas anemias espantables, hidrémicas, que no conocen los estudiantes de ahora, ni los médicos de las dos últimas décadas.

De ella, con el nombre de "Tun-tun" se ocupó antes que nadie en Colombia, y acaso también en Sur América, el Dr. Andrés Posada Arango, y del parásito productor, para su Tesis de Doctorado, en 1905 (Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia) mi primo el Dr. Rafael Moreno Jaramillo, muerto en 1910 a consecuencia de una de las primeras intervenciones para Abceso Hepático que se practicaron en Medellín, cuando apenas contaba 29 años y 4 de ejercicio profesional en los peores climas del Departamento.

A raíz de esta Tesis, la primera sobre el particular, se ocuparon del problema clínico, etiológico y sociológico los Dres. Jorge Martínez Santamaría, en Bogotá, Miguel M<sup>a</sup> Calle, Lázaro Uribe Cálad, Lisandro Posada Berrío, Emiliano Henao y Toro Villa y Alfonso Castro en Antioquia.

Este tipo de Anemia, verdaderamente perniciosa y progresiva, llevó a la tumba a número considerable de agricultores y mineros, tras una larga inferiorización e invalidez crecientes. Y cuando ya inútiles, pálidos, edematosos, tardos de ideación y de movimientos, deambulaban por los poblados, constituyeron en el folklore "el atembado", cuya frecuencia y características somáticas se hicieron tan populares que su reproducción gráfica no faltó nunca entre los juegos de lotería, regionales, muy en boga también en aquellos tiempos.

Fuera de estos interesantísimos y muy desconocidos aportes al estudio de las Hemopatías, y de cuyo meduloso contenido no es posible dar siquiera un esquema sintético, por la brevedad del tiempo prefijado para el presente recuento historial, de los autores extranjeros vale apenas señalar para esta primera quincena del siglo, el trabajo de J. Jolly en 1901, fundamental y clásico desde el punto de vista de las comprobaciones hechas en el complicado problema de la regeneración hemática, el interesante cuadro clínico y resumen de los hallazgos hasta el momento por el Profesor Dieulafoy en la página 587 del Volumen IV de su admirable "Manuel de Pathologie Interne", 16<sup>a</sup> edición, Masson, París, 1911, y la desconsoladora y hasta unos años después exacta definición de Sir William Osler en 1917:

"Anemia recurrente y generalmente fatal, de origen desconocido, caracterizada por hemolisis y actividad imperfecta de los órganos eritropoyéticos".

Y hay que esperar hasta 1925 en que G. H. Whipple y F. S. Robscheit-Robbins llaman la atención sobre el valor inusitado del hígado en la producción de hemoglobina en perros sangrados copiosamente (Am. J. Physiol. 72/408 - Mayo de 1925).

Desde entonces estudios y experimentos, se prodigan y el porvenir de los enfermos empieza a mejorar con las nuevas, sencillas y sorprendentes conquistas farmacológicas.

En 1926, en el Peter Bent Brigham Hospital de Boston, William P. Murphy y George R. Minot, marcan una etapa admirable y decisiva en la Terapéutica de tan terrible enfermedad, cuyas víctimas prácticamente estuvieron condenadas a una vida corta y precaria con los tratamientos ideados hasta entonces, y que fueron los mismos de la Anemia desde tiempo inmemorial: hierro y arsénico, amén de numerosas fantasías.



A raíz de su primera publicación, el 14 de agosto en *The J. of the Am. Med. Assn.*, la terapéutica por el hígado crudo primero, por los extractos hepáticos luego, se propaga por doquiera con resultados admirables.

Y desde luego, el mayor obstáculo con que tropezó Murphy, fue la resistencia profesional para admitir el hecho de que un tratamiento tan simple, tan trivial como la administración diaria de 240 gramos de hígado crudo, pudiera servir para dominar una enfermedad tan grave.

En el mismo año, ante la repugnancia de los pacientes para aceptar la extraña droga, Murphy prepara un extracto acuoso, que se muestra activo.

Y en 1927, E. J. Cohn, G. R. Minot, J. F. Fulton y J. F. Ulrichs, etc. idean un método que permite obtener un extracto hepático mejor y que ha servido de base para llegar a las excelentes preparaciones comerciales ulteriores.

Entre tanto, en 1928 William Bosworth Castle, de Boston, con pruebas experimentales y clínicas, puntualiza el papel preponderante de la mucosa gástrica en la etiología de la Anemia de este tipo, y describe su "Factor Intrínseco" suministrado por la alimentación proteínica (y sobre todo visceral) o por la administración terapéutica misma del Extracto hepático.

De ahí en adelante, estadísticas halagadoras y tentativas de mejoramiento farmacológico de los productos y las combinaciones curativas surgen por doquiera, e imponen marcar las fechas de las contribuciones fundamentales.

También en 1926 Murphy y Minot encuentran que el Riñón posee, a su vez, propiedades regenerativas de la sangre.

En 1929, E. A. Sharp recomienda con el nombre de Ventriculin, el Estómago de cerdo desecado, muy alterable, pero a la vez, de grande aceptación en los países del norte de Europa, debido a su bajo precio.

De sólo el año de 1930 vale citar:

El extracto hepático muy concentrado, inyectable por vía intravenosa, que logran preparar Cohn y sus colaboradores.

Mas las dificultades técnicas hicieron su costo prohibitivo.

R. West y M. Howe, simultáneamente, en laboratorios distintos, obtienen un extracto cristalino, también para uso intravenoso.

Y entre tanto Aubertin y Vuillemin, y Achard y Hamburger en Francia y M. Gænslesen en Alemania ensayaban el empleo de sus propios extractos por vía intramuscular.

De ahí en adelante su uso bajo esta cómoda forma farmacéutica se extendió a todo el mundo como el tratamiento de elección.

Que al fin y al cabo, excepción hecha de casos de extrema urgencia y de drogas inmanejables por otra vía, las inyecciones intravenosas ofrecen múltiples y muy serios peligros y suelen emplearse en la práctica corriente de manera indiscriminada y hasta muy abusivamente.

Luego, en 1931 el Consejo de Química de la Asociación Médica Americana acepta por primera vez un Extracto Hepático preparado por Murphy y Guy W. Clark de los Laboratorios Lederle, en el cual 3 c. c. representan 100 gramos de material activo del Hígado.

Clark llega luego a concentrar la misma cantidad de materia prima en un centímetro cúbico.

Y de los excelentes preparados de este tipo queda ahora solamente la dificultad de elección.

En 1932 C. C. Ungley, desde "The Lancet", afirma que los extractos de cerebro resultan particularmente efectivos para los trastornos nerviosos de la Anemia Perniciosa Progresiva.

R. Morris y L. Schiff emplean el jugo gástrico Normal Parentérico, y se encuentra desprovisto de valor clínico.

Mientras G. B. Walden y G. H. Clowes preconizan Estómago e Hígado por vía gástrica en forma granular con todas las desventajas de las preparaciones orales, aparte de menor eficacia y de mayor costo.

Y por último, como culminación merecida de su trascendental descubrimiento y como insuperable estímulo a los estudiosos, Murphy, en 1934, recibe el Premio Nobel de Medicina, y lee ante el Instituto Carolina de Estokolmo su brillante estadística del tratamiento de 45 pacientes en los 10 años anteriores.

Y para concluir, preocupado de lo mucho que hay para ver, para aprender, de lo mucho que debemos hacer y de lo muchísimo más que falta por alcanzar, no he dedicado lo que acaso debiera al estudio de la Historia, recuento de lo que se hizo en las épocas pasadas, base de lo que tiene asegurado el presente y semilla de las futuras conquistas que, Dios mediante, llevarán la humanidad a un bienestar que no conocimos, que no soñamos siquiera, que vivimos anhelando llenos de amargura y de inquietud.

Y a pesar de mi ineptitud en la materia, de mi limitación por ignorancia, acepté escribir este capítulo por espíritu de disciplina y para mostrar una vez más a las generaciones médicas que se preparan, cómo

cualquier conquista profesional viene a ser el acmé de una lenta, laboriosa y difícil aplicación de los precursores inquisitivos y estudiosos.

Estamos viviendo una época extraña y paradójica, en que el mal se toma por bien y en la que los más estólidos advenedizos se comportan bajo la sensación de que lo están creando, lo están descubriendo todo.

Los esfuerzos, las luchas, las glorias del pretérito no cuentan para nada en esta sindéresis tan arrogante y pretenciosa como ridícula y simplista.

En Arte especialmente el Caso está ocurriendo con una agresividad despampanante.

No había escultura ni pintura, ni literatura hasta la llegada de las que se llaman a sí mismas con absoluta presunción "las nuevas promociones".

Y esta actitud, manifestación subconsciente de una rabiosa incompetencia, empieza a invadir las juventudes médicas con su toxina implacable y brutal.

Al respeto, a la veneración por los viejos médicos y por los abnegados maestros, va reemplazando una aversión feroz, una campaña aviesa, una verdadera pugnacidad de clases.

Ya en la prensa, con todo desenfado y toda desvergüenza se habla de las "oligarquías" médicas, se ataca la prosperidad, más aparente que real, de los "que llegaron", con una envidia viscosa y malsana.

Y es que por falta de Historia, estas pobres víctimas de la verdadera *Melana Kole* de los griegos, estos enfermos de una miopía por ineptitud tan irremediable como inconforme, son incapaces de agradecer la enseñanza que se les dio, porque ignoran que los prestigios y las consagraciones de hoy, se lograron con mayores y más largas horas de estudio, de luchas, de esfuerzos, que los puestos en juego por estos novatos envenenados.

Y que la buena clientela y el mejor nombre se alcanzan en la profesión con la honorabilidad y con el sentido profundo y austero del deber, que con acervos de conocimientos fríos y catalogados en un pomposo archivo egoísta, amoral y utilitario.

Y todavía, un poco más a propósito de falta de Historia, de presunciones envidiosas y de redescubrimientos explosivos:

Alfonso Bonilla Naar, de Bogotá, ha hecho en bello y laudable esfuerzo, un espléndido recuento de trabajos publicados en el país sobre lepra y sobre afecciones parasitarias.

A sus admirables listas faltan todavía no pocos renglones.

Mas resultan una fuente bibliográfica importantísima, y completarlas, acrecentarlas, y construir otras, debiera ser tarea primordial de un archivero en las Bibliotecas de nuestras Facultades de Medicina.

Así sería menos excusable la falta de Historia de nuestros jóvenes médicos.

He tenido bajo los ojos Tesis de Doctorado, donde se citan y se copian profusamente toda suerte de autores extranjeros, en tanto permanecen intocados y olvidados en la Biblioteca de la Facultad, trabajos de esta índole, sobre el mismo tema, con mejores observaciones y mucho mejor escritos.

Por donde una vez más resulta acertadísimo el nombre de "La Gran Maestra" que háse dado a la Historia.

Pero desgraciadamente suelen ser muy pocos los que se preocupan por ir llenando los claros, ampliando lo existente, y sobre todo consignando nuevos hechos trascendentales.

San Rafael de Villaluz/1951.

### NUEVO SUPER-MICROSCOPIO

Un nuevo microscopio que "ve" la composición química de los seres vivientes ha sido recibido en los centros científicos como un adelanto revolucionario de aplicaciones tan vastas que probablemente no se logrará su completo aprovechamiento en nuestros días.

Este super-microscopio llamado Microscopio de Reflexión, porque en él se emplean espejos en lugar de lentes, fue descubierto por el Dr. C. R. Burch, de Brístol, Inglaterra, y su descubrimiento se notificó a la Asociación Británica de Adelantos Científicos.

El Dr. Robert Barer, de la Universidad de Oxford, ha comunicado que con él se están haciendo investigaciones en campos tan diversos, desde el estudio sobre el cáncer hasta la fabricación de sustancias como el Nylon.

Carácter especial de este microscopio, que ha llamado poderosamente la atención de los científicos, es que en él se puede emplear la "luz invisible" de los rayos infra-rojos o ultravioleta para exámenes espectrales de compuestos químicos que se encuentren dentro de una célula viva, con tan alta fidelidad que los científicos llaman a los espectros con él logrados, "la huella digital de la molécula". Con el nuevo microscopio puede revelarse la presencia de pequeñísimas cantidades de un compuesto como la penicilina o una vitamina que se encuentre en un tejido, lográndose además precisar la localización en la célula o tejido de dicha sustancia.

Fibras musculares y nerviosas han sido estudiadas con este aparato y se han logrado establecer los cambios estructurales y químicos que ellas sufren según sean sometidas al estiramiento o al encogimiento.

El microscopio fabricado por el Dr. Burch, en lugar de lentes emplea un pequeño espejo esférico convexo y otro espejo de mayor tamaño también esférico pero cóncavo. Los espejos son fabricados de un fino metal recubierto por una delgada capa de aluminio. La fabricación del microscopio de reflexión había sido intentada con anterioridad en varios países, pero para su fabricación se había empleado combinación de espejos y de lentes; así que la importancia del nuevo descubrimiento radica en el hecho de haber logrado obtener el aumento de la imagen del objeto a examinar con el empleo exclusivo de espejos esféricos.

La distancia de enfoque de este microscopio es de una y media pulgadas, lo que ha hecho posible el estudio y disección a gran aumento de las células del hígado, bazo, cerebro etc., de un animal anestesiado.

El Dr. Barer espera que en el futuro y con el adiconamiento a este microscopio de un tubo de rayos catódicos será posible el estudio químico completo de cualquier objeto.

Este microscopio ha sido fabricado en EE. UU. tan pronto se le conoció, debido al gran entusiasmo que la posibilidad de futuras importantes investigaciones ha hecho nacer en los científicos de la National Bureau of Standard, y en los departamentos de investigación de la American Optical Comp., y Bausch and Lomb, que están haciendo estudios para perfeccionar este microscopio.

W. R. M.

---

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

23 de mayo de 1952

Señor Director de la  
ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN  
Medellín, Colombia.

Muy distinguido Señor Director:

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana que se celebró en 1950, aprobó por unanimidad la iniciativa del Delegado de Cuba a la Conferencia para que, con motivo del 50 Aniversario de la fundación de la Oficina Sanitaria Panamericana se celebrara este año, del 27 de septiembre al 1º de octubre, el Primer Congreso Interamericano de Higiene.

En la organización del Congreso toman parte la comisión organizadora del Gobierno de Cuba y la Oficina Sanitaria Panamericana. Se han dado los pasos necesarios para formular y desarrollar el programa que se acompaña, y se han enviado cartas a los ponentes especialmente invitados.

Se espera que concurrirán al Congreso, además de las delegaciones de los países de América, hombres de ciencia, entre los cuales se cuenta usted y el personal de la Institución Científica que dignamente dirige.

El Gobierno de Cuba formuló las invitaciones para el Congreso y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana envió las convocatorias para el mismo, dirigidas a los Ministros o Secretarios y Directores de Salubridad de los Estados miembros de la Organización Sanitaria Panamericana.

Nos sería muy grato contar con la participación de su Institución en este Congreso, en que tomarán parte las autoridades sanitarias y especialistas en las diferentes ramas de la Higiene Pública de todas las naciones del Hemisferio Occidental.

De usted muy atentamente,  
Por el Director,

Miguel E. Bustamante  
Secretario General

## PRIMER CONGRESO INTERAMERICANO DE HIGIENE

Habana, Cuba

27 de septiembre — 1 octubre 1952

### PROYECTO DE PROGRAMA DE SESIONES

**Sábado, 27 de septiembre.**

8:30 a.m. — **Inscripción.**

9:00 a.m. — **Primera Sesión Plenaria.**

Presidencia Provisional: Presidente del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana.

1. Inauguración por el Presidente del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana.
2. Nombramiento de la Comisión de Credenciales.
3. Elección del Presidente, tres Vicepresidentes y Relatores de las tres sesiones plenarias.
4. Toma de posesión del Presidente del Congreso.
5. Adopción del Reglamento del Congreso.
6. Nombramiento de la Comisión de Conclusiones.
7. **Primer Tema: Saneamiento Rural.**

2:30 p.m. — **Segunda Sesión Plenaria.**

1. Lectura y aprobación del Informe de la Comisión de Credenciales.

**Segundo Tema: Organización e integración de los servicios de salubridad**

- a) Reconocimiento de la carrera sanitaria.
- b) Remuneración adecuada y tiempo completo en la carrera sanitaria.

Lunes, 29 de septiembre.

8:30 a.m. — Tercera Sesión Plenaria.

Tercer Tema: **Progresos Realizados en el Tratamiento y Control de Enfermedades.**

Symposium.

2:30 p.m. — Fiebre amarilla.

Martes, 30 de septiembre.

Symposium.

8:30 a.m. — Educación en Salud Pública.

2:30 p.m. — Zoonosis (Rabia y Brucelosis).

” — Tuberculosis (BCG).

” — Asistencia Materno-Infantil.

Miércoles, 1º de octubre.

Mesas Redondas.

8:30 a.m. — Malaria.

— Enfermedad de Chagas.

” — Esquistosomiasis.

” — Oncocercosis

5:00 p.m. — Reunión de la Comisión de Conclusiones.

9:00 p.m. — Sesión Solemne de Clausura.

Oración Finlay.

---

## ANIVERSARIO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA

Como es costumbre desde hace algunos años la Academia de Medicina de Medellín celebrará su 65 aniversario de fundación el 7 de junio.

Con tal fin habrá una misa solemne en la Basílica Menor por los académicos muertos con oración sagrada a cargo del Ilmo. Sr. Canónigo Dr. Alfonso Uribe Jaramillo. En las horas de la tarde tendrá lugar una reunión solemne y llevará la palabra el académico Dr. Pedro Nel Cardona y además habrá una comida de médicos y académicos en un centro social de la ciudad. «Antioquia Médica» dedicará la edición próxima a la Academia de Medicina.

## CONFERENCIAS DE LA ACADEMIA

Hasta hoy se han dictado en la sesión ordinaria de la Academia de Medicina las siguientes conferencias;



«Comentarios sobre el Congreso de Higiene Mental de México» por el Dr. Eduardo Vasco.

«La Estreptomycinoterapia desde el punto de vista oto-rrinolarinológico», por el Dr. Marcos Barrientos.

«El factor masculino en la Esterilidad», por el Dr. Darío Sierra L.

«Comentarios generales sobre enfermedades de la vejez», por el Dr. José Miguel Restrepo.

«Marihuana», por el Dr. Juan B. Pérez Cadavid, y

«Pericarditis aguda no específica» por el Dr. Miguel Múnera Palacio.

Estos trabajos saldrán publicados en el próximo número de «Antioquia Médica».

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

### BOLETIN N° 16

MES DE JUNIO DE 1952

#### *Miércoles 4*

6 p. m. - Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. *Ponente:* Dr. Juan B. Pérez Cadavid. *Tema:* MARIHUANA.

#### *Jueves 5*

7 a. m. - Exámenes finales de Clínica Organos de los Sentidos, Clínica Ginecológica, Clínica Neurológica y Clínica Urológica.

9 a 11 a. m. - R. C. T. Reunión de Clínica Tisiológica en el Hospital "La María".

9 a 11 a. m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.

#### *Viernes 6*

7 a. m. - Continuación de los exámenes finales de las clínicas dichas antes.

8 a. m. - R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas. *Lugar:* Auditorio. Esta reunión estará a cargo del grupo de Clínica Tisiológica.

#### *Sábado 7*

7 a. m. - Terminación de los exámenes finales en las cuatro clínicas, que son materias semestrales.

8 a. m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica. *Lugar:* Auditorio.

9 a. m. - Conferencia Científica. *Ponente:* Dr. Jesús Peláez Botero. *Tema:* Introducción al conocimiento del equilibrio electrolítico en el medio interno. *Lugar:* Auditorio.

10 a. m. - Proyección del film "EL SEPTIMO VELO". Música de Grieg.

#### *Lunes 9*

7 a. m. - Iniciación de las materias semestrales Clínica Organos de los Sentidos, Clínica Ginecológica, Clínica Urológica y Clínica Neuroló-

- gica, por parte de los estudiantes a quienes les corresponde alternarlas.
- Jueves 12**
- Receso por motivo de la fiesta de Corpus Christi.
- Viernes 13**
- 7 a.m. - R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica.
- 9 p.m. - Fiesta social en el Club de Profesionales: Baile tradicional de los estudiantes.
- Sábado 14**
- No hay actividades.
- Lunes 16**
- 6 p.m. - Iniciación del importante ciclo de conferencias científicas a cargo del Reverendo Hermano Daniel, Doctor Honoris Causa de la Universidad de Antioquia.
- Tema:* EL ORIGEN DE LOS MUNDOS. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.
- Martes 17**
- 6 p.m. - Ciclo de conferencias. *Ponente:* Rvdo. Hno. Daniel. *Tema:* LOS TERRENOS GEOLOGICOS COLOMBIANOS.
- Miércoles 18**
- 6 p.m. - Tercera conferencia a cargo del Rvdo. Hno. Daniel. *Tema:* LA FORMACION DE LOS CARBONES EN COLOMBIA Y LOS PRODUCTOS QUE DE ELLOS PUDIERAN OBTENERSE.
- Jueves 19**
- 9 a 11 a.m. - R. C. T. Reunión de Clínica Tisiológica en el Hospital "La María".
- 9 a 11 a.m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.
- 6 p.m. - Ciclo de conferencias. *Ponente:* Rvdo. Hno. Daniel. *Tema:* REFERENCIA ALREDEDOR DE ALGUNAS PLANTAS MEDICINALES COLOMBIANAS.
- Viernes 20**
- 8 a.m. - R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.
- 6 p.m. - Terminación del ciclo de conferencias a cargo del Rvdo. Hno. Daniel. *Tema:* EN TORNO A LOS OFIDIOS COLOMBIANOS.
- Sábado 21**
- 8 a.m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica. *Lugar:* Auditorio.
- 9 a.m. - Exposición del Dr. Fernando Toro Mejía. *Tema:* Introducción como base para comprender la película sobre Patología Renal. Equilibrio ácido-básico del medio interno. *Lugar:* Auditorio de la Facultad. Proyección de un film.
- Nota:* A los asistentes se les entregará una sinopsis de la película, hecha por el Dr. A. P. Rodríguez Pérez.
- 10 a.m. - R. C. B. Reunión del Instituto de Ciencias Básicas. Información bibliográfica.
- Jueves 26**
- 9 a 11 a.m. - R. C. T. Reunión de Clínicas Tisiológicas en el Hospital "La María".
- 9 a 11 a.m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas en el Aula Braulio Mejía.

Viernes 27

7 a. m. - R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas.

Sábado 28

8 a. m. - Conferencia sobre Deontología Médica. *Ponente:* Ilustre Canónigo Dr. Alfonso Uribe Jaramillo. *Tema:* Se avisará oportunamente.

9 a. m. - Exposición a cargo del Dr. A. P. Rodríguez Pérez. *Tema:* Parcelas corticales, centros subcorticales e hipotalámicos y vías centrales de inervación visceral.

10 a. m. - Inauguración del Laboratorio de Farmacodinamia. Palabras del Dr. Alfonso Mejía Isaza. *Lugar:* Laboratorio de Farmacodinamia.

Lunes 30

6 a. m. - Iniciación del interesantísimo ciclo de conferencias que dictará el Dr. SACARDO, distinguido Médico Argentino, como preparación de las Segundas Jornadas Colombianas de Pediatría, que se efectuarán del 7 al 12 de julio. El ciclo constará de cinco (5) conferencias. Para este día, *Tema:* R. H. Y SINDROME EXTRAPIRAMIDALES.

#### INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:

1. Entraron a formar parte del personal docente de la Facultad por nombramiento del H. Consejo Directivo de la Universidad, los siguientes doctores:

Dr. Antonio Ramírez, quien acaba de regresar de Londres después de hacer intensos estudios de especialización, para reintegrar la cátedra de Fisiología, como Profesor de medio tiempo.

Dr. Luis Carlos Yepes, como Profesor Auxiliar de Tisiología.

Dr. Fabio Vélez A., como Profesor Auxiliar de Fisiología.

Dr. Alberto Clavijo, como Profesor Auxiliar de Clínica Semiológica.

Dr. Rafael J. Mejía, como Profesor de Tisiología.

Dr. Alfonso Mejía Cálad, como Profesor Auxiliar de Tisiología.

Dr. Luis Carlos Montoya, como Profesor Auxiliar de Tisiología.

Dr. Edmundo Medina, como Profesor Auxiliar de Tisiología.

Dr. Raúl Piedrahita, como Profesor Auxiliar de Clínica Neurológica.

Dr. Efraín Isaza Maya, como Profesor Auxiliar de Clínica Semiológica.

Dr. Eduardo Abad Mesa, como Profesor Auxiliar de Tisiología.

Dr. Joaquín Arbeláez, como Profesor Auxiliar de Clínica de Urgencias, para Fisioterapia y Rehabilitación.

Dr. Rafael Roldán, como Jefe de Clínica de Urgencias en Ortopedia.

Dr. Gabriel Alvarez, como Jefe de Clínica de Urgencias, por concurso.

Dr. Jaime Cano A., como Jefe de Clínica de Urgencias, por prueba de competencia.

Dr. Alfonso Gil, como Jefe de Clínica Ginecológica, por prueba de competencia.

Dr. Hugo Restrepo, como Jefe de Clínica Semiológica.

Dr. Jorge Delgado, como Jefe de Clínica Semiológica.

2. En el mes de mayo confirió la Universidad de Antioquia el título de Doctor en Medicina y Cirugía, a los siguientes señores:

Dr. Luis Norberto Vargas Mesa. - *Título de la tesis:* "Primera labor de Medidatura Rural en Santa Rosa de Osos".

Dr. Bernardo Correa Villa. - *Título de la tesis:* "Monografía epidemiológica del Municipio de Cocorná".

- Dr. Fernando J. Peláez L. - *Título de la tesis*: "Informe de labores del puesto de salud de Yalí, Municipio de Yolombó, y anotaciones sobre crecimiento y desarrollo escolares".
- Dr. Jairo Velásquez Toro. - *Título de la tesis*: "Valor clínico del mielograma".
- Dr. Roberto H. Botero Arango. - *Título de la tesis*: "Estudio citopatológico y microquímico del humos acuoso en algunas enfermedades del segmento anterior".
- Dr. Antonio Jaramillo Díaz. - *Título de la tesis*: "Estado patológico e higiénico de Amalfi, Nariño y San Carlos".
- Dr. Fernando Silva Carradini. - *Título de la tesis*: "Monografía Médica del Municipio de Santo Domingo".
- Dr. Pelayo Correa Vélez. - *Título de la tesis*: "Estudio estadístico del cáncer en Antioquia".

3. Como se ha venido anunciando, del 7 al 12 de julio se efectuarán las Segundas Jornadas Colombianas de Pediatría en el Auditorio de esta Facultad, y asistirán delegados nacionales y extranjeros especializados en Pediatría. Como introducción a estas Jornadas el distinguido Médico Argentino Dr. Sacardó, dictará un interesante ciclo de conferencias durante la semana comprendida entre el 30 de junio y el 4 de julio, el que constará de cinco (5) conferencias, con los siguientes temas a desarrollar: 1º: R. H. Y SINDROME EXTRAPIRAMIDALES. 2º: CONCEPTO Y CLASIFICACION DE LAS ENCEFALOPATIAS INFANTILES. 3º: EPILEPSIA Y CONVULSIONES EN LA INFANCIA. 4º: SEMIOLOGIA DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA. 5º: PLANTEO PSICOSOMATICO DE LA ABLACTACION Y EL DESTETE.

4. La Segunda Semana de la Asociación Médica de Antioquia (AMA) continúa en los preparativos para efectuarla en los días comprendidos entre el 23 de septiembre y el 4 de octubre del presente año. Aún faltan algunos puntos del programa por llenar, pero esperamos que en el próximo boletín se pueda dar a conocer.

5. La casa norteamericana Eli Lilly and Company ha adjudicado una beca al Dr. René Díaz Correa por solicitud de esta Facultad para viajar a los Estados Unidos a hacer estudios especiales de Cirugía del Cáncer Ginecológico y en radioterapia. A su regreso, el Dr. Díaz continuará colaborando en la Cátedra de Ginecología y en el Instituto del Cáncer. Presentamos público agradecimiento a la Casa Eli Lilly por esta colaboración en mejoramiento de nuestra Facultad.

6. En los días 5, 6 y 7 del presente mes, se deben hacer los exámenes finales de las Clínicas Ginecológica, Urológica, Neurológica y Organos de los Sentidos, de acuerdo con las normas reglamentarias. Las mismas cátedras anteriores deben iniciar sus estudios semestrales el 9 de los corrientes y a ellas asistirán los estudiantes matriculados a quienes les corresponda, según la alternabilidad de asignaturas y de acuerdo con los grupos formados por los Profesores.

7. El Reverendo Hermano Daniel, Doctor Honoris Causa de nuestra Universidad, gentilmente ha concedido un ciclo de conferencias científicas desde el 16 hasta el 21 inclusive, según lo programado anteriormente. Este Decanato se permite invitar a todo el personal de Profesores y de estudiantes de las Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia, y a los estudiantes del sexto curso de bachillerato de los colegios de la ciudad, a disfrutar de los conocimientos que nos traerá tan distinguido ponente.

8. El sábado 28 de junio se efectuará la inauguración del Laboratorio de Farmacodinamia, que ya empezó a dar sus buenos resultados. El suscrito Decano se permite invitar a concurrir a este acto que señala un avance más en el progreso de nuestra Facultad de Medicina. El acto se efectuará a las 10 a. m. en el mismo lugar en donde se halla instalado el Laboratorio, y llevará la palabra el Profesor de la Materia, Dr. Alfonso Mejía Isaza.

9. El Laboratorio de Fisiología será reorganizado y se conseguirá una dotación completa que garantice la práctica de esta enseñanza.

10. Este Decanato recuerda a los alumnos internos que por ningún motivo pueden retirarse del internado sin haber cumplido reglamentariamente con el año de servicios, pues de lo contrario se harán acreedores a la sanción de seis (6) meses más de internado. Asimismo hace saber, que la Secretaría no expedirá ningún certificado de terminación de internado obligatorio, sino con el certificado previo del Médico Jefe del Hospital de San Vicente, en el que hará constar el día en que terminó o termina sus obligaciones y sus servicios.

11. El suscrito Decano anuncia que probablemente para el mes de julio estará publicado el nuevo Reglamento de la Facultad de Medicina, con las modificaciones y adiciones que requiere el estado actual de este prestigioso Instituto Médico.

12. Desde el primero de mayo hasta el 29 del mismo se efectuaron en el Laboratorio de Microbiología de la Facultad de Medicina, los siguientes exámenes:

Para el Municipio ..... 558 exámenes.

Para el Hospital de San Vicente de Paúl ..... 819 exámenes.

TOTAL ..... 1.377 exámenes.

Según el dato anterior, el número de exámenes efectuados en el presente mes, excede al mes de abril en 628.

13. A los alumnos que en la actualidad están haciendo su año de Medicatura Rural, la Facultad se permite ofrecerles los servicios gratuitos de sus Laboratorios de Higiene y Microbiología para la verificación de todos los exámenes que deseen: aguas, leches, alimentos, etc.

14. El día 13 del presente mes efectuarán los estudiantes de la Facultad de Medicina su baile tradicional en el Club de Profesionales, de las 9 en adelante. Este Decanato espera de parte de todos los asistentes a esta fiesta social, el comportamiento caballeroso y digno con que siempre se han distinguido.

**Dr Ignacio Vélez Escobar**  
Decano de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Antioquia.

## CICLO DE CONFERENCIAS CIENTIFICAS

El suscrito Decano de la Facultad de Medicina,

### I n v i t a

Muy atentamente a los Profesores y estudiantes de las Facultades de Medicina y Odontología, Escuelas de Farmacia y Enfermería, como también a los Profesores y estudiantes del sexto curso de bachillerato de los colegios de enseñanza secundaria de la ciudad, a concurrir al importante Ciclo de Conferencias que se dictará en el Auditorio de la Facultad de Medicina, durante los días comprendidos entre el 16 y el 23 de Junio a las 6 p.m., a cargo del distinguido hombre de ciencia Reverendo Hermano Daniel, Doctor Honoris. Causa de la Universidad de Antioquia, según el siguiente programa:

### P r o g r a m a :

- Lunes 16.** 6 p.m. EL ORIGEN DE LOS MUNDOS.  
**Martes 17.** 6 p.m. LOS TERRENOS GEOLOGICOS COLOMBIANOS.  
**Miérc. 18.** 6 p.m. LA FORMACION DE LOS CARBONES EN COLOMBIA Y LOS PRODUCTOS QUE DE ELLOS PUEDEN DERIVARSE.  
**Jueves 19.** 6 p.m. REFERENCIA ALREDEDOR DE ALGUNAS PLANTAS MEDICINALES COLOMBIANAS.  
**Lunes 23.** 6 p.m. EN TORNO A LOS OFIDIOS COLOMBIANOS.

Medellín — Junio de 1952.

**Dr Ignacio Vélez Escobar**  
Decano de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Antioquia

---

## SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA

Bogotá, mayo 30 de 1952.

Señor Doctor  
Ignacio Vélez Escobar  
Decano de la Facultad de Medicina de Medellín

Medellín.

Estimado Profesor:

Tengo el gusto de informar a Ud. sobre el proyectado Congreso de Medicina y Cirugía con que la Sociedad de Cirugía de Bogotá celebraría su Cin-

cuentenario, ha sido cancelado definitivamente ya que solamente una de las entidades escogidas como ponentes, dió respuesta a nuestra solicitud de colaboración.

En cambio hemos resuelto celebrar una Convención de Antiguos Internos del Hospital de San José; además varios profesores americanos dictarán cursos para Post-graduados, uno de ellos sobre cirugía cardiovascular y otro sobre Bronco-esofagología, a partir del 14 de julio.

Es nuestro deseo solicitar su valiosa colaboración en el sentido de que si tienen casos de anomalías congénitas cardio-vasculares, pueden enviarlos a este Hospital para ser estudiados e intervenidos si fuere necesario.

Aprovecho la ocasión para invitarlo a Ud. y al Cuerpo Médico de Antioquia para que nos honre con su visita. Oportunamente les enviaremos el programa definitivo, horario, valor de matrícula, etc.

Con sentimientos de mi personal consideración y aprecio me suscribo de Ud. como su atento y seguro servidor,

**Dr. Carlos E. Camacho R.**  
Secretario

Oficio N° 510

Medellín, junio 9 de 1952.

Señor Doctor  
Carlos E. Camacho R.  
Secretario de la Sociedad de  
Cirugía de Bogotá

**Bogotá.**

Muy apreciado Doctor:

Acuso a Ud. recibo de su comunicación de mayo 30 y lamento la determinación tomada.

Deseamos que esa Sociedad tenga la impresión muy clara de que esta Facultad estuvo siempre dispuesta a prestar su colaboración que le fue solicitada, pues precisamente nos ocupábamos de elaborar nuestras colaboraciones, y en este sentido hube escrito al Dr. José A. Jácome, solicitándole el envío de los trabajos sobre los cuales nosotros seríamos los relatores.

Esperamos que se nos envíe oportunamente la programación y detalles concernientes a los interesantes cursos propuestos, para ver si es posible la asistencia de personal de esta Facultad.

Quedo de Ud. atento S. S.

**Dr Ignacio Vélez Escobar**  
Decano de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Antioquia

## CURSOS DE PERFECCIONAMIENTOS PARA POST-GRADUADOS:

La Sociedad de Cirugía de Bogotá, por conducto del Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, invita a todos los cirujanos de esta ciudad a inscribirse en el Curso de Cirugía Cardio-vascular para post-graduados, que se dictará en Bogotá entre el 14 y el 19 de julio próximo, bajo la dirección de los Profesores George H. Humphreys y Ralph A. Deterling, Jr., de Columbia University de New York, según el siguiente:

### PROGRAMA

#### LUNES 14

8 a.m. a 11 a.m. — Revista de pacientes cardio-vasculares.

11 a.m. a 12 a.m. — Proyección de películas en relación con cirugía cardio-vascular.

5 p.m. a 7 p.m. — Conferencias:

- a) Principios de cirugía cardio-vascular.
- b) Métodos diagnósticos para cirugía vascular.

#### MARTES 15

8 a.m. a 11 a.m. — Cirugía cardio-vascular.

11 a.m. a 12 m. — Proyección de películas.

5 p.m. a 7 p.m. — Conferencias:

- a) Cirugía cardíaca congénita.
- b) Injertos vasculares.

#### MIÉRCOLES 16

8 a.m. a 11 a.m. — Cirugía cardio-vascular.

11 a.m. a 12 m. — Proyección de películas.

5 p.m. a 7 p.m. — Conferencias.

- a) Cirugía cardíaca adquirida.
- b) Cirugía vascular periférica.

#### JUEVES 17

8 a.m. a 11 a.m. — Cirugía Cardio-vascular.

11 a.m. a 12 m. — Proyección de películas.

5 p.m. a 7 m. — Conferencias:

- a) Hipertensión arterial esencial.
- b) Hipertensión portal.

#### VIERNES 18

8 a.m. a 11 a.m. — Cirugía cardio-vascular.

11 a.m. a 12 m. — Proyección de películas.

5 p.m. a 7 p.m. — Conferencias:

- a) Cirugía del sistema venoso.
- b) Condiciones del paciente para ser sometido a cirugía vascular.



## SABADO 19

8 a. m. a 12 m. — Discusión en mesa redonda.

Todas las conferencias serán ampliamente ilustradas con proyecciones. Valor de la matrícula: trescientos pesos m/c.

Cupo limitado 30 médicos graduados. Inscripciones: Secretaria del Hospital de San José.

Los colegas que tengan estudiados pacientes cardio-vasculares, que necesiten tratamiento quirúrgico pueden enviarlas oportunamente al departamento de Cardiología del Hospital de San José.

---

## NOTICIAS

### ESCUELA QUIRURGICA MUNICIPAL PARA GRADUADOS DE BUENOS AIRES — República Argentina.

DR. RICARDO FINOCHIETTO

—Director—

Las sesiones quirúrgicas para graduados iniciadas en mayo de 1938 —tuvieron su origen en el pequeño anfiteatro constituido por iniciativa y dirección del profesor Enrique Finochietto durante el año 1920 en pabellón 9 del primitivo Hospital Rawson. Fue allí donde comenzaron las demostraciones quirúrgicas comentadas, y que fueron tomando importancia a medida que se pudo advertir que eran de necesidad indispensable para la iniciación y perfeccionamiento quirúrgicos de los graduados cuya preparación facultativa resentíase no sólo de práctica operatoria, lo que es fácil suponer, sino también de la preparación adecuada. Pero diversas circunstancias que no es del caso detallar, fueron espaciando tales demostraciones. Así las cosas, al tomar a mi cargo en 1931 el Servicio de cirugía de la sala 5 del Hospital Alvear, hube de pensar en la imprescindible necesidad del sistema para la formación de los cirujanos que debían acompañarme en la tarea que habría de ser del mismo carácter y fundada en los mismos principios en los cuales apoyaba la suya mi maestro de siempre, mi hermano Enrique, de quien había sido yo el primer ayudante y luego médico asistente durante varios años.

Fue mi primer pensamiento rodearme de hombres jóvenes, capaces y dispuestos a una obra de fondo, y puede así contar al poco

tiempo con una serie de médicos, de la mejor voluntad y calidad, pero a quienes, desde luego era necesario iniciar o poco menos, en el arte operatorio en cuanto a práctica y preparación se refiere. Fueron los de primera hora Hernán Aguilar, Héctor Marino, Néctor Turco, Germán H. Dickmann, Rodolfo Ferre, Raúl Velasco y Diego Zavaleta, a los que se agregaron, poco después, Alfonso Albaneses y Santos Luchetti.

Impuse, desde luego, la más severa disciplina, no excluida del más cordial entendimiento, para desarrollar el estudio adecuado de los maestros, dado lo cual el dominio de los idiomas —alemán, inglés, francés, italiano— fue condición elemental; establecí los cursos y ateneos que debían cumplirse en horas ajenas a la tarea hospitalaria. Cada médico debía preparar un trabajo, objetivados en lo posible mediante dibujos comprobados en operaciones sobre cadáver, las que debían repetirse para continuarse en perros, tras lo cual, y luego de intervenir ayudando en la operación de enfermos, se iniciaba la labor directa y responsable, aunque siempre y a toda hora bajo el control del jefe.

Como factor extraordinario de estudio, se pudo contar con la Biblioteca de Enrique Finochietto y de su incomparable colección de revistas, con lo cual se disponía de cuanto material bibliográfico ofrecían las grandes clínicas europeas y estadounidenses y la información de la prensa médica del mundo. Y debo insistir en la importancia de esa biblioteca, porque como decimos, si bien era de una gran variedad estaba organizada y seguía —como ha seguido— aumentando de acuerdo a una orientación quirúrgica determinada y de acuerdo al carácter y temperamento de nuestra gente, de quien Enrique Finochietto era hombre representativo.

Supo contar siempre por eso con su sensibilidad de artista para resolverse por muchas cosas, lo mismo que por cierto tipo de expositor, que por algunas clases de edición, bajo cuya apariencia formal o estética, sabía la eficacia práctica al convertirlas en elementos agradables, accesibles o fáciles, cuando no sencillamente aprovechables, como puede verse en la disposición arquitectónica del actual pab. IX donde al tener que costreñirse a determinado y reducido espacio hizo de todo una obra de arte por la perfecta armonía del conjunto y aún al adecuar al ambiente todos los elementos, que al perder innecesario tamaño, ahorraba fuerza, tiempo y espacio.

No es de extrañar que con tales valiosos elementos, pudiera llegarse a un método sencillo de ordenación técnica, perfectamente detallado en reglas precisas y día a día, perfeccionadas por la práctica, el estudio o los nuevos aportes responsables. Cuando hubimos de aceptar la Jefatura del Servicio en el Hospital Rawson, año 1933, teníamos planteada nuestra escuela de enseñanza quirúrgica y podríamos afirmar que

el grupo de médicos que hemos nombrado y que nos acompañó al nuevo Servicio, constituía sin duda un equipo de gran importancia quirúrgica. Así fue como al poco tiempo pudimos ver frecuentadas nuestras salas de cirugía por muchos jóvenes cirujanos deseosos de aprender, algunos de los cuales fueron engrosando el equipo inicial pero dentro de la misma invariable disciplina y severa conducta. Pero debían pasar algunos años de intensa labor para que nos decidiéramos en 1938 a lo que debíamos designar con el nombre de Sesiones Quirúrgicas para Graduados. Fué sin duda una exigencia del ambiente. En mayo de ese año, pudimos ofrecer la primera sesión y como ya tuvimos ocasión de decirlo, durante los últimos meses de ese año se llegó al número de 21. El programa de cada sesión se apoyaba —tal como ocurre en la actualidad— con una lista de casos, variable entonces entre cuatro y diez, con un término de siete de los cuales unos eran operados por el jefe y otros por sus colaboradores. Comenzaban las tareas invariablemente a las 8, hora a la que los operadores designados iniciaban la exposición de los respectivos casos. Luego lectura de un resumen clínico, exposición de documentos, anestesia y la operación mientras se describía la técnica empleada, ilustrada con grandes figuras especialmente dibujos coloreados. Se pudo advertir desde la primera sesión que el aprovechamiento era total y que, pese a la falta de comodidades, la concurrencia se mantenía en atención perfecta. Era indudable que el país estaba necesitando un centro de enseñanza quirúrgica, pero desde luego, con la organización adecuada y con algo más que la visión rutinaria de las intervenciones.

Organizadas las sesiones para que fueran quincenales pronto hubieron de reptirse cada semana y aún dos veces, llegando a comprobarse que si ellas hubieran implicado menos demora, podía haberse abierto el anfiteatro todos los días con la absoluta seguridad de tener una sostenida concurrencia. El año 1939 afirmó la institución para siempre equilibrando el despojo de mi cátedra en la Facultad de Ciencias Médicas, gratitud que me compensó sin duda de una labor de arduas preocupaciones. Con todo ese episodio de mi presentación al concurso me permitió la publicación de todos mis antecedentes, de las publicaciones efectuadas por el Servicio y de la compilación de la lista de 500 temas. Ese año pudimos comprobar la presencia en nuestro anfiteatro de colegas provenientes muchos del interior de repúblicas y de otros países de América, como la llegada de nuevos becados deseosos de asistir de modo permanente y regular a nuestro servicio. Así mismo no está demás consignar que cuantas veces lo creímos necesario nos trasladamos a diversos lugares del país inaugurando servicios, que van formando verdaderos focos de aprovechamiento quirúrgico y así también pudimos multiplicar el envío de becarios a diversos países extranjeros.

Informes pasados en varias ocasiones fueron puntualizando el

desarrollo de las sesiones. Comenzamos la publicación de nuestro carnet bien popular por cierto, que constituye, pese a su tamaño mínimo, un elemento simpático para difundir fuera del programa de las SESIONES, muchas notas y comentarios singulares.

En 1945 las Sesiones habían alcanzado un prestigio continental, pero para ese entonces, el Servicio había organizado una serie de publicaciones mayores y ya estaba en marcha nuestra gran obra Técnica Quirúrgica que había de recoger todos nuestros esfuerzos y trabajos.

En 1949 la Municipalidad de Buenos Aires, creyó oportuno dar categoría oficial a las Sesiones, designándolas con el nombre de Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados; fue una sanción definitiva en cuanto incorporaba al número de las escuelas oficiales de enseñanza, una que podría servir de modelo siempre que hubiera quienes se decidieran al persistente y constructivo esfuerzo que demandaran las sesiones de nuestra creación.

Las sesiones quirúrgicas resultaron así a través del tiempo la perfecta manifestación de la Escuela Finochietto pero no considerándola en cuanto a la enseñanza quirúrgica en general, sino con relación a la práctica de la cirugía dentro de una técnica particular, la que si no es siempre personal en cuanto al carácter de las intervenciones, lo es en cuanto a ciertos aspectos de los procedimientos y métodos, manera de disponerlos, reglarlos, combinarlos, usando en forma adecuada de un instrumental de creación propia aunque al alcance de todos. Esta distinción entre escuela de enseñanza quirúrgica y escuela Finochietto, aunque pueda no repararse, debe establecerse pues señala dos conceptos que si pueden confundirse y se confunden, hay que distinguirlos para atribuir a una escuela argentina lo que le corresponde dentro de un movimiento mundial.

Redactadas las técnicas a que hicimos referencia, cuyos primeros 500 títulos figuran en el libro de antecedentes que hemos catalogado, la práctica constante de las mismas, sometidas a orientación y principios determinados por la experiencia, tanto de Enrique Finochietto como la mía y de nuestros colaboradores, las fue conformando día a día a un cierto carácter particular, sensible en aspectos fundamentales o parciales, bien por indicación de procedimientos, nuevos gestos quirúrgicos, incisiones, uso de instrumentos y aparatos creados o adaptados por la escuela, reglaciones propias. Labor que si fuera concretando publicaciones múltiples, debía tener una consecuencia en cierto modo inesperada para nosotros mismos, que la advertimos cuando, los hechos habían superado en difusión nuestras propias observaciones y el prestigio se había extendido en el país como en el extranjero, principalmente en diversas capitales americanas de donde llegaban cada día nuevos concurrentes o becados. Nos referimos a la indudable existencia de una escuela técnicamente particular, no ya como institución de ense-

fianza de cirugía, sino de una cirugía que no tenemos otro modo de titular fuera del nombre con que se la ha designado en el país y fuera de él: cirugía de la Escuela Finochietto. Desde luego que hubimos de sentir en algunos momentos la resistencia de cierto ambiente y escuchar objeciones, por lo común erróneas. Se ha hablado de la necesidad de un instrumental adecuado para operar con nuestros métodos, esto es incierto, aunque sea fundamentalmente verdad que para operar con responsabilidad se requieren instrumentos adecuados, de calidad y que ofrezcan las mejores condiciones de seguridad y fácil manejo.

Operar sin mayores instrumentos salvo excepciones suele ser la expresión de una habilidad relativa, pero de quienes no salen de intervenciones elementales y de resultado inseguro.

Pero aun en ese aspecto la Escuela Finochietto "ha hecho escuela" al fomentar en el país la fabricación de instrumentos argentinos.

Desde luego también que, como hemos sido llevados a esta obra de la enseñanza de la cirugía, tan sólo por un afán de humanidad y aún a nuestra ciencia, debimos concurrir a todos los medios capaces de complementar nuestra obra didáctica, seguros a una empresa destinada a fruto de beneficio general, por eso la multitud de trabajos en las diversas revistas del país o extranjero sigue la organización de varias aunque han tenido que reducir sus publicaciones por causas de la hora. Dimos una serie de secciones de cirugía, iniciando una colección de bolsillo que alcanzó a la cuarta serie también publicamos como Biblioteca para la enfermera un conjunto de pequeños volúmenes algunos de cuales se han reimpresso y que en breve se enriquecerán con una obra en dos tomos dedicada al instrumental quirúrgico, libros sin duda de un carácter fundamental y único que sepamos. En 1944 iniciamos la publicación de nuestra obra mayor Técnica quirúrgica, Operaciones y Aparatos, de la cual llevamos publicados siete tomos, estando el octavo en prensa y otros listos para ser impresos, casi todos tomos de más 400 páginas, con materiales textos y gráficos propios.

Sin embargo, obra de tal calibre, deberá suscitar algunos comentarios que también podemos recordar. Se ha creído, pues parece que no se tiene cabal sentido de lo que son estas obras —que debíamos ofrecer algo así como un tratado general de experiencias en cuanto éstas representan, novedades, ensayistas de una cirugía sin decantación. Claro que al pensar así, se olvida que estamos escribiendo una obra para operadores que desean un responsable dominio quirúrgico y un perfecto dominio de lo fundamental como para que sea dado, en cuanto se tenga la capacidad necesaria y extendiendo ya de propia cuenta una mayor pericia consciente. Es una debilidad explicable de un cierto tipo de juventud pretender siempre una cirugía renovada. Es ésta una disciplina que si avanza día y día, gracias al esfuerzo ordenado y científico de infatigables maestros, no puede ofrecer a cada paso métodos

nuevos, sobre todo para ser aprovechados por quienes no tengan un dominio perfecto de lo capital, tanto más cuando debe considerarse que se trata de un arte de curar donde los yerros representan pérdidas de vidas, vidas que siempre son preciosas pues es capital humano. Es tendencia muy frecuente en los médicos prácticos llegado a la posesión sin riesgos de lo que suele ser lo propio. Así ocurre con la anestesia local, que tratándose de un sistema de tantas y tantas ventajas, no llega a convertirse en un recurso general y perfecto por falta de verdadera dedicación, pues se prefiere, aún para los casos más propicios para ella, otras anestесias, que además de riesgos, requieren mayores elementos y colaboraciones no siempre fáciles en las numerosas urgencias.

La obra comprende —lo publicado y lo que debe completarla— aspectos diversos, que si suelen conocerse en algunos detalles es de necesidad conocer en conjunto para dominar la sucesión y vinculación de muchos problemas afines, no siempre a la mano del operador, máxime cuando éste tiende con frecuencia a especializarse reduciéndose el horizonte y renunciando a convertirse en un tipo de cirujano general, que ha sido la aspiración y, en cierto modo, la gran satisfacción de nuestra Escuela, sobre todo considerando las características de nuestras publicaciones, pues no siempre somos los habitantes de una gran capital para disponer de cuantos especialistas podamos necesitar.

Son todas estas cuestiones que han tenido su momento de comentario para ser tratadas y debatidas como lo fueron en las Sesiones que se han ido sucediendo y multiplicándose en estos últimos tiempos. La facilidad para poder asistir a todos nuestros actos operatorios de una gratitud absoluta y aún para intervenir en ellos, cumplidos algunos recaudos indispensables y poseyendo las condiciones necesarias, ha terminado con la mayoría de las reservas que alguna vez pudieron tenerse para con nuestra Escuela, y ya se sabe que hoy resulta difícil separar cuanto nos pertenece como sistema de enseñanza, y de lo que nos atañe como jefes de una Escuela de Cirugía propia por ordenación, creación y orientación. Así lo están revelando por otra parte las actividades del Dr. Resano, actualmente en jira por las principales clínicas de Europa, adonde fuera enviado por la Fundación Eva Perón, como consecuencia de la visita que realizara en 1947 por los hospitales de París, donde pudo ofrecer una serie de operaciones sobre cáncer de esófago para ser consagrado por los cirujanos franceses como un singular maestro argentino.

Resueltos pues muchos de los problemas de la Escuela Quirúrgica Finochietto como enseñanza de cirugía y como expresión de una técnica particular, era lógico pensar —colaborando con las preocupaciones oficiales al respecto— en las necesidades propias de una institución que no puede ni debe quedar librada a las contingencias naturales del país. Así fue que debimos pensar en la creación de la Fundación

Enrique y Ricardo Finochietto, que desde hace más de un año viene haciendo sentir su atención en cuanto le corresponde, bien que por ahora esté en un momento inicial.

En tal estado de lozanía encuéntrase la Escuela que al calor del Dr. Enrique Finochietto naciera en el reducido anfiteatro de dos estrados del viejo pabellón 9o. del antiguo Hospital Rawson.

Hoy, en el Hospital Rawson, además de la Sala 6 de mi inmediata dirección, se agrupan el Pabellón IX "Dr. Enrique Finochietto" en la jefatura del Dr. Augusto Govaro; la Sala 15, con más de 90 camas con el Dr. Diego Zavaleta como jefe y el Dr. Horacio Resano líder de una verdadera escuela de Cirugía plástica; el Departamento de Rayos X dirigido por el Dr. Manuel Malenchini y el de Anestesiología, por el Dr. Juan A. Nesi.

Fuera del Hospital Rawson, el Profesor Hernán Aguilar en el Hospital Tornú; el Dr. Oscar Vaccarezza en el Hospital Muñiz y el Dr. A. Albanese en su clínica mantienen con honor el título de discípulos de Enrique Finochietto y representates de su Escuela.

En todos estos lugares y en las clínicas privadas donde operan los integrantes de la Escuela, se imparten enseñanza con los caracteres que eran del agrado del Dr. Enrique: humanidad, eficacia, verdad.

Buenos Aires, 29 VII/951.

---

Asociación Médica Antioqueña - A M A — Medellín, 21 de abril de 1952.

Sr. Director de ANTIOQUIA MEDICA.

Presente.

Apreciado señor Director:

Para si Ud. cree conveniente la publicación en la Revista a su cuidado, me permito enviarle las siguientes informaciones:

BOLETIN DE LA "AMA": Del 29 de septiembre al 4 de octubre próximo se celebrará en la ciudad de Medellín la SEGUNDA SEMANA MEDICA, patrocinada por la Asociación Médica Antioqueña, según programa que próximamente se dará a la publicidad.

La "AMA" invita muy encarecidamente a todos los médicos de las poblaciones de Antioquia y en general a todos los médicos de la República para que concurren en esos días a las interesantes conferencias que han de desarrollarse sobre temas de ocurrencia diaria.

Espera que todos los médicos interesados envíen sus inquietudes y problemas de orden médico y quirúrgico, a la secretaría de la Asociación para incluirlas en las actividades de la SEGUNDA SEMANA MEDICA.

Sin otro particular nos suscribimos atentamente,

*Fernando Restrepo L., Secretario.*

## EN JULIO SERAN LAS SEGUNDAS JORNADAS DE PEDIATRIA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN

**Distinguidos profesores y profesionales tomarán parte en esta importante reunión.  
Oficina de información establecida para dar los boletines diarios.**

Dentro de pocos días, el siete del presente mes, se reunirá en la ciudad, Facultad de Medicina de la Universidad, bajo los auspicios de la Sociedad Antioqueña de Pediatría, la II Jornada Pediátrica Colombiana.

La primera se llevó a cabo en Bogotá, en diciembre de 1950; como resultado de ella, apareció hace algunos meses, un bello tomo cuyo contenido recopila los trabajos científicos entonces presentados.

A esta II Jornada concurrirán no sólo los profesores de Pediatría en Colombia y los más distinguidos profesionales de la materia en el país, sino también profesores extranjeros tan notables como: Florencio Escardó. Pastor Oropeza; María Luisa Saldún; Carlos Crumdiek, etc.

El programa para este acontecimiento científico es de sumo interés: comprende los más novedosos temas de la Pediatría, que serán puestos al día por los concurrentes.

Fuera de los temas estrictamente académicos de la medicina, el comité organizador de la Jornada, planea una serie de reuniones que se ocuparán de los aspectos social, docente, gremial etc., de la especialidad.

Esto dará a la reunión de los Pediatras en Medellín, originalidad y trascendencia raras veces alcanzadas en este género de certámenes.

Durante la segunda Jornada se verá la manera de acordar, con los asistentes de los países respectivos, la creación de la Confederación Pediátrica Bolivariana, cuya cristalización será de inmensa trascendencia para el futuro de los niños de todo el continente.

Por todo lo cual, la II Jornada Pediátrica, se perfila como reunión internacional de gran alcance.

Las sesiones tendrán lugar en el auditorium de la Facultad de Medicina, entre las 8 de la mañana y las 12 y entre las tres y las seis de la tarde.

En un salón vecino del Auditorium, se instalará la Oficina de información y secretaría general. Allí mismo se hará la primera exposición bibliográfica del país sobre el tema de la medicina infantil.



El comité organizador de esta exposición logró reunir más de cinco centenares de fichas bibliográficas sobre patología de la infancia.

Aunque, por motivos insalvables no pudo hacerse con la totalidad de la literatura nacional sobre el asunto, como fue su primera intención.

Es de sumo interés destacar que en este acopio de fichas, la psiquiatría del niño ocupa un lugar preferencial por la abundancia de los temas tratados.

"Antioquia Médica" felicita muy sinceramente a la Sociedad Antioqueña de Pediatría por la magnífica organización que supo dar a la II Jornada Pediátrica colombiana. Saluda con efusión a los asistentes y augura para la reunión el más clamoroso de los éxitos.