

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 2 — MEDELLIN, JULIO DE 1952 — NUMERO 10

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

Escudo de la Academia de Medicina de Medellín - *Dr. Emilio Robledo*.... 661

TRABAJOS ORIGINALES

Carcinoma del Duodeno. Presentación de 2 casos - *Dr. Oriol Arango* 662

Pericarditis Aguda no Específica - *Dr. Miguel Múnera Palacio*..... 687

El Factor Masculino en Esterilidad - *Dr. Darío Sierra L.* 693

La Estreptomycinoterapia desde el punto de vista Otológico - *Dr. Marcos Barrientos* 709

Comentarios Generales sobre Enfermedades de la Vejez - *Dr. José Miguel Restrepo R.*..... 713

Intoxicación con Marihuana - *Dr. Juan B. Pérez Cadavid*..... 734

Comentarios sobre el Congreso de Higiene Mental de México - *Dr. Eduardo Vasco G.* 751

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Programa de la Academia de Medicina en el 65º Aniversario de su fundación 755

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín Nº 17 756

Informe de los Decanos de las Facultades de Medicina del País, con motivo de la Segunda Conferencia de Rectores y Decanos 761

NOTICIAS

IV Congreso Interamericano de Radiología 764

Índice de Autores - Volumen 2 765

Índice de Materias - Volumen 2 768

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

VOLUMEN 2 — MEDELLIN, JULIO DE 1952 — NUMERO 10

EDICION DEDICADA A LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN



ESCUDO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Ideado por el Dr. A. Correa Henao

Escudo exornado con el bastón del jaibaná, llamado angí jai ara, el cual ha venido a reemplazar el caduceo tradicional y la crátera de Esculapio. Dicho bastón es empleado por el jaibaná o médico, como verdadero talismán. Suele mantenerlo en el chimí egó bari o altar sagrado y hace uso de él en los momentos en que lo ha menester para sus sortilegios o sus conjuros mágicos en presencia de los enfermos. Yo felicito al que tuvo la idea de incorporar este instrumento a manera de emblema autóctono y de un gran simbolismo, en el escudo de la Academia.

Emilio Robledo

CARCINOMA DEL DUODENO
Presentación de dos casos

ORIOI ARANGO, M. D. M. So. †
Secretario de la Academia de Medicina de Medellín

Es nuestra intención hacer un estudio sobre el Carcinoma del Duodeno, sin tener en cuenta las otras entidades anatomopatológicas duodenales y presentar dos casos que creemos sean los únicos diagnosticados en nuestro medio previamente el primero a la operación ++ y el segundo a la autopsia.

Consideración anatómicas

Para mayor claridad de la descripción que vamos a presentar, creemos del caso hacer un breve resumen anatómico sobre el Duodeno. Este es la parte del intestino delgado que considerada como fija, se extiende del píloro al lado izquierdo de la segunda vértebra lumbar. Su límite superior es preciso y lo constituye el anillo pilórico, el inferior corresponde al ángulo duodeno-yeyunal, punto donde el Duodeno es cruzado por la arteria mesentérica superior.

El Duodeno ocupa la parte superior y posterior de la cavidad abdominal y se mantiene en posición: 1o. Por el peritoneo que lo fija a la cara inferior del hígado y a la vesícula biliar,

2o.—Por el colédoco y los canales excretores del páncreas que desembocan en su porción descendente.

3o.—Por los vasos y nervios.

4o.—Por un haz muscular especial, el músculo de Treitz.

Por regla general el Duodeno forma en su conjunto un arco de concavidad dirigida hacia arriba y a la izquierda, en donde se aloja la cabeza del páncreas. Algunos autores le consideran cuatro porciones y otros tres. Según los primeros, el bulbo duodenal constituye la primera porción; de ahí en adelante y hasta la parte inferior de la cabeza del páncrea la segunda porción; la parte horizontal de derecha a izquierda constituye la tercera porción y la cuarta porción va de este último punto al ángulo de Treitz. Los segundos le considean solamente

+ — Del Instituto Radiológico San Rafael.

† + Presentado a la Honorable Academia de Medicina de Medellín en su sesión del 19 de octubre de 1949.

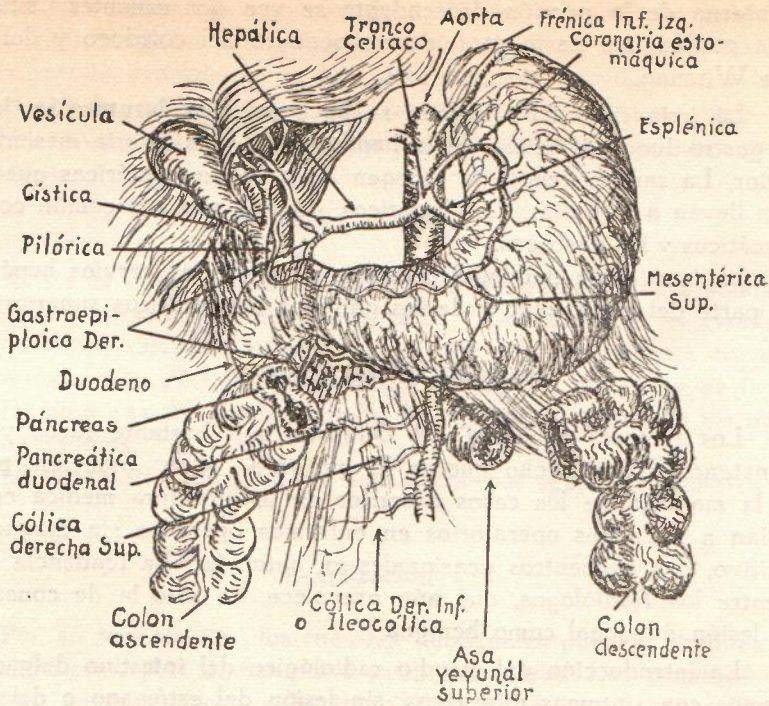


Fig. 1 — Relaciones anatómicas duodenales.

tres porciones, ya que para ellos el bulbo y el segmento descendente constituyen una sola porción.

Ancuando esta parte del intestino delgado es considerada como fija, radiológicamente se comprueba que no lo es y de esta manera se le ve descender, al cambiar del decúbito dorsal a la posición vertical, más o menos la altura de dos cuerpos vertebrales. En individuos con ptosis visceral, el descenso será tanto mayor, cuanto más marcada sea ésta.

El Duodeno está en íntima relación con el páncreas, el hígado, la vesícula biliar, los epiplones mayor y menor, el colon, vasos gastrohepáticos, esplénicos, mesentéricos y vías biliares; pedículos renales, riñones, intestino delgado, cuerpos vertebrales y vasos paravertebrales. El conocimiento de todas estas relaciones es muy importante en la entidad que comentamos, ya que las metástasis se hacen generalmente por extensión de vecindad a los órganos adyacentes.

La superficie interna del Duodeno es lisa y uniforme sobre la primera porción y el principio de la segunda; por debajo de la ampolla de Vater los repliegues transversales, irregulares y de dirección circular aparecen, constituyendo las válvulas conniventes. En la parte pos-

tero-interna de la porción descendente se ven dos salientes situadas la una por encima de la otra: desembocadura del colédoco y del canal de Wirsung.

La irrigación del Duodeno se hace por dos fuentes: 1a. la arteria gastro-duodenal, rama de la hepática y 2a. la arteria mesentérica superior. La sangre venosa la recogen las venas mesentéricas que a su vez la llevan a la porta. Los linfáticos forman una red común con los pancreáticos y los gástricos.

La inervación duodenal proviene parte de los nervios hepáticos, y en parte del plejo solar y de los ganglios mesentéricos superiores.

Consideraciones clínicas.

Los tumores malignos del Duodeno son bastante raros y esta circunstancia había hecho que se les prestara poca atención, por lo cual la mayoría de los casos descritos en la literatura médica correspondían a hallazgos operatorios en enfermos operados sin diagnóstico definitivo, o a encuentros ocasionales en autopsias. La tendencia general entre los Radiólogos, que aún prevalece, ha sido la de considerar toda lesión duodenal como benigna.

La introducción del estudio radiológico del intestino delgado en enfermos con síntomas digestivos, sin lesión del estómago o del colon que los expliquen, ha hecho posible el diagnóstico más frecuente y precoz de lesiones en esta parte del tubo digestivo. Según Carroll C Dutton (4) en los hospitales de la Universidad de Cleveland se encontraron del año de 1933 a 1946, 18 casos de tumores malignos del Intestino Delgado, de los cuales 3 correspondían al Duodeno y eran Carcinomas. El porcentaje fue de un tumor maligno por cada tres mil admisiones al servicio quirúrgico o uno por cada nueve mil admisiones al hospital. Feldman (3) dice que el carcinoma primario del Duodeno ocurre aproximadamente en 0.003 por ciento de todas las autopsias y el 0.005 por ciento de todas las admisiones hospitalarias. El mismo autor manifiesta que en 30.000 exámenes radiológicos del tubo gastro-intestinal, solamente se encontró un caso de Carcinoma del Duodeno.

El cáncer del intestino delgado es muy raro pero de ocurrir lo hace en el Duodeno o en el íleo terminal. De todos los carcinomas del intestino delgado, la incidencia del carcinoma duodenal es aproximadamente de 3.5%. Hoffmann y Pack, citados por Bockus (1) encontraron un porcentaje de 0.033 carcinomas del Duodeno en 350.286 autopsias y Mater y Hartman, citados por el mismo autor encontraron 6 casos de carcinoma del Duodeno probados a la autopsia en 176.000 personas admitidas a la Clínica. Ross Goldenn (5) quien es una de las primeras autoridades en el estudio de Intestino Delgado, al revisar los archivos del Departamento de Cirugía Patológica del Hospital Presby

terian de New York hasta el año de 1.943, no encontró un solo caso de carcinoma primario del Duodeno. Entre nosotros, hasta donde nos ha sido posible averiguarlo se han diagnosticado previamente a la operación o a la autopsia solamente dos casos de Carcinoma primario del Duodeno, los cuales presentaremos y discutiremos más adelante en este trabajo.

Edad y sexo

Existe la creencia muy generalizada de que el cáncer solamente afecta las personas de edad avanzada. Esta creencia es errada y consultando los distintos autores, se ve que éste se presenta entre la cuarta y la sexta década. Sin embargo uno de los pacientes de la serie de Dundon (4) solamente contaba 21 años años, y uno de los nuestros tenía 24 años.

El carcinoma duodenal se encuentra por igual en hombres y mujeres.

Localización

Por su localización, los tumores duodenales pueden dividirse en supra ampulares, peri ampulares e infra ampulares. Los primeros se encuentran entre el píloro y la ampolla de Vater, son generalmente ulcerantes y producen estenosis rápidamente. Los periampulares se localizan en las vecindades de la ampolla o en ella misma y producen obstrucción tanto del colédoco como del canal de Wirsung trayendo como consecuencia distensión de la vesícula biliar, ictericia y atrofia pancreática, tal como ocurrió en el segundo de nuestros casos. Los infra ampulares se ven entre la papila y la unión duodeno yeyunal. Son generalmente planos y estenosantes, causando dilatación proximal. El primero de los casos de esta presentación corresponde a tal localización.

Sintomatología

La sintomatología del carcinoma duodenal varía desde luego con la localización del tumor. Los primeros síntomas son bastante semejantes a aquellos observados en úlcera duodenal: dolor epigástrico postprandial que puede presentarse más o menos rápidamente después de las comidas pero que más bien se calma con el vómito que con los alimentos y puede irradiarse a la espalda; en estados más avanzados hay hemorragias que pueden ser abundantes y aisladas o pequeñas y repetidas que se demuestran por presencia de sangre oculta en exámenes coprológicos repetidos o una anemia hipocrómica. Otras veces hay una hematemesis abundante o una melena grande. Sensación de llenura, dilatación del estómago, retención gástrica, peristaltismo visible a tra-

vés de la pared abdominal, anorexia, vómito deshidratación, debilidad, pérdida de peso, hipocloremia e hiperazohemia. Cuando la lesión se sitúa en la ampolla o en las vecindades, puede haber ictericia que se hará progresiva. La bilirrubinemia fluctúa con bastante frecuencia. El túbaje duodenal, que debe ser practicado con grandes precauciones, especialmente en las lesiones ampulares, puede inducir al diagnóstico por mostrar sangre. Por lesión pancreática de vecindad, las pruebas para enzimas duodenales pueden mostrar ausencia de fermentos pancreáticos por obstrucción del canal de Wirsung. Por la misma razón, en las materias fecales hay exceso de grasa y un aumento relativo de grasas no hidrolizadas.

Los carcinomas de localización infra-ampular dan síntomas más tardíos y son generalmente hemorragia o estenosis intestinal

En lesiones muy avanzadas, de cualquier localización que sean se puede llegar a palpar a través de la pared abdominal una masa tumoral. Desde luego que cuando se sospeche tal lesión, la palpación debe ser muy suave para evitar desencadenar una hemorragia de consideración.

Toda la sintomatología antes descrita puede ser de varios meses de duración o aún años (dos o tres en los casos de Dundon). Un año en uno de los casos que presentamos.

Anatomía Patológica.

Los tumores primarios del Duodeno, que son generalmente adenomas, pueden ser infiltrantes o pediculados, siendo los primeros más estenosantes.

La extensión de vecindad generalmente no es muy grande; pero sí la más común y se hace a los ganglios linfáticos mesentéricos, epiplones, colon, páncreas, hígado etc. Las metástasis a distancia se hacen por vía sanguínea o linfática, pudiéndose ver éstas, en los pulmones, sistema nervioso central, riñones, huesos etc.

Diagnóstico Radiológico.

La sintomatología clínica y el laboratorio pueden despertar la sospecha de una lesión duodenal que solamente podrá demostrarse mediante un estudio radiológico bien conducido, el cual permitirá establecer un diagnóstico pre-operatorio. No queremos con esto afirmar que existan signos radiológicos precisos de Carcinoma del Duodeno, pero en estas lesiones si hay una serie de hallazgos radiológicos que hacen posible tal diagnóstico. como ocurrió en los casos que comentaremos más adelante.

Si clínicamente hay obstrucción intestinal, el estudio con bario está contraindicado, pues con ello se agravaría el problema. En estos casos se puede recurrir a la introducción de la sonda de Miller Abbott, que ayudará a localizar la obstrucción y además por ella se podrán inyectar pequeñas cantidades de medio opaco, que una vez terminado el estudio se pueden retirar.

La localización del tumor tiene su importancia para el diagnóstico, y así vemos que en los supra-ampulares éste es más difícil, por confundirse con lesiones benignas del bulbo duodenal, como en el segundo caso de esta presentación, en donde el Carcinoma es todavía más excepcional y en muchas ocasiones el tumor es solamente la propagación de un neo gástrico. Cualquiera que sea la localización, se puede observar lo siguiente.

1o.—Disminución o aumento localizado de la luz intestinal que puede llegar hasta la estenosis casi total.

2o. Como consecuencia de la segunda ocurrencia antes mencionada, habría una retención gástrica más o menos marcada, dilatación duodenal y un anti-peristaltismo franco en el asa duodenal.

3o.—Desarreglo localizado de la mucosa intestinal que puede traducirse en engrosamiento o borramiento de los pliegues normales, acompañado muchas veces de rigidez de la pared duodenal y dolor a la palpación.

4o.—Visualización de una masa o ulceración duodenal.

5o.—Estenosis más o menos avanzada.

Como lo manifestamos antes, solamente se puede llegar a un diagnóstico preoperatorio probable, mediante la asociación y correcta evaluación de los hallazgos clínicos, de laboratorio y radiológicos. El diagnóstico de certeza queda reservado al estudio microscópico.

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial del Carcinoma del Duodeno es bastante complejo y hay que hacerlo con lesiones intrínsecas y extrínsecas. En las primeras hay que considerar todas las entidades benignas como: adenomas, lipomas, fibromas, miomas, hemangiomas, quilangiomias, tejido pancreático accesorio, quistes enterógenos, quistes gaseosos etc. Hay que considerar así mismo procesos inflamatorios como enteritis tuberculosas y ulceraciones de cualquier naturaleza que sean.

Entre las lesiones extrínsecas más importantes para el diagnóstico diferencial están:

1o.—Úlcera Duodenal.

El dolor post-prandial generalmente no se propaga a la espalda y se calma con la ingestión de alimentos más bien que con el vómito. Las pruebas de laboratorio y los hallazgos radiológicos son relativamente característicos. Ictericia casi no se observa nunca.

2o.—Carcinoma Pancreático.

Este diagnóstico diferencial es particularmente importante, ya que cuando se encuentra radiológicamente una "imagen de defecto" en el arco duodenal, la tendencia es a pensar en una propagación de vecindad de un tumor pancreático, que es mucho más frecuente. A menudo este diagnóstico es imposible pre-operatoriamente; sin embargo las pruebas de laboratorio pueden ayudar a resolver la dificultad: hiperlipasemia, deficiencia en enzimas, esteatorrea, disturbios en el metabolismo de los hidrocarbonados, etc., son todos hallazgos en favor de una lesión pancreática.

3o.—Síndrome de la Arteria Mesentérica.

Este se debe a compresión por la arteria mesentérica superior a su paso por la tercera porción. En este caso solamente se debe observar una estenosis constante, muy localizada y sin desarreglo de la mucosa intestinal.

Siempre que se trate de un paciente que ha sido previamente sometido a una intervención quirúrgica abdominal, hay que descartar la posibilidad de deformaciones por adherencias. Cuando esto ocurre, la estrechez o la deformación será pequeña y los cambios mucosos discretos o ausentes.

Tratamiento.

Este es esencialmente quirúrgico y puede ser radical con fines curativos o meramente paliativo. El porcentaje de mortalidad es bastante alto (20 a 40%) y todas las estadísticas muestran una baja supervivencia y muy reducidos casos de curación de cinco años.

El pronóstico es desfavorable, especialmente cuando ya hay extensión de vecindad o a distancia.

Presentación de dos casos.

Paciente del Dr. Ernesto Toro Ochoa.

Primer caso J. G. I.

Enfermo de 58 años de edad, que consultó por dolor en el cuadrante superior derecho. (Noviembre 1948).

Antecedentes personales:

Enfermedades de la niñez. Sarampión a los 21 años de edad. Sufrió una jaqueca que le duraba 6 horas y que desapareció a la edad de 40 años. El paciente sufrió un prurito generalizado que según algunos médicos era de origen alérgico. Fue tratado medicamente para ello con buen resultado. Sufrió eczema del oído externo derecho, rebelde a toda medicación. Hace más o menos 6 años sufrió tifo, no comprobado por medio del laboratorio, y poco después de ello empezó a sentir disnea de esfuerzo y dolor precordial que hicieron su trabajo un poco difícil. Nunca había sido operado.

Historia de su presente enfermedad:

Hacia más o menos un año que después de unos tragos y una comida copiosa empezó a sentir dolor en el cuadrante superior derecho, dolor que no tenía prácticamente ninguna relación con las comidas, ni hora precisa. Nunca tuvo náuseas ni vómitos, siempre tuvo buen apetito y la digestión era buena, con exoneración intestinal diaria. Nunca tuvo melenas. Todos los síntomas mencionados que fueron de poca consideración en un principio, se hicieron severos un poco más tarde, y debido a ello el paciente se impuso un dieta que consistía en lo siguiente: desayuno (café con leche, pan, arepa y galletas); almuerzo (sopa de arroz, huevos o papas, arroz cocido, café con leche o leche sola y dulces o algún bizcocho). Comida (más o menos lo del almuerzo). Entre el desayuno y el almuerzo y entre éste y la comida, se tomaba de 10 a 15 tazas de café tinto y se fumaba más o menos 3 o 4 paquetes de cigarrillos. El peso se mantuvo relativamente bien hasta unos dos meses antes de esta consulta, en los cuales perdió 3 kilogramos.

Después de su primera consulta en Medellín, se le prescribió una dieta severa: reposo absoluto en cama y leche cada hora. Se le ordenó poner clara de huevo en la leche, pero como esto le desagradaba, resolvió no hacerlo.

En la época en que se presentó a consulta estaba haciéndose medicación para su disnea y dolor precordial y alguna medicación antiácida.

Con la dieta anteriormente descrita y la medicación a que estaba sometido mejoró considerablemente y se sintió bien.

Historia social:

Profesional casado, con esposa y cinco hijos, todos vivos y en perfecta salud.

Varios tíos maternos murieron al parecer de lesiones tumorales; uno de tumoración mediastinal, otro de un probable carcinoma renal y otro de carcinoma del hígado. Desde luego que todos estos posibles diagnósticos fueron establecidos clínicamente y en ninguno de ellos se obtuvo comprobación anatómo-patológica. Otro tío materno murió de infarto del miocardio.

Examen físico:

Peso 62 kilogramos.

Estatura 1.66 cms.

Aspecto general:

Enfermo de 58 años de edad, bien desarrollado, ligeramente desnutrido, delgado, un poco por debajo de su peso normal, no icterico, anémico, no cianótico, que se queja de dolor en el cuadrante superior derecho.

Piel:

Normal, con varias queratosis seniles y sin escaras.

Cabeza:

Normal en forma, tamaño y configuración. No hay masas palpables en la cara, ni dolor sobre los senos faciales.

Cabello:

Normal.

Ojos:

Pupilas redondas, regulares e iguales que acomodan a la distancia y reaccionan bien con la luz. Movimientos oculares y tensión, normales. Conjuntivas no inyectadas ni ictericas. Pterigio interno en el lado izquierdo. Arco senil presente. Usa anteojos.

Oídos:

No hay dificultad auditiva. Eczema del oído externo derecho.

Nariz:

Aparentemente normal. Membrana Mucosa normal.

Boca:

Membrana mucosa normal. No hay leucoplasia. Lengua sucia, ligeramente temblorosa, sin fisuras.

Dientes:

Prótesis dental tanto superior como inferior. No hay aliento fétido.

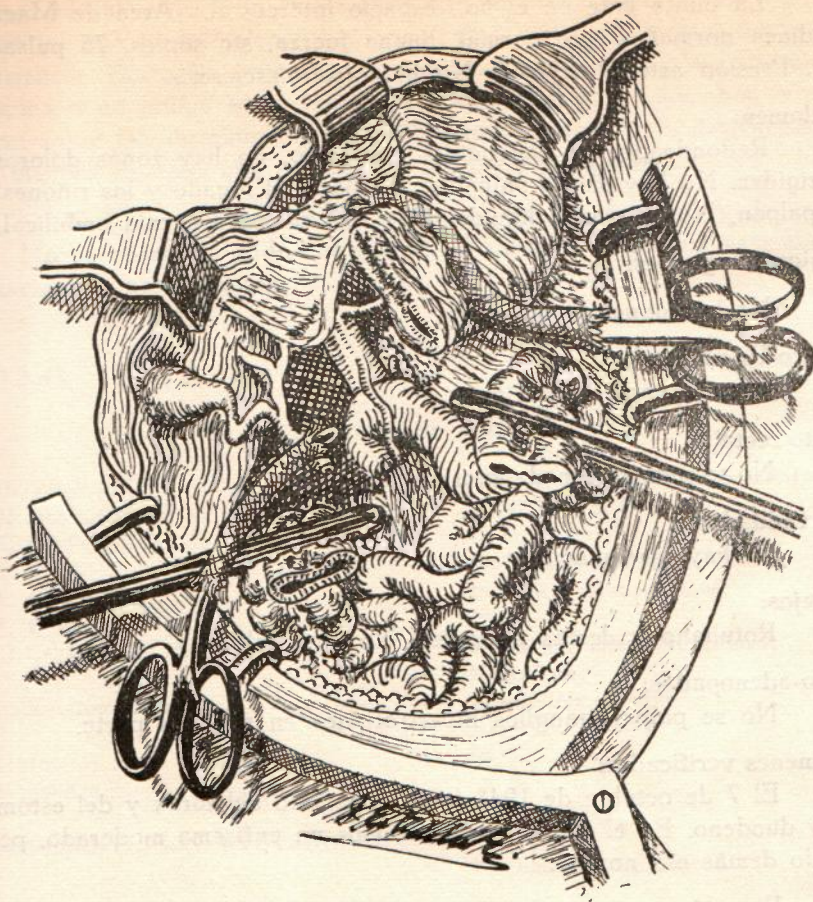


Fig. 6 Caso 1 — Esquema de la intervención a que fue sometido el paciente.

Faringe:

Amígdalas atróficas no infectadas.

Cuello:

No hay hipertrofia ganglionar, tiroide no palpable. Tráquea en la línea media. No hay pulsaciones anormales.

Tórax:

Simétrico, expansión libre e igual. Vibraciones vocales normales; voz hablada y cuchicheada normales. Ruidos respiratorios normales, con algunos estertores en los vértices. Percusión normal.

Pechos:

Pechos masculinos normales.

Corazón:

La punta bate en el 5o., espacio intercostal. Area de Macicez cardíaca normal. Ritmo normal, buena fuerza, sin soplos. 75 pulsaciones. Presión arterial 105/65. No hay arterioesclerosis.

Abdomen:

Redondeado, no distendido, timpánico, no hay zonas dolorosas, ni rigidez. No hay masas palpables. El bazo, el hígado y los riñones no se palpan. No hay onda líquida. Hay una pequeña hernia umbilical.

Regiones inginales:

No hay ganglios palpables.

Genito-Urinario:

Negativo a la inspección.

Tacto rectal:

No se encuentra nada anormal.

Extremidades:

No hay edema, no hay várices.

Reflejos:

Rotuliano y demás normales. No hay Babinsky.

Linfo-adenopatías:

No se palpan ganglios hipertrofiados en ninguna parte.

Exámenes verificados:

El 7 de octubre de 1948 hicimos estudio del tórax y del estómago y duodeno. En el primero encontramos un enfisema moderado, pero por lo demás era normal.

El estómago tenía una pequeña cantidad de líquido antes de iniciar el estudio. Después de ingestión del medio opaco se vió que era hipertónico, tenía buen peristaltismo y no se observó lesión orgánica. El bulbo duodenal llenaba y vaciaba satisfactoriamente sin mostrar lesión orgánica. En la segunda porción del duodeno, o sea la descendente, observamos una "imagen defecto" que ocupaba una extensión de unos cinco centímetros de longitud; en este trayecto, la mucosa duodenal estaba completamente destruida, el calibre de éste inmediatamente por debajo de la lesión estaba estrecho y en ningún momento había expansión normal. Esta lesión se vió fluoroscópicamente y se observó en todas las radiografías tomadas. La palpación a nivel de la lesión era dolorosa.

El estómago vació completamente en hora y media.

Nuestra impresión en este primer examen fue que había una tumoración duodenal que destruía la estructura normal de la mucosa y

causaba estrechez del calibre duodenal. Manifestamos que era difícil desde el punto de vista radiológico dar un diagnóstico anatómico-patológico ya que tanto lesiones benignas como malignas podían dar esta apariencia. Entre las primeras mencionamos un adenoma, un lipoma, un mioma o un pólipo sesil como las más probables. Llamamos la atención sobre la disminución del calibre del duodeno y la destrucción de la mucosa de éste, que estaban en favor de malignidad.

El 8 de octubre de 1948 hicimos estudio de colon y de vesícula. No encontramos nada anormal en el colon y vimos una vesícula que funcionaba normalmente.

10-8-48.

Hemograma de Wintrobe:

ERITROCITOS	4.585.000 por milímetro cúbico.
HEMOGLOBINA	11.60 gramos %.
HEMATOCRITO	46 c.c. por % c.c.
P. V. C.	102 micrones cúbicos.
P. Hb. C.	26 micro microgramos.
P. CHb C.	27%
LEUCOCITOS	6.800 por milímetro cúbico.
	Neutrófilos 56%
Polimorfonucleares	Eosinófilos 9%
	Basófilos 0%
Linfocitos	33 %.
Monocitos	2 %
	1 ^o hora 30 milímetros.
SEDIMENTACION WESTEREGREN	2 ^o hora 60 milímetros.

Química sanguínea:

10-8-48.

Glicemia	0.67 gramos por mil.
Azohemia	0.39 gramos por mil.
Colesterolemia	2.45 gramos por mil.

Análisis de orina:

10-8-48.

Densidad	1021
pH.	7.5
Albúmina	No tiene.
Azúcar	No tiene.
Cuerpos cetónicos	No tiene.

El estudio del sedimento mostró escasos leucocitos y fosfatos amorfos abundantes. No se encontraron cilindros ni hematies.

Electrocardiograma:

Este mostró ligeros cambios sugestivos de una hipertrofia ventricular derecha.

10-8-48.

Sondaje duodenal:

Se intentó durante tres veces hacer un sondaje duodenal, pero ello no se logró debido a que la sonda nunca pasó más allá del bulbo. En uno de estos intentos salió un poco de bilis que contenía sangre oculta.

Examen coprológico:

Método directo	Negativo
Concentración de Faust:	Negativo
Sangre oculta	+ +

10-27-48

Tiempos de coagulación:

Método de Tzanck	3 minutos.
Método de Lee White	4 minutos.

Tiempo de sangría:

Método de Duke	2 minutos.
--------------------------	------------

Tiempo de Protrombina:

Método de Quick-Magath	22 segundos o sea el 95%.
----------------------------------	---------------------------

10-27-48

Hemograma de Wintrobe:

ERITROCITOS	4.840.000 por Milímetro Cúbico.
HEMOGLOBINA	12.50 gramos por %.
HEMATOCRITO	46. c.c. por % c.c.
P. V. C.	96 micrones cúbicos.
P. Hb. C.	26 micromicrogramos.
P. C. Hb. C.	27 %.
LEUCOCITOS	6.400 por milímetro cúbico.

POLIMORFONUCLEARES

Neutrófilos	65%
Eosinófilos	8%
Basófilos	1%

Linfocitos	26%
Monocitos	0%

1ª hora 40 milímetros.

Sedimentación Westergren:

2ª hora 75 milímetros.

10-28-48

Proteínas totales	59.00 gramos o/oo
Serina	46.00 " "
Globulina	13.00 " "

Serina
 Relación = 3
 Globulina
 Cefalina Colesterol + + (12 horas).

10-28-48

Análisis del jugo gástrico el cual mostró hiperacidez, bilis con sangre oculta y ausencia de ácido orgánico.

11-1-48

Hicimos estudios de control del tórax y del estómago y el duodeno. En el primero no se observó cambio alguno en comparación con el examen de octubre 8 de 1.948.

El estómago estaba vacío; la hipertonicidad observada en el primer examen persistía y tampoco pudimos esta vez demostrar lesión orgánica. El bulbo duodenal llenaba y vaciaba perfectamente bien sin mostrar lesión orgánica y solamente se observaba un pequeño aumento de tamaño de éste. La lesión duodenal no había cambiado en ningún sentido y solamente se observó que el paso del bario del estómago al intestino delgado era un poco más lento esta vez, demorándose la evacuación gástrica dos horas, cuando en el primer examen lo hizo en hora y media.

Nuestra impresión fue la misma que expresamos en el primer estudio, es decir que podía tratarse de una lesión benigna, o maligna y que había signos radiológicos en favor de esta última.

Después de revisar y discutir cuidadosamente la anterior documentación, se llegó a la conclusión de que se trataba de una lesión duodenal de tratamiento absolutamente quirúrgico y así se le manifestó al paciente, quien una vez enterado de la magnitud de la intervención a que debía ser sometido, resolvió viajar a los Estados Unidos de Norte América para ser operado allí. La intervención la efectuó el eminente cirujano norteamericano John S. Lockwood, M. D. cirujano de Columbia University, College of Physicians and Surgeons New York en noviembre de 1.948. En su informe sobre el acto quirúrgico el Dr. Lockwood dice lo siguiente:

"Gracias a los exámenes que Uds. Verificaron, se pudo establecer plenamente el diagnóstico antes de que el Sr. J. G. I. llegara aquí. En la primera intervención en noviembre de 1.948 encontramos un carcinoma anular del duodeno que envolvía la ampolla de Vater e infiltraba la región de la cabeza del páncreas y la parte más distal del colédoco. Se trataba de un adenocarcinoma pero no se pudo establecer

definitivamente si el tumor se originaba en el Duodeno o en la Ampolla; sin embargo la ausencia completa de obstrucción biliar estaba en favor de un origen Duodenal. No se encontraron metástasis, pero el tumor había infiltrado toda la pared del duodeno en un punto y había penetrado el mesocolon y la inserción mesentérica del ángulo hepático del colon. A este nivel se veía una pequeña ulceración en la cara inferior del mesocolon. Por esta razón nosotros dudamos sobre si debíamos someter este paciente a un procedimiento radical, cuando todas las probabilidades indicaban que el tumor ya se había extendido más allá de los límites de una resección curativa. Sin embargo, y para darle mayor posibilidad de éxito, decidimos seguir adelante con la operación. En un solo bloque removimos dos pulgadas distales del estómago, dos pulgadas distales del colédoco, la cabeza del páncreas, todo el Duodeno y un segmento de 10 pulgadas del colon a nivel del ángulo hepático. Se restableció la continuidad funcional mediante anastomosis del colédoco, del canal pancreático y del estómago a un asa yeyunal que se trajo por detrás de los vasos mesentéricos al lecho que ocupaba el duodeno. El colon se anastomosó cabo a cabo. Post-operatoriamente todo iba bien, hasta que apareció una complicación muy molesta y fue que la gastroyeyunostomía dejó de funcionar. Después de dos semanas, se observó claramente que el paciente empezaba a perder terreno, por la imposibilidad de retener cualquier alimento dado por vía oral, y entonces lo operamos de nuevo, haciendo esta vez una gastroyeyunostomía latero-lateral, inmediatamente por encima de la primera anastomosis. Esto le dió dos bocas por las cuales podía vaciar el estómago. Parece que la obstrucción se debió a un extenso edema, pues no se encontró en la segunda operación ningún obstáculo mecánico a nivel de la primera intervención. Aún después de la última anastomosis hubo gran dificultad para obtener una evacuación gástrica satisfactoria y por ello, una semana más tarde, se decidió hacer una yeyunostomía para alimentarlo, pensando siempre que si las gastroyeyunostomías no se abrían, tendríamos que hacer una revisión completa de estas áreas. Afortunadamente la yeyunostomía fue un éxito, pues permitió mejorar la nutrición del enfermo y discontinuar la alimentación parenteral que ya se había vuelto un problema en todo sentido. Gradualmente su función gástrica ha mejorado y hace ya dos semanas (Enero-18-49) que está tomando una dieta adecuada por vía oral, lo cual nos permitió retirar el tubo de la yeyunostomía. Es todavía difícil para el paciente tomar una cantidad de alimento que le permita volver a ganar su peso, pero creemos que de ahora en adelante su restablecimiento será rápido. El paciente sale del Hospital hoy y dentro de pocos días estará en condiciones de regresar a Colombia.

Tememos que el pronóstico final no sea muy bueno, pues nuestra experiencia en casos como este, en donde el tumor se ha escapado

de los límites del órgano de origen, así nos lo ha enseñado. Sin embargo, podríamos ser gratamente sorprendidos y no hay razón para creer que el caso sea desesperado.

Al paciente se le recomendó llevar una dieta adecuada, abundante en calorías, proteínas y vitaminas y si llegare a tener dificultad para digerir las grasas, se le deben dar 8 a 10 gramos de polvo desecado de páncreas. Nosotros hemos encontrado que esto es de una gran ayuda en enfermos que han sido sometidos a una intervención en el páncreas. Sin embargo, siempre que la configuración de las heces y el contenido de grasas de las mismas sea normal, es innecesario darle ningún suplemento de páncreas”.

El paciente regresó al país en 1949 en magníficas condiciones y volvió a sus actividades normales desde mayo del mismo año. Posteriormente solo tuvo un fuerte vómito en el cual arrojó un pedazo de tubo de caucho que probablemente había sido necesario dejar en una de tantas intervenciones a que fue sometido.

En septiembre de 1949 se le hizo nuevo examen físico general y no se le encontró nada anormal. Había recuperado el peso que tenía antes de ser sometido a las intervenciones quirúrgicas y no tenía absolutamente nada de qué quejarse. Contra lo aconsejado por nosotros y los señores médicos norteamericanos, siguió tomando una cantidad excesiva de café tinto y fumándose hasta cuatro paquetes de cigarrillos diariamente.

El paciente se quejaba esta vez de un dolor moderado en el hombro izquierdo, que a la radiografía se vió que era debido a una pequeña calcificación en los tejidos blandos de la cápsula articular. Lesión ósea propiamente dicha no se encontró.

El examen control del tórax no mostró cambio alguno en comparación con los exámenes anteriores.

La porción del estómago que quedó después de la gastrectomía parcial estaba vacía y no se demostró en ella lesión orgánica. Las anastomosis estaban funcionando normalmente y a nivel de las bocas anastomóticas no se vió lesión orgánica; las asas delgadas mostraban cambios muy marcados en su mucosa, lo cual es de común observación en casos de esta naturaleza. Al cabo de 2 horas el estómago estaba vacío y la comida opaca llegaba al ciego.

El colon se estudió cuidadosamente mediante enema baritado y tampoco se pudo ver en él lesión orgánica. El calibre de éste a nivel de la anastomosis era normal.

Nuestra impresión en estos estudios de control fue que no había lesión orgánica visible en los pulmones, el esófago, el estómago, el

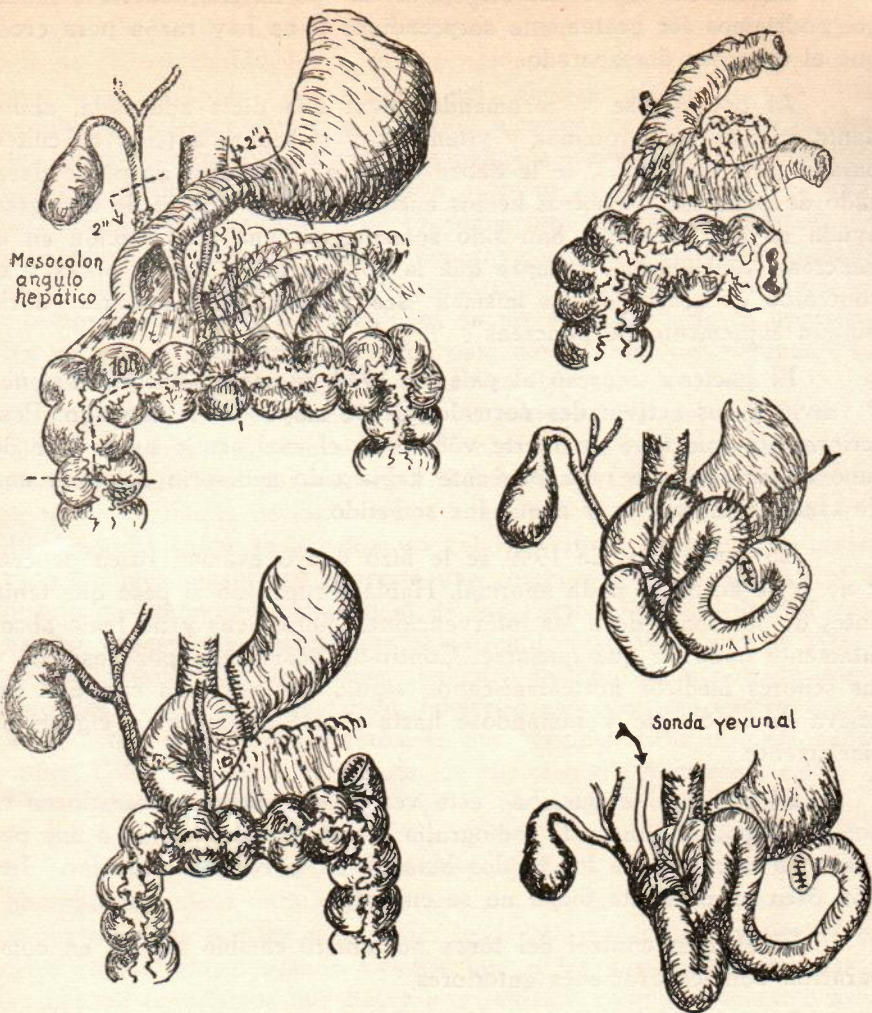


Fig. 7 Caso 1 — Esquemas de la reparación anatómica de la primera intervención y de las anastomosis posteriores.

intestino delgado o el colon; y que las gastróentero anastomosis estaban funcionando normalmente, lo mismo que la anastomosis del colon. En el hombro izquierdo diagnosticamos una bursitis calcificada.

Fuera de los estudios radiológicos que acabamos de comentar, se hicieron controles de Laboratorio que dieron los siguientes resultados:

Hemograma de Wintrobe:

ERITROCITOS	4.980.000
HEMOGLOBINA	12 grs. (80%).

V. C. R. E.	45
P. V. C.	91
P. Hb. C.	24 micromicrogramos.
P. C. Hb. C.	26%.
LEUCOCITOS	8.000
NEUTROFILOS	60%
EOSINOFILOS	3%
BASOFILOS	0%
LINFOCITOS	37%
MONOCITOS	0%

1ª hora 14 milímetros

ERITROSEDIMENTACION

2ª hora 32 milímetros

Química sanguínea:

Glicemia	1.10 grs. por mil.
Azohemia	0.39 grs. por mil.
Colesterolemia	2.95 grs. por mil.
Acido Urico	0.028 grs. por mil.
Creatinina	0.008 grs. por mil.
Proteínas	69.00 por mil.
Serina	40.00 por mil.
Globulinas	29.00 por mil.

Serina

Relación

= 1.57

Globulina

Hanger — negativo

Análisis de orina:

Reacción ácida.	
Densidad	1.015
Albumina	no tiene
Glucosa	no tiene
Cuerpos cetónicos	no tiene
Sedimento:	nada anormal.

Examen coprológico:

No hay parásitos ni microparásitos.

Sangre oculta — negativa.

Segundo caso, R. G. Paciente del Servicio del Profesor Eugenio Villa H., Sala San Juan de Dios Hospital de San Vicente de Paúl.

Enfermo de 24 años de edad, agricultor que consultó en diciembre de 1.950 por dolor en el hipocondrio derecho y una ictericia generalizada acompañada de intenso prurito.

Antecedentes personales:

Enfermedades de la infancia, paludismo, disentería amibiana, parasitosis intestinal, alergia. Fue fumador de tabaco. No había sido operado.

Historia de su enfermedad:

Hacia tres meses se había iniciado su enfermedad con dolor en el hipocondrio derecho, astenia, anorexia, pérdida progresiva de peso, intenso prurito e ictericia. Durante este lapso, las deposiciones fueron decoloradas y hubo poliuria.

Antecedentes familiares.

Sin importancia.

Examen físico:

Aspecto general:

Se trataba de un enfermo de 24 años de edad, desnutrido, débil e icterico.

Pulso: Tenía sesenta pulsaciones por minuto.

Temperatura: Normal 37°.

Presión arterial: Máxima, 11 Mínima 7.

Respiración: Percusión y auscultación normales, 18 respiraciones por minuto.

Piel y Faneras: Cicatriz de forúnculo en mejilla derecha.

Ojos: Tinte icterico de las conjuntivas.

Boca: Dientes en pésimo estado. Mucosas muy pálidas.

Sistema ganglionar: Presentaba adenopatía cervical derecha e inguinal bilateral.

Abdomen: Panículo adiposo escaso. Dolor espontáneo generalizado, aumentado por la palpación.

Hígado: Gran hepatomegalia. Se palpaban dos nodulaciones duras y dolorosas.

Bazo: Era percutible pero no palpable.

Reflejos tendinosos y cutáneos: Normales.

Exámenes verificados: 12-4-50.

Hemograma de Wintrobe.

Eritrocitos	4'410.000 por milímetro cúbico
Hemoglobina	13 grs. por ciento.
Hematocrito	42 cc. por % cc.
P. V. C.	106 Micrones cúbicos.
P. Hb. C.	29'5 micro microgramos.
P. C. Hb. C.	31%.
Leucocitos	8.200 por milímetro cúbico.
	Neutrófilos 75
Polimorfo-nucleares	Eosinófilos 0

	Basófilos	0
Linfocitos	25%	
Monocitos	0%	
Sedimentación Westergren	1ª hora	84
	2ª hora	92

Serología:

Wasserman ++++ Kahn ++++

12-5-50 Pruebas Hepáticas:

Turbidez del Timol 1.6 unidades.

Floculación del Timol: negativo.

Benjuí de Fisher: 1/20 1/40 1/80 T.

12-9-50 Tiempo de Protrombina:

Método de Quick Magat 17 segundos 36,39%.

12-14-50 Biopsia hepática:

Retención biliar.

Inflamación inespecífica.

No había signos de malignidad.

12-28-50 Química Sanguínea:

Glicemia	1.22	grms. por mil.
Azohemia	0.18	grms. por mil.
N. Uréico	0.085	grms. por mil.

12-29-50 Colecistografía: Vesícula excluida.

Examen de L. C. R.

Aspecto ligeramente xantocrómico.

Albúmina	0.20	gramos por mil.
Glucosa	0.83	gramos por mil.
Globulinas (Pandy)		negativo
Células 5 por m.m ³		predominio linfocitario.

1-9-51

Índice icterico	95	unidades.
Bilirrubina	13.2	Mgrs. %
Proteínas totales	7	Grs. por %.
Serina	5.40	Grs. por %
Globulina	1.60	Grs. por %

Relación $\frac{\text{Serina}}{\text{Globulina}} = 3$

3-13-51. Hemograma de Wintrobe:

Hematíes	2'380.000	por milímetro cúbico.
Hemoglobina	5	Grs. por %

Hematocrito	20 c.c. por % c.c.
P. Hb. C.	84 micrones cúbicos.
P. V. C.	21 Micro microgramos.
P. C. Hb. C.	35%.
Leucocitos	7.400.

	Neutrófilos 82%
Polimorfonucleares	Eosinófilos 0%
	Basófilos 0%
Linfocitos	18%.
Monocitos	0%.

Eritrosedimentación	1ª hora 60
	2ª hora 65
Indice Ictérico	30 unidades
Van den bergh. directo	inmediato

3-20-51.Examen Líquido Ascítico:

No se encontraron gérmenes. Había reacción leucocitaria abundante tipo mononuclear.

Tiempo de Protrombina:

Método Quick—Magath —14½ segundos 52%.
4-9-51

Colesterol	3,80 Grms. por mil.
Fósforo	84 Grms. por mil.
Fosfatasa alcalinas	1 unidad Bodansky Kolmer
Fosfatasa ácidas	0 unidades.
Amilasas sanguíneas	8 unidades Winslow.

Estudio Radiológico gastro-duodenal:

Pulmones, esófago y estómago esencialmente normales. La curva duodenal era de amplitud normal, lo cual desde luego no excluía lesión pancreática. En la región Sub-bulbar se apreciaba una franca irregularidad de la mucosa con disminución del calibre duodenal, que en un principio pensamos podía ser debida a un proceso benigno, pero que más tarde, conocida toda la historia, nos decidimos en favor de malignidad.

4-10-51.

Urobilnuria: 1/20 1/50 1/100 1/200.

+ ——— ——— ——— ———

Amilasas	8 unidades Winslow.
Indice icterico	60 unidades
Van de Bergh	bifásico

Bilirrubina	6,4 Mgrs. %.			
Colesterol	3,80 Grs. por mil.			
Benjuí de Fesher	1/20	1/40	1/80	T
	++++	—	—	—

4-13-51 Jugo Gástrico:

No se encuentra B. K.

Fosfatasa alcalinas	1.8 unidades Bodansky Kolmer.
Fosfatasa ácidas	0.6 unidades Bodansky Kolmer.

Hemograma Wintrobe:

Hematíes	2'840.000
Hemoglobina	5,5 grms. %
Hematocrito	23 c.c. por % c.c.
P. V. C.	84 micrones cúbicos
P. Hb. C.	19.5 micromicrogramos
P. C. Hb. C.	24%.
Leucocitos	13.5000.

Polimorfonucleares	Neutrófilos	91%
	Eosinófilos	4%
	Basófilos	0%

Linfocitos	5%
Monocitos	0%

Sedimentación Westergreen	1ª hora	133
	2ª hora	140

Tiempo de protrombina Quick	13½ segundos68%.
-----------------------------	----------------------------

4-14-51.

Reacción de Takata	Positiva fuerte			
Turbidez del Timol	6.8 unidades.			
Floculación del Timol	+			
Benjuí de Fisher	1/20	1/40	1/80	T
	++++	—	—	—

4-16-51.

Índice icterico	95 unidades.
Van den Bergh	bifásico
Bilirrubina total	6 mgrs. %
Bilirrubina directa	4.5. grs. %
Bilirrubina indirecta	1.5 grs. %

4-25-51.

Resistencia	Máxima	0.38
	Mínima	0.28

Evolución.

En diciembre de 1950 mes de su admisión, fue enviado a la Sala de Clínica Quirúrgica para una laparotomía explotadora. Allí fue intervenido con anestesia local, dadas las condiciones miserables en que se hallaba el paciente. En la intervención encontraron una vesícula tensa, congestionada y llena de un líquido viscoso, blancuzco "Bilis blanca". Dadas las circunstancias, practicaron solamente una colecistostomía y desistieron de la laparotomía. Después de transcurridos algunos días, el paciente fue devuelto al Servicio Médico. Doce días después de su regreso presentó una franca ascitis.

La enfermedad evolucionó de manera afebril, con pérdida progresiva de peso que llegó hasta la caquexia. En los últimos días presentó gingivorragias, enterorragias, deposiciones francamente diarreicas, con coágulos y en general de aspecto de sangre digerida, hasta que el 10. de mayo de 1951 murió por caquexia.

De la autopsia que fue verificada por el Profesor Alfredo Correa Henao vamos a presentar los datos más importantes:

En la cavidad abdominal se encontraron 1.500 c.c. de líquido amarillo, así como numerosas adherencias antiguas que unían entre sí el colon, la vesícula, el borde anterior y cara inferior del hígado, la cabeza del páncreas y el duodeno. Había además un trayecto fistuloso a la piel, pasando por la vesícula.

En la primera porción del duodeno se encontró una estenosis franca, a cuyo nivel había una masa blanquecina submucosa que levantaba la superficie interna.

La vesícula estaba llena de un líquido filante incoloro y el colédoco y el cístico eran impermeables.

Después del estudio microscópico, se llegó a la conclusión de que se trataba de un carcinoma primitivo del duodeno, con metástasis hepáticas. Había además ictericia por retención, ascitis, cirrosis biliar y fibrosis pancreáticas.

Comentario

De todos los exámenes que se le practicaron al primer paciente, solamente el estudio radiológico del Duodeno permitió establecer un diagnóstico si no preciso, al menos sí muy probable. En favor de que

la lesión Duodenal era sangrante, estaban la anemia macrocítica e hipocrómica, la eritrosedimentación acelerada y la presencia de sangre oculta en las heces. Es interesante recalcar que a pesar de haber tenido una sintomatología, clínica, de un año, el paciente conservó magnífico estado general.

El paciente cometió un error grande al imponerse por su cuenta y sin exámenes de ninguna naturaleza, un trataamiento que era absolutamente sintomático. Es muy probable que si él hubiera consultado oportunamente, la lesión se habría descubierto en un estado muy inicial lo cual habría hecho el pronóstico más favorable.

El paciente vivió en magníficas condiciones más o menos dos años después de intervenido, al cabo de los cuales presentó una ictericia franca, por lo cual fue necesario reintervenirlo. Durante esa intervención se encontró una reproducción local, la cual se extirpó lo más ampliamente posible y luego se anastomosó nuevamente el colédoco al yeyuno. Posteriormente y por un lapso prolongado presentó crisis septicémicas y en una de ellas falleció el 22 de mayo de 1.951.

El segundo caso que hemos presentado, con sintomatología de corta duración, fue de evolución mucho más rápida que el primero y tanto esto como la clínica tan ruidosa que describimos anteriormente se explican por la localización peri-ampular del tumor.

Creemos que el estudio gastroduodenal ha debido ordenarse en los primeros días de la admisión hospitalaria, pues como vimos este fue el primer examen que mostró en forma objetiva, la existencia de una lesión orgánica duodenal y como en el primer caso permitió establecer un diagnóstico si no preciso, al menos sí muy probable.

En todo enfermo con sintomatología digestiva alta, en quien no se encuentre lesión orgánica del estómago o del bulbo duodenal que la expliquen, es absolutamente indispensable, más que en cualquier otro caso, estudiar el arco Duodenal hasta el ángulo de Treitz. Hacemos hincapié sobre este punto, pues como lo anotamos al revisar la literatura médica, existe la tendencia muy generalizada de prestarle poca atención a esta región del intestino delgado, por lo excepcional que es encontrar lesiones orgánicas en ella.

Una vez establecida la presencia de una probable lesión en el arco duodenal, mediante estudio clínico y exámenes de laboratorio, es inútil tratar de hacer un diagnóstico anatomopatológico a través de la pared abdominal y al enfermo se le debe dar el chance de una laparotomía exploradora, que debe ser practicada por un cirujano capaz de emprender una operación radical curativa, si fuere necesario como ocurrió en uno de los casos que hemos presentado.

Los dos casos que hemos presentado fueron diagnosticados el primero previamente a la operación a que fue sometido. (Intervención quirúrgica radical curativa), y el segundo previamente a la autopsia. Creemos que estos casos motivo de nuestro trabajo, son los primeros que se publican en la literatura médica colombiana.

Resumen.

Hemos presentado una revisión lo más completa posible de la literatura médica sobre carcinoma del Duodeno.

Hemos presentado dos casos de Carcinoma del Duodeno, que creemos sean los primeros que se publican en la literatura médica colombiana.

Hemos hecho algunos comentarios sobre los casos motivo de esta presentación.

Orjol Arango, M.D. M. Sc.
Instituto Radiológico San Rafael
Calle 56 (Bolivia) No. 41-57
Medellín — Colombia

Bibliografía

- 1 Bockus, Henry L. — Gastroenterology Vol. II. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London 1946.
- 2 Boyd, William — A text book of pathology.
Lea & Febiger, Philadelphia, Pa. 1945.
- 3 Buckstein, Jacob — The digestive tract in Roentgenology.
J. B. Lippincott Company Philadelphia, London, Montreal 1948.
- 4 Cecil, Russell L. — A text book of Medicine.
W. B. Saunders Company Philadelphia and London, 1943.
- 5 Dundon, Carroll C. — Primary Tumors of the Small Intestine.
Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy, 1948 59, 492—504.
- 6 Feldman, Maurice, — Clinical Roentgenology of the digestive tract.
The Williams and Wilkins Co. Baltimore 1945.
- 7 Golden, Ross, — Radiologic examination of the Small Intestine.
J. B. Lippincott Company. Philadelphia, London Montreal.
- 8 Hodges, Fred J. — The Gastro-intestinal Trac. A Hand book of
Roentgen Diagnosis. The year Book Publishers,
Inc. Chicago 1944.
- 9 Latarjet, A. — Traité D'Anatomie Humaine, Tome Quatrieme.
Gaston Doin & Cie Editeurs Paris 1931.

DR MIGUEL MUNERA PALACIO
Miembro de Número de la Academia de Medicina de Medellín. Profesor Auxiliar de Medicina Interna.

En colaboración con los Dres. Alfonso Aguirre C. y Antonio Escobar E.

El motivo del presente trabajo es presentar varios casos de Pericarditis aguda no específica, estudiados en la consulta privada.

Consideramos importante el estudio de esta entidad debido a la relativa frecuencia con que se presentan entre nosotros y especialmente a que con los métodos de diagnóstico actual, principalmente el electrocardiográfico se puede hacer un diagnóstico y una diferenciación precisos.

El aumento entre nosotros de el estudio de los síndromes dolorosos de la parte alta del tórax y la posibilidad de confusión en jóvenes adultos de esta entidad relativamente benigna con otra grave, las causadas por enfermedad Coronaria, (1) nos ha estimulado a practicar una revisión de la literatura y a la presentación de estos casos.

La Pericarditis aguda no específica, o pericarditis idiopática, generalmente se presenta en hombres jóvenes entre los 20 y los 37 años (2). Usualmente se presenta después de una moderada infección de las vías respiratorias superiores. El principio es generalmente brusco con dolor retroesternal severo, calofrío y fiebre. El dolor aumenta con la respiración profunda, la deglución y los movimientos bruscos del tronco; se acentúa con el decubito dorsal y se mejora con la posición erecta. El dolor precordial desaparece en 2 a 3 días, pero una sensación molesta puede persistir por varios meses, lo cual puede llevar al paciente a desarrollar síntomas de Astenia Neuro Circulatoria o Neurosis Cardiaca. Los síntomas agudos terminan en 48 horas más o menos.

La leucocitosis con Neutrofilia y la aceleración de la sedimentación globular se encuentran desde el primer día y regresan a la normal al fin de la primera o segunda semana.

El examen físico del Corazón, revela generalmente un frote Siste-diastólico, o sistólico, mas frecuentemente audible a nivel del 3o. y 4o. espacio intercostal a la izquierda del esternón. Es un frote fugaz y aparece y desaparece periódicamente; sólo exámenes repetidos y buena y cuidadosa auscultación ponen de manifiesto este signo.

Aun desde el primer día se encuentran signos físicos y radiológicos de marcado crecimiento cardíaco; sin embargo mucha parte del

crecimiento de la silueta cardíaca es debido según algunos autores (3) a dilatación aguda del corazón y no a derrame pericardiaco, ya que en muchos casos con marcado crecimiento de la silueta cardíaca, no se encuentran signos clínicos de "taponamiento" cardíaco y la paracentesis es negativa. La angiocardiografía (4y5) en estos casos es definitiva para diferenciar el derrame de la dilatación.

En el estudio electrocardiográfico se encuentran siempre signos anormales. Los principales cambios son: desniveles positivos del segmentos RST y cambios en la onda T, los cuales consisten en bajo voltaje, y aun inversión (de aspecto coronario en más de una derivación.

La taquicardia como en todo estado febril es claro registrable: disminución del voltaje de QRS, duración prolongada del espacio QT (sístole eléctrica cardíaca), (6). Y varias clases de arritmia (Ritmo nodal en dos de nuestros casos) son otras de las anomalías electrocardiográficas apreciables.

Siempre que se encuentre bloqueo auriculo-ventricular de 1o. o 2o. grado agregado a los cambios de pericarditis debe pensarse más bien en pericarditis reumática que en la forma aguda no específica.

La enfermedad es por lo general benigna y al cabo de unas semanas regresa en forma espontánea. Las recidivas pueden presentarse y ocasionalmente pueden llegar a producir una Pericarditis adhesiva.

El derrame pericardiaco es estéril y la etiología desconocida; Rinzler y Leibowitz reportan un caso en el cual lograron aislar estreptococo hemolítico, otros autores (7) en casos semejantes no han logrado encontrar títulos anormales de antiestretokinasas y por lo tanto ponen muy en duda las observaciones antes dichas.

Casos clínicos.

Caso No. 1.—Mujer, de 23 años vista en Abril 27/48, posteriormente a un laringitis y traqueitis de 5 días de duración, presenta malestar epigástrico y precordial mas pronunciado en el decúbito dorsal, vómito moderado. Al examen físico se encuentran 70 contracciones por minuto P. A. 90/60.—No se aprecia frote. Al examen general no presenta nada anormal. Temp. 38,5°, tos ocasional poco intensa. El estudio electrocardiográfico, hecho el mismo día, muestra los siguientes cambios: inversión de onda T. en D II. D III y en V5 V6—Posteriormente estos cambios, desaparecieron.

La Sed, Gl. 1a. hora 15 min. y 2a. 3o min. 8.800 Leucocitos con Neutrófilos 41.5% y linfocitos 42%, se prescribe reposo absoluto en cama.—Aspirina, codeína y fenobarbital.

En Mayo 10/48 hay una mejoría clínica notable el E. C. G. es prácticamente normal, persiste ligero difasismo —de T en V6. Sedimentación globular 1a. hora 7 minutos, 2a. hora 20 minutos. En Junio 18/48, aparece ligero dolor laríngeo y persiste malestar precordial. Se prescribe vitaminas C.

En Junio 21/48 dolor dorsal, tos ligera, nada anormal al examen clínico.

Fluoroscopia: Corazón Normal.

Reanudando su actividad en forma íntegra al cabo de 2 meses, en la cual continúa en la actualidad.

Caso No. 2.—Hombre de 19 años, deportista, en Agosto 6/51 después de un prolongado baño en piscina; presenta bruscamente un dolor agudo precordial el cual acompañado de colapso intenso. Visto a las 3 horas se encuentra a la exploración un frote pericárdico y 3o. ruido cardíaco.—Bradicardia 60 y Temperatura de 37.5 c. El E. C. G. muestra un ritmo nodal con frecuencia cardíaca de 71 P. M.—El segmento R S T es desprendimiento brusco en VII VIII y a VF y con ligero desnivel positivo de VI a V4.

Al 2o. día desaparece el frote pericárdico, no se encuentran signos clínicos o Radiológicos de derrame pericárdico. El E. C. G., tomado en Agosto 14/51 muestra la desaparición del ritmo nodal y la normalización de segmentos R. S. T.

A las 2 semanas el estado general era totalmente normal. Fue tratado con reposo.—Salicilato de sodio y penicilina.

Caso No. 3.—Hombre de 34 años, visto en Octubre 9/51. Pues desde hace varios días presenta dolor en la espalda. En la mañana dolor recto esternal intenso irradiado de los vasos del cuello el cual se aumenta con los esfuerzos e inspiraciones profundas. A la auscultación precordial, frote pericárdico sistólico en 3o. y 4o., espacios intercostales izquierdos. Al 1/4 de hora el frote aumenta de intensidad y se vuelve sistel o diastólico. La frecuencia cardíaca es de 80 P M y arritmica por presencia de extrasístoles.

P. A. 120/80.—Temperatura 36.2 c.—A los Rayos X la silueta cardíaca es normal.

El E. C. G. muestra un discreto desnivel positivo (covo plano) en VL y desprendimiento brusco de R. S. T. en todas las derivaciones. El complejo Q. R. S. en V3 está empastado.

Se ordena reposo en cama y se prescribe papaverina, penicilina, aspirina, Fenobarbital. El frote desaparece a las 10 horas. La presión arterial no se modifica, el pulso se hace un poco más lento con el

reposo. La sedimentación globular, es normal. Existe moderada leucocitosis.

El E. C. G. 14 de Octubre, muestra ritmo auricular bajo; el complejo Q R S, en V3 continúa empastado; se aprecia franco desnivel positivo de R. S. T. en standard y precordiales.—Se aprecia desnivel negativo (covoplano) en VL, VR.—La onda T es negativa en VL y VI.

E. C. G. Octubre 31/51. Muestra moderada disminución de los cambios anotados en el E. C. G. previo.—Actualmente está asistématico.

Caso No. 4.—Hombre de 24 años, consulta por dolor agudo epigástrico y en la punta del corazón, el cual empezó la víspera, e inmediatamente después de ingerir una bebida helada. El dolor aumenta de intensidad con la respiración.—Temperatura, 37,4 ligera sudoración.

Al examen físico, no aprecia nada anormal.—Pulso regular 108 P. M.

A las 3 horas se aprecia frote sistodiastólico a nivel del 3o. espacio intercostal izquierdo y en una área de unos 3 centímetros.—Presión arterial 100/80.—Dolor intenso precordial y sudoración.

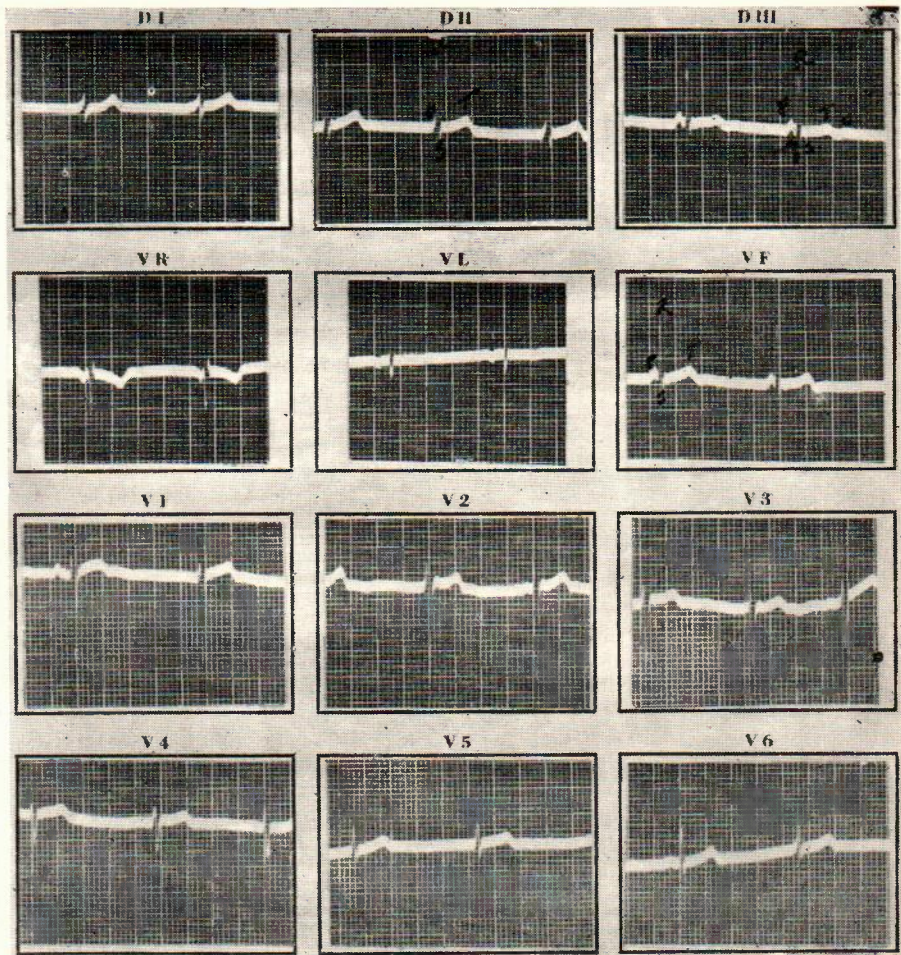
E. C. G.—Febrero 16/52. Muestra taquicardia sinusal y desnivel positivo en VL. La Teleradiografía, muestra moderado aumento de la silueta cardíaca.

Se encuentran 13.600 Leucocitos, 83% Neutrófilos, 2% Eosinófilos 13% Linfocitos, y 2% demonocitos.

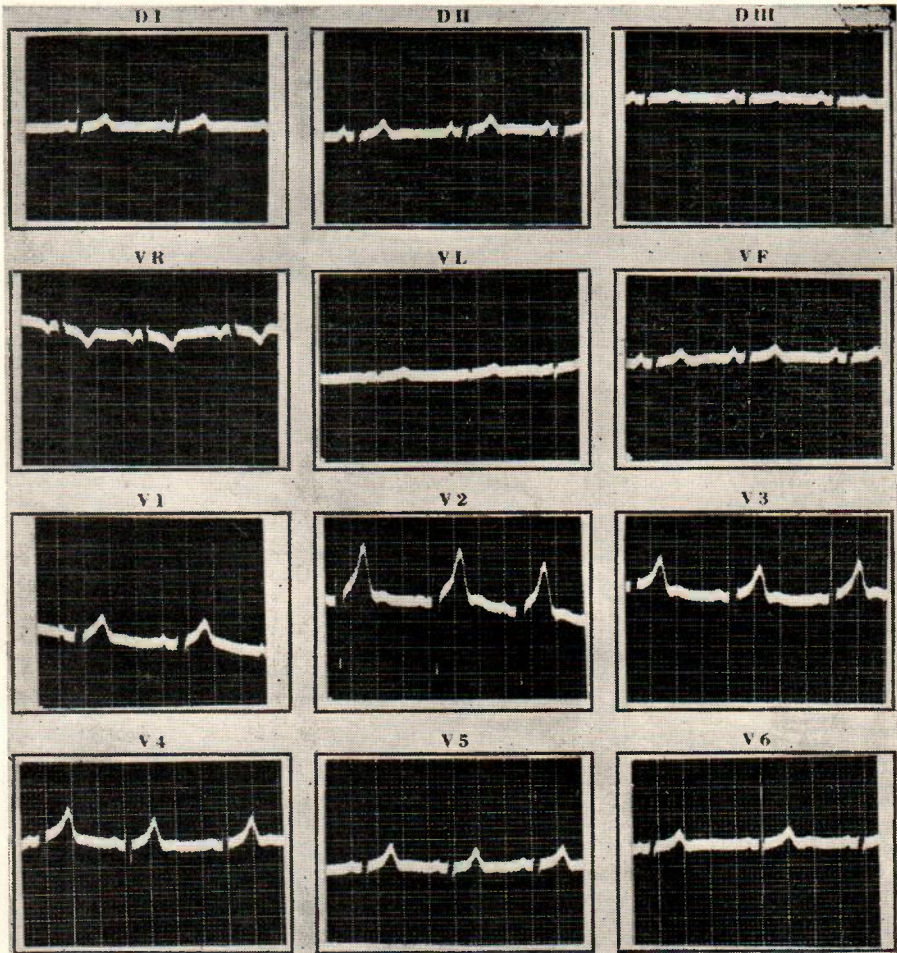
Sedimentación la hora, 5 milímetros. En la noche del 16 de Febrero hay delirio, y diaforeses abundante. Se aplicaron 0.20 miligramos de morfina, debido a la intensidad del dolor precordial. La temperatura a esta hora es de 38.2C.

En Febrero 17/52 el frote se percibe en toda la región precordial, a la percusión se aprecia una zona mate en 2 y 3 espacios intercostales izquierdos hasta 3 centímetros por fuera del borde externo correspondiente. La P. A. es de 105/80. Se presenta una abundante exoneración intestinal, con la cual cede toda la sintomatología abdominal persiste el dolor precordial especialmente con los movimientos respiratorios amplios y con la tos.

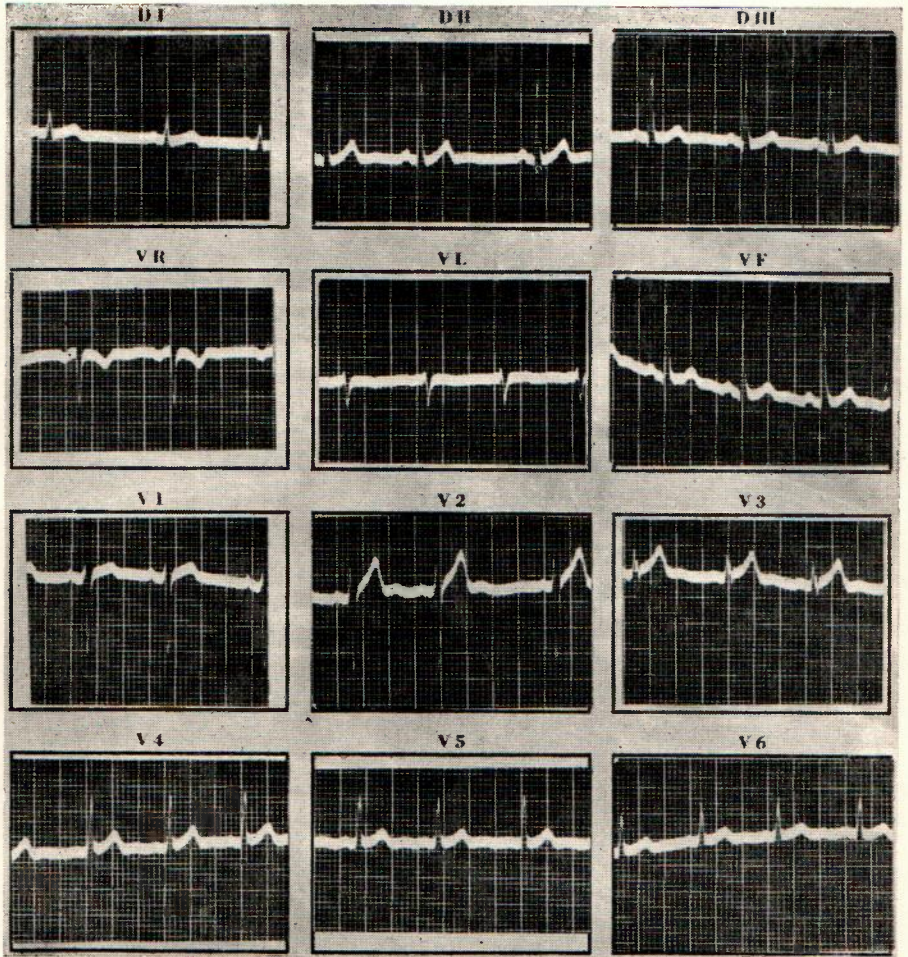
En Febrero 18/52 el frote pericárdico ha desaparecido, se aprecia mejoría del estado general y la temperatura es de 37.4C. La interpretación del E. C. G. tomado en la fecha es la siguiente: Ritmo sinusal 85 por minuto. Onda P. 008.—PR 0.16" QRS 0.06". Eje Eléctrico a 45 grados. Posición eléctrica intermedia.—Ondas P. positivas en



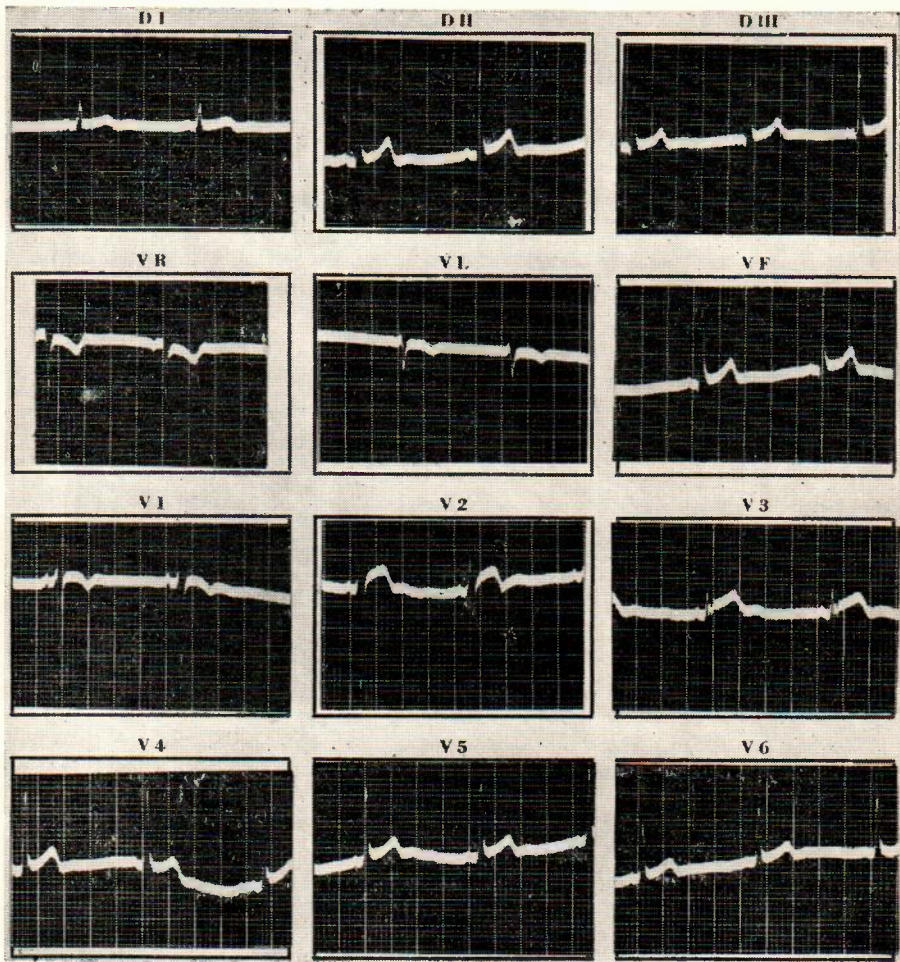
Caso Nº 2 — A. P. Electrocardiograma Nº 1 Agosto 6/51



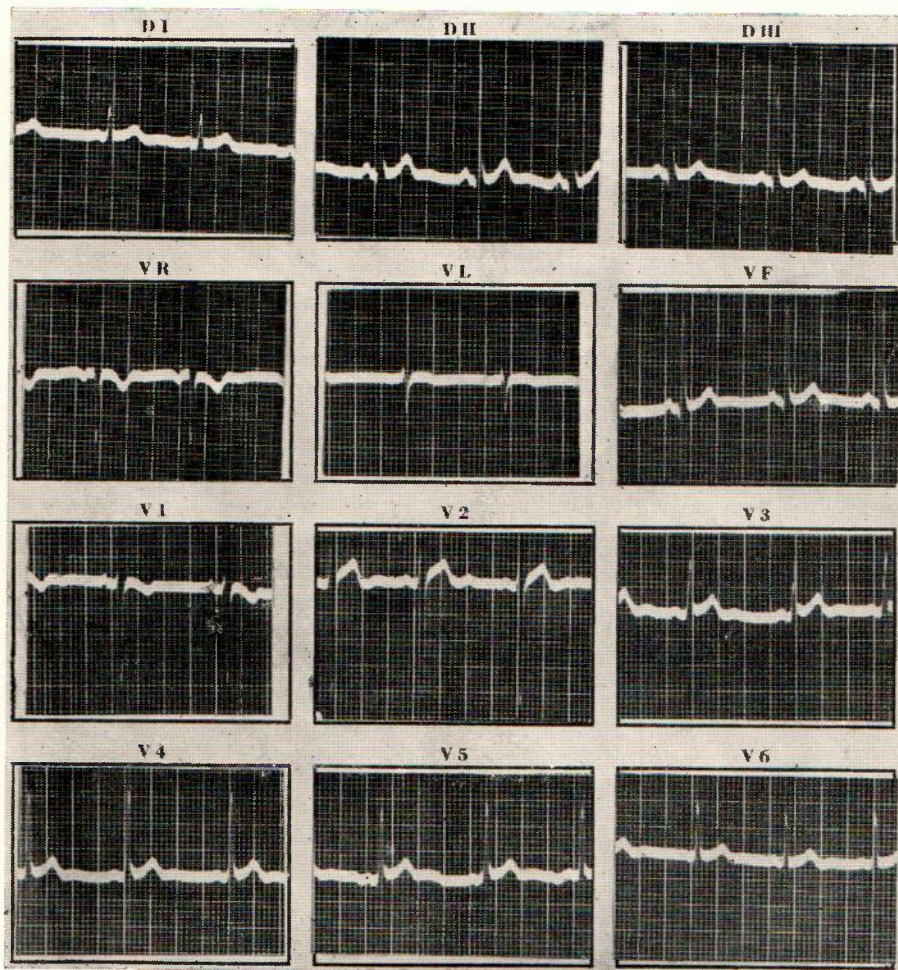
Caso Nº 2 A.P. Electrocardiograma Nº 2 Agosto 14/51.



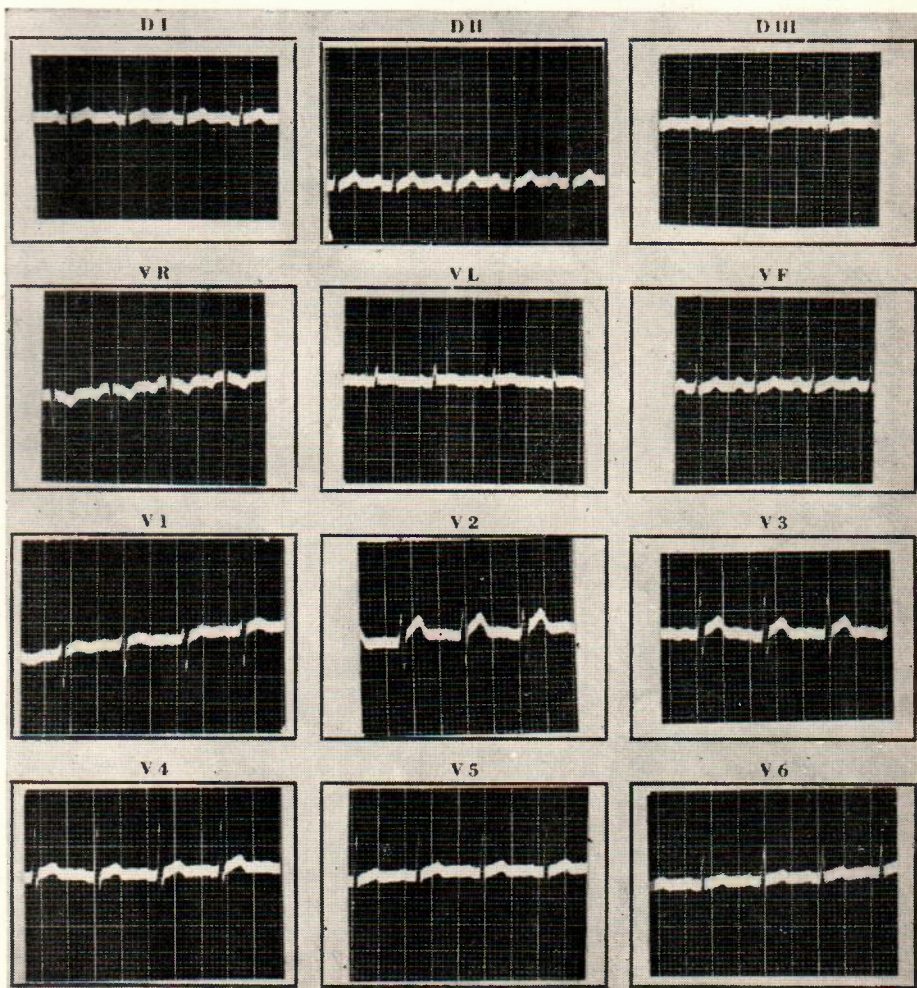
Caso Nº 3 H.L. Electrocardiograma Nº 1. Octubre 9/51.



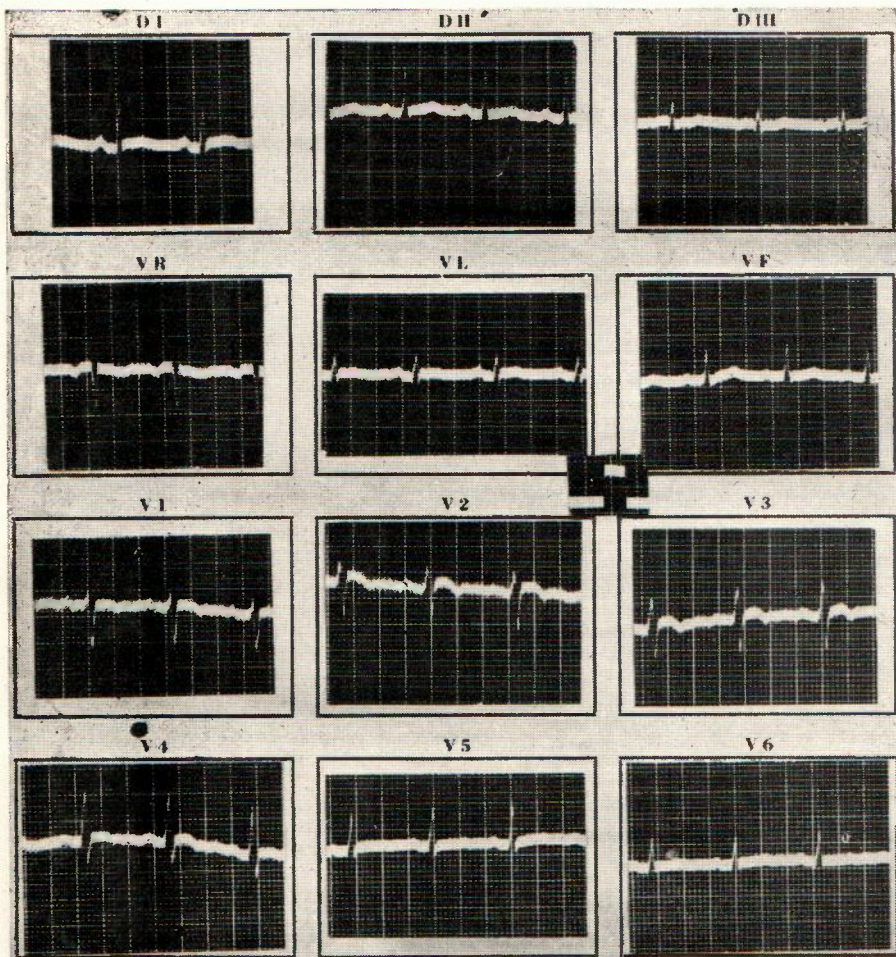
Caso N° 3 H.L. Electrocardiograma N° 2. Octubre 14/51.



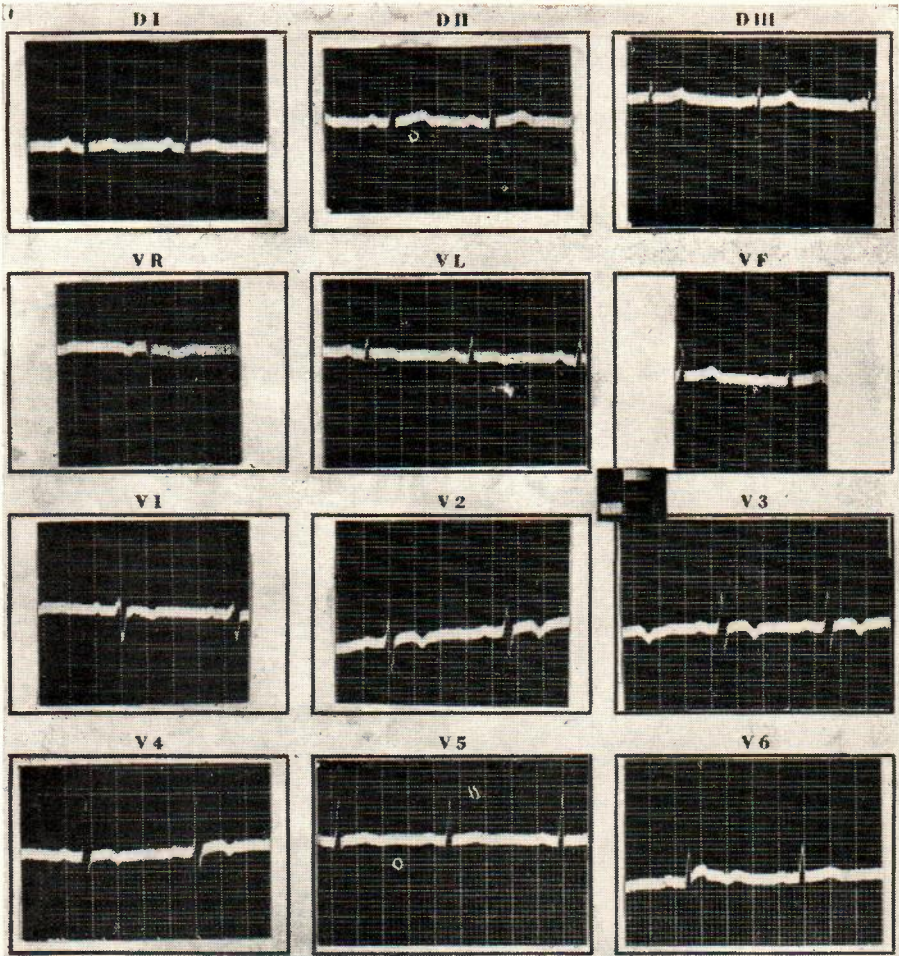
Caso Nº 3 H. L. Electrocardiograma Nº 3. Octubre 31/51.



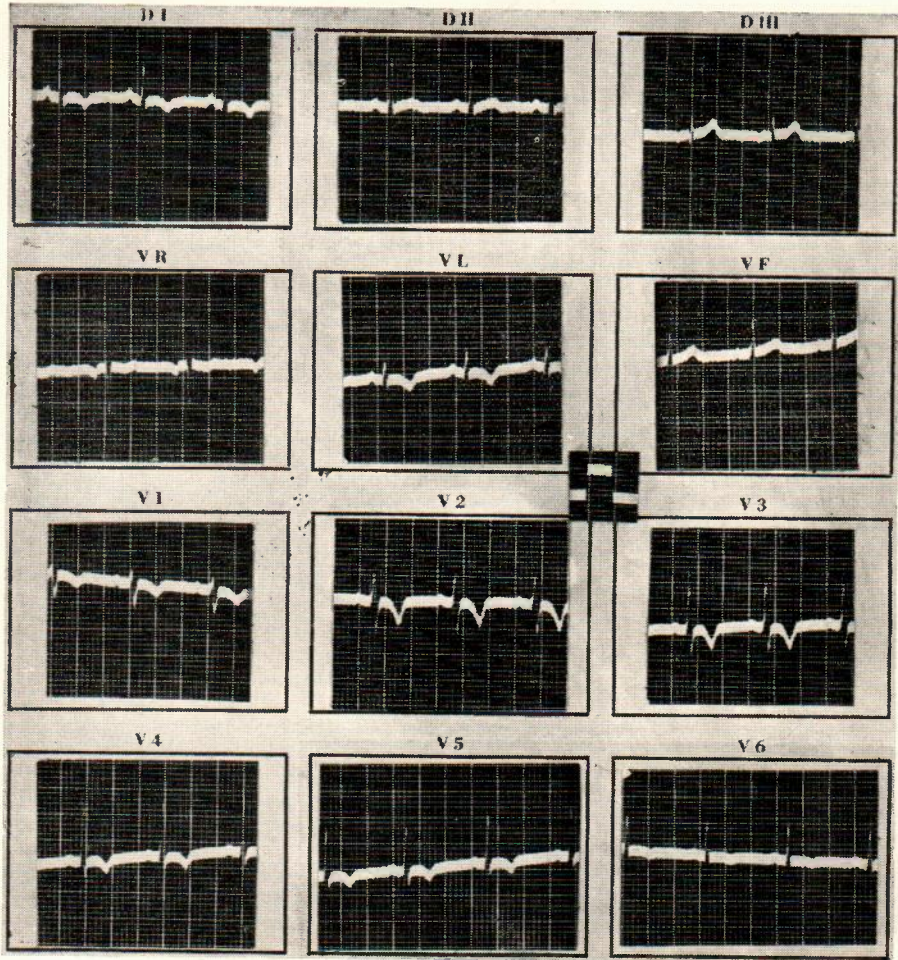
Caso Nº 4 J.R. Electrocardiograma Nº 1 febrero 16/52.



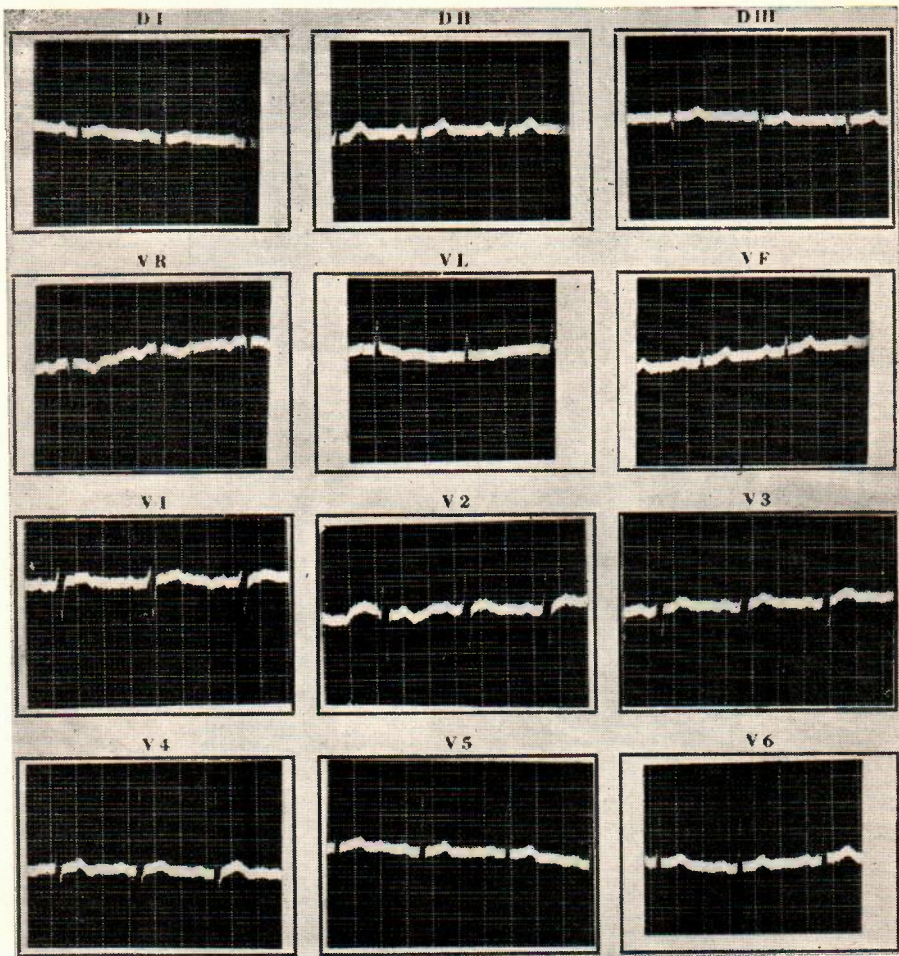
Caso Nº 4 J.R. Electrocardiograma Nº 2. febrero 18/52.



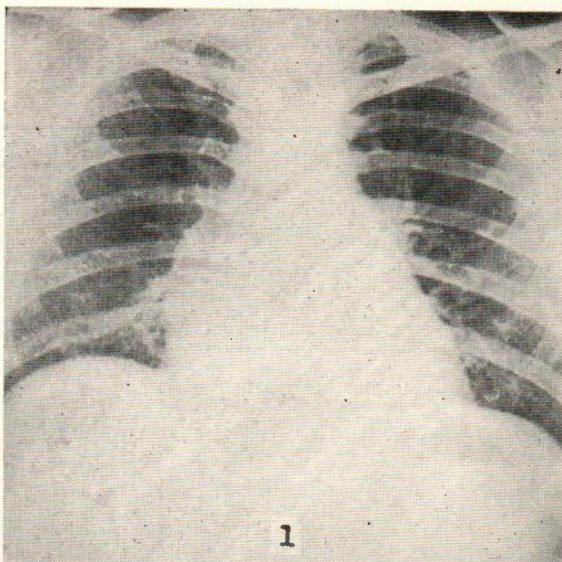
Caso N° 4 J. R. Electrocardiograma N° 3. febrero 22/52.



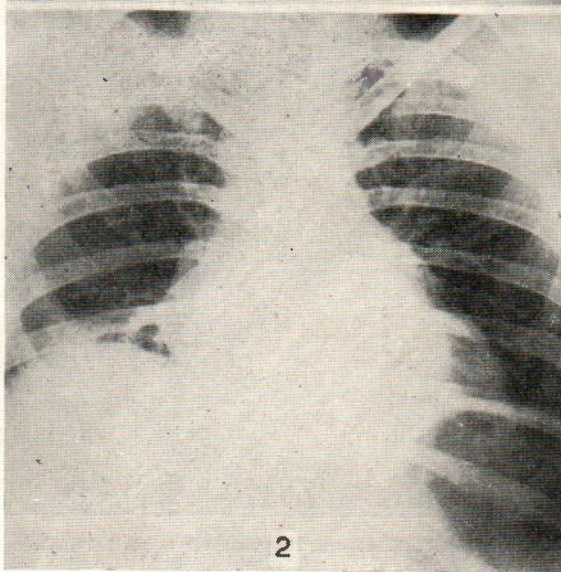
Caso Nº 4 J.R. Electrocardiograma Nº 4 febrero 29/52.



Caso Nº 4 J.R. Electrocardiograma Nº 5 abril 1º/52.

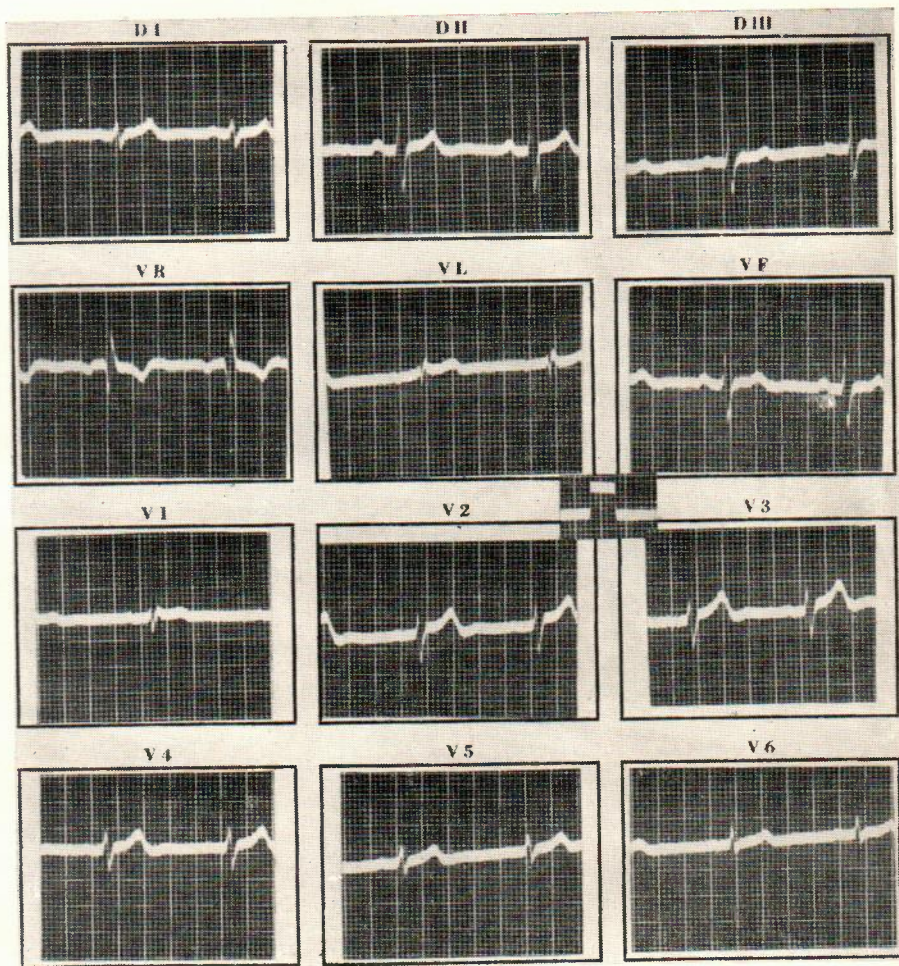


1

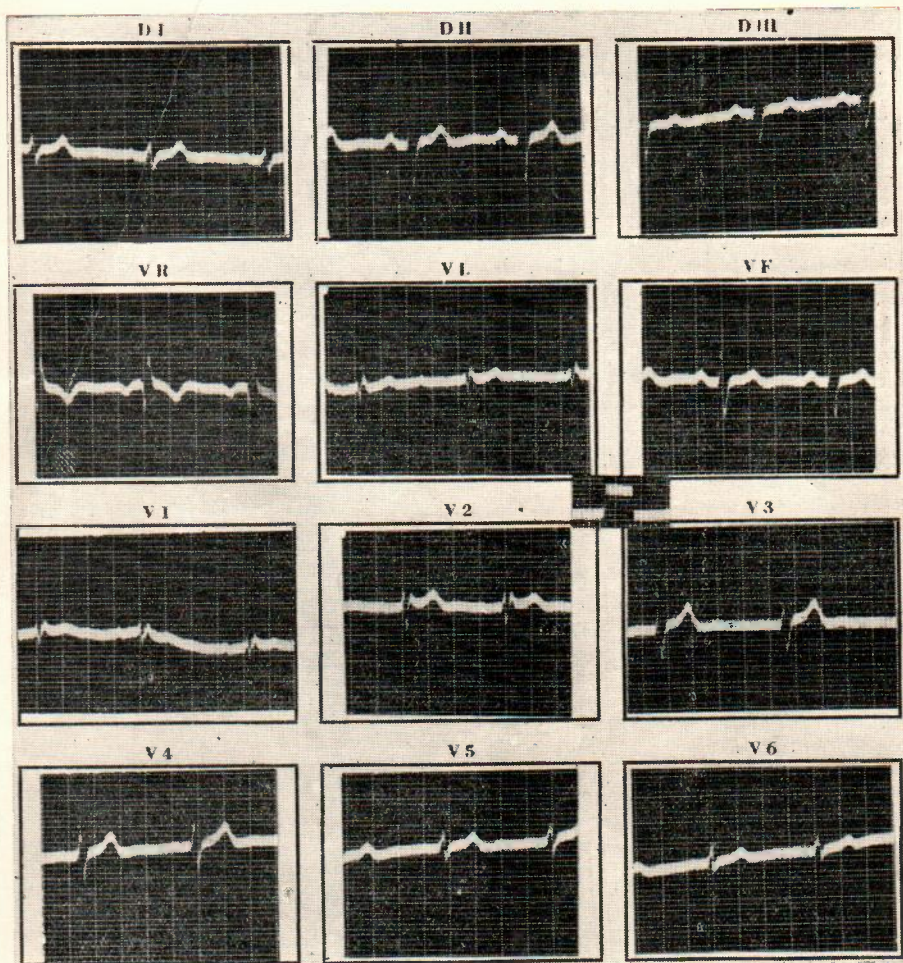


2

Caso Nº 4 J.R. Radiografía Nº 1 febrero 16/52.
Cardiomegalia. No se aprecia derrame Pericárdico.
Caso Nº 4 J.R. Radiografía Nº 2 febrero 20/52.
Derrame pericárdico.



Caso Nº 5 G.M. Electrocardiograma Nº 1. abril 15/52.



Caso Nº 5 G.M. Electrocardiograma Nº 2. agosto 14/52.

Standars y VI. Complejo QRS de morfología y voltaje normales segmentos RST discreto desnivel positivo, convexo hacia arriba de VI hasta V4.—Onda T de bajo voltaje en DI, VL, V5 y V6.—Negativa de VI a V4.—Conclusión: El trazo indica lesiones miocárdicas ventriculares y una de lesión e isquemia en la región anterior del corazón. Cambios típicos de Pericarditis.

El Hemograma hecho en este día muestra un descenso de los leucocitos los cuales llegan solo a la cifra de 9.800 repartidos así: Neutrófilos, 66% Eosinófilos 40%. Linfocitos 26% y Monocitos 4%. La Sedimentación globular 53 a la 1a. hora y 70 a la 2a. hora.—Examen de orina: Normal. La Radiografía tomada en Febrero 20, muestra signos claros de derrame pericárdico.

El dolor precordial disminuyó progresivamente hasta desaparecer casi totalmente.—Los Electrocardiogramas tomados en Febrero 22 y 29, muestran una disminución del desnivel de ST y una mayor negativización de las ondas T., lo cual es apreciable también en DI VL V5 y V6.

La Sedimentación globular fue disminuyendo paulatinamente hasta hacerse normal. 2 minutos en una hora el 31 de Marzo.

El 1o. de Abril al examen se aprecia ritmo regular. En frecuencia 90 por minuto.—Ruidos normales. A la fluoroscopia, silueta cardiovascular normal y el E. C. G. dentro de límites normales (regresión de los desniveles del segmento RST.—y las ondas T se hicieron positivas en DI y VI a V6.

Caso No. 5.—Abril 16/52. Hombre de 28 años.—Bruscamente presentó una sensación hiperestésica precordial, que luego en forma de "calambre" se irradió al miembro superior izq.—Fue instantáneo y no se acompañó de ninguna otra sintomatología. Al examen físico. Revoluciones Cardíacas rítmicas a la frecuencia de 60 por minuto.—A nivel del 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo se oye un frote sistólico.

P. A. 130/60.

E. C. G.:Mostró desviaciones de Segmentos ST en V1 y V2. Temperatura.—36,2.—Leucocitos 8.600 N 59% E 3% L 38%.

Al cabo de 4 a 6 días persiste el frote. El estado general es bueno.—Apirético.

E. C. G.: Muestra regresión de los cambios.—Persiste en VI elevación de ST. El frote desapareció el décimo día.

Tratamiento: Reposo en cama, salicilato de sodio y penicilina.

Comentarios.

1. — De los 5 casos sólo se encontró una mujer, lo cual guarda relación con lo encontrado por otros autores.
2. — En los 5 casos, se encuentran 2 casos con ritmo nodal, lo cual no ha sido encontrado en los casos descritos por los autores por nosotros consultados. Este cambio electrocardiográfico, indica indudablemente un ataque a la fibra, miocárdica misma (aparato de conducción).
3. — En uno de nuestros casos parece jugar un papel importante el esfuerzo físico exagerado y el enfriamiento.
4. — En el caso No. 4 apareció derrame pericárdico el cual no fue necesario puncionar y desapareció con tratamiento médico.
5. — El tratamiento fue hecho en la mayoría de los casos a base de reposo en cama, antibióticos y salicilato.
6. — La recuperación en todos los casos fue completa y hasta el momento no se han observado complicaciones de adherencias pericárdicas.
7. — En todos nuestros casos, los cambios electrocardiográficos fueron observados, desniveles de los segmentos RST y cambios en ondas T y el ritmo nodal ya citado.
8. — Queremos hacer hincapié en el hecho claramente notado por nosotros, que los cambios electrocardiográficos no aparecen siempre en las primeras horas, razón por la cual se deben tomar Electrocardiogramas seriados y pasadas las primeras 48 horas, en casos con síntomas clínicos sospechosos o típicos.

Referencias.

- 1) Un caso de Insuficiencia Coronaria aguda. **Orientaciones Médicas.** Dr. Alfonso Aguirre, Mayo de 1952.
- 2) Nay, R. M., and Boyer. **American Heart Journal.** Vol. 32: 222, 1946.
- 3) Diseases of the Heart, Diagnosis and treatment. **Golberger** 1952.
- 4) Comander **Ralph C. Parker Jr.** Lt. Comander Henry R. Cooper. **Journal of American Medical Association.** Vol. 147 No. 9 Oct. 1951
- 5) Comander Ralph Parker etc..... **J A M A .** Vol. 147 No. 9 Oct. 1951.
- 6) **Friedberg:** Diseases of the heart.
- 7) **R. B. Logue, MD.** and **Martín H. Wendkos.** **American Heart Journal.** 36: 587 1.948.
- 8) **Harrison: Internal Medicine.**

EL FACTOR MASCULINO EN ESTERILIDAD

DR. DARIO SIERRA L.
Académico de Número

Definamos lo que se entiende por esterilidad que es la incapacidad para que se realice la concepción. Distinto al término de infertilidad, que es la incapacidad de llevar a término el producto de la concepción, caso en el cual, el hombre puede ser el responsable.

La esterilidad se divide en primaria, secundaria y esterilidad de un solo hijo. La primaria cuando el matrimonio no consigue ningún embarazo.

La secundaria, cuando después de varios hijos se instala una esterilidad consecencial a abortos, infecciones, métodos anti-concepcionales etc. La esterilidad de un solo hijo se presenta con relativa frecuencia, observándose generalmente que en estos casos la causa reside en la mujer.

Para que un matrimonio sea fértil se requiere por parte del hombre de acuerdo con Meaker:

- 1) Que los testículos produzcan espermatozoides normales.
- 2) Que desde los testículos hasta el meato uretral haya libre paso de los espermatozoides así como del líquido espermático.
- 3) Las glándulas anexas masculinas deben tener sus secreciones normales de tal manera que favorezcan a los espermatozoides.
- 4) Eyaculación normal de los espermatozoides al medio vaginal.

He querido hacer algunas anotaciones al rededor del factor masculino en esterilidad por las siguientes razones: 1) El abandono tan lamentable del factor masculino en las parejas estériles.

2) Se ha considerado con una gran injusticia que es la mujer la culpable de la falta de descendencia en las parejas estériles cuando es precisamente todo lo contrario en un gran porcentaje de casos. A este respecto veamos: Meaker, con un gran criterio, sostiene que el 75% corresponde al hombre por cuanto él coloca en su estadística al hombre que ha hecho estéril a su mujer transmitiéndole infecciones en todo su tracto genital. Pero aún los que no incluyen ese factor están de acuerdo con las estadísticas en sostener que el marido es responsable desde un 40% hasta un 50%.

3) Ese abandono del factor masculino no sólo es culpa del médico sino del mismo marido que con un criterio simplista mira como el acto sexual lo lleva a efecto perfectamente; contempla su estado de sa-

lud general y piensa que está en buenas condiciones. Desgraciadamente la mujer, ingenua por lo general, ruega no hacer ir al marido a la consulta por qué él no es el causante y tiene muchas ocupaciones.

4) El marido que se siente culpable por la serie de enfermedades sufridas en su juventud, trata de evadir la consulta, bien sea porque sabe de antemano que suya es la culpa, ya porque teme que el médico lo descubra ante su mujer de ser el causante de la esterilidad, lo que nunca debe ocurrir.

5) Los laboratoristas deben poner especial empeño en verificar los exámenes de esperma con un buen criterio científico, sin necesidad de pasar los límites de una moral intachable. Hay ocasiones en donde miramos un examen de esperma que francamente entra en lo ridículo; a veces porque así fue pedido; en otras porque ha habido desidia, pues dada la simplicidad de un examen completo de esperma no puede ser imprevención.

Ante las razones expuestas me he dado a la tarea de rechazar dentro de mi consultorio toda consulta de parejas estériles cuyo marido no quiere colaborar y así mismo exijo cuando no van con él una nueva cita para iniciar el examen partiendo primero del factor masculino. Así, en muchas ocasiones, después de un examen clínico completo del marido y una espermato-bioscopia que me satisfaga, lo dejo tranquilo y continuo el estudio con la mujer. No se justifica en manera alguna iniciar la serie de pruebas y maniobras que exige una mujer estéril sin conocer el factor masculino.

El examen clínico requerirá un interrogatorio a fondo sobre posibles enfermedades venéreas (sífilis, Neisser) enfermedades infecciosas (paperas etc.). Condiciones de trabajo, régimen alimenticio.

El examen somático tratará de buscar focos sépticos, carencias alimenticias, estados de intoxicación, lesiones endocrinas etc.

Luego vendrá el examen genital cuidadoso. Testículos: forma, tamaño, consistencia, sensibilidad. Se examinará el epidídimo, las bolsas. Se observará si hay varicocele, hidrocele, etc. Tamaño del pene y huellas de chancros que bien pudieran pasar desapercibidas.

Condiciones del esperma normal

Volumen. Las grandes cantidades de semen están asociadas frecuentemente a infecciones crónicas de próstata o de vesícula seminal (Hyman) con mucha frecuencia se observa así mismo que el volumen pequeño se asocia con aspermias. El término medio del volumen se considera entre tres y cuatro centímetros cúbicos.

Licuefacción. En el esperma existe una enzima mucolítica que licua el esperma en el término de diez a treinta minutos después de eyaculada, pues inmediatamente, ella presenta un aspecto gelatinoso. La licuefacción puede no producirse por dos razones: la primera porque hay mucus proveniente de alguna inflamación o segundo por ausencia de la enzima. Sea por una o por otra razón la viscosidad es mayor, dificultando el movimiento de los espermatozoides (Schtirbu).

Acidez Iónica. El Ph debe ser siempre alcalino, siendo normal entre 7, 5- 8, 5. Cuando existe un Ph de 6 o menos se encuentra por lo general una necropermia asociada. (Campos).

Movilidad. En el esperma normal la movilidad inmediata debe ser de un 80% de los espermatozoides, pero teniendo en cuenta que esa movilidad no debe ser la rotatoria o pendular pues no se consideran normales: en cambio se requiere una movilidad migratoria. La movilidad debe observarse cada cuatro horas y a las 24 horas todavía debe existir una buena cantidad de formas móviles. Murray prolonga este examen por varios días en tubo capilar y esto constituye la prueba de Murray.

Recuento espermático. No todos los autores están acordes en la cifra mínima por cc. de espermatozoides para que un esperma sea fecundante. Meaker por ejemplo sostiene que nunca ha visto un esperma fecundante con menos de 60 millones por c.c. En cambio Weisman refiere casos con 10 y 15 millones que parecen explicarse por una gran fertilidad femenina. Lo normal es un total de 200 a 240 millones en todo el eyaculado.

Morfología. Moench - Mac. Leod-Williams, han hecho clasificaciones respecto a la morfología. Se debe tener en cuenta que son tantísimas las formas anormales que no se han podido colocar en una clasificación, de ahí que los autores se están limitando a las anomalías más frecuentes. Hay que tener en todo caso un dato de verdadera importancia y es que más de un 20% de formas anormales considera el esperma como clínicamente estéril, pero ello no quiere decir que no se deba ser muy prudente al dar conclusiones demasiado terminantes.

Espermatobioscopia en contenido vaginal post-coito y espermatobioscopia en contenido endocervical post-coito.

Se debe este magnífico método de examen al eminente médico mexicano Dr. Luis Rodríguez Villa. Veamos en que consiste la técnica:

El examen debe verificarse durante la supuesta fecha ovular o sea, al rededor del décimo cuarto día del ciclo menstrual, previa abstinencia sexual de una semana aproximadamente.

El coito se efectuará normalmente en el domicilio privado del matrimonio en estudio. Terminado el acto sexual la mujer permanecerá en cama, en decubito supino por espacio de un cuarto de hora, al término del cual, tomará una posición semi sentada en la cama colocando una caja de petri esteril para recoger lo que normalmente escurra del contenido vaginal procediendo inmediatamente a enviarlo al laboratorio.

El laboratorista a su recibo empieza por medir la cantidad enviada y efectuar el siguiente estudio:

- 1) Acidez iónica o (PH).
- 2) Cantidad de zoospermos por c.c.
- 3) Porcentaje de espermatozoides móviles al recibo y luego de hora en hora.
- 4) Porcentaje de espermatozoides anormales.

Tres horas después del laboratorista haber recibido la muestra, la mujer en estudio se presentará al laboratorio con el fin de efectuar la espermatobioscopia endocervical sin que se haya efectuado limpieza alguna genital después del coito.

El laboratorista tomará con una pipeta el contenido del endocervix y efectuará los siguientes exámenes:

- 1) Acidez ionica o (PH).
- 2) El número de zoospermos por campo microscópico (aumento de 400 diámetros).
- 3) Porcentaje de zoospermos móviles.

(Obsérvense los 5 primeros cuadros).

Se debe hacer el diagnóstico de esterilidad absoluta cuando exista una azoospermia persistente.

En este caso se continuará el estudio por una biopsia testicular, procedimiento sencillo que hemos efectuado varias veces y que sirve para diferenciar las aspermias obstructivas, de las aspermias por desórdenes en la espermatogenia o por esterilidad congénita. Entendiendo por esta última con Trabuco que fue quien primero la describió: "La carencia de poder fecundante por falta absoluta de espermatozoides sin mediar ninguna afección obstructiva, ni vicios de conformación prácticamente visibles en las vías de conducción de las células masculinas, estando además la potencia viril perfectamente conservada". Como su mismo autor concluye "se atribuye su patología a la ausencia del epitelio germinal de modo absoluto, primario y definitivo, interpretando su

patogenia por la falta de penetración de los gonocitos primarios dentro del embrión en el periodo pre o parasomítico, basando esta interpretación en hechos experimentales".

Si la aspermia es por obstrucción se contemplarán dos modos de proceder: Si se encuentra clínicamente el sitio de la obstrucción en los epidídimos, se indica el tratamiento que consiste en la vasoepididimos-
tomía. Si no se encuentra hay que tratar de localizarla, bien sea inyec-
tando sustancia de contraste y efectuando entonces un examen radio-
gráfico de vías espermáticas; ya con exploración por medio de sondas
con previa incisión, procedimiento Brasileño de Ernani Cunha; o tam-
bién por el procedimiento de desobstrucción, parecido a la persuflación
tubaría, pero en este caso del cordón, procedimiento de Trabuco. Des-
pués se elegirá la técnica para la operación.

Líquido seminal	Cifra Media:	Mínima:	Máxima:
Weisman (6)	7.5	—	—
Hotchkiss (Op. cit. 6)	8.1	7.7	8.5
Cary y Hotchkiss (Op. cit. 6)	8.25	8.1	8.4
Weisman (6)	7.75	7.5	8.0
Meaker (Op. cit. 6)	8.2	8.0	8.4
Hotchkiss y col. (Op. cit. 6)	8.2	7.1	8.9
Goldblatt (Op. cit. 6)	7.65	7.5	7.8
Kolmer y Boerner (7) y Kolmer (9)	7.8	7.2	8.9
Goldblatt (Op. cit. 10)	7.25	7.2	7.3
Gradwohl (13)	8.25	8.1	8.4
Zagami (Op. cit. 14)	7.42	7.35	7.5 (25°C)
Shedlovsky y col. (Op. cit. 14)	8.0	7.6	8.4 (25°C)
Miller y Kurzrock (Op. cit. 14)	7.8	—	—
<u>Promedios</u>	7.41	7.57	8.22
Contenido vaginal recogido en caja de Petri, 15 minutos después del coito: Rodríguez Villa y Martínez. (4).	7.85	6.99	7.83
Contenido vaginal post-coitum mantenido dentro de la vagina: Weisman (6)	A la hora del coito: pH: 8.0 o más A las 2 horas del coito: „ 7.0 a 8.0 A las 3 horas del coito: „ 5.5 a 7.5		

Acidez iónica de la vagina antes del coito (Karnaky Op. cit. 6) 3.5. a 4.5
 Acidez iónica de la vagina después del coito (Weisman 6): 6.0 a 7.5

NUMEROS DE ZOOSPERMOS

Líquido seminal	Cifra media:	Mínima	Máxima:
Holffman (5)			
Hotchkiss (Op' cit. 6)	100,000.000		
Belding (Op. cit. 6)	125,000.000	100,000.000	150,000.000
Macomber y Saunders (Op. cit. 6)	119,000.000		
Weisman (6 y Op. cit. 15)	100,000.000		
Hotchkiss, Brunner y Grenley (14)	100,000.000		
Pollák y Joél (Op. cit. 6 y 15)	120,630.000		
Kolmer y Boerner (7) y Kolmer (9)	90,000.000	60,000.000	120,000.000
Anido Fraguío (8)	125,000.000	100,000.000	150,000.000
Fisher (11)	135,000.000	70,000.000	200,000.000
Gradwohl (13)	135,000.000	70,000.000	200,000.000
MacLeod (16)	70,000.000		
Meaker (Op. cit. 15)		60,000.000	
Cary (Op. cit. 15)	100,000.000		
Lane Roberts (Op. cit. 15)	80,000.000	60,000.000	100,000.000
Mazer e Israel (Op. cit. 15)		50,000.000	
William y Simmons (Op. cit. 15)	100,000.000		
Hamblen (Op. cit. 15)	55,000.000	50,000.000	60,000.000
McLane (Op. cit. 15)	90,000.000	60,000.000	120,000.000
Hotchkiss y MacLeod (Op. cit. 15)	100,000.000		
Simmons (15)	90,000.000	60,000.000	120,000.000
		60,000.000	
Promedios:	101,923.888	66,666.666	135,555.555
Contenido vaginal recogido en caja de Petri, 15 minutos después del coito.			
Rodríguez Villa y Martínez (4)	93,170.000	67,180.000	119,160.000

PORCENTAJE DE ZOOSPERMOS ANORMALES

Cuadro 3

Líquido seminal	Cifra media:	Mínima	Máxima:
Holffman (5)	10	—	—
Moench (Op. cit. 5, 6)	—	—	20
Mc Clellan (Op. cit. 5)	—	—	30
Kolmer y Boerner (7) y Kolmer (9)	—	—	20
Fisher (11)	—	—	25
W. W. Williams (Op. cit. 14)	26.7	—	—
Hotchkiss, Brunner y Grenley (14)	10.2	1.2	14.3
Weisman (Op. cit. 15)	—	—	15
Meaker (Op. cit. 15)	—	—	15
Cary (Op. cit. 15)	—	—	20
Lane y Roberts (Op. cit. 15)	—	—	18
Mazer e Israel (Op. cit. 15)	—	—	20
Williams y Simmons (Op. cit. 15)	—	—	22
Pollák (Op. cit. 15)	25	20	30
Hamblen (Op. cit. 15)	—	—	20
Mc. Lane (Op. cit. 15)	—	—	25
Motchkiss y MacLeod (Op. cit. 15)	—	—	20
Promedios:	17.9	10.6	22.2
Contenido vaginal recogido en caja de Petri, 15 minutos después del coito.			
Rodríguez Villa y Martínez (4)	15.05	8.25	21.58

PORCENTAJE DE ZOOSPERMOS MOVILES

Cuadro 4

Líquido seminal	1ª hora:	2ª hora:	3ª hora:	4ª hora:	5ª hora:	6ª hora:
Hoffman (5)	50 +	—	—	—	—	—
Weisman (6)	85 — 90	85 — 90	85 — 90	—	—	—
Pollák y Joél Po. cit. (6)	80	—	—	—	—	—
Kolmer y Boerner (7) y Kolmer (9)	85 — 90	—	—	—	—	—
Fisher (11)	75	—	—	—	—	—
Seguy (Op. cit. 12)	70	—	—	—	—	—
Gradwohl (18)	75	—	60 — 80	—	—	40 — 70
Hotchkiss (14)	—	—	—	—	—	—
Weisman (Op. cit. 15)	70	—	—	—	—	—
Meaker (Op. cit. 15)	70	—	—	—	—	—
Cary (Op. cit. 15)	60	—	—	—	—	—
Mazer e Israel (Op. cit. 15)	90	—	—	—	—	—
Pollák (Op. cit. 15)	75 — 80	—	—	—	—	—
Hamblen (Op. cit. 15)	80 — 95	—	—	—	—	—
McLane (Op. cit. 15)	60 — 70	—	—	—	—	—
Hotchkiss y MacLeod (Op. cit. 15)	50	—	—	—	—	—
Lanc-Roberts and Ass. (17)	65	58	53	48	44	42
Promedios	71 — 85	71 — 90	65 — 85	48	44	41 — 70
Contenido vaginal recogido en caja de Petri, 15 minutos después del coito.	27.55	25.68	19.28	18.99	14.44	15.93
Rodríguez Villa y Martínez (4)	—	—	—	—	—	—
Contenido vaginal postcoitum mantenido dentro de la vagina.	+	+	0	0	0	0
Huhner (Op. cit. 6) y Weisman (6)	—	—	—	—	—	—

Cuadro 5

	Acidez iónica	Número de esper- matozoides por c. c.	% de Formas anormales	% de zoosper- mos móviles de hora en hora	Acidez iónica	Número de zoos- permos por cam- po 400 diámetros	% de zoosper- mos móviles
1	4.6	98.5000.000	5%	—	7.5	1	—
2	7.2	69.800.000	5%	75%	6.7	—	—
3	6.1	58.000.000	25%	50%	7.9	30%	30%
4	5.5	78.800.000	25%	25%	6.4	1x20	—
5	7.2	112.800.000	15%	80%	8	10	10
6	6.1	108.000.000	10%	5%	8	1x10	—
7	8	62.400.000	10%	95%	8	1x30	—
8	7	90.000.000	5%	90%	8.4	20	20
9	6.7	60.000.000	5%	80%	7.2	6	6
10	6	54.400.000	20%	85%	7	5	—
11	6.4	24.800.000	50%	50%	7.2	1x10	1x10
12	5.8	12.600.000	35%	25%	6	1	—
13	6.4	26.500.000	25%	0%	7	1 en total	ligeramente móvil
14	6.4	52.800.000	25%	0%	6.9	—	—

Biopsia del testículo

Es conveniente anotar esta técnica por lo sencilla, por lo práctica y porque es la única manera frente a una azoospermia para aconsejar el tratamiento del caso.

Previa desinfección de la región se procede a una infiltración con novocaina al 1% del paquete vasculonervioso y el cordón espermático a su salida del conducto inguinal. Se espera cinco minutos a que obre la anestesia y se procede;

- 1) Incisión sobre el escroto continuando hacia adentro hasta abrir la vaginal.
- 2) Se incinde la albugínea del testículo sacando una pequeñísima cuña cuya base sea la albugínea. Dicha biopsia se coloca en formol al 10%.
- 3) Sutura de la albugínea.
- 4) Sutura de las diferentes capas incididas hasta la piel.

Se espera el resultado de la biopsia y de acuerdo con éste se procede a indicar el tratamiento.

Si el lugar de la obstrucción se ha localizado en el epidídimo y las condiciones de la biopsia lo permiten presencia de zoospermos y epitelio germinal en estado de función o al menos que se pueda recuperar se procede a la vasoepidídimo anastomosis previa preparación del paciente a base de gonadotrofina sérica, 400 unidades diarias por un mes y 500 mg. diarios de vitamina C. con lo cual se consigue una marcadísima actividad espermática después de la intervención base absoluta de éxito, pues es uno de los requisitos para evitar el cierre de la neoboca por falta de función testicular.

Por parecerme de gran actualidad y por creer que la mejor de las técnicas es la del profesor Trabuco de Buenos Aires dados los resultados obtenidos por él en esta clase de intervenciones, creo del caso trasladar al pie de la letra los tiempos de la operación:

"Primer tiempo: Incisión y exteriorización del órgano. La incisión será escrotal. Preferimos practicarla en sentido longitudinal paralela al rafemedio y a un través de dedo por fuera de él. Será lo suficientemente amplia para permitir el paso del testículo, debiendo calcularse siempre la retracción del dartos. Desechamos sistemáticamente por antianatómicas las incisiones inguinales preconizadas por otros cirujanos. Abierto el escroto, mediante una suave presión en el testículo contra la herida, lo hacemos aflorar, seccionando sucesivamente las celulosas del

órgano hasta la vaginal parietal, pero sin interesarla, hecho lo cual el testículo saldrá libremente y podrá terminarse la exteriorización con disección roma o torunda de gasa.

Segundo tiempo: Investigación del epidídimo y del conducto deferente.

Exteriorizado el testículo y defendido convenientemente con campos, pinzamos la vaginal parietal cerca del epidídimo, abriéndolo en sentido longitudinal a éste, mediante una incisión paralela al borde superior del testículo, incisión que debe ser lo suficientemente grande para poder evertir la vaginal y dejar al aire el epidídimo y el órgano. Se comprenderá que en dicha técnica se establecerán dos colgajos de tamaño diferente, uno pequeño que se reclinará hacia arriba sobre el epidídimo y otro grande que dará toda la vuelta al testículo hacia abajo y adentro. Se ligarán cuidadosamente los vasos de la vaginal a fin de evitar hemorragias, pero no se practicará de ninguna manera suget continuo en el borde de la vaginal.

Tercer tiempo: Hecha la exteriorización del epidídimo, investigamos el conducto deferente en el cordón, directamente sobre la cara externa, mediante una incisión longitudinal practicada en las distintas vainas que envuelven el paquete vasculonervioso testicular; llegaremos al deferente, al que reparamos cuidadosamente, teniendo especial cuidado de no desprenderle de ninguna manera de la arteria deferencial y tampoco practicar una demasiado prolija disección de la adventicia, cosa que comprometería seriamente la función secretoconduccion de este conducto. Una vez disecado, se colocará una pequeña gasa doblada en cuatro para aislarlo del resto del cordón. Acto seguido se procede a la apertura del deferente haciéndolo en sentido longitudinal y en la parte supero-externa, a fin de que cuando sea adosado el epidídimo no entre en rotación. La apertura del deferente debe ser cuidadosamente hecha y con un escalpelo bien afilado; la incisión se traza en una extensión de 1 a 2 cm., teniendo cuidado de abrir el canal deferencial que, por ser exiguo, suele presentar dificultades, hecho lo cual se cateteriza el conducto deferente, mediante una hebra de crin fina, cuya punta haya sido ligeramente quemada a fin de evitar aristas demasiado agudas.

Cuarto tiempo: Apertura del epidídimo. Cateterizado el deferente y seguro de que su luz no está comprometida, pasamos a la apertura del epidídimo mediante una incisión ligeramente mayor que la trazada en el deferente. Dicha incisión será hecha interesando parte de la cabeza y del cuerpo epididimario en sentido longitudinal y justamente en el medio de la cara externa y de 2cm. de largo. Insistimos sobre el hecho siempre que sea posible de no hacer la anastomosis directamente sobre la cabeza epididimaria, para preservar la función de maduración

que se efectúa justamente en dicho sitio. Este tiempo tiene particular importancia, y es aquí donde estriba una de las originalidades de esta técnica. Abierta la albugínea del epidídimo, debemos practicar con especial cuidado el vaciamiento parcial del tubo epididimario, mediante cortes de escisión a punta de tijera, de manera que queden múltiples bocas de los tubos perfectamente abiertas, y al mismo tiempo una cavidad dentro del epidídimo para alojar enseguida al conducto deferente. Es de capital importancia que los labios de la incisión epididimaria presenten bastante amplitud y que se transformen prácticamente en pequeñas bandeletas.

Quinto tiempo: Colocación de los puntos de adosamiento. Para este tiempo utilizamos hilo de seda 000 o Nylon 000 y aguja pequeña, de las que se usan en oftalmología. Hemos desechado la sutura con catgut por desarrollar granulomas demasiado intensos con grave consecuencia, la esclerosis, y los hilos de plata por innecesarios. El primer punto a practicar se hará pasando de afuera a dentro e interesando la albugínea del epidídimo, justamente en el ángulo superior de la incisión epididimaria; pasada la aguja la llevamos al conducto deferente también interesando el ángulo superior de la incisión tubular de adentro afuera, pero, y téngase bien en cuenta, no debe ser nunca perforante. El segundo y el tercer puntos se practicarán en las caras laterales; estos dos puntos son también originales, y en nuestro concepto significan una de las partes más importantes de la intervención. Nuestra técnica es la siguiente: a 6 o 7 mm. del borde de la incisión de la albugínea epididimaria iniciamos un punto perforante en dicha pared, colocado lateralmente y de afuera hacia dentro; pasado el punto, llevamos la aguja hasta el labio lateral del conducto deferente que corresponde al mismo lado, y luego de allí al sitio inicial en el epidídimo, perforando de adentro hacia afuera y a 2 mm. de distancia del anterior, tomando los extremos del hilo con una pinza para anudarlos más tarde. Practicados estos puntos en ambos lados de la incisión epididimaria y deferencial, completamos la anostomosis con un cuarto punto, que pasará de afuera hacia adentro por el ángulo inferior epididimario y de adentro hacia afuera por el ángulo inferior deferencial, perforantes ambos. Comenzamos el anudamiento por este último punto para seguir con los laterales y por fin con el superior, que es el primero pasado. Por fin procedemos a la sutura de los labios de la albugínea epididimaria mediante uno o dos puntos separados, lo que completará el enterramiento del deferente.

Como se habrá visto al final del tiempo anterior habremos colocado al deferente en íntimo contacto con los tubos epididimarios abiertos. Se vió también, y allí estriba la importancia de los puntos laterales en la base de las paredes del epidídimo, que existen dos colgajos de albugínea prácticamente libre, estos colgajos servirán para enterrar al de-

ferente dentro del epidídimo, pasando dos puntos por los bordes de la albugínea y anudándolos. Estos puntos quirúrgicos, además de asegurar el deferente dentro del epidídimo, obrarán abriendo la luz deferencial al máximo, por arrastre mecánico de las paredes de este tubo, que han sido cuidadosamente atados a la pared epididimaria.

Sexto tiempo: Colocación del testículo en su lecho y cierre del escroto.

El testículo será colocado en su lecho habitual con todas las precauciones del caso, para que no se establezca torsión. Se dejará un pequeño drenaje de goma precaucional y se cerrarán las paredes con dos puntos de catgut en las celulosas; el escroto con hilo de algodón. El drenaje se sacará a las 24 horas.

Tratamiento post-operatorio

No debe interrumpirse aquí el tratamiento que, es esencial en ésta que pudiéramos llamar tercera etapa. Se efectuará a base de gonadotrofina sérica, vitamina C y Alfatocoferol por períodos. El autor insiste en la necesidad de combinarlo hasta por dos años y salvo fracaso en este período entonces dar por perdido el caso, si no aparecieren espermatozoides; pero si existieren, aun cuando sean en poca cantidad, continuar entonces el tratamiento.

Estadística del autor:

65,5% han recuperado la función espermática. De estos un 46% han fecundado".

Respecto al tratamiento médico de las insuficiencias testiculares o a sus consecuencias, oligozoospermia, astenozoospermia o necrozoospermia, después de haber curado o descartado las infecciones prostáticas, vesiculares malformaciones, hipoplasias prostáticas etc. etc., debe hacerse con base en tres substancias a saber: la gonadotrofina sérica, la vitamina C y la vitamina E. Hagamos algunas consideraciones al rededor de ellas para que veamos los fundamentos de su uso y luego terminaremos el estudio con nuestros casos. No se debe olvidar en los tratamientos la eliminación de las causas: foco séptico, lesión endócrina etc.

Gonadotrofina sérica, denominada también hormona foliculo estimulante, estimula la espermato-génesis, mantiene o repara el epitelio de los canales seminíferos y la formación de espermatozoides. La gonadotrofina sérica es una proteína de peso molecular elevado, razón por la cual no pasa a la orina y se obtiene del suero de yegua preñada, se origina en estructuras glandulares especializadas de la placenta de yegua.

Vitamina C. Se ha demostrado que las glándulas endócrinas son un receptáculo de vitamina C. especialmente las suprarrenales, la hipófisis anterior y el cuerpo luteo y como tales hay quienes sostienen que se pueden estimular funcionalmente otras glándulas con dicha substancia. De aquí nació la idea de usar la vitamina C como estimulante hipofisiario y por ende, con seguir un estímulo a la espermatogénesis, lo cual ha venido comprobándose gracias a los tratamientos experimentales. En efecto, si se usa la vitamina C. en oligospermias, astenozoospermias y necrospermias, se observa en algunos sujetos rápidamente la mejoría; en otros más lentamente. Esto lo hemos podido comprobar en nuestros tratamientos.

Vitamina E. No está aún demostrada la eficacia de esta vitamina en el hombre, sin embargo se ha utilizado para evitar los abortos a repetición y como estimulante de la espermatogénesis. Ello se debe a que en la rata la falta de vitamina E. produce en el macho atrofia testicular con degeneración del epitelio germinal y en la hembra a los 8 o 20 días de preñez, aparece una reabsorción del feto ocasionada por alteración de los vasos placentarios provocada por estrangulación de los mismos debida a proliferación de células mesodérmicas.

CUADRO 6

Resumen de las técnicas que se deben seguir en presencia de una azoospermia.

Después de Espermogramas repetidos Azoospermia	Biopsia de Testículos	Testículo normal Aspermia obstructiva	Obstrucción Epididimaria	Vasopididimostomía Radiografía
			No se conoce	Exp. Sondas M. Trabuco
		Lesión del testículo Desórdenes en la espermatogénesis	(1) Atrofia glandular con espermatozoides en fase de maduración inicial 2) Atrofia glandular acentuada	Tratamiento endócrino Vitamina C Rayos X Trat. médico que posiblemente fracasará
		Ausencia de línea germinal	Desistir	

Causa de esterilidad por factor masculino 90 casos	Con trastornos de las espermatogénesis 43 casos	Curaron y tienen familia con los tratamientos anotados: 25. Abandonaron el tratamiento 10 Actualmente en tratamiento 8
	Azoospermicos 47 casos	Con antecedentes de orquitis doble: 40 casos
		Hipoplasia testicular franca 5 casos
		Ausencia de línea germinal 2 casos
		Con lesiones epididimarias palpables 35 c. Sin lesión apreciable 5 casos
		Síndrome de Frolich y tumor de silla turca 1 Gigantismo 1 Hipogonadismo puro 3

La ESTREPTOMICINOTERAPIA DESDE EL PUNTO DE VISTA OTOLOGICO

DR. MARCOS BARRIENTOS
Académico de Número

Cuando comenzaron a aprovecharse las excelentes propiedades antituberculosas de la estreptomina se observó que uno de sus inconvenientes, el principal, era el que a dosis sostenidas y elevadas a tasas suficientes para lograr un buen efecto terapéutico, podía romper el equilibrio del triángulo de la estática formado por las sensaciones musculares, visuales y vestibulares, por la perturbación del órgano laberíntico en forma definitiva en un gran número de casos, por lesiones histológicas irreversibles. Estas lesiones eran mucho más graves en individuos con afecciones de su aparato visual o de su vía piramidal, por hacerse imposible el restablecimiento, que en individuos con estos sistemas en buenas condiciones podía lograrse, no por regeneración del laberinto sino por compensación.

Posteriormente vino la nueva forma de la droga, es decir la dihidro-estreptomina (clorhidrato o sulfato) y se dijo que esta sí no producía lesiones del oído, o producía muchísimas menos, y esto se nos respondía cuando hablábamos de algunos pacientes por nosotros examinados por pérdida del equilibrio.

En la práctica O. R. L. tuvimos después oportunidad de examinar a enfermos tratados con dihidro-estreptomina quienes presentaban una sordera total y absoluta, la que estaba muy de acuerdo con las publicaciones que a diario se recibían de diferentes centros autorizados, a las que aludiremos para hacer más veraces nuestras afirmaciones.

Sobre lesiones histológicas producidas por la droga diremos que según investigaciones que se han practicado en animales (1) dando cien miligramos por kilo diariamente y durante cuatro semanas a los de un grupo, doscientos miligramos por kilo durante un período de cuatro a seis semanas a los de otro y a un tercer grupo doscientos miligramos dos veces por día o cuatrocientos miligramos de una sola vez diariamente, por un período de cuatro a seis semanas, se encontraron lesiones, más o menos avanzadas, de las células nerviosas de los núcleos vestibular y coclear, de acuerdo con las manifestaciones clínicas. En las células de Purkinje y el ganglio vestibular se encontraron lesiones en los animales que recibieron mayores dosis. Los investigadores usaron como animal de investigación el cobayo y como droga la estreptomina de Merk.

Tanto afecta al laberinto la estreptomina que Henry Hanson (2) aprovecha su efecto destructor para el tratamiento de casos graves

de vértigo de Menière. Preconiza la dosis de dos gramos diarios y presenta cinco casos tratados con éxito.

Experimentos en cobayos han demostrado que usando dosis de seis a treinta gramos de dihidro-estreptomina, todos los animales presentaban signos de irritación laberíntica y pérdida de la audición en grados proporcionales a las dosis (3). Los exámenes histológicos demostraban destrucción del órgano de Corti con degeneración descendente hasta las células ganglionares. La cresta y la mácula mostraban disminución del epitelio sensorial y de las pestañas.

Las comprobaciones histopatológicas han podido llevarse ya hasta los humanos, en la medida que lo han permitido las autopsias (4). Fueron examinados los temporales correspondientes a veinticuatro enfermos de meningitis tuberculosas, de los cuales veintidos habían perdido la sensibilidad laberíntica al calor, seis eran bilateral y uno unilateralmente sordos. Se descartaron los que tenían lesiones nerviosas por meningitis del conducto auditivo interno y quedaron once pares. En los sordos se encontró que faltaban las células de pestaña, había atrofia de la estría vascular y las lesiones eran proporcionales a los datos clínicos. En la parte vestibular también se encontraron lesiones en el epitelio sensorial de mácula y cresta. Las lesiones humanas fueron muy semejantes a las encontradas en animales y muy de acuerdo con las dosis aunque en los primeros no se encontraron lesiones ascendentes ni del ganglio espiral, lo que se explica por la disminución de la droga cuando comenzaron a aparecer los fenómenos tóxicos y por las dosis proporcionalmente menores.

Ploch y Zha (5) hacen sus observaciones en 250 enfermos de meningitis tuberculosas, de los cuales viven 60%, y dicen que sin excepción, todos tenían tocada la función vestibular. Hablan de 26 casos de sordera, 29 de hipoacusia y 20 con audiogramas deficientes. Con administración de la droga por vía raquídea encontraron un sordo a los seis y dos a los doce días de tratamiento.

Louis Leroux (6) a raíz de un caso presentado en un asilo de niños sanos nacidos de padres tuberculosos planteó el problema de si puede existir una sordera congénita por estreptomina. Se trataba de un niño de dos meses y medio, sordo, con función laberíntica normal y en quien se descartaron todas las demás causas posibles de sordera, cuya madre recibió en el último mes de embarazo treinta gramos de dihidro-estreptomina, sin trastornos del oído. Sostiene que desde el séptimo mes la estreptomina atraviesa el filtro placentario y emite la hipótesis de que la dosis de treinta gramos, insuficiente para provocar lesiones auditivas en la madre, pudo ser capaz de lesionar el oído del feto.

Aram Glorig (7) estudia 211 casos de individuos tuberculosos tratados por dihidro-estreptomina en un periodo de dos años y medio. En estudio anterior había hallado que siempre se encontraba algún efecto demostrable en individuos tratados por más de catorce días con dosis de un gramo o más, de acuerdo siempre las lesiones con la dosis, siendo así que en enfermos tratados por periodos no mayores de 90 días y dosis máxima de un gramo, los trastornos del equilibrio regresaban después de 12 a 20 semanas de terminado el tratamiento.

En el primer grupo de 61 pacientes, 14 es decir el 22,90% tuvieron sordera así:

8 de 23 pacientes con dosis de 3 grs. por día en un mínimo de 44 días	=34%
3 de 22 pacientes con dosis de 2 grs. por día en un mínimo de 40 días	=13,6%
2 de 10 pacientes con dosis de 2 grs. más 12,6 grs. de P. A. S.	80 y 84 días =20%
1 de 6 pacientes con dosis de 1 gr.	=16,6%

Algunos de estos pacientes desarrollaron su sordera hasta cinco meses después de terminado el tratamiento.

En un segundo grupo de 150 enfermos administró una dosis de dos a tres gramos de dihidro-estreptomina asociada con una dosis de 12 a 15 gramos de P. A. S. durante un tiempo mínimo de tres meses y pudo observar que en 47 casos, es decir en el 31%, se encontraron pérdidas de audición mayores de treinta decibeles, discriminadas así:

Pérdida de 30 a 50 decibeles	19,1%
„ „ 50 a 70 „	8,5%
„ „ 70 a 80 „	10,6%
„ „ más de 80% „	25,5%

En el examen de la audición de los enfermos de este segundo grupo sólo controló la vía aérea por considerar que las sorderas provocadas por la D. H. E. son siempre de percepción.

Fundados en los estudios anteriores y movidos por los casos que ya con frecuencia contemplamos en nuestro medio, nos decidimos a hacer algunas consideraciones:

Nos parece aceptable el concepto de quienes hablan de las ventajas de la estreptomina sobre la dihidro por ser más grave la pérdida de la audición que ésta produce que la del equilibrio que aquélla puede producir. Es de tener en cuenta que para algunos pacientes es tan grave la sordera total como la misma tuberculosis.

Las diversas formas de estreptomina no están indicadas en todos los tipos de tuberculosis, y no debe por lo tanto usarse en forma

indiscriminada, olvidando los otros medios terapéuticos, médicos y quirúrgicos. Debe vigilarse, por ser sumamente variable, la susceptibilidad de cada enfermo. Conocemos casos de trastornos laberínticos, por fortuna pasajeros, provocados por dosis de 1 gr. de estrepto administrado durante cuatro días y un caso de pérdida total y definitiva de la función laberíntica a los ocho días de tratamiento.

Nos parece que debe hacerse el estudio sistemático del laberinto en los enfermos tratados con estreptomycinina y recomendamos por sencilla para la práctica corriente, la prueba de Kobrak modificada por Atkinson, que no requiere dispositivos complicados lo que la pone al alcance del médico práctico, y cuya técnica es la siguiente: Con 1 cc. de agua helada se llena el conducto auditivo externo, con la cabeza inclinada de un lado y se vacía al primer signo de nistagmus. Se anotan el período que tarda en iniciarse el nistagmus y su duración. El período latente oscila entre 15 y 60 segundos y la duración debe ser cuatro veces más.

Es de tener en cuenta que en la mayoría de los casos que han servido como material de estudio y en los animales de experimentación se ha partido de individuos con sus funciones vestibular y coclear íntegras. Es lógico suponer que en individuos con lesiones anteriores por cualesquiera otras causas, sus aparatos son más vulnerables y son estos posiblemente los que presentan lesiones con pequeñas dosis.

Podría ser justificable el tratamiento por la estrepto aun a costa de las funciones de la audición o del equilibrio en casos de indicación precisa de la droga, pero en ninguna manera cuando se usa por tanteo, sin averiguar la sensibilidad del germen patógeno como suele hacerse con amigdalitis, sinusitis, etc.

Resumen:

Está demostrado que la estreptomycinina afecta el oído provocando trastornos del equilibrio.

Los efectos nocivos de la di-hidro-estreptomycinina se manifiestan en el oído por pérdida de la audición. En general los trastornos de las funciones vestibular y coclear son proporcionales a la dosis, aunque hay individuos extremadamente sensibles.

Recomendamos como sencillo y al alcance del médico práctico para control del laberinto el método de Kobrak modificado.

Insistimos en que no debe usarse la estreptomycinina ni la D. H. E. en forma indiscriminada en la tuberculosis y menos aún a dosis sostenidas por largo tiempo en afecciones causadas por gérmenes cuya sensibilidad a la droga no sea establecida.

Bibliografía.

- 1 — Erna Christensen, M. D., Helge Heritz, M. D., Gustav Vra-Jensen, M. D. Niels Riskaer, Copenague—Dinamarca, *Annals. O. L.* Junio 1951.
- 2 — Henry Hanson, St. Paul Minn.—*Annals O. L.* Sept. 1951.
- 3 — Luzius Ruedi, Zurich, *Laryngoscope* — Julio 1951.
- 4 — K. Graf, *Acta Otol.* Junio 1951.
- 5 — A. Bloch y J Zha — *Annals. O. L.* Tom. 67 No. 7 julio 1950.
- 6 — Louis Leroux, Soc. O. R. L. Paris — Nov. 21 de 1949.
- 7 — Aram Glorig, Washington, *Ann. O. R. L.* Junio 1951.

COMENTARIOS GENERALES SOBRE ENFERMEDADES DE LA VEJEZ

DR. JOSE MIGUEL RESTREPO R.
Académico de Número.

Ante la cabeza llena de canas ponte en pie y honra la persona del anciano; y teme al Señor Dios tuyo, **Yo El Señor.** (Levítico).

A pesar de la tendencia actual a la especialización precoz, unas veces por amor al lucro inmediato y otras por temor a la medicina general, a nadie se le ha ocurrido estudiar a fondo las enfermedades de la vejez, de ese periodo de vida tan importante como el de la infancia y como el de la edad adulta, quizás por seguir creyendo que entre los sujetos de esta última y los ancianos, no existe más diferencia que el desgaste orgánico de estos últimos, olvidando que un organismo desgastado por el avance de los años puede tener un funcionamiento, que si defectuoso, mantiene el equilibrio humoral que es una de las bases principales para la salud.

La patología de los viejos ofrece incidentes que desconciertan a cualquier profesional que no esté familiarizado con sus manifestaciones: una eliminación urinaria inferior a 1.000 gramos en las 24 horas en un joven o en un adulto es una aberración secretoria incompatible con un buen estado general; y sin embargo en los viejos es ocurrencia común y frecuente; eliminaciones menores de esta cifra pueden sostenerse mucho tiempo sin que el análisis de laboratorio descubra en la sangre recargo anormal de las sustancias comúnmente halladas en tal examen; un pulso de 40 latidos por minuto en medicina general es un hallazgo que sorprende por las consecuencias funestas que suele oca-

signar, como lo prueban los casos de bradicardia solitaria o la del síndrome de Stok-Adams; y no obstante esto en viejos y en ancianos es un episodio común en múltiples procesos crónicos sin que se presenten manifestaciones bulbares que en otras circunstancias llamarían la atención; úlceras extensas de las piernas que a un joven atormentarían con sus dolores pasan a veces inadvertidas en los sujetos de edad avanzada sin que por tales características se las someta a tratamiento y antes sí se trata de menesterosos, las utilizan para basar en ella la mendicidad. De manera que existe una barrera de fisiología patológica que separa o establece diferencia en la clínica y en la terapéutica de la vejez, que es de urgencia conocer para no cometer el error de tratar sus enfermedades como las propias de la adultez ni basar en su evolución los pronósticos como se hace con los de esta edad.

Estas consideraciones indican que para estudiar y tratar las enfermedades de la vejez y de la senilidad es indispensable que el médico tenga en cuenta algunas circunstancias sin las cuales se hace muy difícil concebir la fisiopatología del organismo en las personas de edad avanzada.

Debe tener muy presente: **Primero**, que la vejez no debe considerarse como un estado patológico de la madurez, sino como una entidad fisiológica como lo es la infancia; **segundo**, que las enfermedades en las postrimerías de la vida son estados patológicos en organismos **normalmente** degenerados y no propiamente enfermedades complicadas con degeneración que ocurren en la madurez porque la función es proporcionada al órgano, lo que quiere decir que cada organismo vive con lo que tiene; y **tercero**, que el objeto o finalidad del tratamiento es restablecer el órgano o tejido al estado normal senil y no al estado normal de la madurez. Habiendo modificaciones anatómicas, las hay funcionales.

El objeto de la medicina de la vejez no tiene la pretensión de aumentar la longevidad, que depende de tantos factores que hasta hoy son múltiples los que se disputan su influjo sobre ella; lo que trata de hacer, es una actuación meramente humana como es que el hombre mayor de 60 años no siga sufriendo ante la perspectiva de su incapacidad y la cercanía de la muerte sino que siga cultivando el resto de facultades que le quedan en favor de su familia y de la sociedad; como dice el Dr. J. Stieglitz, la geriatría procura agregar más vida a los años pero no más años a la vida; lo que quiere decir que el geriatra debe ante todo hacer más llevaderos los años que faltan por vivir, sacando provecho de la riqueza almacenada durante varias décadas en la mentalidad o en la iniciativa que aún conservan los viejos.

La edad cronológica, es decir, el transcurso de los años vividos, ha servido para la delimitación de las diversas edades del hombre; de

aquí que se le asigne a la vejez el mayor número de años alcanzados; pero fuera de la sucesión de los años al médico le importa saber calcular o apreciar las otras edades como son la fisiológica y la mental; como dice su nombre, la fisiológica se refiere a la correcta función de cada uno de los órganos, de manera que si a la edad de 60 años las diversas vísceras desempeñan a cabalidad la función que les corresponde, el sujeto en esas condiciones tiene una edad fisiológica de un joven y si la enfermedad no lo ataca posiblemente será longevo; la edad mental se refiere al poder del cerebro, a la capacidad de la célula nerviosa para pensar, recordar, discernir y raciocinar; hay octogenarios con capacidad cerebral igual a la de sujetos en la cincuentena que dirigen la política de su país, intervienen en toda actividad y su mente señala derroteros que inteligencias juveniles no habían vislumbrado.

En el envejecimiento participan un sinnúmero de factores cuyo conjunto es el verdadero responsable de la senectud; como dice la sentencia popular todas las horas hieren, pero la última mata, de modo que el mero hecho del desgaste tejicular es una contribución para la vejez y la aproximación a la muerte. La modificación de la túnica arterial al calcificarse impide el correcto riego nutritivo de muchos órganos y así contribuye a la decadencia; por esto la arterioesclerosis ha sido considerada en muchas épocas como causa de la vejez; el aforismo de Cazalis Demange de que "el hombre tiene la edad de sus arterias" fue considerado en otro tiempo como de valor absoluto, pero hoy es apenas relativo. A las glándulas de secreción interna se les ha concedido una gran influencia en los procesos relacionados con la vejez porque el cesar los estímulos de algunas de ellas la sinergia en los procesos vitales necesariamente se altera y vienen disturbios característicos de enfermedades; se merma el estímulo de la hipófisis para muchas de aquellas, formaciones, con lo que pierden o disminuyen los impulsos sexuales, la tiroides y las adrenales tienen impedimento para su funcionamiento, de modo que al final el organismo carece de endosecreciones que antes sirvieron para las funciones de nutrición y reproducción.

En las alteraciones de los capilares se halla un factor que estorba la nutrición de muchos órganos, favorece la deshidratación que se considera de importancia en el envejecimiento.

Los defectos de alimentación con preponderancia de algunos elementos y con carencia notoria de otros, la merma o la falta de los elementos llamados minimales en la nutrición como vitaminas, proteínas, troptófano y sustancias de lastre tienen mucho que ver con la decadencia orgánica y con su rápido curso hacia la vejez. La enfermedad anterior, sobre todo si fueron marasmógenas, tienden a acortar la vida porque impusieron modificaciones o circulatorias o de secre-

ción o alteran epitelios de órganos importantes como riñón o pervirtieron funciones de órganos como el hígado impidiendo al final de todo la normal función de los órganos digestivos; por esto una mala nutrición es una causa no despreciable para acortar la duración de la vida.

Los excesos sexuales que conmovieron más de lo necesario todo el organismo lo han considerado algunos autores como factor de envejecimiento, aunque otros sostienen que si el abuso sexual no tuvo la mala suerte de adquirir enfermedades venéreas no puede sindicarse como generador de vejez.

En un viejo refranero se encuentra la fórmula para una larga vida en la cual se encierran consejos para una alimentación racional, cuidados para las enfermedades que se presenten y para evitar los abusos sexuales "dieta, mangueta y siete nudos en la bragueta".

Los trepsólogos actuales conceden una importancia considerable a la nutrición celular haciendo depender de ella la mayor o menor duración de la vida; si el tejido intercelular, como lo llamó el Prof. Achard, contiene líquidos que encierran todos los principios esenciales para la vida, la eutrofia de los tejidos está asegurada; pero si en cambio contiene principios de desecho, tóxicos, entonces la vida celular queda amenazada y la degeneración comienza.

A las vitaminas se les atribuye un papel de suma trascendencia en la nutrición no solamente en edades inferiores sino en la extrema porque en ella hay casi siempre un desequilibrio nutritivo en el cual sobresale el agotamiento del complejo B porque las vitaminas que lo integran son las que más se consumen en esta edad, en contraste con las llamadas A, C y D; por eso aquellas deben reponerse oportunamente; el apetito de los viejos se modifica en el sentido de consumir mayor cantidad de carbohidratos que son más energéticos y los cuales para ser correctamente utilizados requieren mayor cantidad de vitamina B. La Nutrition Reviews sostiene que si se mantiene una dieta razonable para los ancianos semejante a la requerida por un adulto joven y normal, muchas de las incapacidades comunes a la vejez pueden en su mayoría postergarse y muy posiblemente eliminarse.

Otra de las vitaminas de importancia en la nutrición de los ancianos es el ácido pantoténico o su derivado el pantotenato de calcio los cuales posiblemente se convierten en enzimas esenciales relacionadas con el metabolismo de los hidratos de carbono y se asocian con los demás factores nutricionales como complejo B en todos sus integrantes.

Para la defectuosa nutrición en los viejos se reúnen causas diversas como la alteración de los procesos digestivos por los cambios en las tunicas del intestino con atrofia de las fibras musculares, dege-

neración de las glándulas de la mucosa, merma paulatina de los jugos gástricos, pancreáticos y biliares con lo cual se trastorna el peristaltismo general, del estómago al recto; la absorción encuentra dificultades en la mucosa intestinal y los síndromes dispépticos y de constipación hacen su iniciación y el fundamento para la alteración de la salud queda consolidado; la anorexia, el estreñimiento, fuentes inagotables de penas y padecimientos para las personas de edad avanzada.

La vejez no se cura, pero sí es posible conservar y aun demorar el envejecimiento normal atendiendo a una sana y racional alimentación, poniendo al sujeto en condiciones higiénicas favorables; y de esta manera se puede tratar y aun prevenir la vejez patológica. La vejez sola no produce la muerte: algún factor o causa de órganos y efectuar la dolorosa separación del alma y del cuerpo.

Valor que se le debe dar a las enseñanzas del interrogatorio.

Cuando se tiene bajo tratamiento a un viejo, a un anciano es indispensable que el médico recuerde que en estas personas hay tendencia a falsificar los síntomas con objeto de inspirar simpatía o lástima o de vanagloriarse de ser valientes ante el sufrimiento, por lo cual son muy propensos a la simulación o a la exageración padeciendo todos los síntomas de que han oído hablar, como en ellos la sensibilidad nerviosa está muy embotada, nunca el dolor debe tomarse por guía seguro pudiendo tener apendicitis, peritonitis, estrangulación herniaria y otros episodios que en el adulto pintarían el cuadro clínico del abdomen agudo sin que en ellos se denote sufrimiento; por esta causa muchas ocasiones el diagnóstico se hace tardíamente y naturalmente la cirugía responde menos bien; cánceres del conducto gastro-intestinal como los localizados en el ceco-colon pueden pasar inadvertidos; neumonías sin manifestación ruidosa y sin dolor torácico; fracturas indoloras difíciles de diagnosticar; debido al estado degenerativo de las arterias, no es correcta la apreciación del número de pulsaciones ni la calidad de ellas, ya que pueden tener un pulso clínicamente magnífico y sin embargo estar moribundos, razón para que sea conveniente contar los latidos cardíacos examinando el corazón; apreciar el número de respiraciones es de un valor grandísimo porque es posible descubrir una neumonía cuyas manifestaciones son siempre muy escasas por lo cual muchas ocasiones no se fija la atención del clínico en el estado pulmonar. Todo esto impone la obligación de tratar de ratificar con un examen muy cuidadoso los datos suministrados por el paciente que según las circunstancias del medio familiar, simula, amplía, reitera o niega mucho de lo que se relaciona con su estado de salud.

Las enfermedades infecciosas se caracterizan más a menudo por intoxicación que por elevación de la temperatura; la fiebre sí exis-

te en ellos pero es menos ruidosa y llamativa de la atención ya que los síntomas que la acompañan son menos importantes como que traducen la tolerancia de un organismo que no se empeña en luchas estériles; por esto se observan fiebres tifo-paratifoideas que evolucionan con temperaturas que no alcanzan a 38°, sin expresiones ataxoadinámicas tan comunes en los jóvenes y adultos; delirio, la agitación comúnmente observados en las hiperpirexias de los adultos casi no se anotan en los ancianos aunque se trate de expresiones clínicas del mismo agente; en cambio en ellos predominan la depresión y confusión mentales.

Las toxemias de causa intestinal o renal simulan la uremia y en ocasiones tan sólo el laboratorio se encarga de hacer el diagnóstico diferencial, porque las expresiones clínicas del sistema nervioso y de los aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo, cutáneas, etc., encaminan en los primeros exámenes hacia los cuadros de insuficiencia renal; es verosímil aceptar que a éstas pertenecen muchas de las uremias que terminan en la curación cuando los análisis de sangre y de orina no han figurado en las solicitudes del médico tratante.

Otras veces simulan y adoptan una marcha tifoidea que hace pensar en las fiebres entéricas o en las enfermedades en que hay imperfecta transformación de las albúminas que evolucionan con fiebre y estupor.

Las pielitis de evolución ruidosa, febril simula los accesos palúdicos, simulación nefasta porque obliga necesariamente a la prescripción de quinina y otros antimaláricos cuyos resultados son desastrosos; de aquí que en casos semejantes la búsqueda de hemoparásitos debe ser requisito indispensable.

La fiebre tifoidea es simulada en el anciano por casi todas las intoxicaciones, sobre todo las endógenas.

Los casos de cánceres del colon y aún del hígado se complican frecuentemente de manifestaciones de pielitis o de pielonefrosis, de manera que ante un cuadro clínico de sintomatología renal tenaz a las medicaciones y regímenes comunes y de larga evolución, hay que pensar que tras ellos se oculta una neoformación que con sintomatología prestada evoluciona sin ruido intestinal ni digestivo hacia el empeoramiento o hacia la muerte.

Los tumores del abdomen y hasta los cánceres mamarios pueden evolucionar sin hacerse sentir, de modo que en veces su tolerancia es desconcertante: mientras lo ignoren, el estado orgánico de estos pacientes no se dobla de los trastornos funcionales ni de las preocupaciones de índole moral. El cáncer de la mama puede permanecer

mucho tiempo sin que aparezcan las adenopatías deladoras como ocurre en el adulto, su marcha es muy lenta y su principio en ocasiones se remonta a fechas que ponen a trepidar el diagnóstico; por esto la conducta en casos semejantes es la biopsia con análisis inmediato para tratar de hacer la amputación de acuerdo con el examen celular. "No es aventurado afirmar, dice Lanson Tewlis, que los cirujanos cometen un grande error al creer que por existir una anomalía debe irremisiblemente extirparse, no obstante no ser fuente de disturbios ni dolores; existe el hecho innegable aunque sea de difícil explicación de que personas ancianas con cánceres viven sin molestias durante mucho tiempo con tal que no se intervenga".

El mayor número de errores de diagnóstico se cometen con la **nefritis senil** porque sus expresiones clínicas pueden radicar en otros órganos y alterar otras funciones; efectivamente, muchos cuadros gastro-intestinales, algunas neuritis, algunos casos de neurastenia, de psicastenia, la neumonía misma pueden corresponder en la mayoría de veces a una exacerbación del proceso renal; asimismo hay muchas manifestaciones del aparato respiratorio que son expresión lejana de alteraciones renales; toses invencibles, accesos de asma, bronquitis crónica etc. etc., no se corrigen o aminoran mientras no se corrijan las alteraciones o disturbios de los riñones.

La **tuberculosis** en los ancianos no es una rareza pero por lo general no produce síntomas ruidosos; es un hallazgo clínico en el curso de exámenes solicitados para otro asunto. En las salas de autopsia se descubren con frecuencia casos de esta enfermedad que nunca fue sospechada porque las manifestaciones morbosas anotadas en vida se reputaban de otro origen. En esta edad suelen presentarse casos o formas mudas que sólo la radiografía puede diagnosticarlas. Al contrario hay muchos casos que clínicamente son calificados como tuberculosis cuando en puridad de verdad de laboratorio son aberraciones de la **nefritis senil**.

El **síndrome de debilidad senil** depende de múltiples factores: toxemias diversas, deficiencias pluriglandulares, ocaso genital, anemias y neuro-anemia como la de Lichtstein, tuberculosis, diabetes incipiente, perversiones del apetito etc. etc. Muchas ocasiones es recurso para llamar la atención de los familiares y cohonestar comportamiento criticables en el hogar.

La **sordera temporal** que dura de una a dos horas y que se repite a menudo es uno de los primeros síntomas anunciadores de la **nefritis** y en un porcentaje muy alto es la responsable de la disminución de la agudeza auditiva; infortunadamente para el paciente ni el médico general ni el especialista le conceden importancia si no se descubren lesiones auriculares o la sintomatología clásica de la nefropatía.

La congestión prostática es responsable muy frecuentemente de hematurias compatibles con un buen estado general, sin nefritis concomitante; a veces tienen una etiología desconocida.

El cuadro clínico de la acidosis como primitivo es muy raro, pero suele acompañar a la uremia, ser consecutiva a ciertas anestésicas a base de cloroformo, éter, óxido nitroso, circunstancia que implica una vigilancia atenta en el curso de las intervenciones y que impone la obligación de escoger el anestésico de acuerdo con las fallas orgánicas que el anestesiólogo haya apuntado previamente al paciente.

La diabetes de clásica sintomatología no es muy frecuente en comparación de las formas clínicas mono o oligosintomáticas que muchas ocasiones se diagnostican ante la resistencia a la terapéutica de ciertas manifestaciones morbosas como pruritos, neuralgias, somnolencia, alteraciones de la visión; o ante la oscuridad de la causa para que con suma frecuencia aparezcan perturbaciones gastro-intestinales que reclaman examen de la química sanguínea, siendo entonces hallazgos de laboratorio. Comúnmente son muy bien soportadas con regímenes apropiados pero de mitigación o en zigzag. Hay que tener en cuenta que por los procesos normales de degeneración son muy comunes las glucosurias seniles que no deben confundirse con la diabetes verdadera.

El temor a un examen doloroso o desagradable hace que los viejos nieguen algunos síntomas indispensables para fundamentar el diagnóstico; por esta causa muchos casos de próstata patológica, de serios trastornos urinarios evolucionan sin freno en espera de que permitan hacer los exámenes e investigaciones de rigor.

El Cólico hepático no es muy común en los ancianos, aunque existan cálculos biliares; se explica esto por ser muy embotada la sensibilidad general y permitir así en infinidad de ocasiones el paso de aquellos sin el más leve dolor en los conductos.

En cambio el **cólico renal** es frecuente con dolores intensos que llegan a simular dolores gastrointestinales por nefritis, por ataxia locomotriz; a su vez el cólico nefrítico es simulado por espasmos arteriales del aparato renal, sobre todo en sujetos con arterias cuyo endotelio no es uniformemente elástico.

El insomnio es uno de los síntomas que no faltan en las quejas de los viejos, siendo unas veces real por preocupaciones de índole moral, por polakiuria debida a la irritabilidad del cuello de la vejiga, por el crecimiento de la próstata; por exceso de tabaco, de café a veces por trastornos de indigestión; la mayoría de las veces ese insomnio no es real ya que el sujeto duerme unas horas, despierta, en seguida concilia de nuevo el sueño habiendo despertado varias ocasiones en la noche;

de manera que no es un desvelo completo sino fraccionado pero que da el reposo y descanso necesario a las actividades harto mermadas sino suprimidas de tales pacientes; aunque duerman algunas horas en la noche y no pocas en el día todos reclaman medicación para dormir; y ay! del médico que ponga en duda sus aseveraciones y no se preocupe por devolverles el sueño perdido.

Algunas neuralgias de la cara, el tic doloroso de la misma tienen su origen en un molar que no salió quedándose incrustado a flor de encía cuya extracción es el remedio soberano que cura radicalmente. También las toxemias de etiología reno-intestinal son sindicables de neuralgias tenaces que por mucho tiempo se califican como criptogénicas pero que desaparecen el día que al tratar aquellas toxemias se trata la causa que a escondidas estaba actuando sobre el sistema nervioso periférico.

Las dermatías son muy comunes en los viejos; y la explicación reside en que los cambios nutritivos sufridos por el tegumento cutáneo: es más delgado y más oscuro en los sitios de mayor exposición a los rayos solares; el tejido conjuntivo se desgasta, se afloja y se pliega formando arrugas que son más notorias y marcadas donde ha habido pérdida de grasa como en la frente y en el cuello; la luz de las arterias se estrecha por la esclerosis y así la nutrición cutánea es deficiente, circunstancia que ayuda a que las afecciones de la piel sean muy frecuentes.

El prurito senil es una de las molestias más aflictivas y obedece a toxemias, a parásitos y alergosis.

En esta edad es muy común la asociación o concurrencia de la psoriasis con el asma.

La terapéutica para la piel es capaz de despertar accesos de asma, lo que impone la obligación de meditar muchísimo la medicación que se va a instituir a un paciente de avanzada edad, que si recibe beneficio con ella puede ser peligrosa para su emuntorios y ser así causa de nuevos procesos patológicos.

A todos los enfermos se les debe **evitar preocupaciones** distintas a las de su dolencia, pero a los viejos y ancianos es imperativo que ignoren muchos sucesos de la vida cotidiana; hay que ocultarles el diagnóstico, siempre que se trate de asuntos graves, porque la convicción de que sus días están contados les exacerba muchos de sus síntomas y con ellos la depresión moral y la angustia son irremediables.

Las perturbaciones de orden digestivo, por leves y pasajeras que sean, torturan la mente de los viejos y en ellas basan el concepto de graavedad: anorexia por dos o tres días, sensación de repleción des-

pués de las comidas, gases con eructos o flatulencia son signos de gravedad que los lleva a pensar en cáncer, colitis, en la última enfermedad padecida por un amigo o pariente y de cuya evolución oyó hablar a medias; la constipación, que en la mayoría de estas gentes, es fisiológica por las modificaciones sufridas por el intestino, ha constituido siempre en todos los pueblos y todas las edades, un serio problema patológico al que se ha hecho responsable de un sinúmero de alteraciones y dolencias que encierran no sólo las digestivas sino las de otros aparatos y sistemas como respiratorias, circulatorias, cutáneas, etc.

El proceso de inflamación tiene características especiales en los viejos: como ejemplo sirve el absceso subcutáneo; la infiltración flogósica célula-humoral que en un sujeto joven se produciría rápidamente alcanzando una colección bien delimitada con las características señaladas desde Celsius, en el viejo se hace con lentitud, sin limitación que la individualiza sino, de tamaño mucho menor y sin la renitencia que da siempre el proceso agudo inflamatorio, sin rubicundez circunvecina y relativamente poco dolorosa; cuando en el joven esta inflamación gasta apenas algunos días, en el anciano puede gastar semanas dando la impresión de los abscesos denominados fríos, con empastamiento poco sensible; cuando se practica la abertura de esa colección sale un pus que en manera alguna puede reputarse como el clásico "pus bonum et laudabile" prometedor de una cicatrización rápida, sino un líquido sanioso más rico en detritus celulares que en leucocitos; la cicatrización es muy lenta, insidiosa; el leucograma está lejos de demostrar las características de la flogosis similar en un adulto o en un joven; hay ocasiones en que la leucocitosis es casi normal y otras en que hay verdadera leucopenia, fiebre moderada o ausente; a esta sintomatología insidiosa, poco llamativa de la atención puede agregarse otra que traduce la entrega del organismo como astenia, inapetencia, anemia notoria y sobre todo signos de colapso cardiovascular. Los ganglios regionales son poco hipertrofiados, no hay linfangitis concomitante, todo lo cual traduce la poca resistencia orgánica contra la infección piógena.

Algo semejante pasa con procesos de abdomen agudo que han interesado el peritoneo, que siembran dudas sobre el campo que en la terapia les corresponde; el leucograma es poco elocuente, las reacciones locales en las paredes abdominales nada dicen porque no hay contractura, ni defensa ni aquellos signos como el de Blomberg y los descubiertos por la maniobra de palpación recto-abdominal aconsejada por San Martino y en que sólo el criterio clínico puede decidir.

Algunas perturbaciones de la genestesia.

Quien se encargue del tratamiento de una persona de edad debe tener en cuenta que en estos pacientes ocurre con mucha frecuencia

lo que los psiquiatras han denominado perseveración o reiteración, perturbación de la cenestesia en virtud de la cual hay persistencia psíquica de signos o de síntomas que por largo tiempo torturaron al enfermo y sirvieron siempre de base para la calificación de la gravedad del proceso; ya es un dolor que se sostiene sin imprimir en el semblante señales características, ya una impotencia funcional de un miembro en el cual perdura la sensibilidad o es una invalidez o incapacidad absoluta para cumplir necesidades individuales diarias que sostienen la vida, aberraciones que se entretienen a toda costa para mantener ante familiares e interesados su incapacidad para la ejecución de determinados menesteres. La explicación de este fenómeno psicológico está en el temor del sujeto de perder el derecho a las atenciones que se le están prodigando y de no merecer la preocupación de sus circunstantes: dolores que se fingen o se amplían y cuya duración no obstante ser inusitada no altera en lo más mínimo el estado general; insomnios que se reputan como absolutos durante semanas sin menoscabar la resistencia orgánica ni perturbar las facultades mentales, anorexias que llevan semanas y aún meses con alimentación tan exigua que alcanza la de los **faquires**, disturbios digestivos que nunca tuvieron su comprobación, forman el expediente de quejas de todos estos pacientes, antiguos enfermos que en realidad padecieron mucho de lo que aún no han olvidado, pero que temen confesar que están gozando de una buena relativa salud por la sospecha de que al obrar así se les impone alguna penosa obligación o se les despoja de algún derecho que para ellos es intocable.

Esos dolores intensísimos, de tenacidad desesperante a todas las medicaciones, que cambian de sitio tan a menudo que puede considerárseles como ambulantes, generalizados en ocasiones, es decir verdaderas panalgias nunca alteran la tensión sanguínea, ni provocan crisis sudorales, desaparecen con la soledad o con oír relatar algo interesante, se acrecientan con las contrariedades y se mitigan o amainan con sucesos faustos para la persona o para los suyos. A esta perturbación hay que referir las neuralgias inveteradas cuya causa no descubre el laboratorio y que no ceden ante ninguna medicación; los lumbagos, las manifestaciones reumáticas criptogenéticas que con inusitada frecuencia reclaman servicios médicos: con dolencias psicogénicas que representan para el individuo el recurso más favorecido para fijar de esa manera sus preocupaciones, angustias, y temores. Aquellas dolencias fueron en otro tiempo reales como integrantes de varios procesos patológicos, pero el subconsciente no permite que el enfermo se liberte de su recuerdo porque así lo mantiene ligado al instinto de conservación.

Este fenómeno es más comunmente observado en ancianos, sobre todo mujeres con hijo único casado y con hijos con quienes tiene

que convivir; pero el hecho de comprender que el amor filial ya no es íntegro para ella y que necesariamente se tiene que compartir con todos los de su hogar, hace que la anciana fije en alguna dolencia o cualquiera manifestación morbosa los sinsabores, incertidumbres y desconfianza que la conducta de su hijo empieza a inspirarle. Esta manifestación aberrante de amor maternal es una especie de complejo de Yo-casta en que el egoísmo materno no tolera que al hijo se le quiera ni que éste tenga afectos y pruebas de amor para otras personas. Para contrarrestar estas ocurrencias los ancianos reiteran sus viejos sufrimientos, o amplían y exageran los existentes, razones más que suficientes para explicar la respuesta inmodificable del viejo cuando se le interroga sobre su salud respondiendo siempre que todos los días es peor.

El hijo único no sólo en la infancia sino en todas las edades o épocas de la vida continúa siendo un problema psicológico.

Significación del trabajo y de la ocupación en los viejos.

La inactividad y la desocupación en las personas de edad avanzada es una fuente de sinsabores y amarguras, de preocupación y nerviosidad; no tienen más que hacer que pensar en su condición de ficha social inservible, de elemento familiar estorboso; los muchos años vividos los contemplan como garantía de muerte que los sume en depresión y tristeza; es el motivo para que no toleren que se les recuerde su edad que consideran ofensivo de su dignidad; por eso reputan como enemigo a quien se explica sus dolencias como gaje de los años que tienen.

La no ocupación de los viejos es una de las deficiencias de la reglamentación del trabajo y una de las injusticias sociales consagradas en la legislación como quiera que son muchos los sujetos que aún pasando de 65 años son hábiles para muchos oficios y dan un rendimiento obrero igual al de muchos trabajadores jóvenes; el retiro en una edad en que todavía no constituyen carga social es motivo de descorazonamiento y de tristeza que con frecuencia ocasiona desequilibrio funcionales que los reduce a la cama y despierta temores y aprensiones por la enfermedad que haya padecido o que pretenden padecer o por la muerte cercana, inevitable.

La enmienda legal de permitirles el trabajo pero con previa renuncia a las comunes prestaciones sociales es contraproducente al reflexionar que se les imponen deberes pero les quitan derechos con lo cual se amilanan y se sienten ofendidos.

De manera que sería de grande utilidad para la colectividad y un motivo de tranquilidad para las familias encontrar ocupación para sus viejos que en la casa se vuelven insorpotables, no transigen con na-

da y se sienten perseguidos por su inacción y porque ya no pueden cumplir con sus pequeñas o grandes obligaciones. Valdría la pena hacer la cuenta del número de brazos útiles pero inactivos que se paralizaron con la disposición legal aludida y las ventajas que aportaría a la economía social el poder contrarrestar aquellos funestos efectos.

Ahora bien: hay que convenir que el empleado o trabajador viejo tiene grandes inconvenientes: es independiente, no reconoce superioridad, es caprichoso para efectuar la labor que no le gusta; como conoce bien o mal la historia de la empresa o del negocio opina en todo y se contraría cuando no se le tiene en cuenta para resolver muchos asuntos. Este comportamiento psicológico hace desear que los patronos o empresarios remuneren el trabajo de estos servidores de modo superior al que merecen con lo cual se sienten estimulados en su oficio, aumentan el rendimiento industrial y se convierten en aliados leales de los directores ya que ven en la empresa la fuente de vida para él y para su familia.

El problema de los viejos se resolvería con atenciones oportunas, trabajo adecuado y dinero, que son las tres cosas que ellos necesitan para mantener su vanidad estimulada, alejados de la meditación en la proximidad de la muerte y convencidos de tener independencia económica ya que el dinero les da fuerza y poder de determinación, que para ellos es lo único que infunde respeto; la falta del dinero les produce o acarrea como consecuencia la carencia de iniciativa, la indecisión, la depresión de espíritu y la renunciación a toda actividad; naturalmente que el viejo rico está libre de estas torturas porque en el hogar siguen con su autoridad sin menoscabar, continúan siendo los jefes y hacen con su dinero todo aquello que les venga en gana, que les provoque efectuar.

Uno de los disparates mayores que puede cometer el viejo es el de repartir entre sus herederos los bienes que le queden porque nunca la pobreza se ha mirado con buenos ojos aunque se halle situada en cumbres de afecto y de amor; y el abuelo o el padre que por el interés de lo que en el futuro puede repartir es considerado como digno de atenciones y de grandes miramientos, una vez que se ha desprendido de lo que constituye su patrimonio y su renta, se convierte en carga estorbosa, en arrimadizo que se anhela salir de él.

El mejor regalo para los viejos pobres es el dinero, el tabaco y el licor para los que lo han acostumbrado; el vestido, los regalos de otra índole no les produce alegría pues para los días que habrán de vivir con lo poco que poseen los terminan; el fumar los distrae, los anima y el licor les da la sensación de una juventud hace muchos años ya extinguida.

La disposición legal de jubilarlos o pensionar a los viejos servidores resuelve en parte un problema de geriatría ya que son muchos los sujetos que después de una lucha de muchos años con grandes torturas económicas crearon riqueza, levantaron hogares, contribuyeron a la erección de nuevos núcleos de población y que luego la fortuna en sus continuos vaivenes los aventó a campos de miseria sin amparo y sin protección para lo indispensable de vida mínima.

La resolución del problema es parcial porque la ley no cobija sino a los que bajo las mismas toldas de trabajo acamparon por determinado número de años y deja a la intemperie infinidad de trabajadores que cambiaron de patrono, trashumaron en oficios sin que por parte alguna aparezca la empresa o persona responsable de atender a algunas de las tantas necesidades como son las que asaltan los hogares del hombre pobre. El agricultor que encurvó su espinazo acariciando con herramientas primitivas la tierra en solicitud de sus productos para su subsistencia y la de su familia, que nunca fue carga para el Estado con el que cumplió todos los deberes que impone la buena ciudadanía ve que llega la vejez y lo encuentra sumido en las mismas necesidades que 40 o 50 años antes estaba tratando de eliminar. El arriero que estuvo presente en todas las empresas oficiales y privadas destinadas a producir o arrancar riqueza a la tierra, que abrió caminos al lado de mulas o de bueyes, que vivió a la intemperie sufriendo el ataque alevoso de las enfermedades del trópico y para quien no hubo tiempo escogible ya que era lo mismo en invierno que en verano, cuando alcanza la edad incompatible con esas faenas o cuando la carretera o el riel reemplazan los caminos y trochas, no le queda sino el recuerdo de sus luchas, de su comodidad o riqueza efímera sin que haya disposición legal que pueda favorecerlos; y sin embargo en el agricultor y en el arriero cimentaron estos pueblos la actual prosperidad de que disfrutaban. En la vida de los arrieros nuestros que marcha unida a la de los sembradores o agricultores comunes hay episodios que abismarían a los que admiran leyendas de mitología; la audacia, el arrojo, la tenacidad que imponían el tránsito y la abertura de selvas desconocidas, atravesando caudales de aguas traicioneras y en lucha machete en mano con maraña y animales bravíos pintan o traducen la personalidad de estos hombres con hormonas y músculos de machos que envidiarían hombres de otras razas y otros continentes. Estos servidores no tienen ni cesantía ni jubilación; y cuando mueren sus familias quedan a la merced de Dios.

Con seguros de invalidez o vejez que fueran extensibles a todos los trabajadores se evitarían muchas de estas situaciones angustiosas en que se ven encerradas muchas familias.

Con colonias o granjas para servidores retirados o inhabilitados en donde pudieran dedicarse a pequeñas faenas agrícolas con partici-

pación en su rendimiento, las empresas industriales, las secciones oficiales satisfarían una de las necesidades sociales como es la de dar ocupación a personas que todavía pueden dar rendimiento industrial o agrícola con beneficio no sólo para los interesados sino para las familias y para el Estado, que gastaría menos en beneficencia.

Las sociedades de beneficencia se deberían preocupar por darles ocupación lícita y lucrativa a ese numeroso personal de asilos o gerocomios para darles la sensación de que no les están dando gratuitamente lo necesario sino que ellos con su trabajo se lo están ganando; de esta manera no se considerarían como carga pesada para el Estado y hasta podrían satisfacer con su exiguo jornal muchos de sus pequeños personales menesteres. En la fabricación de juguetes, en la industria de cordelería o de zapato popular, en la floristería, en el barnizado de muebles, en muchas obras manuales que se efectúan en posición sentada, que fatigan muy poco se podría encontrar ocupación para este personal con lo cual se haría un gran beneficio individual y a la vez se mejoraría la suerte de estas Instituciones de suyo pobres y necesitadas; la salud de esos viejos mejoraría notablemente desde el momento que se les distraiga el pensamiento del de la muerte cercana y se les evita llevar esa vida vegetativa con la tortura de la proximidad de la eterna, reviviendo recuerdos o llorando su desventura, que así califican el hecho de haber vivido muchos años sin amor o porque nunca lo tuvieron o porque se les acabó, sin afectos y sin cariño de ninguna clase.

El estímulo en las personas de edad avanzada es una de las fuerzas mayores que se pueden utilizar para su mejoramiento individual y en favor de la sociedad. W A, Mc Keever dirige en la ciudad de Oklahoma una Escuela de Ancianos "cuyo santo y seña", cuyo lema es "varias cosas para hacer cada miembro", escuela a la que no pueden concurrir sino mayores de 70 años; en ella cada persona tiene la enseñanza de su predilección, se entrega a la lectura en horas apropiadas, lleva vida social activa se informa de la política, participa en festividades eclesiásticas, participa en centros de estudio y discusión que semejan las corporaciones legislativas de manera que fuera del cultivo del espíritu que los distrae del pensamiento continuo tienen la emulación que en todo ser humano es fuerza impulsiva para la realización de empresas que sin ella se juzgaban imposibles e impracticables. El aislamiento y la tristeza que siempre acompañan al hombre cuando pisa los zaguanes de la vejez se disipan como por encanto cuando se les insinúa la idea y se les convence de que todavía pueden dar rendimiento para su propia persona y para los que de ellos dependen; el complejo de inferioridad se liquida desde el momento en que a fuerza de sugestión hacen planes para el futuro de realización tardía; en tales condi-

ciones su mentalidad vuelve a tener los alicientes de otras edades y por consiguiente aquellas frases de optimismo "dentro de unos años", en el próximo bisiesto son pronunciadas con la naturalidad con que las pronuncia un sujeto apenas joven o adulto.

Esta escuela es de funcionamiento mixto, esto es, que hay también mujeres, cuya presencia infunde entusiasmo y corrección en los varones, muchas de las cuales se encargan de aquellos menesteres que redundan en bienestar de sus condiscípulos. Estos estudiantes, situados en la cumbre de la vida, consideran a los integrantes de edad inferiores sin envidia porque consideran que teniendo los mismos derechos para disfrutar de las comodidades que en esa edad les exige la vida, dejan de sentirse perseguidos y unidades sociales sin valor ninguno.

Entre nosotros ya van siendo numerosos los sujetos que alcanzan la edad a que nos referimos sin alicientes ningunos, sin ocupación porque o tienen medios de subsistencia o hijos que velan por ellos, viejos que verían la vida de otro color si se les facilitara centros como la Escuela de Mc. Keever. Y si en los asilos o **ancianatos** se introdujeran reformas tendientes a mejorar la mentalidad de los asilados serían numerosos los individuos que abandonarían la mendicidad callejera y buscarían al contrario fuentes de entrada para su manutención en ciertos oficios, en el aprendizaje de muchos conocimientos elementales con los cuales podrían vivir modestamente.

Mentalidad de los Ancianos.

El rendimiento intelectual disminuye a medida que avanzan los años porque todas sus facultades mentales sufren mengua y menguabo; así la memoria se marchita pronto lo que explica el por qué los ancianos tienen que hacer concienzudos esfuerzos para retener las nuevas impresiones o para recordar las antiguas; generalmente las lagunas en la memoria empiezan después de haber alcanzado el cerebro su máximo desarrollo o sea de los 50 años para adelante, antes en sujetos anémicos, débiles o agotados por otros conceptos; pasado este tiempo en la inmensa mayoría de los casos es muy difícil recordar con exactitud las nuevas impresiones; primero se olvidan los nombres, luego las fechas y más tarde la relación entre ciertos acontecimientos; pero estas modificaciones o alteraciones de la memoria son menos frecuentes, a veces no existen en sujetos de cultivo intelectual intenso que a diario y en distintos frentes de la inteligencia despliegan sus actividades; la lectura asidua, la conversación frecuente, la cátedra, las conferencias, la escritura de artículos de fondo o de observaciones profesionales mantiene en plena función a esta facultad del alma que los griegos divinizaron con el nombre especial de **mnemosin** o sea madre de las mu-

sas y que según don **Santiago Ramón y Cajal** es archivo de lo pasado, lucimiento del presente y último consuelo de la vejez, razones suficientes para considerarla como el dón más preciado y maravilloso de la vida.

La atención prolongada y consciente que exige el recuerdo de nuevas impresiones produce fatiga cerebral por cansancio de la célula nerviosa en lo cual está la explicación de la dificultad para recordar hechos ocurridos en la vida del anciano o en su círculo de amistades y parientes. Cuando no se cultiva, la memoria da señales de alteración en la cincuentena, edad después de la cual se acrecienta para recordar, sucesos, fechas, nombres propios. Un lenguaje nuevo se aprende fácilmente en la juventud, con dificultad en la madurez y es tarea imposible en la edad proveya.

La facultad del raciocinio se aumenta durante muchos años después de que el cerebro está total y plenamente desarrollado, aunque la capacidad de trabajo y el rendimiento intelectual se disminuye notoriamente; por esto los frutos de verdadera inteligencia los da el hombre antes de llegar a esta época de la vida, aunque se encuentran muchas excepciones de individuos que conservan una lucidez mental superior a su edad.

El control de las emociones se pierde o se embota con la vejez; por eso el anciano ríe o llora por la más ligera provocación, a veces sin motivo ninguno aparente: una reunión familiar, un cortejo de boda, un entierro, todo lo emociona; sin embargo, la mayoría de estas personas son graves, morosas y apáticas; y aunque, manifiestan una resignación con lo inevitable, viven deprimidos, se retraen y buscan el aislamiento; en otros fermenta una rabia inexpressada por su impotencia, por el poco aporte útil que pueden dar; en todos existe el temor a la muerte tácito o expreso.

La voluntad sufre también sus alteraciones, lo que explica el cambio repentino de sus determinaciones; firmes sostenedores de una tesis y tenaces defensores de su implantamiento, brusca e inesperadamente cambian su modo de pensar, aflojan su resistencia y ceden en su doctrina y hasta sostienen lo contrario; es este uno de los inconvenientes que se presentan en las juntas o consejos en que la mayoría de sus miembros son viejos porque la complacencia en ellos rechaza la razón; el parlamento, las juntas de dirección, con mucha frecuencia, dan ejemplos de esta aseveración; no obstante esto, por la pericia adquirida con los años, por la historia vivida que les recuerda episodios o acontecimientos semejantes a los que se pueden discutir, se hace útil su presencia en todos aquellos puestos que pidan o reclamen consejo, requieran prudencia y necesiten conmiseración; el viejo persona, absuel-

ve y disculpa; el joven acusa, culpa y condena; más cristiano el primero, más humano el segundo.

Las otras facultades del alma que anota Achil-Delmas sufren lentamente menoscabo en su funcionamiento: la **actividad** se aminora a medida que las endosecreciones disminuyen, a la par que los estímulos no tienen una respuesta satisfactoria, gastan pocos afanes porque ya en ellos los antojos y deseos van siendo muy escasos; por eso gustan del reposo y los que aún tienen que trabajar prefieren aquellas labores en que hay poca vigilancia y casi ninguna responsabilidad.

Indudablemente que a esto contribuye el género de alimentación del sujeto y el estado fisiológico de las adrenales, que si están dando el angiotono correspondiente mantendrá estos organismos como los de personas adultas y sanas; la pereza, la molicie, el deseo de no hacer nada es patrimonio de los hipoadrenales que consumen menos calor y despliegan menos energía. La **sociabilidad** se modifica sustancialmente hasta el punto de hacer pensar en serias perturbaciones mentales: con la disculpa de sentirse indispuestos, de haber pasado mala noche van rehuyendo reuniones que antes anhelaban, se aíslan paulatinamente, se encierran y así liquidan todos los compromisos de vida social por cuyo cumplimiento en tiempos anteriores se desvelaban con preocupación e inquietud; se vuelven huraños, silenciosos y solitarios. En ocasiones sí son alteraciones de su salud las que responden de estas modificaciones: el deseo frecuente de orinar, la bromhidrosis pubiana o axilar, algunas lesiones de la piel que los afean, los deprime tanto que sólo el refugio de su cuarto constituye su ambición y su anhelo. La **veracidad** se modifica de manera sorprendente en lo cual contribuyen varios factores como las alteraciones de la memoria con olvido de los hechos recientes, las perturbaciones del raciocinio que los priva de la capacidad de comparación y deducción para dar juicios de acierto y de verosimilitud. La **exageración** o ampliación en sus apreciaciones es de observación común y corriente: las preside casi siempre el cariño y la estimación de la persona a quien han de calificar. En las personas de poco o ningún cultivo intelectual la mentira de tipo jocoso e inofensivo es característico: las hazañas de juventud, las luchas continuas con la vida y con la naturaleza los hace aparecer como héroes de leyendas; no tuvieron enemigos que los resistiera, no conocieron lo que era derrotas, las conquistas amorosas fueron incontables y si no hubieran dilapidado el dinero serían potentados, suplen con la fantasía lo que ambicionaron de jóvenes sin poder conseguirlo; en esto se basa el refrán de que no hay viejos que no hayan sido valientes, ricos o tenorios cuando son ellos los que se encargan de su biografía. Es el exhibicionismo inconsciente de todas las edades.

La **codicia** en los viejos puede ser únicamente la exageración de la que ostentaron en la adultez o puede ser adquirida a medida que los

años van aumentando la edad; puede tener como acicate el amor propio que los impele a guardar lo que consiguen, a ambicionar más riqueza que puede servirles como foco de atracción y simpatía o como prestigio de autoridad en la localidad en donde viven; se ufanan de las capacidades adquisitivas que les atribuyen los amigos y hasta llegan a considerarse como verdaderos economistas, no importa que su riqueza haya tenido como base el agio, la usura, la avaricia o el serrucho; sólo escapan de este enemigo los viejos de espíritu cultivado que tienen de la vida el concepto cristiano que hay que tener y que consideran esta vida como la etapa primera de la eterna y ven en la muerte el día del nacimiento como lo considera la Iglesia en su sabiduría. La codicia constituye una manifestación de egoísmo con la cual es posible que la sociedad tenga en cuenta la inutilidad para el bien común de esas unidades.

En los ancianos la terapéutica da sorpresas desconcertantes.

Hay una diferencia considerable entre los resultados terapéuticos obtenidos en gentes de edad avanzada y las que corresponden a la juventud y a la adultez, diferencia que tiene su razón de ser en un aforismo de geriatría nacido de la experiencia y de los fracasos en la práctica ante viejos y ancianos de que "en la madurez la naturaleza tiende a matar". Por otra parte en los estados patológicos de las diversas edades existen formas anómalas, oligosintomáticas; y en las que conciernen a la vejez son en ocasiones tan irregulares que simulan cuadros de síntomas de otras entidades: la enfermedad coronaria puede presentarse como una simple gastritis; la nefritis como una neumonía; las toxemias entéricas o renales simulan la fiebre tifoidea; los procesos infecciosos semejan los característicos de las intoxicaciones: tras explosiones asmáticas se ocultan las insuficiencias miocárdicas o los defectos funcionales de los riñones; la constipación habitual da la impresión de intoxicación por narcóticos y se acompaña de un estado de debilidad de muy difícil explicación cuando no se tiene experiencia sobre este proceso en la edad propecta.

Después de los 65 años los remedios deben ser distintos y con dosificación muy diferente a la adoptada para los adultos, ya que la eliminación es muy deficiente debido a que los emuntorios se encuentran casi siempre en estado de meyo-pragia funcional, lo que influye para que los resultados secundarios de los fármacos usados sean de trascendencia para la salud general como los disturbios que se trataba de corregir; por ejemplo: una purga salina es benéfica por el momento pero como da lugar a una constipación o estreñimiento secundario que en puridad de verdad es fisiológico—no debe prodigarse ya que puede ser la ocasión de iniciar la funesta costumbre de laxantes o purgan-

tes cada día o cada semana respectivamente; una lengua roja con papilas erectas indica irritabilidad gástrica con hiperacidez, síntomas o signos que se corrigen con nuez vómica y con ácido clorhídrico; acción paradójica que se explica porque el ácido ingerido como medicamento impide la hipersecreción de la mucosa del estómago; esta medicación debe darse antes de los alimentos para evitar la hipercrinia; si la lengua es saburral, eso quiere decir que hay alcalinidad en el medio estomacal, lo que reclama asimismo la prescripción de alcalinos como los contenidos en las soluciones dialíticas denominadas de Bourget, de Hayem o de Mathieu; laxantes como leche de magnesia, podofilino y similares.

La debilidad de viejos y de ancianos puede ser la manifestación de una toxemia renal o intestinal que reclama antes que todo la antisepsia de las vías digestivas aunque los tónicos, los eupépticos, los antianémicos no deben olvidarse ya que al fin hacen grandes beneficios: fósforo, ácido fosfórico, sus derivados como glicerofosfatos, hipofosfitos; amargos como genciana, quina, condurango; estimulantes como estricina y nuez vómica, preparaciones marciales, arsenicales etc. etc.

La morfina debe evitarse en estas personas porque puede producir la muerte súbita por deficiencia respiratoria; si se usa debe combinarse con la atropina; no obra como lo hace en los adultos, ya que provoca excitación cerebral y hasta crisis de manía y no los hace dormir; los efectos secundarios pueden aparecer varias horas después de logrado el efecto primario y ser muy pronunciados, poniendo a veces la vida en peligro; los mejores opiáceos en los viejos son la codeína y la heroína que obran muy bien, aunque requieren una escrupulosa dosificación; no tienen efectos deplorables sobre los dolores, el sueño, no dan pesadillas como la morfina; sin embargo la heroína en muchos casos, puede hacer sentir su efecto somnolente hasta tres o cuatro días después; seca las secreciones y excreciones, al contrario de la codeína que no las modifica; por esto es uno de los béquicos más aconsejados y eficaces en el curso de las enfermedades túsigenas.

La fenacetina, la exalgina, la acetanilida, la antipirina y sus derivados deben ser empleados con mucha cautela porque, como todos los cuerpos de la serie aromática, son sudoríficos que pueden producir eliminaciones cutáneas tan copiosas que alcancen a deshidratar el organismo y llevarlo al estado de colapso; además provocan erupciones en la piel que atormentan por muchos días y desconciertan al paciente, de suyo preocupado y nervioso. Uno de los analgésicos mejor tolerado es el piramidón o su canforato, aunque no se debe prodigar recordando que en los adultos suele producir cuadros de agranulocitosis; tiene la ventaja de que no enfría ni deprime tanto como los otros.

Otro de los remedios mejor tolerados es la quinina y sus sales en los casos en que hay que tratar el paludismo; asociados a la estric-

nina y a la cafeína obra muy bien en las neuralgias, sobre todo faciales; la preparación llamada elixir de fosfato de hierro compuesto o jarabes de Easton es recomendable como tónico, como reconstituyente; en él entran además la quinina y la estricnina.

El yodo, pero sobre todo los yoduros, obran desfavorablemente sobre la mucosa gástrica e intestinal; es uno de los inconvenientes cuando se emplean sistemáticamente en los casos de arterioesclerosis; aunque para algunos sólo en los casos de etiología sifilítica clara o comprobada está justificado su uso.

Los efectos secundarios de muchas drogas son de suma importancia porque pueden hacer creer en nuevas manifestaciones de la entidad que se va a combatir; la belladona y la atropina acentúan tanto su acción sobre las secreciones que alarman al enfermo quien se niega a continuarla, fuera de que la midriasis es de mayor duración; la estricnina obra mejor a pequeñas dosis que a las grandes como actualmente se emplea en los adultos; la digitalina es menos activa que los derivados totales de la digital; por esto el polvo fresco o las preparaciones que lo contienen son arma eficaz en caso de necesitarse; el calcio por vía parenteral provoca en ocasiones excitación nerviosa, circunstancias que hay que tener presente hoy que la **descalcificación** es diagnóstico que se prodiga sin razones científicas; el arsénico puede dar manifestaciones de intolerancia con cantidades o dosis perfectamente toleradas en los adultos; el aloe y la aloína provocan intensa irritación de la mucosa intestinal que semeja crisis de diarrea; por esto son perjudiciales tantas de las píldoras laxantes anunciadas comercialmente; el calomel a pequeñas dosis produce diarrea y como purgante tiene el inconveniente de repercutir sobre las glándulas suprarrenales y acarrear astenia, hipotensión en veces por varios días.

Las inyecciones intravenosas, aun de sustancias de uso común en las personas viejas pueden producir manifestaciones ruidosas de choque; la urotropina y sus derivados yodados o alcanforados, el carbón, los arsenicales etc. etc., por estas razones la medicación endovenosa es actuación que debe meditarse muchísimo para no presenciar cuadros de intolerancia que en ocasiones no tienen una explicación satisfactoria.

Las hemorroides pueden ser causa de una anemia pseudo-perniciosa por la pérdida continua de gotas de sangre; pero hay que recordar que la supresión brusca de un flujo semejante puede desencadenar una hemorragia cerebral o pulmonar, ictus de apoplejía por lo cual se debe ser muy prudente en el tratamiento con fines curativos: es mejor continuar con prácticas más suaves: aplicaciones frías y astringentes, hamamelis, preparados de azufre etc. etc.

Como norma general en geriatría deben disminuirse las dosis de las sustancias depresoras y aumentarse las de los excitantes.

INTOXICACION POR LA MARIHUANA (*)

DR. JUAN B. PEREZ CADAVID
Académico de Número

DESCRIPCIÓN

La *marihuana* es considerada por los botánicos como la variedad "fisiológica o de cultivo" del *Cannabis Sativa* o cáñamo indio, llamado también *C. Chinensis*, *C. errática*, *C. foétida*, *C. indica*, *C. lúpulus*, *C. macrosperma* y *Poligonum viridiflorum*.

El Cáñamo Indio, salvaje en muchos países, cultivado en otros con fines comerciales, es una planta anual, esbelta y en forma de arbusto; dioica o sea que presenta un pie o tallo para las flores masculinas y otro para las femeninas; semileñoso y fibroso. Hojas opuestas, con 5 o 7 segmentos lanceolados y dentados, las superiores enteras. Las flores femeninas de color verde se aglomeran en las pequeñas axilas del racimo; en el otro pie se encuentran las masculinas, verdes también, en racimos más alargados semejando una espiga.

El estudio de la hoja es interesante no sólo desde el punto de vista botánico sino penal. Al tacto aparece áspera o "carrasposa" en sentido contrario de su dirección debido a innumerables vellosidades o pelos que tapizan su epidermis. Al examen microscópico de un corte transversal o de un fragmento de hoja, se observan en la cara superior unos *abultamientos esféricos* envueltos en una capa al parecer glandulosa y con una terminación aguda dirigida hacia un lado: son los *CISTOLITOS* compuestos de gránulos esféricos blancos de sales de calcio. En la cara inferior se encuentran dos *clases de vellosidades*: unas alargadas como "*cuernos de reses*" y dirigidas siempre hacia el mismo lado; otras anchas, esféricas y glandulosas que se desgarran fácilmente dejando escapar una sustancia resinosa, de color amarillo y apreciable al microscopio. Este examen se hace con luz reflejada y no por transparencia.

La importancia de este examen se basa en la estructura histológica peculiar de la hoja y la facilidad de reconocerla aun en la picadura destinada a la preparación del cigarrillo o pipa, de importancia capital en los reconocimientos legales. Además, las plantas miradas desde lejos dan la apariencia de estar cubiertas de pequeñas gotas argentinas de rocío; si se pasa la mano por encima de ellas, queda adherida a la piel una capa pegajosa de resina, de fuerte olor.

La semilla o cañamón se emplea en ocasiones como condimento de las comidas; también para alimento de aves de corral.

(*) Conferencia dictada en la Academia de Medicina el 4 de junio de 1952.

El uso del cáñamo indio empezó con la historia de los pueblos orientales donde se utilizó antes de la era escrita, figurando ya en los herbarios chinos. Parece procedente del Asia Central, desde donde se extendió ya en tiempos remotos a las demás regiones del mismo continente, así como a Europa y a Africa. Los españoles o los esclavos negros trajeron la planta a América.

El célebre historiador Herodoto, 450 años antes de la era cristiana, nos da datos concretos acerca de la embriaguez producida por la planta. Describiendo la costumbre de los baños de vapor del pueblo Escita, nos dice lo siguiente: "de este cáñamo los escitas toman sólomente los granos, se meten bajo sus tiendas de fieltro y arrojan éstos sobre piedras candentes. Cuando los granos caen en estas piedras, humean y esparcen un vapor que no puede compararse al de ningún baño de vapor heleno. Ahora bien, los escitas lloran de alegría por este vapor, el cual les sirve de baño, pues no se bañan jamás en el agua". Pomponius Mela nos refiere que, en el culto de Mithra, dios persa, se encuentra un rito consistente en aspirar por tres veces un humo producido de un modo misterioso, dando una agradable tranquilidad y una sensación de flotar hacia las alturas". El libro de los persas, Avesta, aparecido seis siglos antes de J. C., habla del efecto embriagador de las hojas y la resina de la planta, y la mitología india considera el cáñamo como la fuente de la felicidad y como un componente del "Soma", bebida predilecta del dios Indra. Dioscórides en su terapéutica del siglo primero de nuestra era y Galeno en las obras de la misma época, ya mencionaban el cáñamo indio como embriagador y excitante sexual.

En la Edad Media, también figuraba en las farmacopeas alemanas bajo el nombre de "Hanofsamo". Los griegos y romanos aprovechaban las hojas como embriagantes y el tallo para extraer su fibra, de buena resistencia y útil para fabricar sus cordeles. Los pueblos modernos lo cultivan a veces en buena escala para la obtención de la misma, pero su siembra clandestina sostiene al mismo tiempo el hábito de los fumadores y su perniciosa propagación.

Diversidad de nombres

El cáñamo ha tenido diferentes nombres según el tiempo, el cultivo, la región y el país. El nombre de *CANNABIS* fue dado por asirios y quizás griegos y romanos, derivándolo del "Assyrian Kunnapu" o "Qunubu", incienso especial de la antigua Siria. Los viejos árabes llamaban la planta "*AXIXI* o *HASCHISH*", que significaba "hierba" y que equivalía a sustancia embriagadora que produce a maravilla la

transformación. Es el mismo *HASCHISH EL FOLKARA* o hierba de los faquires. Los afganes la denominaban "*CHARAS*" por la exudación resinosa de hojas y flores, empleándolas en forma de pipa, cigarrillo o píldoras. Otros pueblos orientales bajo los apelativos de "*BHANG*", hojas secas de ambos sexos, para preparar cigarrillos e infusiones; "*GANJA*" y "*MOMEKA*" o sean tallos en florecencia, distribuidos al comercio en pequeños trozos para los mismos usos. En todo el Oriente ha sido muy usado, desde 1591, el "*DAWAMESK*", electuario compuesto de haxixi, almizcle y azúcar, en forma de píldoras o bombones y al cual agregan algunos el jengibre y cantáridas buscando una pretendida acción afrodisíaca. En la India fue célebre el "*MAJUN*", similar al anterior pero al cual se le agregaba opio, estramonio, nuez vómica, acónito, beleño y arsénico y cuyo consumo abundante conducía inevitablemente a una imbecilidad completa. En épocas anteriores se usaba para trastornar el juicio de los reos y para privar a los príncipes del derecho de sucesión.

En Egipto se consume una bebida análoga a un licor, compuesta de haxix, azúcar, alcohol y sustancias aromáticas llamada "*CHASTRI*" y una mezcla de cáñamo y opio, para fumar en pipa o cigarrillo llamada "*HASCHISH-KAFUR*". En Africa del Norte se fuma el "*KIF-HACHE*", llamado cigarrillo de la tranquilidad. En el Caucaso y otras regiones rusas se vende comúnmente una mezcla de cáñamo con tabaco llamada la "*SEMOLA DEL PLACER*". Además el "*ANACHA*" que contiene cáñamo, cocaína y opio es una preparación muy usada por dicho pueblo cuando quiere disfrutar de ilusiones y alucinaciones...

Actualmente los ingleses lo llaman simplemente "*CAÑAMO*", los pueblos de lengua francesa "*CAÑAMO INDIO*", los americanos y latino-americanos "*MARIHUANA*", derivándolo de otra planta embriagadora, el Mariguango o Moroguango portugués. En Méjico, se fuman las hojas, solas o mezcladas con el tabaco; se ingieren papillas preparadas con cáñamo, azúcar, pimentón y leche y se beben extractos alcohólicos.

En Arabia, el recién casado, después de su enlace, tiene la costumbre de fumar pipa de una mezcla de tabaco y haxix. En Persia se ofrece frecuentemente una preparación de cáñamo con los nombres característicos de "incitador a la risa"; "despertador del sexo", "aumentador del placer". En algunas tribus del Congo belga, el consumo de cáñamo se convirtió en un verdadero culto hasta principios de este siglo, haciendo ostentación de él en ceremonias importantes como celebración de fiestas, tratados, pactos de amistad con sus vecinos.

En el siglo XI de nuestra era, un poderoso jefe de Persia, dueño de vidas y haciendas, llamado Hassan-ben-Sabah, suministraba a los

hombres bajo su mando una bebida preparada con Haxixi la cual los exaltaba y estimulaba a cometer los más espantosos crímenes. Para ganarse la ciega voluntad de los jóvenes que querían entrar a su servicio, Hassan les hacía servir una bebida embriagadora. Durante su sueño, los novicios eran transportados a un soberbio jardín donde se ofrecía toda clase de placeres, una copia fiel del paraíso prometido por Mahoma a sus creyentes. Después de haber gozado allí durante algunos días placeres paradisiacos, eran transportados nuevamente, mientras dormían, a su antiguo y acostumbrado ambiente. Al despertar, Hassan les prometía para siempre estos goces, de los cuales habían ya gustado una prueba en vida gracias a su poderío, con la condición de que ejecutaran ciegamente sus órdenes. De esta manera, Hassan se ganó un grupo de partidarios que cumplían sus mandatos aun cuando éstos implicaran la muerte segura. Los miembros de esta Orden recibieron al principio el nombre de "abnegados", siendo designados más tarde "haschiscins", llamados luego, en el tiempo de las Cruzadas, "Assassines" por los franceses y "Asesinos" por los españoles, apelativos dependientes de la palabra arábiga "Haxixinos o Haschischins" (literalmente, comedores de hierba), secta de musulmanes ismaelitas que sembró el terror en varias comarcas.

Las primeras comunicaciones médicas sobre los efectos del cáñamo, fueron hechas por el insigne Rabelais en su libro tercero de "Pantagruel" donde afirma que el extracto de cáñamo "ataca el estómago, empeora la sangre y por su gran ardor perjudica el cerebro llenando la cabeza con molestos y dolorosos vapores".

En la misma época, siglo XV, Prosper Alpinus relata la pasión de los egipcios por la droga que "produce alegría, locuacidad y extravagancias".

En el siglo XIX se comenzaron las primeras investigaciones científicas del cáñamo y sus efectos. Un médico irlandés, Shaughnessy, se ocupó detenidamente en las propiedades terapéuticas y del múltiple uso en la medicina popular de la India. Un poco más tarde el neurólogo francés Joseph Moreau de Tours hizo minuciosas descripciones de la embriaguez con el haxix, atrayendo el interés de numerosos médicos y de la bohemia literaria e intelectual, no sólo de Francia, sino del mundo entero.

Los célebres escritores Theophile Gautier en su artículo "Le Club des Hachichins" aparecido el 10 de julio de 1843 y Charles Baudelaire en su libro "Paraísos artificiales" nos pintan maravillosamente la fantasía de la embriaguez.

PRINCIPIO ACTIVO

La potencia del cáñamo es mayor en el material resinoso de las glándulas secretoras, las cuales se encuentran más en las inflorescencias

que en las hojas. Según la tradición, las plantas hembras son más ricas en principio activo.

Este es llamado 'Cannabinol', 'Cannabina' y 'Hashishina' y es obtenido por destilación al vacío. Es un aceite esencial, rojo, resinoso, de olor hilarante, sabor picante, soluble en alcohol. Tiene una estructura de "Dibenzopirano" y es un "Diperteno". Su esencia, el Cannabeno produce al aspirarse, excitación motora, mental, sexual, ilusiones y embriaguez.

El Cannabinol es eliminado por los riñones combinado con ácido glucorónico. También por pulmones y piel.

EFFECTOS DE LA INTOXICACIÓN

Los efectos varían según la forma de empleo del cáñamo, ya sea por aspiración del humo de la pipa o del cigarrillo, ya por la ingestión de bebidas preparadas con las hojas resinosas, como también es diferente su efecto en la embriaguez ocasional, en la del vicioso o habituado, en el psicópata y en el intelectual. Sin embargo, existe un principio según el cual, los efectos de la marihuana varían con el origen, suerte, educación, ilustración, medio ambiente y estado de ánimo del consumidor. La reacción no puede ser igual en un individuo de baja extracción social y en otro que por su cuna e ilustración está colocado en un nivel superior para desarrollar sus fantasías e ideaciones. Por eso, este principio se consagra con la frase: "cada vicioso del Haxix tiene la embriaguez que merece, pues dicho estupefaciente, amplía pero no crea la fantasía".

La acción embriagadora se busca generalmente con la pipa o el cigarrillo, llamado en Norteamérica "reefers" o rizado y en nuestro medio, como en muchos países latino-americanos denominado *grifo*, *cachiflin*, *quenque*, *quimbombo*. Las hojas desecadas convenientemente las conocen con el nombre de "hierba mala" o *grifa*.

Las manifestaciones clínicas de la embriaguez según estudios de Dardanne, hechos en 1924, se clasifican en cuatro períodos: 1) *excitación física y psíquica*; 2) *delirio alucinatorio* con marcadas sensaciones placenteras y llamado por los árabes "fantasía"; 3) un período de *tranquilidad y abstracción* con ensoñaciones y aislamiento del medio; 4) período final de *sueño*, a veces interrumpido con breves delirios.

Moreau de Tours, psiquiatra eminente del siglo XIX, basándose en sus observaciones reunió ocho grupos principales de manifestaciones: 1) Sensación general de *bienestar* comparable a los delirios de ciertas enfermedades mentales. 2) estado de *hiperexcitabilidad* con sensibilidad general aumentada. 3) estado *confusional* en el tiempo y espacio. 4) mayor *agudeza auditiva* con gran sensibilidad para la música y apre-

ciando como melodiosos aun los ruidos corrientes. 5) *ideación* fija, lindando con la manía persecutoria. 6) trastornos de los *sentidos* con aumento de sensaciones. 7) *impulsos irresistibles*. 8) *Ilusiones y alucinaciones*.

Basándonos en estos relatos y en las descripciones de fumadores de *la baja y alta bohemia* podemos afirmar que los efectos del tóxico se manifiestan casi enteramente sobre el sistema nervioso central con sus *excitaciones psíquicas, motoras, sexuales* y con efectos *demenciales* en individuos preparados psíquicamente. Los signos físicos de la intoxicación pronunciada son también dignos de mención.

EN LA ESFERA PSÍQUICA es donde empieza generalmente a manifestarse la intoxicación con regocijo inusitado, alegría intensa y locuacidad extrema; risa a veces incontrolable y violenta; imaginación tumultuosa con amontonamiento de ideas desfiguradas o fragmentadas y percepciones trastornadas; recuerdos de cosas ya olvidadas e imposibilidad para fijar otras bien conocidas y recientes; intensas alucinaciones visuales, a veces auditivas, siempre agradables y en ocasiones de sabor sexual; destellos de luz; formas bellas y brillantemente coloreadas; figuras geométricas intrincadas; caras de gran complejidad, fondo y tono como ocurre con la intoxicación por la Mescalina, formando un conjunto heterogéneo y extraño, tanto más interesante mientras más lúbrica sea la base sexual del intoxicado. Los segundos parecen horas, las horas días, los días una eternidad; el espacio se amplía apareciendo distantes los objetos cercanos. En ocasiones macropsia o micropsia. Las ideas se aclaran; los problemas se tornan de fácil solución pues un filosófico discernimiento parece iluminar todos los misterios, aun cuando la confusión aparenta al tratar de explicarlos; la inteligencia se agudiza, trasladándose todo a la rápida acción en el campo motor. Caprichos, manías e impulsos delirantes se vierten muchas veces en la acción violenta, con el agravante criminal de *falsos reconocimientos*, especialmente en psicópatas que han abusado de la droga. Ilusiones alimentan el ambiente físico y mental, creyéndose corpulento, valiente, de piernas ligeras y largas, alado y flotando sobre nubes o en vehículos fantásticos. La agudeza auditiva se exalta apareciendo tintineos, ruidos extraños, alegres, y la música por desagradable que sea, resulta melodiosa y arrobadora. El sentido moral se esfuma, ondas de exaltación barren la conciencia y la relajación convierte al intoxicado en una simple máquina impulsada a la violencia, a la manía agresiva, al suicidio o al ataque sexual. El oído se enciende por simples sospechas y a veces se desata en accesos de terror asaltante. La confusión mental y en ocasiones doble personalidad, agudiza o profundiza la ilusión visual y las alucinaciones, convirtiendo la imaginación en obscuridad terrorífica.

En ocasiones predomina, no la idea convertida en acción, la fantasía y la alucinación, sino la quietud y reposo, la ensoñación con el rumiar de ideas, la tristeza, la ansiedad, el temor y pánico de muerte.

EN LA ESFERA MOTORA se presenta también una exaltación considerable a los pocos minutos. La locuacidad impulsiva, la hilaridad y risa explosiva, las sensaciones de agilidad y capacidad para los esfuerzos físicos, cumplidos sin fatiga, son testimonios claros de la excitación motora. Muchas ideas de verdadero delirante, quedan objetivadas bajo impulsos agresivos, destructores, homicidas o sexuales pues el freno inhibitor, la moral y la conciencia se embotan o desaparecen completamente. A veces una idea surge luminosa para la solución de pequeños e intrincados problemas, trasladándose rápidamente al campo motor. Otros pierden la timidez habitual, luciendo una agudeza mental desacostumbrada, hablando elocuentemente a sus contertulios o a su clientela: tal el caso que aparece en una de mis observaciones, marihuaneero, vendedor y propagandista de específicos que buscaba la excitación de la droga para desatar su lengua y recoger con más facilidad sus monedas. Es el mismo que bailaba y se movía horas enteras sin sentir fatiga, sol, lluvia o trastrocho. En otra de mis observaciones la danza alucinatoria y de movimientos duró varios días, repartiendo sus caricias y su baile con hermosas y resplandecientes mujeres. Otro quiso competir en velocidad con su propio automóvil y acelerándolo a velocidad fantástica creyó correr más que él.

El escritor americano Bayard Taylor nos cuenta que durante la embriaguez que él mismo se procuró y después de un período de largo silencio, prorrumpió súbitamente en una risa violenta gritando: "Oh Dios mío, soy una locomotora", imitando después la marcha de ella y dando vueltas por la habitación. En otro experimento personal, se vio en Egipto, al pie de las pirámides y a las que subió con la rapidez del relámpago. Mientras que desde arriba contemplaba el desierto, se sintió bruscamente elevado por los aires y flotando en una débil barquilla de nácar, que le llevó hasta una hermosísima pradera. Después sintió que su cuerpo había estallado en pedazos y que se desmenuzaba en el eterno todo.

Pasada la furia excito-motora, sobreviene, especialmente con dosis altas y prolongadas, una vaga sensación dolorosa generalizada, fatiga, profunda astenia, incoordinación para la marcha y a veces para la palabra. Dos o tres horas después, profundo sueño, prolongado en ocasiones, sin ensoñaciones, despertando con el recuerdo de todo lo acontecido.

EN LA ESFERA SEXUAL, el intoxicado experimenta con mucha frecuencia, una fuerte excitación que lo lleva física y psíquicamente al la-

do de la mujer, más bien de la hembra. A esto contribuye poderosamente la alucinación visual que la presenta siempre bella y brillante, garbosa y lujuriosa, cuando en realidad, de ello, sólo tiene el nombre. Como el estímulo carnal aparece al mismo tiempo que la furia motora, el intoxicado busca primero el acercamiento de la danza, la cual prosigue por horas enteras, sin demostrar fatiga y con una constancia loca, para terminar muchas veces en un ayuntamiento feroz, salvaje y satánico, tanto más lúbrico cuanto más intoxicada esté la compañera.

El médico y naturalista alemán barón Ernest von Bibra nos cuenta sus alucinaciones personales en las siguientes líneas: "tenía en las manos un paño blanco, y cuando fijaba en él la mirada, veía a través de sus pliegues las más preciosas figuras, y un pequeño cambio de posición bastaba para hacer surgir otras nuevas. Bien pronto me di cuenta de que podía ver a voluntad lo que deseaba, como cabezas de hombres barbudos, bellos rostros de mujer, animales de todas las especies, pues bastaba mover uno de los pliegues para que apareciera ante mí la figura deseada. De este modo pude modelar fácilmente durante algún tiempo los más hermosos y fascinantes bustos de mujer".

En una de mis observaciones de un recluso en la cárcel de la Ladera, la descripción amorosa de una copulación está palpitante y magistralmente anotada con las características de un ayuntamiento primitivo, verificado en plena selva.

Este erotismo, exaltado momentáneamente, tanto en el campo psíquico como físico, se torna peligroso porque el tóxico hace perder el freno inhibitor, relajando la conciencia y la moral y precipitando así los atentados, no sólo al pudor, sino a la dignidad y vida ajenas.

Con el correr del vicio y del tiempo, el efecto estimulante de la droga se pierde poco a poco, y aparece en el intoxicado la anafrodisia e impotencia, deseando y buscando sólo el conjunto alucinatorio de la embriaguez. Los viejos fumadores de pipa del Oriente, que consumen de 6 a 8 por día, ya perdidas las acciones físicas y psíquicas de la droga se contentan filosóficamente con "su pipa, su fantasía y su potaje".

EN LA ESFERA MENTAL aparecen trastornos imputables al uso prolongado de la droga, pero que no se desarrollan en el estado de embriaguez, conforme lo anotan muchos autores. Sin embargo, a veces una sola dosis o dosis repetidas durante varios días, pueden desencadenar un síndrome confusional, como aparece en uno de mis enfermos, quizás ya preparado psíquicamente. Todos los autores insisten en afirmar que la marihuana sólo tiene efectos mentales en inestables, en individuos predispuestos, en psicópatas esquizoides, ciclotímicos y en los cua-

les aparecen con frecuencia episodios confusionales, delirios de persecución, aberraciones sexuales, tendencias antisociales, síndromes maníacos, depresivos, melancólicos y delirios con alucinaciones destructivas.

Estos desequilibrios aparecidos ya bajo la sola influencia del estupefaciente o del abuso en individuos predispuestos, tienen en realidad una importancia social enorme. Todo tóxico, alcohol, opio, heroína, cocaína, marihuana, etc., relajando la moral, suprimiendo el freno inhibitor de la conciencia, convierte el ser humano en una bestia de instintos desatados y lo induce a comportarse como tal. Ya es el hombre, convertido en ser superior quien arremete contra el compañero, amigo o extraño; ya es el alucinado que ha hecho "un falso reconocimiento" y hunde el puñal homicida; ya el excitado sexual que mancilla su ilusión amada, real o ficticia; ya es el odio desatado por simples sospechas, que lo lleva al asalto y a la muerte.

En otro orden de ideas, el intoxicado se convierte en un ser extraño a su familia y círculo social, disminuyendo su capacidad para el trabajo, buscando el ocio y vagabundeo y engrosando el grupo de la bohemia, sin más objeto que la fantasía de su vicio y llegando con el tiempo a convertirse en un número más de prisión o manicomio.

Las estadísticas, como las de Grecia y Egipto, demuestran la extensión del vicio y el alto porcentaje de criminalidad. En estudios hechos en Atenas, en 1926, en el Asilo de vagabundos, se encontró que un 35% eran habituados al haxix. En Egipto, con una población de 15 millones de habitantes, las investigaciones policivas pudieron comprobar en 1932, cerca de 19.000 casos, estableciendo también el hecho de que un 10% de ellos se encontraban en las cárceles por una u otra acción punible.

OTROS SÍNTOMAS DE LA INTOXICACIÓN.

Con pequeñas dosis de marihuana, los efectos físicos son apenas los de un estimulante, siendo más marcados y acentuados en la esfera psíquica.

Con dosis mayores sí aparecen manifestaciones que indican franca intoxicación, cefalalgia a veces intensa; fuerte sofocación en la cabeza, con calor pronunciado, dando la sensación de que el cerebro hierve; zumbidos de oídos y vértigos; ojos vidriosos, conjuntiva congestiada, párpados rojizos, pupilas dilatadas y con escasa reacción a la luz; dolores en el cuello y nuca; temblores en lengua y manos; contractura en los músculos faciales y en los de las extremidades; hiperreflexia, retardo en la respiración; pulso acelerado, hipotensión y en ocasiones colapso y arritmia; ataxia e imposibilidad para la posición erecta; disartria; sed, más intensa después del sueño; poliaquiuria y abundante

diuresis por el líquido ingerido; somnolencia primero, luego sueño profundo de varias horas; despertar con el recuerdo de todo lo acontecido; sentimiento de indignidad cuando se reflexiona sobre lo hecho.

En las intoxicaciones crónicas, por tiempo prolongado, aparecen las manifestaciones nerviosas degenerativas, la anemia pronunciada, la incapacidad para el trabajo, la abulia permanente, la sensualidad disminuída y el complejo de inferioridad.

OBSERVACIONES

La sintomatología que antecede ha sido compilada de varios textos, muy parcos en la materia; de revistas científicas; de observaciones célebres y de algunos casos examinados en el Manicomio y en la cárcel de la Ladera donde se encuentra un número, si no considerable, sí apreciable.

He tenido material para estudiar cerca de 40 casos, pero sólo presento unas pocas observaciones que son suficientes para ilustrar el problema.

Observación N^o 1:

G. C. U. de 32 años y natural de Belén. Entró al Manicomio el 25 de marzo/52. Su resumen clínico, tomado de la historia respectiva es el siguiente: "Presenta facies de obnubilación mental. Orientado en el espacio pero no en el tiempo. Delirios polimorfos de influencia y transformación. Alucinaciones visuales y auditivas. Ha visto al Padre Eterno y lo ha escuchado, confiriéndole sabiduría para ser detective. Siente que un animal le araña y le muerde la espalda, lo suben y bajan, lo llevan y traen. Narra que viene sintiéndose "mal de la cabeza" desde el 24 de diciembre, cuando ingirió mucho "pipo" (alcohol con malta) y fumó muchos cigarrillos de marihuana, durante 15 días, en compañía de un primo aficionado. Manifiesta haber tenido alucinaciones olfativas (olor de cuerno quemado pasada la embriaguez de marihuana) y delirios de persecución porque en una ocasión le tocó los senos a una mujer.

Interrogado el enfermo cuenta lo siguiente: cuando empezó a fumar cigarrillos de marihuana, suministrados por un primo, llevaba varios días de constantes y abundantes libaciones. Inmediatamente experimentó una fuerte excitación motora que lo tuvo en constante movimiento y lo hizo danzar con todas las damiselas que encontró en las diversas cantinas del barrio, sin que sus fuerzas lo abandonaran. La fiesta, real o ficticia, duró varios días, acompañada de más libaciones, de más marihuana, y de muchas mujeres, todas hermosas y resplandecientes, con las cuales danzó con furia africana. Después de esta tempestad y de varias horas de un profundo sueño, despertó sintiéndose

deprimido, indigno y arrepentido, luego alucinado, desorientado y confuso. Con el correr de los días, se acrecentó y se completó su síndrome confusional con el cual ingresó al Frenocomio.

Observación N° 2:

B. O. M. de 28 años, oficio chofer. Entrada al Manicomio el 22 de mayo/51. Su resumen clínico, tomado de la historia respectiva es el siguiente: "Perturbaciones mentales consistentes en alucinaciones visuales, delirio de persecución. Informa que una muchacha se lo fuma y que por ese medio lo induce a hacer cosas malas. Es un paciente orientado en el espacio y en lo referente a su persona, pero desorientado en el tiempo. Se muestra inquieto, preocupado y pide constantemente su salida sosteniendo que no está enfermo. Al interrogatorio se descubren alucinaciones visuales y auditivas, delirio de persecución. Informa haber fumado cigarrillos de marihuana unas veces por propia iniciativa, otras inducido por amigos.

En un nuevo examen practicado dos meses después de su entrada y en mejores condiciones psíquicas confiesa, que en 1943 sufrió un accidente automovilario, con fuerte traumatismo de la pierna izquierda, cuando se puso a competir en velocidad con su propio automóvil, creyendo que era capaz de correr más que él. En esta ocasión estaba bajo la influencia de la marihuana.

Observación N° 3:

J. de J. C. Q. de 23 años, soltero, natural de Medellín. Entrada a la cárcel de la Ladera por vicio de marihuana y por robo.

Historia de su intoxicación: "Hace 4 años fumó el primer cigarrillo en el curso de una moderada embriaguez alcohólica. Inmediatamente experimentó alegría intensa, sintiéndose rico, valiente, superior a los demás. Sus amigas y compañeras le parecieron bellas y resplandecientes. Con ellas danzó varias horas sin experimentar fatiga pero sí una voluptuosidad manifiesta en sus movimientos y en deseos de saciar su instinto. Después de estas alucinaciones y movimiento constante, que duraron unas tres horas, sobrevino un sueño profundo de 12 horas, con un despertar acompañado de fatiga muscular, ligera cefalalgia, angustia de "guayabo" y deseos inmoderados de comer y beber. Satisfechos estos deseos tuvo necesidad imperiosa de bañarse por la "sofocación" y calor intenso que experimentaba. Horas más tarde, fue la alucinación olfativa de madera húmeda y quemada la que lo atormentó.

Pasados algunos días se presentó invencible el deseo de nuevos cigarrillos, que buscó en el círculo de sus amigos, habituados a la droga. Así continuó durante un año, experimentando las mismas sensaciones, buscando los mismos placeres, como un habituado a la intoxicación. En una de las embriagueces cometió el robo que lo llevó a la reclusión.

Observación N^o 4:

En las observaciones anteriores se ve claramente el efecto del vicio. En la primera, el síndrome confusional que lo condujo al Frenocomio; en la segunda la excitación motora y alucinatoria que le hizo desafiar la velocidad de su propio automóvil, con el accidente sufrido y posteriormente con la reclusión y en la tercera la consumación de un hecho delictuoso.

En la observación siguiente, nosotros vamos a conocer la ritualidad seguida y el "argot" empleado en el círculo de los viciosos. Es interesante, no sólo por lo anterior sino también por la sinceridad de su relato.

"M. T. D. de 37 años, soltero, natural del Valle del Cauca, propagandista y vendedor de específicos, locutor, dibujante, literato, bohemio. Recluido en la Ladera por el vicio, que ha sostenido durante 10 años. Oigámoslo: "Conseguida la yerba mala, grifa o Bayer, la papeleta, pelpa o vareta, con el jífaro o vendedor ambulante, se procede a enrollarla para hacer el grifo, cachiflin o quenque si es cigarrillo pequeño, quimbombo si es grande. Generalmente ya el cigarrillo se encuentra listo para su uso. Entonces, después de encendido, se procede con solemne ritualidad a darle una, dos o tres *pitiadas* o chupadas largas, aspirando profundamente el humo. Cuando son varios *los fumones* o *bonches*, *patotas*, si son numerosos, cada uno fuma su cigarrillo o con el mismo, se *pitea* sucesivamente de boca en boca, siguiendo siempre el requisito de aspiración profunda y sostenida para lograr buen efecto en la *pitiada* y llegar así a la perfecta *engrifada* o *tronada*. Esta es más efectiva cuando se consume la parte final, o sea la "*chicharra*".

Los primeros efectos son los de entorpecimiento generalizado, seguidos o acompañados de una alegría, risa y bienestar inusitados; imaginando cosas grandiosas; alucinado con luces extrañas, refulgentes y de intenso colorido; desorientado en el tiempo, el cual transcurre lentamente, también en el espacio, deseando ansiosamente encontrarse en lugares o ciudades ya conocidos y que antes habían sido motivo de alegría y satisfacción.

Frecuentemente sobreviene excitación motora que impulsa al fumador a moverse constantemente, sin sentir fatiga, sol, lluvia o *trasmucho*. Si la *engrifada* o *tronada* se hace en presencia o compañía de mujeres, el intoxicado danza *sin reposo*, con ritmo lento o frenético según la música, la cual siempre suena gratamente a los oídos y teniendo la sensación de ir por el aire.

Cuando se quiere o desea una mujer, se busca una que le guste la *grifa* diciéndole: *vamos a darnos el toque*; así las alucinaciones, las fantasías, las excitaciones motora y sensual marchan con un ritmo más

acelerado, las caricias mutuas son más enervantes, el ansia más loca, el anhelo más acentuado y la posesión y entrega más salvaje y diabólica.

Durante estos episodios nunca falta el valor, la personalidad adquiere nuevas dimensiones, experimentando suficiencia, riqueza, elegancia, juventud, estímulo y lucidez para resolver los diversos problemas, comprendiéndolos claros y fáciles. En algunas ocasiones los pensamientos e ideas son vagos, falta la excitación motora y el fumador se pierde en el reposo y en las divagaciones.

Si la *engrifada* pasa de sus límites, el fumador se siente *turro* o sea somnoliento, amodorrado, con deseos de pasar los efectos del estupefaciente; otras veces experimenta la *traba* con amnesia mental pasajera, dificultad para caminar y hablar, desorientado en el tiempo, en la distancia y en el espacio.

Cuando va pasando la *engrifada*, la *tronada* o *turrada*, el sistema nervioso se resiente, apareciendo la ansiedad, la angustia, el temblor y la inestabilidad y anhelando con marcada y profunda exigencia nuevos cigarrillos. Otras pocas *pitiadas* prolongan por varias horas toda la gama de sensaciones y alucinaciones fantásticas y sólo cuando se siente de nuevo *turro* se entrega al sueño de varias o muchas horas de duración, separándose de sus compañeros con la frase sacramental: "*démonos el olivo*". Al despertar quebrantamiento generalizado, necesidad de baño frío y prolongado por el calor experimentado, ansia loca de comer y de beber (*refinada*).

Después de algunos meses de vicio, el *fumón* (nunca marihuaneero, pues para nosotros esta palabra está borrada del léxico) siente un deseo irresistible de buscar siempre el cigarrillo o *cachiflin*, ingeniándose de mil maneras para lograrlo, sin temor ante nueva reclusión (*cana*) y sin importarle la dignidad personal, la tranquilidad de la familia, la conveniencia social. Lo importante es satisfacer el deseo.

Observación N^o 5:

Es la descripción de la embriaguez del literato Theophile Gautier, que copio literalmente, pues ella nos muestra la fantasía loca de un intelectual. Dice así:

"...al cabo de algunos minutos me acometió una laxitud general; sentía que mi cuerpo se deshacía y se tornaba transparente. En mi interior veía con claridad el haxix que había comido bajo la forma de una esmeralda, que emitía millones de pequeños destellos. Mis pestañas se alargaban hasta el infinito, arrollándose como hilos de oro sobre pequeñas ruedas de marfil que giraban por sí mismas con velocidad vertiginosa. A mi alrededor caía una lluvia de piedras preciosas de todos los colores, formando arabescos siempre cambiantes que me ha-

cían la impresión de las imágenes siempre distintas que se suceden en el caleidoscopio. De tiempo en tiempo veía todavía a mis amigos, pero desfigurados, mitad hombres y mitad plantas con el gesto meditabundo de un ibis; iban erguidos caminando sobre sus patas de avestruz y batían las alas. Este cuadro era tan extraño que yo, en mi rincón me retorció de risa. Para completar todavía más esta comedia, empecé a arrojar mis almohadones al aire, volviéndolos a coger al caer y repitiendo este juego con la velocidad de un malabarista indio. Uno de los circunstantes me dirigió un discurso en italiano, que el haxix con su ilimitado poder, me tradujo al español. Las preguntas y respuestas eran bastante razonables y se referían a cuestiones diferentes y novedades del mundo de la literatura y del teatro.

El primer ataque se extinguió poco a poco; al cabo de algunos minutos, mi estado era completamente normal, no tenía dolor de cabeza ni sufría ninguno de los síntomas que aparecen después de una borrachera por el vino; estaba admiradísimo de lo que había ocurrido. Al cabo de media hora escasa, quedé sujeto de nuevo al dominio del haxix. Esta vez las visiones eran mucho más complicadas y extrañas: en una luz difusa flotaban en interminables ráfagas millares de mariposas cuyas alas hacían un ruido parecido al roce de abanicos. Flores gigantes con cálices de cristal, enormes rosas, lirios de plata y oro surgían ante mí y se abrían con un estallido que recordaba al de los cohetes de los fuegos artificiales. Mi oído se había desarrollado maravillosamente: oía el sonido de los colores; los tonos rojos, verdes, azules y amarillos eran apreciados por mí en ondas bien definidas. El ruido producido por un vaso derribado, el crujido de un sillón o una palabra murmurada en voz baja, resonaban en mí como estampidos de trueno; mi propia voz me parecía tan fuerte que no me atrevía a hablar por miedo a que los muros pudieran desmoronarse o que yo mismo explotara como una bomba. Más de 500 relojes de péndola me cantaban la marcha del tiempo con sus voces argentinas de flauta o el brillante sonido de las trompetas. Todo objeto que tocaba, emitía el tono de una armónica o de un arpa de Eolo. Nadaba en un océano de tonos, en el cual, como islas de luz, surgían algunos motivos de "Lucía" y del "Barbero de Sevilla". Jamás me había visto invadido por un embeleso semejante; me sentía disuelto en la nada y tan abstraído, tan libre de mí mismo, de ese abominable testigo que acompaña a uno a todas partes, que por primera vez pude imaginarme la existencia de los espíritus elementales, de los ángeles y de las almas separadas del cuerpo. Era yo a modo de una esponja en medio del océano. A cada momento era empapado por las olas de la felicidad que entraban y salían por mis poros, pues era permeable, y hasta el más pequeño vaso capilar, todo mi ser se hallaba impregnado del color del fantástico ambiente en el cual estaba yo sumido. Los tonos, los aromas y la luz penetraban

en mí a través de una infinidad de tubitos delgados como un cabello, en los cuales oía el rumoreo de las corrientes magnéticas. Según mis cálculos, este estado duró aproximadamente 300 años, pues las impresiones se sucedían unas a otras tan rápida y abundantemente, que hacían imposible un cálculo exacto del tiempo. Cuando este "ataque" pasó, pude comprobar que todo ello había durado un cuarto de hora. Un tercer "ataque", el último y más extraño, terminó mi noche oriental: en él se duplicó mi sentido visual. De cada objeto veía dos imágenes que se reflejaban en mi retina con una simetría perfecta, pero bien pronto el electuario, que ya se había digerido del todo, obró con toda su fuerza sobre mi cerebro y durante una hora estuve en un estado completo de locura. Sueños dignos de un Pantagruel animaban mi fantasía: grifos, unicornios y otros animales fabulosos con toda la menajería de sueños disparatados, trotaba, saltaba, aleteaba y chillaba por toda la habitación. Las visiones se hicieron tan extrañas que me acometió el deseo de dibujarlas; en menos de cinco minutos terminé el retrato del Dr. X (seguramente Moreau de Tours) tal como se me aparecía sentado al piano, vestido de turco, con un sol sobre el dorso de su chaqueta. Los papeles de música estaban representados por espirales y husos formando extravagantes tirabuzones que surgían del piano. Otro dibujo, que fue titulado "Un animal futuro", representaba una locomotora viviente con el cuello de un cisne que terminaba en un hocico de culebra, del cual salían bocanadas de humo. Gracias al haxix pude incluso, dibujar del natural, el retrato de un gnomo que hasta entonces sólo había oído renquear y murmurar por la noche en mi antiguo armario".

Señores académicos:

La Marihuana es el vicio de la fantasía, de la ilusión, de la alucinación y del paraíso artificial. Por medio de él se experimentan las sensaciones más agradables, más fantásticas, más sensuales y extrañas. La imaginación corre locamente desbocada, la ideación se torna tumultuosa y el desprendimiento humano llega a los límites de lo terrenal.

Tan bueno y agradable será que, 1.500 años antes de J. C., ya tenía sus adeptos; los pueblos orientales, dados a la ensoñación, gustaban de su embriaguez; los dioses, según las leyendas paganas, lo permitían a sus devotos; los príncipes se deleitaban con sus efectos y el pueblo lograba también su fantasía.

En nuestra época, moderna y civilizada, este vicio está en su apogeo, extendiéndose a todo el mundo; existen fumaderos y clubs como los del opio; la gente, en mayor número cada día, trata de alejarse, aun cuando sea momentáneamente, de esta existencia trivial, sobrecar-

gada de amarguras y desengaños, entregándose al olvido, al deleite, al placer y desenfreno. Nada mejor que esta *yerba-mala* o *yerba-buena*, para recorrer con su embriaguez y en loca fantasía el mundo de lo imaginario.

Ahí está el peligro: la tentación conduce fácilmente al sendero de la ilusión, haciendo sentir los goces de un mundo paradisíaco. La experiencia obtenida una vez puede multiplicarse y enseñarse al amigo o al compañero. Primero es la novedad de gustar sensaciones extrañas y alegres; luego el hábito, más y más arraigado; más tarde la reunión, en pequeña *bohemia*, alejada de las miradas inquisidoras, y ya al final, es el vicioso loco, buscando afanosamente su excitante; el individuo relajado en su trabajo y moral que no respeta las conveniencias personal, familiar ni social o el intoxicado que en medio de su embriaguez asalta y mata si es preciso.

De este pequeño círculo pasa a otro más numeroso, invadiendo grupos estudiantiles, de alcohólicos y *bohémios*, de mujeres públicas o del conglomerado social más extenso.

En nuestro medio este vicio ya tiene *personería*, ya se encuentran cultivadores, vendedores, *detallistas* y viciosos. Esto se ha podido comprobar con la campaña emprendida por las Autoridades Municipales de Higiene, pero desgraciadamente la labor ha sido incompleta pues ellas no tienen la investidura policiva. Cuando el sumario llega a poder del Juzgado, intervienen los abogados en favor del reo o sindicado y muchas veces éste vuelve a la calle, a la libertad y de nuevo al vicio, al negocio y a la burla de la ley. Sin embargo, los 40 detenidos actualmente en la cárcel de la Ladera, prueban, no sólo la extensión del vicio, sino la preocupación de las autoridades.

Con un esfuerzo redoblado y combinado entre las autoridades sanitarias y policivas, se conseguiría fácilmente el castigo eficaz de cultivadores y negociantes ya conocidos; se extinguirían los fumaderos que existen en varias partes de la ciudad y se evitaría así la propagación del mal.

Esta campaña, apoyada en la educación popular, constante y sin desmayo, sería la única capaz de librarnos de este nuevo flagelo.

Durante más de un siglo de vida independiente, los colombianos nos hemos destruído mutuamente por una idea o por una palabra; por un caudillo o por un partido político; por un odio o por una pasión. Los que no han caído por estas causas, han sido víctimas de la ignorancia, de los pecados contra la Higiene, del alcoholismo, sífilis y endemias tropicales. Ahora viene a sumarse esta nueva moda, la cual ayudará poderosamente a la degeneración de la raza.

La abnegación y ejemplo de nuestros próceres de la Independencia; la sangre derramada en tantas batallas; la siembra bondadosa de nuestros legisladores y hombres de bien y los anhelos de redención, se verán supeditados por los vicios y calamidades.

Nuestro pueblo, sufrido en la adversidad; bueno en medio de la pobreza; ingenuo y confiado en todo momento, pero altivo y fiero cuando las circunstancias lo exigen, debe levantarse erguido y gritar: VADE-RETRO.

Junio de 1952.

BIBLIOGRAFIA

- Texbook of Medicine - Cecil 1.950.
Revista de la Universidad de Antioquia N° 105. - Artículo del H. Daniel.
Manual of Pharmacology de Solhmann, Séptima edición de 1948.
Practice of Medicine de Meakins.
Practice of Medicine por Tice.
Bases fisiológicas de Terapéutica por Goodman.
Plantas útiles de Colombia por el Pbro. Dr. Enrique Pérez Arbeláez.
Actas Ciba, Enero y Febrero de 1942.
-

INFORME DEL DR EDUARDO VASCO A LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL CUARTO CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE MENTAL REUNIDO EN LA CIUDAD DE MEXICO EN DICIEMBRE PROXIMO PASADO.

DR. EDUARDO VASCO
Académico de Número.

Para poner un poco de orden en la exposición queremos dividir en dos acápites ésta información; así:

- a) Congreso Mundial de la Salud Mental, y
- b) Otras actividades al margen del Congreso y papel de la Delegación de Colombia.

a) Congreso de Salud Mental.

Conviene recordar que fué el señor Clifford Beers, quien después de haber sufrido una neurosis propuso desde 1.908 que se reunieran periódicamente todas las personas que tuvieran algo que ver con la salud mental de la humanidad, con el objeto de echar las bases de una organización mundial que recogiera todas las iniciativas relacionadas con la materia y las difundiera por todo el mundo con el objeto de prevenir el desequilibrio mental y defender a los que por una u otra razón nacieron predispuestos a la neurosis.

En 1.930 se reunió el primer Congreso de Salud Mental en Washington con delegados de 53 países. El segundo se reunió en París en 1.938 en vísperas de la segunda guerra mundial; el tercero se reunió en Londres en 1.948 y el cuarto en México de 1.951, con asistencia de 918 delegados representando 63 países. Puede anotarse como dato curioso que es al primer Congreso de Higiene Mental que asistieron delegados del otro lado de la Cortina de Hierro y que es la primera vez también después de que la tal Cortina existe, que asisten delegados oficiales de esos países a un congreso en el continente americano. Tal vez debido a ésto se le dió tanta importancia a esa delegación, máxime que ella estaba constituida por tres delegados de la más alta prestancia científica entre ellos el continuador de las investigaciones de Pawlof y el que presentó al mundo hace 25 años una escala motora para investigar el retardo o el avance en el desarrollo motor del niño.

Precisamente me tocó a mí en la sección de la Cruz Roja de Bruselas en 1.932, bajo la dirección del Profesor Vermeulen y en compañía de un grupo de médicos y psicólogos tratar de adaptar los famosos test de Oseretsky, que así se llama al Ilustre Profesor de la Universidad de Leningrado, a la manera occidental la cual está más de acuerdo con la mentalidad latina. Aquí —en Medellín estos test fueron aplicados sistemáticamente en la Casa de Menores y en algunas de las Escuelas Especiales, paralelos a la escala intelectual de Binet y Simón.

Debido a estas circunstancias tuve la oportunidad de conversar en varias ocasiones sobre este asunto con el maestro, quien me atendió muy bondadosamente. Es de anotar que la delegación rusa se pronunció en una forma tan lógica, tan convincente y tan enérgica contra el psico-análisis que los partidarios de éste —y los había de primera categoría mundial— provocaron una reunión privada para contrarrestar la impresión producida por la exposición de los profesores soviéticos quienes no concurrieron a la cita.

El congreso trabajó en la forma siguiente: sesiones plenarias cada dos días; grupos técnicos por la mañana y grupos de trabajo en las horas del medio día. En las reuniones técnicas que fueron sin duda las más importantes se trataron los temas siguientes: conclusiones del Congreso Internacional de Psiquiatría reunido en París en 1.950; Salud Mental del niño hasta los seis años, sesión ésta de gran resonancia y que fué presidida por el suscrito y en la cual la Delegación de Colombia presentó su ponencia; el médico general y la medicina psicosomática; servicios médicos escolares y salud mental; influencia de las neurosis en los trabajadores industriales; salud mental y adolescencia; influencia de la educación familiar del niño etc. En los grupos de trabajo se trataron temas tales como: la falta de la familia en el niño y sus efectos en la salud mental; preparación de enfermeras y trabajadores sociales en salud mental; organización de pequeñas clínicas de salud mental; preparación del médico general en psiquiatría e higiene mental; problemas de salud mental entre los deficientes mentales; epidemiología de los trastornos mentales; relaciones entre la salud mental y la nutrición; tratamientos psiquiátricos y problemas educativos; salud mental y religión, el cine y la salud mental del adolescente etc.

Otras actividades al margen del Congreso.

El día 9 de diciembre se reunió el Segundo Congreso de la Asociación Psiquiátrica de la América Latina con asistencia de 54 delegados. Esta sesión inaugural fué sumamente solemne y el honor de presidirla le fué discernido a la Delegación de Colombia por razones de la simpatía que México tiene por nuestro país. Desde hace seis meses los organizadores del Congreso habían invitado especialmente a los Drs. Luis López de Mesa, Guillermo Uribe Cualla, Edmundo Rico, Luis Jaime Sánchez, y Eduardo Vasco, teniendo en cuenta seguramente las publicaciones hechas por estos señores. Desafortunadamente y de los invitados sólo pudo asistir el último de ellos debido posiblemente a que el gobierno ofreció únicamente el pasaporte oficial.

La Universidad Nacional designó como delegado oficial al Dr. Hernán Vergara quien hizo un gran papel en esas reuniones.

Al día siguiente de la inauguración, por la noche los delegados salieron en tren expreso al estado de Veracruz en cuya capital continuaron las sesiones de la APAL.

La delegación de Colombia estuvo en aprietos cuando se le preguntó cuántos años de psicología médica entraban en la formación del médico; cuántas horas tenía la cátedra de psiquiatría infantil y cómo estaban adaptando las facultades de nuestras universidades a las nuevas orientaciones de la medicina psicosomática. El delegado de Bogotá habló del Instituto de psicología que funciona en la Universidad Nacional y omitió responder concretamente las cuestiones, ejemplo que yo seguí por razones obvias; al día siguiente regresamos a México después de haber sido declarados huéspedes de honor por el Gobierno Veracruzano.

También se formó por iniciativa de varios psiquiatras argentinos y chilenos una **Sociedad Interamericana de Psicología**, en cuyo consejo directivo quedó representada la República de Colombia, lo mismo que en el consejo directivo de la APAL.

También fué invitada Colombia a participar en las reuniones de la **Asociación de Psicoanalistas** del continente americano presidida por el Profesor Werner Wolff, persona muy eminente y consultada en esta rama de la psicoterapia. De paso sea dicho que ésta Asociación no salió muy bien librada durante las discusiones promovidas en las reuniones a que asistimos, debido a que casi la mitad de los miembros de dicha asociación no eran médicos psiquiatras ni siquiera médicos generales y porque cada escuela psicoanalista —y de ellas habían unas ocho representadas en la reunión— reclamaba la supremacía y la interpretación más perfecta de las teorías del Freud, teorías que según el concepto expresado allí por eminentes psiquiatras belgas y por otro danés, han sufrido transformaciones fundamentales y limitaciones precisas que las alejan por completo de las del fundador del psicoanálisis.

De todas estas actividades que tuvieron lugar al margen del Congreso de Salud Mental la más importante para mí fué sin duda la tercera convención Psiquiatría Infantil que reunió a 52 especialistas de casi todo el mundo. La primera convención había tenido lugar en París, y la segunda en Londres; la próxima tendrá lugar en Santiago de Chile en diciembre de este año de 1.952. Allí pudimos darnos cuenta de la importancia que le dan en los países de gran cultura a las consultas de psiquiatría infantil, casi siempre a cargo de pediatras o médicos generales que siguieron esta especialización. Hay algunos países de América del Sur en donde no la conocen, y lugares en donde tiene un papel de primera categoría en las facultades universitarias tal como Brasil, Uruguay y Chile. Puedo asegurar a los Señores Académicos

que fué para mí una gran satisfacción poder informar a los asistentes al Congreso, que en Bogotá funcionaba actualmente un centro de psiquiatría infantil dirigido por un equipo de profesionales especializados y que en la Capital del Departamento de Antioquia me había tocado a mí la suerte de abrir el camino, en una labor de 20 años, a la psiquiatría infantil.

Entre los varios honores que recibió la Delegación de Colombia figura el de haber sido escogido un miembro de ella para recibir el título de **Visitante distinguido de la Ciudad de México**, honor que compartió con 22 delegados al Congreso de Salud Mental, seleccionados entre los 918 que asistieron a dicho Congreso.

Es de anotar que sólo la mitad de los delegados eran psiquiatras; los demás eran médicos generales, antropólogos, pedagogos, biólogos, educadores, gerentes, etc.

Especial atención mereció el tema de la Higiene Mental en los deficientes mentales, y a cambiar ideas sobre sus diversos aspectos fueron dedicadas varias sesiones integradas por especialistas en la materia. Allí me pude dar cuenta de lo siguiente:

a) La importancia tan grande que le dan a este asunto en la profilaxis de la delincuencia infantil;

b) Cómo ha repercutido en las esferas científicas internacionales, el esfuerzo que ha hecho el Departamento de Antioquia para la fundación y sostenimiento de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo y de las Escuelas Especiales;

c) La tendencia psico-económica que se le da a la enseñanza de los débiles mentales en el sentido de hacerlos aptos para ganar al menos una parte de su subsistencia; y

d) Lo poco nuevo que hay en el tratamiento y la reeducación de ellos.

Para terminar quiero hacer las dos sugerencias siguientes:

Crear la cátedra de psicología médica en los primeros años de la Facultad de Medicina, y la Clínica de Psiquiatría Infantil en los últimos; y unir en torno a la Casa de Menores y Escuela de Trabajo las Escuelas Especiales para varones, al mismo tiempo que se adapta una instalación que abarque en grupos separados a las niñas débiles mentales, las difíciles o predelinquentes y las menores delinquentes, y todo esto en los terrenos adquiridos para el Frenocomio Departamental.

Esto con el objeto de centralizar todos los servicios psiquiátricos lo cual redundará en eficiencia y en economía.

Medellín, marzo de 1.952.

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

PROGRAMA

PARA LA CELEBRACION DEL 65° ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Lunes 7 de julio de 1952

8:30 a.m. Misa Solemne en la Basílica Metropolitana con Oración Sagrada, a cargo del Ilmo Sr. Canónigo Dr. Alfonso Uribe Jaramillo en memoria de los académicos fallecidos:

Dr. Ramón Arango	Dr. Juan B. Montoya y Flórez
„ Francisco Arango	„ Justiniano Montoya
„ Emilio Alvarez	„ Baltazar Ochoa
„ Juan Clímaco Alvarez	„ Andrés Posada Arango
„ Tomás Bernal	„ Rafael Pérez
„ Joaquín Castilla	„ Federico A. Peña
„ Rafael Campuzano	„ Vespaciano Peláez
„ Alfonso Castro	„ Antonio José Peláez
„ Teodoro Castrillón	„ Rafael Posada
„ Carlos de Greiff	„ Lisandro Posada Berrio
„ José J. de la Roche	„ Tomás Quevedo Alvarez
„ Manuel Vicente de la Roche	„ Tomás Quevedo Restrepo
„ Jorge Enrique Delgado	„ Emilio Quevedo Alvarez
„ Jesús M° Duque	„ José Ignacio Quevedo
„ Ricardo Escobar Ramos	„ Ricardo Rodríguez R.
„ Julián Escobar	„ Alejandro Restrepo
„ Pedro Dimas Estrada	„ Ricardo Restrepo
„ Gil J. Gil	„ Julio Restrepo A.
„ Antonio Mauro Giraldo	„ Avelino Saldarriaga
„ José M° Hernández	„ Jorge Tobón Castilla
„ Emiliano Henao	„ Manuel Uribe Angel
„ Leopoldo Hincapié Garcés	„ Francisco Uribe Mejía
„ Nepomuceno Jiménez	„ Juan de Dios Uribe
„ Eduardo Lince	„ José Vicente Uribe
„ Juan B. Londoño	„ Eduardo Uribe R.
„ Florencio Mejía	„ Enrique Villa
„ Braulio Mejía Jaramillo	„ Teodomiro Villa
„ Carlos Mejía	„ Alejandro Vásquez Barrientos
„ Antonio Mendoza	„ Eduardo Zuleta
„ José Vicente Maldonado	„ Rodolfo Zea
„ Francisco Molina Angel	

Miércoles 9 de julio de 1952

7 p.m. Sesión solemne de la Academia. Llevará la palabra el académico Dr. Pedro Nel Cardona.

Nombramiento de Miembros Honorarios a algunos de los asistentes a la II Jornada Pediátrica Colombiana.

9 p.m. Comida tradicional en el Club Unión.

NOTA: Los médicos que deseen concurrir a la comida pueden hacerlo con sus esposas y hacerse inscribir en el Teléfono 151-90 — Facultad de Medicina.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN Nº 17

MES DE JULIO DE 1952

Miércoles 2

6 p. m. - Importante conferencia del Dr. Hernán Urzúa, Profesor de Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Tema: LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA PROFESION MEDICA.

Comentarios sobre el Instituto del Seguro Social de Chile. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.

Jueves 3

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

5½ a 7½ p. m. - Iniciación del CURSILLO DE PEDIATRIA, a cargo del distinguido especialista argentino Profesor Dr. Florencio Escardó.

Tema: Concepto y clasificación de las encefalopatías infantiles.

Lugar: Auditorio de la Facultad.

Nota: En cada sesión del Cursillo se dedicará una hora a exposición y una hora a resolver las preguntas que puedan surgir alrededor del tema tratado.

Viernes 4

7½ a. m. - Clase conjunta de Clínicas Quirúrgicas.

Ponente: Dr. Iván Gil Sánchez. *Tema:* Anotaciones modernas en cirugía cardíaca.

8 a. m. - R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.

9 a 11 a. m. - CURSILLO DE PEDIATRIA. *Tema:* Epilepsia y convulsiones en la infancia.

5½ a 7½ p. m. - CURSILLO DE PEDIATRIA. *Tema:* Semiología general de los problemas de conducta.

Sábado 5

8 a. m. - R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica. *Lugar:* Aula de Clínica Obstétrica.

9 a 11 a. m. - Terminación del CURSILLO DE PEDIATRIA. *Tema:* Planteo psicossomático de la ablactación y el destete.

11 a. m. - R. C. T. C. Reunión del Consejo Técnico Consultivo de la Facultad.

11 a 12 m. - Recital poético de la señorita Dora Cadavid, del Teatro Experimental, según programa especial. Hará la presentación Fausto Cabrera.

Lunes 7

CELEBRACION DEL DIA DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

7½ a. m. - Santa Misa en la Basílica por los académicos muertos. Oración panegírica a cargo del Ilustre Canónigo Dr. Alfonso Uribe Jaramillo.

2 p. m. - Iniciación del Cursillo de Dietética Infantil.

Ponente: Profesor Dr. Jaime Jaramillo Bernal.

Tema: Alimentación artificial durante el primer año.

Lugar: Aula Braulio Mejía.

8 p. m. - Sesión inaugural de la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA, según el siguiente programa:

I. -Saludo del Jefe del Ejecutivo Departamental a los señores delegados nacionales y extranjero.

II. -Discurso del Presidente de la Sociedad Antioqueña de Pediatría, Profesor Dr. Gustavo González Ochoa.

III. -Alocución a cargo de uno de los señores delegados extranjeros.

Nota: Este acto será amenizado por el Orfeón Antioqueño.

Lugar: Auditorio de la Facultad.

Martes 8

8 a. m. a 12 m. - II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA.

Lugar: Auditorio de la Facultad.

Habrán dos sesiones en la mañana, presididas por los delegados de las Repúblicas de Argentina y Ecuador, respectivamente.

4 a 7½ p. m. - Dos sesiones de la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA, presididas por los delegados de las Repúblicas del Perú y del Uruguay.

8 p. m. - Reunión de la comisión que estudiará la enseñanza de Pediatría y Puericultura. Esta comisión está integrada por los Profesores Dr. Torres Umaña, Dr. González Ochoa, Dr. Jorge Bejarano, Dr. B. Mejía Cálad, Dr. Camacho Gamba, Dr. Ignacio Vélez Escobar, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Miércoles 9

8 a 12½ pm. - II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA. Dos sesiones presididas por los delegados de Venezuela y por el Profesor Torres Umaña, respectivamente.

2 p. m. - Reunión de las comisiones de Sociedades de Pediatría. Mesas directivas y asistentes extranjeros.

Lugar: Local N° 11 de la Facultad de Medicina.

Presidirá la sesión el Profesor Agregado Dr. Benjamín Mejía Cálad.

5.45 p. m. - Segunda sesión de la tarde de la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA, presidida por el Dr. Forero Blanco.

7½ p. m. - Sesión solemne de la Academia de Medicina de Medellín, para conmemorar el 65º aniversario de la fundación de esta Academia. Llevará la palabra el Dr. Pedro Nel Cardona y se hará entrega de diplomas de Miembros Honorarios a varios delegados de la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA.

10 p. m. - Comida en celebración del día de la Academia de Medicina.

Lugar: Club Unión.

Nota: Podrán asistir los académicos y los señores médicos que lo deseen.

Jueves 10

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

II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA. Habrá en este día sesiones presididas por la Doctora Helena Uribe J., Dr. Camacho Gamba y Dr. Jaime Jaramillo Bernal.

Viernes 11

7 a. m. - R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica.

8 a. m. - C. P. C. Conferencia sobre Patología Clínica, dentro de la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA, a cargo del Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina. Director: Dr. Al-

fredo Correa Henao.

- 8.45 a. m. - Resultados de unos trabajos experimentales: Dr. A. P. Rodríguez Pérez.
- 10 a. m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas en el Aula Braulio Mejía.
- 11 a. m. - Visita a las salas infantiles del Hospital de San Vicente de Paúl.
- 2 p. m. - Reunión de la comisión de conclusiones de la II JORNADA PEDIATRICA.
- 3 p. m. - Visita a la Facultad de Medicina.
- 4 p. m. - Ponencia a cargo del Dr. Jorge Bejarano.
- 6 p. m. - Sesión de clausura de la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA. Discurso a cargo del Profesor Oropeza.
- 7 p. m. - *Teatro Experimental*. Atención a la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA. Se llevará a escena en el Auditorio de la Facultad la pieza titulada "EL PESCADOR DE SOMBRAS". Director y primer actor, Fausto Cabrera.

Sábado 12

- 9 a 10 a. m. - Conferencia del Dr. Jesús Peláez Botero. *Tema*: "Equilibrio ácido-básico en la enfermedad". "Caracteres generales".
- 10 a 11 a. m. - Conferencia sobre "Arquitectura y arte", a cargo del Dr. Ariel Escobar.
- 11 a. m. - Reunión del Consejo Técnico Consultivo de la Facultad.

Miércoles 16

INAUGURACION DEL ORATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

- 7 a. m. - Santa Misa con comunión para todos los estudiantes y familiares que lo deseen. Como es el último día hábil para cumplir con el precepto de la Comunión Pascual, se ha conseguido con la Curia que los estudiantes que aún no lo hayan hecho, lo cumplan ese día aquí en el Oratorio de la Facultad.

Jueves 17

- 9 a 11 a. m. - R. C. T. Reunión de Clínicas Tisiológicas en el Hospital de "La María".
- 9 a 11 a. m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas en el Aula Braulio Mejía.

Viernes 18

- 8 a. m. - R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas. Lugar: Aula Braulio Mejía.

Sábado 19

- 8 a. m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica.
- 8 a. m. - R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica.
- 10 a. m. - Concierto a cargo del Instituto de Bellas Artes.
- 11 a. m. - Acto de clausura de las actividades académicas del primer semestre en la Facultad de Medicina. Palabras del Dr. Ignacio Vélez Escobar, Decano de la Facultad de Medicina.
- 12 m. - Receso con motivo de las vacaciones de mitad del año, hasta el 8 de agosto a las 7 a. m. del presente año.

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

1. El suscrito Decano se complace en presentar su atento saludo a todos los delegados nacionales y extranjeros de la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA, y les desea grata permanencia en la ciudad y éxito cumplido en las labores que se desarrollarán en tan importante Jornada.

2. Este Decanato agradece muy sinceramente la espontánea y eficaz colaboración prestada por el Reverendo Hermano Daniel, Doctor en Ciencias Naturales, durante el interesante y científico ciclo de conferencias que llevó a cabo en el mes de junio en el Auditorio de la Facultad de Medicina, y que dejó hondas enseñanzas en beneficio de todos los asistentes.

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

Dr. Samuel Isaza Toro, como Profesor encargado de Clínica Ginecológica.

Dr. Bernardo Chica, como Jefe de Clínica Tropical.

Dr. Jaime Betancur, como Jefe de trabajos en el Laboratorio de Farmacodinamia.

Sr. José Mario Posada, como Preparador de Fisiología.

Sr. Francisco Gómez J., como Preparador de Fisiología.

Sr. Marco A. López, como Preparador de Fisiología.

Sr. Alberto Villegas, como Preparador de Fisiología.

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

Dr. Enán Burgos Perdomo. *Título de la tesis:* Monografía médico-rural del Municipio de Angostura.

Dr. Guillermo Alvarez Uribe. *Título de la tesis:* Monografía médico-rural del Municipio de Campamento (Ant.).

Dr. Francisco Arango Londoño. *Título de la tesis:* Estudio de la secreción gástrica nocturna.

Dr. Fabio Moreno Tobón. *Título de la tesis:* Monografía del Municipio de Bello y labores de la Dirección Municipal de Higiene.

Dr. Gilberto Ruiz Jaramillo. *Título de la tesis:* Estudio higiénico-social epidemiológico realizado durante un año de medicatura rural en el Municipio de Zaragoza (Ant.).

Dr. Jaime Vélez Rojas. *Título de la tesis:* Higiene en el Municipio de Andes.

Dr. Octavio García Beltrán. *Título de la tesis:* Valor diagnóstico de la arteriografía.

Dr. Heriberto Bayter Abud. *Título de la tesis:* Estudio médico-social e higiénico sanitario de El Banco (Magdalena).

Dr. Alejandro Mejía Vásquez. *Título de la tesis:* Monografía del Municipio de Campo de la Cruz (Atlántico).

Dr. J. Mario Hernández H. *Título de la tesis:* Panorama médico-higiénico del Municipio de Betania (Ant.).

Dr. José Demetrio Chica G. *Título de la tesis:* Labor realizada por el puesto de salud en el Municipio de El Jardín (Ant.).

Dr. Javier Lopera Montaña. *Título de la tesis:* Estudio médico-social del Municipio de El Retiro (Ant.).

5. Este Decanato se asocia a la celebración del 65º aniversario de la fundación de la Academia de Medicina de Medellín y desea a esta entidad continúe sembrando y cosechando sus frutos en beneficio de la ciencia médica.

6. La Facultad de Medicina agradece muy de veras al Sr. D. Ramón Cuéllar M., Gerente del Departamento de Rayos X de la Westinghouse de esta ciudad, por su magnífico obsequio del juego de archivadores Lab-Aid para placas, dispositivos y tarjetas, en cuatro secciones, dedicado a aumentar la batería de archivadores del Laboratorio de Anatomía Patológica.

7. Durante la II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA las clases de la Facultad funcionarán normalmente. Sólo se suspenderán las clases del 5º curso (alumnos de Pediatría) que interfieran con los actos de la Jornada.

8. La Sociedad de Cirugía de Bogotá, por conducto de este Decanato, 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 del presente mes, bajo la dirección de los Profesores George H. Humphrey y Ralph A. Deterling, Jr., de Columbia University de Nueva York, según programa que se halla fijado en las carteleras del Hospital de San Vicente de Paúl y de la Facultad de Medicina. — Las inscripciones se harán en la Secretaría del Hospital de San José y el cupo está limitado a treinta (30) médicos graduados, con un precio de trescientos pesos m/l. (\$ 300.00). — Quienes deseen informes más completos, pueden solicitarlos a este Decanato.

9. Las actividades de la Facultad durarán en el presente mes hasta el 19 a las 12 m., día en que se entrará en receso por motivo de las vacaciones de medio año. Las clases se reanudarán el viernes 8 de agosto a las 7 a. m.

10. Los estudiantes del primer curso de la Facultad, deben hacer inscribir su diploma de bachiller en la Secretaría, antes del 20 de julio. Quienes no lo hayan hecho en el mes de agosto, perderán el derecho a continuar como estudiantes de la Facultad.

11. La W. K. Kellogg Foundation continuando su colaboración con esta Facultad, ha concedido las siguientes becas a miembros de ella: Al Dr. Carlos Restrepo, a quien le ha ampliado por un año más la beca de especialización en Patología. Al Dr. Emilio Bojanini, a quien le concedió una beca de viajero para visitar varios centros de enseñanza de Patología, lo que realizará inmediatamente antes de su regreso en el mes de septiembre, para reincorporarse al Instituto de Anatomía Patológica. Al Dr. Alvaro Toro Mejía, por haber ocupado el primer puesto entre los graduados del año 1950, para estudiar Medicina Interna. Al Dr. Pelayo Correa Vélez, para estudiar Patología. Al Dr. Mario Montoya Toro, para estudiar Cirugía, especialmente Cirugía Experimental.

12. La Conferencia de Rectores y Decanos de las facultades del país, reunida la semana próxima pasada en Bogotá por convocatoria del Sr. Ministro de Educación, sentó bases de unificación de pécunias y reglamentación de todas las facultades nacionales, las que se darán a conocer oportunamente por este Decanato en ANTIOQUIA MEDICA. Asimismo insinuó reformas benéficas para el bachillerato.

13. Los estudiantes que tengan cuentas pendientes de matrícula con la Tesorería de la Universidad, deben presentarse al Sr. Tesorero a efectuar la cancelación antes del 20 de julio, pues en la Secretaría reposa comunicación en la cual piden se tomen las medidas para hacer efectivo el cobro.

14. Hasta el 27 de junio se efectuaron en el Laboratorio de Microbiología, bajo la dirección del Dr. Bernardo Jiménez, los siguientes exámenes:

Para el Hospital de San Vicente de Paúl 685 exámenes
Para el Municipio 1.008 exámenes

TOTAL 1.693 exámenes.

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

INFORME DE LOS DECANOS DE LAS FACULTADES DE MEDICINA DEL PAIS, CON MOTIVO DE LA SEGUNDA CONFERENCIA DE RECTORES Y DECANOS DE LAS UNIVERSIDADES DEL PAIS, CONVOCADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL Y REUNIDA EN BOGOTA EN EN JUNIO DE 1.952.

La SEGUNDA CONFERENCIA de RECTORES y Decanos (Decanos de Medicina), adopta por unanimidad las siguientes declaraciones:

1°—Que es oportuno reproducir el siguiente considerando aprobado por unanimidad en la Reunión de Decanos habida en Medellín en 1.950:

«BACHILLERATO.—Seriamente impresionados los Decanos de las Facultades de Medicina por las notorias deficiencias de preparación básica que se observan en la inmensa mayoría de los aspirantes a ingresar a la carrera médica; y teniendo en cuenta que la solución de este problema no corresponde a las Facultades sino a los colegios de Bachillerato, a los cuales está encomendada la misión de formar intelectual y moralmente a nuestras juventudes en el sentido de modelar sus tendencias hacia la recta conducta y sus capacidades mentales en el camino de la racional orientación profesional:

Considerando igualmente que para llegar a la adopción de una fórmula definitiva sobre admisión de estudiantes a las Facultades, es condición fundamental la improrrogable fijación de los deberes que a tal efecto corresponden a los colegios de Bachillerato del país, entidades éstas que junto con el Ministerio de Educación deben prestar eficaz e inmediata colaboración en tal sentido;

Y estimando igualmente que son materias preparatorias, básicas de los estudios de Medicina, en el bachillerato, las siguientes: QUIMICA ORGANICA Y MINERAL, FISICA GENERAL, BIOLOGIA, CASTELLANO, INGLES Y FRANCES (traducciones), materias sin cuya aprobación en los exámenes de admisión de las diversas Facultades, ningún Bachiller podrá en lo sucesivo ingresar a la misma».

2°.—Que como un ideal para aceptación y funcionamiento de una Facultad de Medicina, deben adoptarse los mismos requisitos exigidos por el Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Norteamericana, revisados en Diciembre de 1.951, y que también los Hospitales de Enseñanza Médica, llenen los requisitos exigidos por el mismo Consejo. Reconoce que en la actualidad la aplicación de estos requisitos es impracticable de inmediato en Colombia, pero se procurará que estas normas se vayan aplicando de un modo progresivo.

3°.—Que es de urgencia inaplazable la traida de la Misión Médica Americana planeada por las Universidades Nacional y de Antioquia. Dicha Misión deberá visitar todas las Facultades de Medicina del país y planear su reorganización.

4°.—Que vistos los altos costos de la educación médica, se hace necesario que el Gobierno Nacional contribuya con sumas substancialmente mayores al presupuesto de las Facultades de Medicina;

5°.—Que el Plan mínimo de estudios debe constar de SEIS AÑOS DE ESTUDIOS Y DOCE MESES DE INTERNADO.

6°.—Cumplidos los requisitos anotados en el punto anterior, las Facultades de Medicina, podrán conceder el grado de doctor a sus alumnos. Su diploma solo le será refrendado por el Ministerio de Educación y la Junta Central de Títulos Médicos, cuando el alumno haya cumplido con el requisito de la MEDICATURA RURAL, según el Decreto número 3842 de 1.949.

7°.—Que se declare como equivalente al Año de Medicatura Rural, lo siguiente:

a).—12 meses de Internado en un Hospital regional científicamente controlado por las Facultades de Medicina y aceptado por el Ministerio de Higiene, y

b).—12 meses de un Segundo Año de Internado (RESIDENCIA) adquirido por concurso y desempeñado en un Hospital de Enseñanza. El número de estas residencias será controlado por el Ministerio de Higiene.

8°.—Que mientras la Misión Médica Americana solicitada, termina su estudio y conseja un plan mínimo, se acepta como tal, el adoptado en la SEGUNDA CONFERENCIA DE DECANOS reunida en Medellín en abril de 1.950.

9°.—Que el año lectivo tendrá una duración mínima de 150 días hábiles para los cursos anuales, de 75 para los cursos semestrales, y que se podrán realizar los exámenes finales, a menos que se haya cumplido el 90% de las actividades programadas.

10.—Que vista la grave dificultad que entraña la enseñanza de la Medicina, especialmente en su período clínico, y en las actuales condiciones de dotación y facilidades docentes de las Facultades de Medicina del país, el grupo de Decanos de estas Facultades considera que para el próximo año de 1.953, debe limitarse la admisión a primer año a los siguientes cupos:

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional	200
Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia	85
Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana	100
Facultad de Medicina de la Universidad del Valle	50
Facultad de Medicina de la Universidad del Cauca	40

El cupo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, será fijado posteriormente de acuerdo con ella.

Haciendo una correcta selección de los aspirantes, créemos que fracasarán en su estudios un máximo del 20% de los ingresados, con lo cual las Facultades de Medicina otorgarán el grado aproximadamente a 400 médicos, anualmente.

11°.—Que deben tomarse medidas enérgicas para la pronta exclusión de los alumnos repetidores. Como primera norma se adopta la de que quedarán definitivamente fuera de la Facultad, y sin derecho a matrícula en ninguna de la misma profesión del país, de aquellos alumnos que en el primer año de su carrera profesional sean reprobados en dos (2) o más asignaturas. Se entiende por reprobación una calificación final menor de tres (3) sobre cinco (5).

Si las materias son habilitables podrá presentar examen.

Bogotá, junio 25 de 1.952

Fdo.

DR. JOSE DEL CARMEN ACOSTA

Fdo.

DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR

Fdo.

DR. GABRIEL VELASQUEZ PALAU

Fdo.

DR. MARCO AURELIO ZAMBRANO

Fdo.

DR. CARLOS MARQUEZ VILLEGAS

Es copia.

La Segunda Conferencia Nacional de Rectores y Decanos de Universidades de Colombia, presenta su cordial felicitación al Gobierno Nacional por el apoyo prestado y el anuncio de la próxima organización del I.C.E.T.E.X. (Instituto Colombiano de Especialización Técnica en el Exterior) y se permite rogarle encarecidamente que en su organización y de manera muy especial en la selección de los becarios se tengan en cuenta las opiniones de las Diversas Universidades del país, y espera que en la distribución de los beneficios haya un equitativo reparto entre las diversas regiones del país.

Bogotá, junio 26 de 1.952.

LA JUNTA DE RECTORES Y DECANOS DE LAS UNIVERSIDADES DE COLOMBIA, CONVOCADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

C o n s i d e r a n d o :

- 1° — Que tanto el Gobierno Nacional como las autoridades académicas de las diferentes Universidades tienen un gran interés por la juventud a ellos confiada;
- 2° — Que la formación universitaria no consiste solamente en la capacitación intelectual y técnica, sino en la modelación espiritual del hombre para que llegue a ser un ciudadano digno y ejemplar; y,
- 3° — Que tanto para el progreso en el estudio como para lograr el ideal de formación humana y cívica son indispensables hábitos de disciplina, orden y acatamiento de la autoridad,

D e c l a r a :

Que condena los movimientos huelguísticos estudiantiles, como los que se acaban de verificar por un grupo de estudiantes.

E x h o r t a :

A la juventud estudiosa del país a buscar satisfacción de sus anhelos y aspiraciones por las vías legales, con un alto sentido de orden y responsabilidad; y hace un llamamiento a la cordura y patriotismo de la juventud, para que no se deje seducir por agitadores que desean aprovechar sus energías con fines ajenos a la cultura que se busca en la Universidad.

Es copia.

Medellín, junio 30 de 1.952.

NOTICIAS

IV CONGRESO INTERAMERICANO DE RADIOLOGIA

En la ciudad de México del 2 al 8 de noviembre de 1952 se celebrará el IV Congreso Interamericano de Radiología. El Comité ejecutivo y organizador de este Congreso está integrado en la siguiente forma:

Presidente, Dr. Manuel F. Madrazo F.A.C.R.
Secretario General, Dr. Guido Torres Martínez
Secretario para América Latina, Dr. Narno Dorbecker
Secretario para los países de habla inglesa Dr. Guillermo Santín.
Tesorero, Dr. Baudelio Villanueva.

Este Congreso como los anteriores que se han celebrado en Buenos Aires (1943) Habana, Cuba (1946, Santiago, Chile (1949) promete estar sumamente interesante y a él ha sido especialmente invitada la Sociedad Colombiana de Radiología.

Toda la correspondencia relacionada con este Congreso debe ser dirigida a Londres N° 13, México 6, D. F.